

# Dolore Aggiornamenti Clinici

Organo ufficiale della Associazione Italiana per lo Studio del Dolore

Candidati per il rinnovo  
del Consiglio Direttivo  
e dei Rappresentanti Regionali  
biennio 2022-2024

---

Salute digitale e dolore:  
le raccomandazioni del gruppo  
Societal Impact of Pain

---

Letteratura scientifica

---

L'importanza della comunicazione  
nell'approccio al paziente  
e alla famiglia



# Dolore Aggiornamenti Clinici

Organo ufficiale della Associazione Italiana per lo Studio del Dolore

N. 2/2022 - Online: agosto 2022

## 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 2022

## 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

Caterina Aurilio

Giancarlo Carli

Diego M.M. Fornasari

Nicola Luxardo

Antonella Paladini

Alberto Pasetto

Enrico Polati

Filomena Puntillo

Stefano Tamburin

Giustino Varrassi

## Referente attività clinico-assistenziali

Riccardo Rinaldi

**Direttore responsabile** Giustino Varrassi

**Coordinamento editoriale** Lorenza Saini

**Grafica e impaginazione** Osvaldo Saverino



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





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

## Dolore Aggiornamenti Clinici

Organo ufficiale della Associazione Italiana per lo Studio del Dolore



### INDICE 2/2022

- 5**  
Candidati per il rinnovo  
del Consiglio Direttivo  
e dei Rappresentanti Regionali  
biennio 2022-2024
- 12**  
Salute digitale e dolore:  
le raccomandazioni del gruppo  
Societal Impact of Pain
- 14**  
Letteratura scientifica
- 22**  
L'importanza della comunicazione  
nell'approccio al paziente  
e alla famiglia



# 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](http://www.aisd.it)
- Iscrizione ai Congressi con quote agevolate
- Consultazioni online gratuite dell' *European Journal of Pain*

Per informazioni scrivere a: [segreteria@aisd.it](mailto:segreteria@aisd.it)

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

ASSOCIAZIONE ITALIANA PER LO STUDIO DEL DOLORE  
AISD

TOXICOLOGIA

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

# Candidati per il rinnovo del Consiglio Direttivo e dei Rappresentanti Regionali biennio 2022-2024

In carica effettiva dal 1° gennaio 2023 al 31 dicembre 2024

*Dall'1 al 15 settembre prossimo i soci AISD in regola con la quota associativa 2022 sono invitati a votare per il rinnovo del Consiglio Direttivo che entrerà in carica il 1° gennaio 2023 e concluderà il mandato il 31 dicembre 2024. I nuovi componenti del Consiglio Direttivo affiancheranno il prof. Gabriele Finco, eletto presidente nella precedente consultazione di due anni fa.*



## Presidente 2022 - 2024 **Gabriele Finco**

*Dipartimento di Scienze mediche e sanità pubblica,  
Presidente del Consiglio di Facoltà, Università di Cagliari  
Anestesia, Rianimazione, Terapia intensiva e Terapia del dolore*

*Come da statuto continueranno a essere membri del Consiglio Direttivo la prof. Maria Caterina Pace, come immediate past president insieme ai past president:*

**Prof. Caterina Aurilio**

**Prof. Giancarlo Carli**

**Prof Stefano Coaccioli**

**Prof. Alberto Pasetto**

**Prof. Giustino Varrassi**



## PAST PRESIDENT



**Prof. Giancarlo Carli**  
Past President 1988-1991  
*Università degli Studi di Siena,  
Istituto di Fisiologia umana*



**Prof. Alberto Pasetto**  
Past President 2000-2003  
*Istituto di Anestesia e Rianimazione  
dell'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia*



**Prof. Giustino Varrassi**  
Past president 2004-2006 / 2006-2009  
*Università degli Studi dell'Aquila.  
Presidente Fondazione Paolo Procacci  
Anestesia, Rianimazione, Terapia intensiva e Terapia del dolore*



**Prof. Caterina Aurilio**  
Past President 2014-2016  
*Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli", Napoli  
Anestesia, Rianimazione, Terapia intensiva e Terapia del dolore*



**Prof. Enrico Polati**  
Past president 2016-2018  
*Dip. Scienze Chirurgiche Odontostomatologiche  
e Materno-Infantili, Università degli Studi di Verona.  
Anestesia, Rianimazione, Terapia intensiva e Terapia del dolore*



**Prof. Stefano Coaccioli**  
Past President 2018-2020  
*Università degli Studi di Perugia-Terni  
Medicina interna, Reumatologia, Terapia del dolore,  
Presidente European League against Pain*



**Prof. Maria Caterina Pace**  
Past President 2020-2022  
*Dipartimento della Donna, del Bambino e di Chirurgia Generale  
e Specialistica, Università degli Studi della Campania  
"Luigi Vanvitelli", Napoli  
Anestesia, Rianimazione, Terapia intensiva e Terapia del dolore*



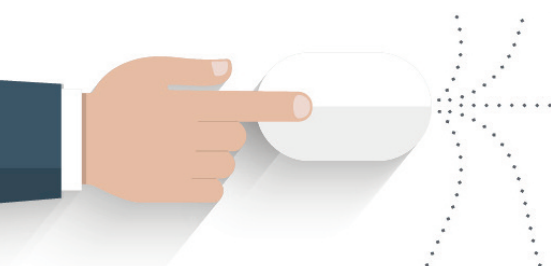
È possibile votare online  
dall'1 al 15 settembre 2022,  
per il rinnovo del consiglio direttivo  
e dei rappresentanti regionali



Possono votare i soci che hanno rinnovato la quota 2022  
e i nuovi soci iscritti entro il 30 maggio 2022

Per votare occorre effettuare il login, con nome utente e password

Per recuperare nome utente e password basta cliccare sui link  
e recuperare le credenziali di accesso



Per votare vai su [www.aisd.it](http://www.aisd.it).



## Le candidature 2022-2024



Presidente eletto per il biennio 2024-2026

**Prof. Diego M.M. Fornasari**

*Dipartimento di Biotecnologie Mediche e Medicina Traslazionale, Università degli Studi di Milano Farmacologia e tossicologia*



Vicepresidente

**Prof. Stefano Tamburin**

*Dipartimento Neuroscienze, Biomedicina e Movimento Università degli Studi di Verona, Neurologia*



Segretario

**Prof. Vittorio Schweiger**

*Dip. Scienze Chirurgiche Odontostomatologiche e Materno-Infantili, Università degli Studi di Verona Anestesia, Rianimazione, Terapia intensiva e Terapia del dolore*



Tesoriere

**Prof. Maria Beatrice Passavanti**

*Dipartimento della Donna, del Bambino e di Chirurgia Generale e Specialistica, Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli", Napoli Anestesia, Rianimazione, Terapia intensiva e Terapia del dolore*



**ASSOCIAZIONE ITALIANA  
PER LO STUDIO DEL DOLORE**



## Consiglieri



**Dott. Nicola Luxardo**

*AOU Città della Salute e della Scienza di Torino  
Anestesia, Rianimazione, Terapia intensiva e Terapia del dolore*



**Prof. Antonella Paladini**

*Dipartimento MESVA,  
Università degli Studi dell'Aquila  
Anestesia, Rianimazione, Terapia intensiva e Terapia del dolore*



**Dott. Massimo Parolini**

*Specialista in Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva,  
Università degli Studi di Verona, Dirigente medico II livello,  
UOC Terapia dolore, USL sud est Toscana*



**Prof. Enrico Polati**

*Dip. Scienze Chirurgiche Odontostomatologiche e Materno-Infantili,  
Università degli Studi di Verona. Anestesia, Rianimazione,  
Terapia intensiva e Terapia del dolore*



**Prof. Filomena Puntillo**

*Dipartimento interdisciplinare di Medicina, Terapia Antalgica,  
Università degli Studi di Bari "Aldo Moro"  
Anestesia, Rianimazione, Terapia intensiva e Terapia del dolore*



## ABRUZZO

### **Prof. Alba Piroli**

*Dipartimento MESVA, Università degli Studi dell'Aquila  
Anestesia, Rianimazione, Terapia intensiva e Terapia del dolore*



## CALABRIA

### **Dott.ssa Lucia Muraca**

*Specialista in Anestesiologia e Rianimazione Responsabile Centro di Terapia del Dolore ASP Cosenza, con incarico di referente aziendale terapia del dolore ASP Cosenza, Componente Tavolo Tecnico Regione Calabria RETE Terapia del Dolore, Componente Tavolo Tecnico Interaziendale ASP – AO Cosenza Terapia del dolore Referente Terapia del Dolore ASP Cosenza presso la regione Calabria*



## CAMPANIA

### **Prof. Giovanni Iolascon**

*Professore Ordinario di Medicina Fisica e Riabilitativa e direttore del Dipartimento Multidisciplinare di Specialità Medico-Chirurgiche e Odontoiatriche dell'Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli". È Socio Fondatore e Direttore Esecutivo della Società Italiana per la Gestione Unificata e Interdisciplinare del Dolore Muscolo-Scheletrico e dell'Algodistrofia (SI-GUIDA)*



## EMILIA ROMAGNA

### **Dott. Antonio Gioia**

*Specializzazione in Anestesia e Rianimazione, Master di II Livello in Medicina del Dolore, Dirigente medico presso l'Azienda Usl di Bologna, Ospedale Bellaria, Unità Operativa Terapia del Dolore*



## LAZIO

### **Dott. Riccardo Rinaldi**

*Medico Chirurgo, specializzato in Terapia del Dolore. Ha conseguito la Laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Roma La Sapienza. È stato in servizio come Medico Chirurgo presso UOC Dipendenze Patologiche ASL RMD dal 1986*



## LIGURIA

### **Dott. Enrico Cinque**

*Specializzazione in Anestesia e Rianimazione, Master di II Livello in Medicina del Dolore. Dal 2004 in servizio presso l'Unità di Terapia Intensiva del Polo Ospedaliero di Lavagna. ASL Chiavarese, Responsabile F.F. Algologo presso la S.S. di Medicina del Dolore della ASL 4 Chiavarese - Ospedale di Sestri Levante Centro Spoke*



### **Dott. Davide Gerboni**

*Specialista in Anestesiologia e Rianimazione, Università degli Studi di Milano, Corso quadriennale di psicoterapia ipnotica, master in bioetica.  
Dirigente medico presso il servizio d'anestesia, rianimazione, terapia del dolore dell'ospedale S. Croce e Carle di Cuneo. Dopo il pensionamento, nel 2020, esercita in Liguria, Piemonte e Lombardia presso vari centri specialistici*



## LOMBARDIA

### **Dott.ssa Maria Elena Sparacino**

*Dott.ssa Maria Elena Sparacino  
Medico anestesista, ASST San Gerardo Monza, Referente Terapia Dolore Cronico ASST Monza H Desio dal 2018 ad oggi. Referente attività anestesiologicalhe sale operatorie chirurgia generale con riferimento a chirurgia maggiore e ad invasività dal 2015 al 2018*





## PUGLIA

### **Dott.ssa Maria Teresa Giglio**

*Dal 2009 a oggi Dirigente Medico di I Livello presso U.O. Anestesia e Rianimazione, Policlinico Di Bari, con Incarico di alta professionalità per la terapia del dolore dal 2019. Master di II livello di alta formazione e specializzazione per medicispecialisti per la terapia del dolore specialisti per la terapia del dolore*



## TOSCANA

### **Dott. Paolo Scarsella**

*Si è specializzato in Anestesia e Rianimazione presso l'Università degli Studi di Milano, Diploma di Medico Agopuntore presso la Scuola Italiana di Agopuntura. Ha da poco concluso l'esperienza come Direttore della SOS Centro Multidisciplinare di Terapia del Dolore dalla sua istituzione (06/08/2013) Azienda Sanitaria USL Toscana Centro, P.O.Piero Palagi, Firenze*



## SARDEGNA

### **Dott. Salvatore Sardo**

*Specializzazione in Anestesia, rianimazione, terapia intensiva e del dolore, Università di Cagliari. Dal dicembre 2019 a marzo 2020: Aiuto medico a tempo pieno, Mater Olbia Hospital. Da marzo 2020 a novembre 2021: anestesista rianimatore ASSL Olbia Da novembre 2021 a oggi: ricercatore presso l'Università di Cagliari*



## SICILIA

### **Dott. Marcello Calogero Romano**

*Specializzazione in Neurofisiopatologia presso l'Università degli Studi di Messina. Dirigente medico di I livello dell'U.O.C Neurologia con Stroke Unit e del Servizio di Neurofisiopatologia dell'A.O.O.R. Villa Sofia-Cervello di Palermo dal 2 aprile 1991. Dal 16.03.2020 è Responsabile Scientifico del Centro per la diagnosi e la cura della Sclerosi Multipla dell'Azienda Ospedaliera Villa Sofia-Cervello*



## TRENTINO ALTO ADIGE

### **Dott. Maurizio Salvaggio**

*Medico Chirurgo ha conseguito la Specializzazione in Anestesia, Rianimazione Terapia del Dolore e Terapia Iperbarica presso l'Università degli Studi di Palermo. Si è dedicato all'Anestesia Loco Regionale e alla terapia del dolore da subito dopo aver conseguito la Specializzazione. Dal 2011 pratica Ossigeno-Ozono terapia. Nel 2014 ha conseguito, con il massimo dei voti, il Master di secondo livello in " Terapia del Dolore" presso l'Università di Tor Vergata di Roma*



## VENETO

### **Dott. Ernesto Gastaldo**

*Dirigente Medico di Neurologia presso Dipartimento di Medicina - Unità operativa complessa di Neurologia- ULSS 3 Serenissima, Ospedale dell'Angelo Mestre-Venezia. Responsabile Servizio Neurofisiologia Clinica, Intraoperatoria e di Area Critica (UOC Neurologia); Referente ambulatori specialistici II livello: "malattie del motoneurone" e "cefalea e dolore neuropatico", collaboratore ambulatori specialistici "trattamento con tossina botulinica"*



# SALUTE DIGITALE E DOLORE: LE RACCOMANDAZIONI DEL GRUPPO SOCIETAL IMPACT OF PAIN

*Nel sito Societal Impact of Pain SIP è stato pubblicato il documento di sintesi del Gruppo di lavoro SIP sulla salute digitale. Il documento evidenzia la necessità di un'azione da parte delle istituzioni europee e dei governi nazionali nell'area della salute digitale e del dolore, che sia coerente e condivisa.*

Questi i punti chiave del Position Paper:

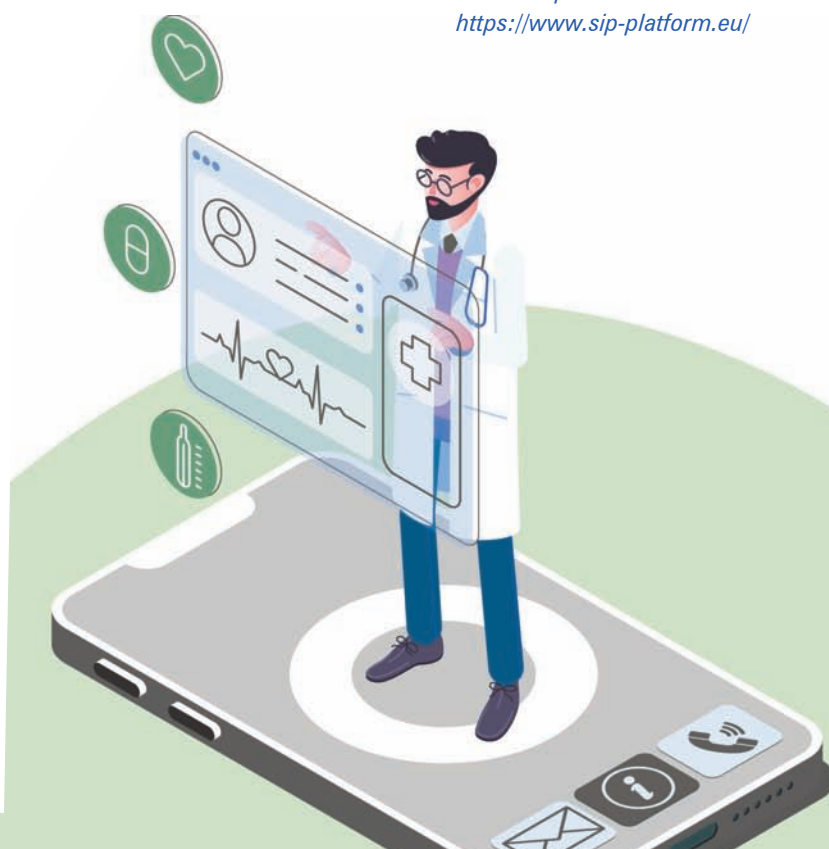
- Garantire l'attuazione dell'ICD-11 da parte di tutti gli Stati membri, per contribuire alla digitalizzazione dei servizi sanitari, poiché sono complementari e possono aiutarsi a vicenda.
- Sostenere lo sviluppo e l'implementazione di tecnologie digitali di valutazione del dolore, per medici e pazienti, convalidate, interoperabili e convalidate.
- Stabilire il dolore e le funzionalità correlate al dolore come indicatori di qualità nello sviluppo di strumenti di valutazione del dolore attraverso l'uso del PROM, patient-reported outcome measures, che potremmo tradurre in misura di esito (di una cura o di un qualunque servizio in ambito sanitario) riportata direttamente dal paziente.
- Migliorare la disponibilità e la parità di accesso ai formati ibridi (de visu e digitali) di gestione del dolore.
- Consentire l'uso di archivi e registri di dati sanitari digitali interoperabili, standardizzati e sicuri per facilitare lo scambio di dati di valutazione del dolore tra nazioni.

- Assegnare finanziamenti adeguati allo sviluppo della ricerca traslazionale su intelligenza artificiale e machine learning nel dolore e nel funzionamento correlato al dolore
- Assegnare finanziamenti adeguati e promuovere le infrastrutture per l'alfabetizzazione digitale e sanitaria per tutte le parti interessate, inclusi medici e pazienti.
- Garantire che l'esperienza soggettiva del dolore rimanga parte integrante della valutazione e della gestione del dolore.

- Promuovere lo scambio delle migliori pratiche in Europa nella valutazione e gestione digitali del dolore e delle funzionalità correlate, in un format aperto e stabilire standard per garantire che pratiche e informazioni di qualità, affidabili e basate sull'evidenza siano condivise con tutti.



*Il documento completo è consultabile nel sito <https://www.sip-platform.eu/>*





# 45°

CONGRESSO  
NAZIONALE

# AISD

ASSOCIAZIONE ITALIANA  
PER LO STUDIO DEL DOLORE

22-24 SETTEMBRE 2022

# NAPOLI

CONGRESSO IBRIDO

IN PRESENZA E ONLINE



SEGRETERIA SCIENTIFICA



AISD  
Associazione Italiana  
per lo studio del dolore  
onlus

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

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

PROVIDER ECM  
E AGENZIA ORGANIZZATIVA

 PLANNING

Planning Congressi Srl

Tel. 051 300100 - [www.planning.it](http://www.planning.it)

Project Manager: Ramona Cantelli  
[r.cantelli@planning.it](mailto:r.cantelli@planning.it)

Contatti Sponsor: Cristina Uzzo  
[c.uzzo@planning.it](mailto:c.uzzo@planning.it)





# Letteratura scientifica

Recenti pubblicazioni dei soci



Per segnalare articoli scrivere a:  
**redazione@aisd.it**

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

## A systematic review with expert opinion on the role of gepants for the preventive and abortive treatment of migraine

Argyriou AA, Mantovani E, Mitsikostas DD, Vikelis M, Tamburin S.  
A systematic review with expert opinion on the role of gepants for the preventive and abortive treatment of migraine  
*Expert Rev Neurother.* 2022 Jun;22(6):469-488. doi: 10.1080/14737175.2022.2091435. Epub 2022 Jun 27. PMID: 35707907.

...

### Introduction:

Gepants are small molecules targeting the calcitonin gene-related peptide (CGRP) that have been recently introduced and are under additional clinical development as preventive and abortive treatment options for migraine.

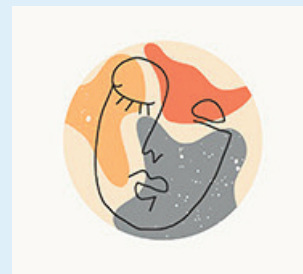
### Areas covered:

After providing a narrative overview of current preventive and acute treatment options for migraine and summarizing the pathophysiology of migraine attack and the role of CGRP, we performed a systematic review, according to the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)

recommendations, on trials on gepants in preventive and acute treatment of migraine. Studies and results were reviewed and discussed, and expert opinion was presented. We also collected data on relevant ongoing trials.

### Expert opinion:

Whether direct targeting CGRP pathways within the central nervous system or indirectly modulating them from the peripheral nervous system is more effective and safer in migraine remains still unclear. The available data on the efficacy and safety of gepants suggest they may represent an abortive, and to some extent, preventive treatment option for migraine, in patients who do not respond or have adverse effects to first/second line treatments or at high risk for medication overuse headache; thus opening new therapeutic horizons.



## Efficacy of Radiofrequency as Therapy and Diagnostic Support in the Management of Musculoskeletal Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis

Fari G, de Sire A, Fallea C, Albano M, Grossi G, Bettoni E, Di Paolo S, Agostini F, Bernetti A, Puntillo F, Mariconda C.  
*Efficacy of Radiofrequency as Therapy and Diagnostic Support in the Management of Musculoskeletal Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis*  
*Diagnostics (Basel).* 2022 Feb 26;12(3):600. doi: 10.3390/diagnostics12030600. PMID: 35328153; PMCID: PMC8947614.

...

Radiofrequency (RF) is a minimally invasive procedure used to interrupt or alter nociceptive pathways for treating musculoskeletal pain. It seems a useful tool to relieve chronic pain syndromes, even if, to date, solid evidence is still needed about the effectiveness of this therapy. By this systematic review and meta-analysis, we



aimed to evaluate the efficacy of RF in treating musculoskeletal pain. PubMed, Medline, Cochrane, and PEDro databases were searched to identify randomized controlled trials (RCTs) presenting the following: patients with chronic musculoskeletal pain as participants; RF as intervention; placebo, anesthetic injection, corticosteroid injection, prolotherapy, conservative treatment, physiotherapy, and transcutaneous electrical nerve stimulation as comparisons; and pain and functioning as outcomes. Continuous random-effect models with standardized mean difference (SMD) were used to compare the clinical outcomes. Overall, 26 RCTs were eligible and included in the systematic review. All of them analyzed the efficacy of RF in four different regions: cervical and lumbar spine, knee, sacroiliac (SI) joint, shoulder. The outcomes measures were pain, disability, and quality of life. A medium and large effect in favor of the RF treatment group (SMD  $< 0$ ) was found for the shoulder according to the Visual Analogical Scale and for the SI joint according to the Oswestry Disability Index. A small effect in favor of the RF treatment group (SMD  $> 0$ ) was found for the spine according to the 36-item Short Form Survey. Non-significant SMD was found for the other outcomes. RF represents a promising therapy for the treatment of chronic musculoskeletal pain, especially when other approaches are ineffective or not practicable. Further studies are warranted to better deepen the effectiveness of RF for pain and joint function for each anatomical region of common application.



## Changing the paradigm in postherpetic neuralgia treatment: lidocaine 700 mg medicated plaster

Fornasari D, Magni A, Pais P, Palao T, Polati E, Sansone P.

Changing the paradigm in postherpetic neuralgia treatment: lidocaine 700 mg medicated plaster

*Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2022 May;26(10):3664-3676. doi: 10.26355/eurrev\_202205\_28862. PMID: 35647848.



### Objective:

Chronic pain is currently considered a disease state with biopsychosocial consequences and a negative impact on patients' quality of life (QoL). Pain from postherpetic neuralgia (PHN) can persist for months or years and is a prototypical example of chronic pain. We analyzed PHN as a model of chronic pain, including its effects on QoL and clinical aspects. We explored treatment options, focusing on the topical treatment with lidocaine 700 mg medicated plaster (LMP) and how this impacts PHN management.

### Materials and methods:

This article is a narrative review of published studies. Preclinical and clinical studies were retrieved from literature through a search performed in PubMed/MEDLINE.

### Results:

To choose the appropriate treatment for chronic pains, such as PHN, not only efficacy but also tolerability, manageability, practicality, and compliance are important factors, especially in the long term. It is also important to set treatment expectations with the patients as total suppression of pain may be unrealistic, and a balance needs to be found between pain control and the minimization of adverse events. In this respect, LMP may be the best currently available treatment: it is easy to use, has low systemic absorption and thus a low risk for pharmacological interactions. Therefore, treatments can be personalized, and concomitant medications can be added, if needed. Recent data from a real-world study support this view by showing that LMP has superior effectiveness in reducing pain and improving the QoL compared to other commonly used systemic treatments and confirming its good tolerability profile that is mainly characterized by localized skin reactions.

Conclusions: LMP is one of the best currently available treatment options for PHN patients balancing good efficacy with an excellent tolerability profile and can therefore be considered for use as a first-line treatment for PHN.



## Pain Prevalence in two Italian Hospitals. An observational study

Mitello L, Coaccioli S, Muredda C, Nicosia R, Ceccarelli I, Marucci A, Salvatore S, Marti F, Iacorossi L, Terrenato I, Latina R.

*Pain Prevalence in two Italian Hospitals. An observational study*

*La Clinica terapeutica* 2022; 173(2):164-173 - DOI: 10.7417/CT.2022.2411

### Introduction:

Pain is the most common and distressing medical symptom in hospitalized patients in all wards. Pain prevalence among hospitalized patients is an indicator of the quality of health care.

### Objective:

The aim of this study is to describe pain prevalence in two Italian hospitals.

### Material and method:

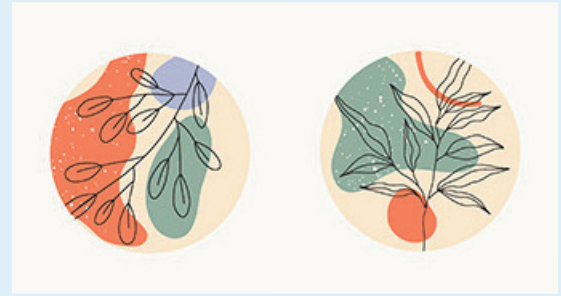
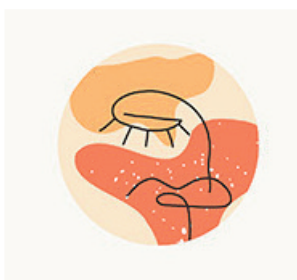
This is an observational study. It involved hospitalized patients of both sexes, able and unable to self-report. Descriptive analysis and multivariate analysis were applied.

### Results:

A sample of 754 inpatients were included. In Terni Hospital (n = 255), pain prevalence was 80.8%. The mean pain severity was 5.2 (sd ± 3.33). At Rome's San Camillo Hospital (n=499), pain prevalence was 46.9%. Acute pain is more prevalent in women (OR= 0.65; CI 95% 0.43-0.99) and increases with age (OR= 0.97; CI 95% 0.96-0.99). Chronic pain is more prevalent in men (OR= 2.34; CI 95% 1.41-3.97) and increases with age (OR= 1.04; CI 95% 1.03-1.06).

### Discussion and conclusion:

San Camillo Hospital presents data showing reduced pain prevalence, and describing pain even in patients unable to self-report. It is reasonable to believe that pain control by the staff at San Camillo is better, even though both hospitals are equally important regional institutions.



## Opioids in the Elderly Patients with Cognitive Impairment: A Narrative Review

Rekatsina M., Paladini A., Viswanath O, Urits I., Myrick D., Pergolizzi J. jr, Breve F., Varrassi G.

*Opioids in the Elderly Patients with Cognitive Impairment: A Narrative Review*

*Pain Ther* (2022). doi.org/10.1007/s40122-022-00376-y

We used high-resolution ultrasound to examine 35 median nerves (35 patients) with failed carpal tunnel decompression to identify the cause of failure. The carpal tunnel was examined before revision surgery, and the results were correlated with surgical findings. The cross-sectional area was measured, and nerve morphology was analysed at the sites of compression. We found persistent median nerve compression in 30 out of 35 patients. In 20 patients, the compression was caused by a residual transverse carpal ligament, in four by perineural fibrosis, in five by both of these causes and in one by tenosynovitis. In four patients, evidence of median nerve injury with an epineural/fascicular lesion was detected; and in one, no abnormalities were found. Surgical findings were consistent with the ultrasound findings except in one patient where tenosynovitis was associated with a giant cell tumour, which was missed by ultrasound. High-resolution ultrasound can provide helpful information in preoperative diagnosis of failed carpal tunnel decompression with good correlation between the ultrasound and surgical findings.







## Persistent Idiopathic Facial Pain (PIFP) in Patients Referred to a Multidisciplinary Centre in Italy: A Retrospective Observational Study

Schweiger V, Nocini R, De Santis D, Procacci P, Zanette G, Secchettin E, Del Balzo G, Fior A, Martini A, Nizzero M, Donadello K, Finco G, Gottin L, Polati E.

Persistent Idiopathic Facial Pain (PIFP) in Patients Referred to a Multidisciplinary Centre in Italy: A Retrospective Observational Study. *Journal of Clinical Medicine*. 2022; 11(13):3821.

<https://doi.org/10.3390/jcm11133821>



### Background:

Persistent Idiopathic Facial Pain (PIFP), previously named Atypical Facial Pain (AFP) is a poorly understood condition, often diagnosed after several inconclusive investigations. The aim of this retrospective study was to evaluate the demographic and clinical characteristics of patients with PIFP referred to a Facial Pain Center.

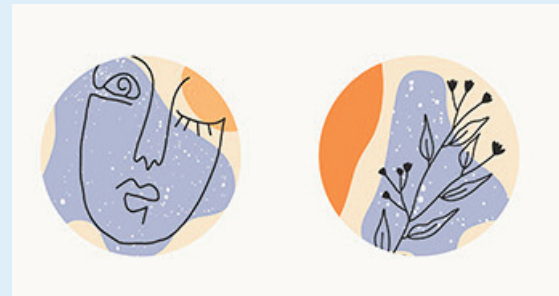
### Methods:

Between May 2011 and September 2014, data on 41 PIFP patients were analyzed regarding temporal, topographical and descriptive pain features, including onset, localization, pain descriptors and intensity. Pharmacological pain treatments were also registered. Finally, the presence and type of previous minor oro-surgery procedures in the painful area were investigated.

### Results:

Demographic and clinical characterization were similar to PIFP patients reported in literature. The presence of previous minor oro-surgery procedures in the painful area was reported in most of these patients, in particular endodontic treatments and tooth extractions.

**Conclusion:** This retrospective analysis showed a high prevalence of minor oro-surgery procedures in our population, while its role in PIFP pathophysiology remains unknown. A new classification of PIFP built around the main discriminant factor of presence of these procedures in the painful area could be considered while available data were still insufficient to define specific diagnostic criteria.



## The International Guideline Evaluation Screening Tool (IGEST): development and validation

D'Angelo, D., Coclite, D., Napoletano, A., Gianola, S., Castellini, G., Latina, R., Iacrossi, L., Fauci, A.J., Iannone, P.

The International Guideline Evaluation Screening Tool (IGEST): development and validation

*BMC Med Res Methodol* 22, 134 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12874-022-01618-5>



### Background:

Guideline adaptation provides an important alternative to de novo guideline development by making the process more efficient and reducing unnecessary duplication. The quality evaluation of international guidelines is an essential part of the adaptation process.

The study aims at describing the development and validation of a new tool to screen trustworthy Clinical Practice Guidelines (CPGs) for their adoption/adaption: the International Guideline Evaluation Screening Tool (IGEST).

### Methods:

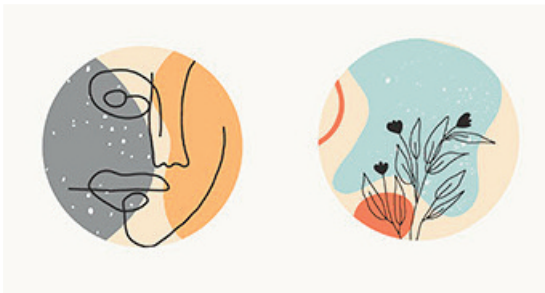
The process of developing the IGEST involved two main phases: 1) tool development and 2) content validation. The tool development phase comprised three stages, where the scope of the IGEST was defined and the item pool was generated and refined. The content validation was performed through the computation of a content validity index (CVI) based on the opinions of an expert panel.

### Results:

All the items obtained a CVI >0.78, which resulted in the validation of the instrument. The final instrument comprised four preliminary conditions and 12 criteria organised into three dimensions: (i) the management of conflict of interest; (ii) the quality of evidence and the coherence between evidence and recommendations; and (iii) the panel composition.

**Conclusion:**

The IGEST showed good content validity for assessing the quality of international guidelines. Using the new tool to select trustworthy guidelines might increase the likelihood that international clinical practice guidelines will be adopted/adapted to the local context by allowing a quick screening of existing guidelines trustworthiness and providing an acceptability threshold that supports the decision-making process.



## Factors influencing place of death and disenrollment among patients receiving specialist palliative care

Di Nitto M, Artico M, Piredda M, De Maria M, Magnani C, Marchetti A, Mastroianni C, Latina R, De Marinis MG, D'Angelo D.

Factors influencing place of death and disenrollment among patients receiving specialist palliative care.

Acta Biomed 2022;93(S2):e2022189.

DOI <https://doi.org/10.23750/abm.v93iS2.12637>

...

**Background and aim of the work:**

Place of death and disenrollment from specialized palliative care services (SPCSs) are two aspects that determine service utilization. These aspects should be determined by patient needs and preferences, but they are often associated to patient sociodemographic or contextual characteristics. The aim of this study was to describe which factors are associated with utilizing SPCSs in terms of place of death and disenrollment.

**Methods:**

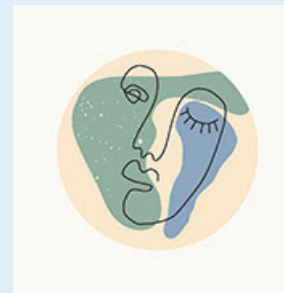
Retrospective cohort study. Patients (>18 years) who died or were disenrolled during SPCSs utilization. Two hierarchical regression models were performed, and variables were categorized in predisposing, enabling, and need factors according to the Andersen behavioral model of health services use.

**Results:**

We included 35,869 patients (52,5% male, mean age  $74,6 \pm 12,3$  SD), where 17,225 patients died in hospice and 16,953 at home, while 1,691 patients were disenrolled. Dying at home was associated with older age, oncological diagnosis, painful symptoms and longer survival time. Instead, service disenrollment was associated with less education, longer wait time and longer length of stay.

**Conclusions:**

SPCS utilization was not influenced only by patient need, but also by other factors, such as social and contextual factors. These factors need to be considered by health care providers and efforts are needed for 1) identifying barriers and implementing effective interventions to support patients and caregivers in their preferred place of care and death and 2) for avoiding SPCS disenrollment with an increased probability of aggressive treatments and worse quality of life for patients.



## The Rationale for Using Neridronate in Musculoskeletal Disorders: From Metabolic Bone Diseases to Musculoskeletal Pain

Iolascon G, Moretti A.

The Rationale for Using Neridronate in Musculoskeletal Disorders: From Metabolic Bone Diseases to Musculoskeletal Pain

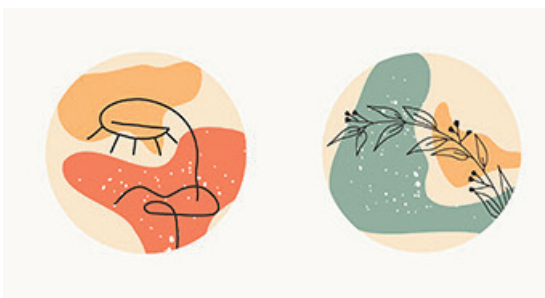
Int. J. Mol. Sci. 2022, 23(13), 6921; <https://doi.org/10.3390/ijms23136921>

...

Neridronate or ((6-amino-1-hydroxy-1-phosphonohexyl) phosphonic acid) is an amino-bisphosphonate (BP) synthesized in Italy in 1986. Bisphosphonates are molecules with a P-C-P bond in their structure that allows strong and selectively binding to hydroxyapatite (HAP) as well as osteoclasts inhibition through different



mechanisms of action. Neridronate was initially used to treat Paget disease of the bone, demonstrating effectiveness in reducing bone turnover markers as well as pain. The interesting molecular properties of neridronate foster its wide use in several other conditions, such as osteogenesis imperfecta, and osteoporosis. Thanks to the unique safety and efficacy profile, neridronate has been used in secondary osteoporosis due to genetic, rheumatic, and oncological diseases, including in pediatric patients. In the last decade, this drug has also been studied in chronic musculoskeletal pain conditions, such as algodystrophy, demonstrating effectiveness in improving extraskeletal outcomes. This review highlights historical and clinical insights about the use of neridronate for metabolic bone disorders and musculoskeletal pain conditions.



## Pharmacological Treatment of Pain and Agitation in Severe Dementia and Responsiveness to Change of the I-MOBID2 Pain Scale: Study Protocol

Scuteri D, Contrada M, Loria T, Tonin P, Sandrini G, Tamburin S, Nicotera P, Bagetta G, Corasaniti MT.

*Pharmacological Treatment of Pain and Agitation in Severe Dementia and Responsiveness to Change of the Italian Mobilization-Observation-Behavior-Intensity-Dementia (I-MOBID2) Pain Scale: Study Protocol*  
Brain Sci. 2022 Apr 29;12(5):573. doi: 10.3390/brainsci12050573. PMID: 35624960; PMCID: PMC9139373.



Up to 80% of Alzheimer's disease (AD) patients in nursing homes experiences chronic pain and 97% develops fluctuant neuropsychiatric symptoms (NPS). Agitation, associated with unrelieved pain, is managed through antipsychotics and may increase the risk of death. Evidence is accumulating in favor of analgesia for a safer, effective therapy of agitation. The Italian ver-

sion of Mobilization-Observation-Behavior-Intensity-Dementia, I-MOBID2, recently validated in the Italian setting, shows: good scale content validity index (0.89), high construct validity (Spearman rank-order correlation  $Rho = 0.748$ ), reliable internal consistency (Cronbach's  $\alpha$  coefficient = 0.751), good-excellent inter-rater (intra-class correlation coefficient, ICC = 0.778) and test-retest (ICC = 0.902) reliability, and good inter-rater and test-retest agreement (Cohen's  $K = 0.744$ ) with 5.8 min completion time. This study intends to identify the responsiveness of the I-MOBID2 based on CONsensus-based Standards for the selection of health Measurement Instruments (COSMIN) recommendations, assessing the a priori hypotheses of (1) the efficacy of painkillers administered to severe AD patients after proper pain assessment and (2) the effect of reduction of the Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) score and of agitation rescue medications. This protocol is approved by Calabria Region Ethics Committee protocol No. 31/2017 and follows the Standard Protocol Items: Recommendations for Interventional Trials (SPIRIT) guidelines.



## Considerations for Better Management of Postoperative Pain in Light of Chronic Postoperative Pain: A Narrative Review

Gómez M, Izquierdo C E, Mayoral Rojals V, Pergolizzi J jr, Plancarte Sanchez R, Paladini A, Varrassi G.

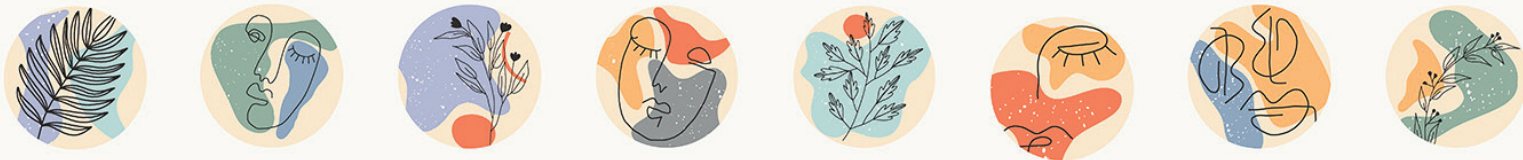
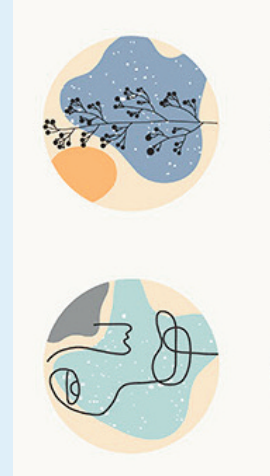
*Considerations for Better Management of Postoperative Pain in Light of Chronic Postoperative Pain: A Narrative Review.*  
Cureus (April 02, 2022) 14(4): e23763. doi:10.7759/cureus.23763



Chronic postoperative pain (CPOP) is prevalent, with particularly high rates in breast surgery, thoracotomy, and amputation. As the world emerges from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) lockdowns, it is expected



ted that there will be an increase in surgical procedures, elevating the importance of preventing CPOP in the coming years. Risk factors are emerging to better stratify patients at high risk for CPOP. Perioperative analgesia plays an important role in managing acute postoperative pain and in some cases may limit its transition to CPOP. Acute postoperative pain is adaptive, normal, expected, and has a well-defined trajectory, while CPOP is maladaptive and, as a form of chronic pain, is challenging to treat. Good analgesia, early ambulation, and rehabilitation efforts may be helpful in preventing CPOP following certain surgeries. Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) protocols present guidance to help promote recovery and prevent CPOP.



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

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



# Roma Pain Days



Let's meet at the  
Hybrid Congress!

SEPTEMBER  
2-3  
•2022•

## TOPICS



- Acute pain
- Chronic pain
- Neuropathic pain
- Rheumatologic pain
- Pain in palliative cares
- Pharmacological management of pain
- Interventional management of pain
- Ultrasound support in interventional pain management
- COVID and pain patients' management
- Safety in pain management



### CONGRESS CHAIR

**Giustino Varrassi**

President, Paolo Procacci Foundation (FPP)  
Rome, Italy

### CONGRESS VENUE

Hotel NH Collection Roma Centro  
Via dei Gracchi, 324  
00192 Roma RM



**ORGANIZING SECRETARIAT: PLANNING CONGRESSI Srl**  
Via Guelfa, 9 - 40138 Bologna (Italy)  
M.+39 338 6373768  
e.ripa@planning.it - www.planning.it



# L'IMPORTANZA DELLA **COMUNICAZIONE** NELL'APPROCCIO AL PAZIENTE E ALLA **FAMIGLIA**

Benedetta de Fabritiis

*Strategic Communication & Coaching*

*Responsabile della comunicazione, AOU Università degli studi della Campania "Luigi Vanvitelli"*



Mi piace pensare che la comunicazione efficace nell'approccio al paziente con dolore cronico sia un topic acquisito nel percorso della presa in carico del cittadino e dei suoi familiari che sperimentano questa condizione. Tuttavia, gran

parte dei corsi di medicina e chirurgia non annovera tra i propri insegnamenti quello della comunicazione. Diventa, così, fondamentale che gli strumenti e i processi comunicativi divengano disciplina di studio e insegnamento, ove e appena

possibile. La percezione sulla qualità del servizio assistenziale offerto è inevitabilmente connessa alla capacità di comunicare dei professionisti della Sanità.

La comunicazione efficace in ambito medico e, ancor di più,

nella specificità del dolore cronico, non è più un approccio facoltativo, da adottare a discrezione della predisposizione caratteriale dell'operatore di turno. Esso costituisce una pratica che favorisce un percorso di riconciliazione e pacificazione rispetto alla vita del malato e al suo dolore totale, che è unico e solo suo. Una condizione che coinvolge, inevitabilmente, le persone che vivono la sua quotidianità. Un'efficace descrizione di come si possa vivere questa unicità, congiunta alla necessità di vedere il proprio dolore riconosciuto, considerato e trattato come esclusivo e incomparabile a quello di chiunque altro, ci giunge da Tiziano Terzani nella sua pungente descrizione dei medici "aggiustatori", dediti a riparare il suo male staccandolo dalla sua persona: "Io ero un corpo, un corpo ammalato da guarire. E avevo un bel dire: ma io sono anche una mente, forse anche uno spirito e certo sono un cumulo di storie, di esperienze, di sentimenti, di pensieri ed emozioni che con la mia malattia hanno probabilmente avuto un sacco a che fare! Nessuno sembrava volerne o poterne tenere conto". Quel che veniva attaccato era

un male, con approcci specifici e manualistici, con le sue statistiche di incidenza e di sopravvivenza, un male oggettivo che, tuttavia, non potrebbe mai essere uguale a quello sperimentato da un altro individuo. "Può essere di tutti. Ma non il mio! (...) A me come persona i bravi medici-aggiustatori chiedevano poco o nulla. Bastava che il mio corpo fosse presente agli appuntamenti che loro gli fissavano per sottoporlo ai vari 'trattamenti'".

L'unicità è data dal nostro Sistema di Riferimento Personale, quel filtro composto da conoscenze, valori, problemi risolti (o meno) ed esperienze, che ciascuno di noi applica per leggere la realtà, la nostra. Ce lo portiamo dietro, lo indossiamo come un paio di occhiali, attraverso le cui lenti decodifichiamo il mondo, le relazioni, gli accadimenti, la comunicazione. Quest'ultima risente particolarmente, in contesti delicati come quelli medici e ospedalieri, dei personalissimi parametri con cui accogliamo un processo comunicativo. "(...) ma il guaio che voi, caro, non saprete mai, né io vi potrò comunicare come si traduce in me quello che voi dite. Non avete parlato turco, no...ma

che colpa abbiamo io e voi, se le parole di per sé sono vuote? Vuote caro mio. E voi le riempite del senso vostro, nel dirmele, e io nell'accoglierle, inevitabilmente le riempio del senso mio. Abbiamo creduto di intenderci e non ci siamo intesi affatto."

Questa citazione tratta da "Uno nessuno e centomila" di Luigi Pirandello, introduce il tema dell'ingaggio e di quelli che chiamo i "binari comunicativi". Per comunicare e ingaggiare non basta essere competenti, logici e razionali. Perché non c'è dialogo tra chi parla con il cuore e chi risponde con il cervello. Dal momento che la comunicazione è l'atto con cui rendi partecipe, con cui metti in comune, uno scambio di doni tra mura amiche, non si può non tenere conto della multidimensionalità che sostanzia i processi comunicativi che hanno l'ambizione di essere efficaci.

È necessario essere consapevoli del proprio stile comunicativo per poter attivare i 3 principali flussi della comunicazione: verbale, non verbale e paraverbale, non dimenticandone le percentuali d'incidenza nell'ambito di una relazione comunicativa (7% verbale, 55% non verbale,

38% tono voce).

I processi comunicativi, specie se in contesti complessi come in quelli di cura, non sono mai unidirezionali (in questo differiscono dal mero flusso informativo), ma vivono nel presupposto di una struttura circolare, in cui gli attori della comunicazione -non importa in che numero siano- nel loro sano interagire, compongono una ideale struttura sferica, in cui i ruoli di emittente e ricevente si amalgamano e intercambiano, nel gioco della comunicazione verbale, non verbale, paraverbale. Un “acting” spesso inconsapevole, che sarà tanto più efficace negli obiettivi, in questo caso di rifugio, sicuro approdo e partnership terapeutica, quanto più gli attori saranno consapevoli degli strumenti comunicativi nelle loro mani. In altre parole, la comunicazione sarà tanto più efficace, quanto più saranno scelti consapevolmente i mezzi attraverso cui stabilire una relazione fatta di linguaggio analogico (informazioni sul contenuto della comunicazione, obiettive, razionali, chiare) e linguaggio digitale (il linguaggio della relazione: emozioni, atteggiamenti, aspettative, vissuto), considerando che, in diversi momenti della relazione, può

strategicamente prevalere una tipologia di comunicazione rispetto all'altra.

Ogni domanda di cura, proprio perché non è mai uguale a sé stessa, contiene anche un'esigenza di relazione. Ignorare questa dimensione, significherebbe ridurre la medicina ad applicazione di una tecnica, a una prestazione di servizi, burocratica distanza. Essa, in primo luogo, è incontro con una persona, verso un approccio che fa propri i binomi terapia del dolore e relazione - medicina e umanità.

Per essere davvero efficaci nella relazione di cura con il paziente e con coloro che gli sono accanto è necessario costruire uno spazio di cura e assistenza che tenga conto delle necessità non solo fisiche, ma anche comunicative della relazione, per un vero processo sostanziale di umanizzazione delle cure, che non resti un vuoto postulato, ma diventi una pratica corrente e diffusa. Un nuovo approccio alle cure, fatto di persone che curano persone.

Al centro delle attenzioni non c'è solo l'assistito, in un momento di estrema fragilità, con le sue necessità cliniche, ma sono egualmente importanti i suoi bisogni di appartenenza e di relazione con i propri cari.

Il paziente, in una condizione di estremo disagio, affronta una modifica drastica e negativa del proprio futuro, o di quella di un proprio caro, e la sua percezione varia da individuo a individuo, poiché dipende fondamentalmente dalla forbice tra le proprie aspettative e la realtà (Gap di Calman).

Nel fondamentale approccio comunicativo e relazionale che coniuga la EBM (Evidence Based Medicine) con la NBM (Narrative Based Medicine), la fragilità data dal dolore trova riparo e accoglienza nella condivisione del percorso terapeutico, in un vero percorso di decision sharing e partnership.

Scrive Giorgio Bert: “(...) è ovvio che l'interazione tra medico e paziente sarà guidata dal medico, il quale si assumerà il compito di accompagnare il malato nelle scelte e nelle decisioni; ma accompagnare non significa spingere o costringere”. Il medico moderno attento ed empatico ha a sua disposizione alcune metodologie di approccio che rendono efficace e produttivo il rapporto con il suo paziente e che danno anche nuovo senso alla Medicina Basata sull'Evidenza, come la Medicina Narrativa.

Durante il processo di negoziazione vengono raggiunti com-



promessi da entrambe le parti e la decisione viene presa insieme. Nelle malattie croniche il processo comunicativo si caratterizza per una mutua e reciproca partecipazione. Tuttavia, qualunque sia il rapporto medico-paziente, è necessario che si tenga bene a mente che non si può non comunicare, secondo quanto enunciato nel primo assioma della comunicazione definito da Paul Watzlawick, che rappresenta, insieme agli altri 4 postulati, una delle proprietà della comunicazione. Non si può non comunicare: non esiste qualcosa che sia un

non-comportamento comunicativo. Le parole, il silenzio o l'attività hanno valore di messaggio, influenzano gli altri, che a loro volta rispondono a tale comunicazione con altra comunicazione reattiva-adattiva o meno.

In definitiva, gli elementi di una relazione comunicativa efficace possono essere racchiusi in alcune golden rules: sviluppare consapevolezza del proprio modo di comunicare, modificandolo in relazione al nostro interlocutore; ascoltare attivamente, fare uso del feedback (accertarsi che il nostro messag-

gio stia arrivando in modo chiaro al nostro interlocutore); utilizzo della comunicazione assertiva; esprimersi in modo chiaro; evitare gergo medico; utilizzare metafore, immagini, esempi, opuscoli; fare attenzione alla coerenza tra ciò che diciamo (cosa), come lo diciamo (forma) e la nostra comunicazione non verbale.

Infine, dedicare tempo di qualità alla costruzione di una relazione comunicativa con il proprio assistito, specie se afflitto da una condizione di dolore cronico, totale.

“ Non dovresti curare gli occhi senza curare la testa o la testa senza curare il corpo. Così anche non dovresti curare il corpo senza curare l'anima. Questo è il motivo per cui la cura di molte malattie è ancora sconosciuta: poiché il Tutto dovrebbe essere studiato, dal momento che una parte specifica del corpo non potrà star bene a meno che non stia bene il Tutto. ”

Platone (428-348 a.C.)



## Bibliografia

- Saunders C. Hospice: un'ispirazione per la cura della vita. EDB, 2008
- Terzani T. Un altro giro di giostra, Longanesi, 2004
- Taruscio D. Cos'è la medicina narrativa. ISS Roma, 2012
- Selvini Palazzoli M., Boscolo L., Cecchin G., Prata G., Paradosso e controparadosso, Milano, Cortina Editore, 2003.
- Watzlawick P., Beavin J.H., Jackson D.D. Pragmatica della comunicazione umana. Roma, Astrolabio, 1971
- Capaldo G. La relazione con il paziente: da to cure al to care. Scienza Rianbil., 2007
- Bert G. Per un miglior rapporto tra medico e malato: un traguardo possibile. Rec. Progr. Med., 2006
- Polvani S. e Sarti A. Franco Angeli, Medicina narrativa in Terapia Intensiva. Storie di malattie e di cura, Milano, 2013
- Bert G. Medicina narrativa. Storie e parole nella relazione di cura Condividi. Roma, Il Pensiero Scientifico, 2015
- Calman K., Quality of life in cancer patients. J Med Ethics, 1984.

Il testo è una sintesi della relazione programmata nella sessione "Dolore e cure palliative", 45° Congresso nazionale Associazione Italiana per lo Studio del Dolore, Napoli, 22-24 settembre 2022, <http://www.congressoaisd.it>



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

# Workshop 4-6 OTTOBRE 2022 CORSO LIVE SURGERY IN TERAPIA ANTALGICA

II edizione

## Relatori:

- Prof. Enrico Polati
- Prof. Vittorio Schweiger
- Dr. Pierluigi Manchiari
- Dr. Alvisè Martini
- Dr. Massimo Parolini
- Dr.ssa Patrizia Vendramin

## Organizzazione scientifica:

- Dr.ssa Eleonora Bonora

## Programma

martedì 4 ottobre 2022  
Ospedale Borgo Roma, Verona

8.30 - 9.00

Registrazione partecipanti  
e coffee break di benvenuto

SALA 2

9.00 - 10.00

Introduzione al corso e  
presentazione dei casi

10.00 - 11.00

Radiofrequenza  
gangliare

11.00 - 13.00

DRG stimulation

13.00 - 14.30

Debriefing e  
Lunch Time

SALA 3

9.00 - 11.00

DRG stimulation

11.00 - 12.00

Introduzione al corso e  
presentazione dei casi

12.00 - 13.00

Radiofrequenza  
gangliare

13.00 - 14.30

Debriefing e  
Lunch Time

martedì 4 ottobre 2022  
Hotel Best Western Verona

PRESENTAZIONE DEI CASI

(Medico + Specialist)

15.00 - 15.20

SCC HF

15.20 - 15.40

SCS

15.40 - 16.00

Peridurolisi

16.00 - 16.20

Radiofrequenza  
faccette articolari

16.20 - 16.40

Neurostimolazione  
percutanea  
ad alta frequenza

16.40 - 17.00

Neurostimolazione  
wireless

17.00 - 17.20

Periduroscopia

17.20 - 17.40

Radiofrequenza  
gangliare

17.40 - 18.00

PENS

18.00 - 18.20

Blocco del ganglio  
sfenopalatino

INFORMAZIONI:

**PLANNING**

Segreteria Organizzativa

Planning Congressi Srl

Via Guelfa, 9, 40138 Bologna (Italy) Tel.+39 051 300100

www.planning.it

SEDE:



**POLICLINICO UNIVERSITARIO G.B. ROSSI**

Piazzale Ludovico Antonio Scuro 10, Verona

• Palazzina Nord – UO Terapia Antalgica

Il corso di live surgery in terapia antalgica si pone come obiettivo quello di illustrare il know how di screening e metodica delle principali procedure disponibili nella gestione del dolore cronico. L'attività è programmata in tre giornate in cui, partendo da una breve introduzione degli argomenti e dei percorsi, si arriverà a una doppia sessione di interventistica. Sarà prevista una rotazione in gruppi in modo da permettere a tutti i partecipanti di prendere visione delle tecniche presentate.

**mercoledì 5 ottobre 2022  
Ospedale Borgo Roma, Verona**

**SALA 2**

**8.00 - 10.30**  
SCS

**10.30 - 11.00**  
Coffee Break

**11.00 - 13.30**  
SCS HF

**13.30 - 15.00**  
Debriefing e Lunch Time

**15.00 - 16.00**  
Peridurolisi

**16.00 - 17.00**  
Radiofrequenza faccette articolari

**17.00 - 18.00**  
Neurostimolazione percutanea ad alta frequenza

**SALA 3**

**8.00 - 10.30**  
SCS HF

**10.30 - 11.00**  
Coffee Break

**11.00 - 13.30**  
SCS

**13.30 - 15.00**  
Debriefing e Lunch Time

**15.00 - 16.00**  
Neurostimolazione percutanea ad alta frequenza

**16.00 - 17.00**  
Peridurolisi

**17.00 - 18.00**  
Radiofrequenza faccette articolari

**giovedì 6 ottobre 2022  
Ospedale Borgo Roma, Verona**

**SALA 2**

**8.00 - 10.30**  
Periduroscopia

**10.30 - 11.00**  
Coffee Break

**11.00 - 12.00**  
Radiofrequenza gangliare

**12.00 - 13.00**  
Neurostimolazione wireless

**13.30 - 15.00**  
Debriefing e Lunch Time

**15.00 - 16.00**  
PENS

**16.00 - 16.30**  
Blocco del ganglio sfenopalatino

**SALA 3**

**8.00 - 9.30**  
Neurostimolazione wireless

**9.30 - 10.30**  
Radiofrequenza gangliare

**10.30 - 11.00**  
Coffee Break

**11.00 - 13.30**  
Periduroscopia

**13.30 - 15.00**  
Debriefing e Lunch Time

**15.00 - 16.00**  
PENS

**16.00 - 16.30**  
Blocco del ganglio sfenopalatino

**16.30 - 17.00 Conclusioni del corso**

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

# Dolore Aggiornamenti Clinici

Organo ufficiale della Associazione Italiana per lo Studio del Dolore

