



# DOLORE



AGGIORNAMENTI CLINICI

Organo ufficiale della Associazione Italiana per lo Studio del Dolore





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

# 40

CONGRESSO NAZIONALE

# AISD



**NH VILLA CARPEGNA**  
**ROMA 8-10 GIUGNO 2017**

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

# DOLORE

AGGIORNAMENTI CLINICI

Organo ufficiale della Associazione Italiana per lo Studio del Dolore



## In questo numero

40° Congresso dell'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore	4
Cannabinoids and pain control	7
AISD Focus Day 2017	11
Dolore e lesioni croniche	15

### In breve

Dichiarazione dell'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore in merito alle recenti indagini giudiziarie	16
La medicina del dolore non è un business	16
Le linee guida sul Low Back Pain dell'ACP	17
Il Codice Deontologico dell'Infermiere. Un importante progetto dell'AIS	20

#### Associazione Italiana per lo Studio del Dolore AISD

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

#### Consiglio Direttivo AISD 2016-2018

Presidente  
Enrico Polati  
Past President  
Caterina Aurilio

#### Presidente eletto per il biennio 2018-2020

Stefano Coaccioli

Vicepresidente  
Maria Caterina Pace

Segretario  
Vittorio Schweiger

Tesoriere  
Giustino Varrassi

Consiglieri  
Maurizio Evangelista  
Diego M. Fornasari  
Franco Marinangeli  
Filomena Puntillo  
Andrea Truini

Direttore Responsabile  
Giustino Varrassi

Segreteria Scientifica  
Antonella Paladini

Coordinamento Redazionale  
Lorenza Saini

Grafica e impaginazione  
a cura di Osvaldo Saverino

#### TRIMESTRALE

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

Copia omaggio riservata ai soci.

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

Tutti i diritti riservati.

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

© Copyright 2017



Roma, 8-10 giugno

## Il 40° Congresso dell'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore

*Divulgare la cultura della valutazione e del trattamento del dolore e della sofferenza, come obiettivo etico e assistenziale fondamentale per assicurare la qualità delle cure erogate ai pazienti.*

*Necessità di sinergie inter e multidisciplinari tra le differenti specializzazioni che si occupano di dolore per rendere sempre più efficaci le strategie terapeutiche, condividendo energie e competenze e soprattutto la conoscenza dell'impressionante impatto bio-psico-sociale che il dolore-malattia è capace di determinare non solo sulla Persona affetta, ma anche sui contesti ad essa circumvicini.*

Il 40° Congresso Nazionale dell'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore, AISD, si terrà a Roma dall'8 al 10 giugno prossimi: proseguendo una felice tradizione di vicinanza alle Istituzioni anche quest'anno è stato insignito della Medaglia del Presidente della Repubblica Sergio Mattarella, "quale Suo premio di rappresentanza".

Il programma scientifico si articola su temi cruciali della medicina del dolore: dolore neuropatico, dolore post-operatorio, dolore pelvico cronico, low-back-pain, per citarne solo alcuni. Obiettivo generale del programma scientifico è l'appropriatezza terapeutica, basata sulle evidenze e utilizzata come guida per la costruzione di percorsi diagnostico-terapeutici multidisciplinari al cui centro c'è il benessere dei pazienti, delle loro esigenze e complessità; un'appropriatezza terapeutica che deve essere derivata da una approfondita conoscenza delle terapie farmacologiche, e non, e finalizzata al recupero della disabilità derivata dal dolore cronico.

La cerimonia inaugurale avrà luogo alla Camera dei Deputati, Aula Nuova dei Gruppi



Parlamentari, dove, proseguendo in una tradizione cara all'AISD, gli invitati d'onore saranno i malati con dolore cronico. La lettura magistrale sarà dedicata alla storia della medicina del dolore "Conoscere le radici per orientare le prospettive", relatore il prof Giustino

Varrassi, presidente della Fondazione Paolo Procacci e della European League against Pain, presidente eletto del World Institute of Pain.

### Qualche dato per inquadrare la malattia dolore cronico

Numerose ed approfondite statistiche confermano che un cittadino su quattro ne soffre. In uno studio sull'intera popolazione maggiorenne di una cittadina del centro Italia (Narni, oltre 8.000 soggetti indagati), la prevalenza di dolore cronico era di oltre il 28%, con oltre il 31% nel sesso femminile. Di questi, poco più del 35% era a conoscenza della legge 38/10 che sancisce il loro diritto a essere curati ponendo la Terapia del Dolore e le Cure Palliative tra i Livelli Essenziali di

Assistenza. Ancora più drammatici i risultati di una indagine condotta nelle farmacie della provincia dell'Aquila, dove sono stati intervistati i pazienti affetti da una qualche forma di dolore cronico: solo il 32% degli intervistati, con una diagnosi di dolore cronico, era a conoscenza dell'esistenza di una legge nazionale del genere e solo il 44% sapeva che in Italia esistono dei centri per la cura del dolore.

### Come si cura il dolore in Italia?

Dal 2010 curare il dolore in Italia è legge, ma legge spesso purtroppo disattesa. «Le sfide che la terapia del dolore ha davanti a sé nel nostro Paese sono difficili e intriganti e l'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore, AISD, rappresenta un punto di congiunzione in una realtà purtroppo frammentata» – sottolinea il prof. Enrico Polati, presidente AISD (Direttore del Dipartimento Emergenza, Terapie Intensive e Terapia del Dolore, AOUI Verona, Direttore della Scuola di Specializzazione in Anestesia, Rianimazione, Terapia Intensiva e Terapia del Dolore dell'Università di Verona). - «A mio parere, l'unico modo per sensibilizzare gli operatori sanitari è quello di divulgare la cultura della valutazione e del trattamento del dolore e della sofferenza, come obiettivo etico e assistenziale fondamentale per assicurare la qualità delle cure erogate ai pazienti. Il dolore cronico è una delle patologie di più frequente osservazione nell'ambulatorio del medico di medicina generale e il suo ruolo è quindi cruciale in termini di screening dei pazienti, valutazione e trattamento delle patologie associate e accesso alle terapie antalgiche nei centri di secondo e terzo livello, ove questo sia ritenuto necessario in relazione alla complessità dei quadri dolorosi.»

Incoraggiare l'appropriatezza terapeutica «Con le sue sessioni congiunte con altre società scientifiche - spiega il prof. Maurizio Evangelista, presidente del Comitato organizzatore locale (Consigliere AISD, Direttore U.O. Terapia del Dolore, Università Cattolica del Sacro Cuore/CIC, Consultore del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari della Città del Vaticano, Membro del Comitato Etico dell'Istituto Superiore di Sanità ed Esperto del Consiglio Superiore di Sanità per la Terapia del Dolore) - il programma del Congresso vuole ribadire la pressante necessità di sinergie inter e multidisciplinari tra le differenti specializzazioni che si occupano di dolore. Il fine è quello di rendere sempre più efficaci le strategie terapeutiche, condividendo energie e competenze ma soprattutto la conoscenza dell'impressionante impatto bio-psico-sociale che il dolore-malattia è capace di determinare non solo sulla Persona affetta, ma anche sui contesti ad essa circumvicini. Capire questo vuol dire avvicinarsi alla gestione più appropriata ma anche più sostenibile, come si conviene quando si parla di malattia, e mirata a ottenere il maggior recupero possibile della disabilità indotta dal dolore-malattia e quindi della quotidianità, declinata in tutte le sue accezioni antropocentriche».

Nel corso del Congresso si discuterà anche del valore della comunicazione nella gestione del dolore e delle cure palliative e dei diversi meccanismi del dolore. Uno spazio del programma scientifico sarà dedicato allo sviluppo delle competenze infermieristiche avanzate, in termini di responsabilità legale e di trattamento del dolore in situazioni di difficile gestione, come nel paziente ustionato o politraumatizzato, o con lesioni cutanee oncologiche. Una sessione congiunta medi-

co-infermieristica approfondirà il tema dell'ipnosi applicata al trattamento del dolore acuto e cronico, con una lectio magistralis del Prof. Giancarlo Carli sul controllo cognitivo del dolore.

Presenti inoltre relazioni sul trattamento analgesico topico, sulla gestione del dolore postoperatorio in Day Surgery e sul paziente oncologico.

Con lo sviluppo delle competenze infermieristiche avanzate nasce il tema della responsabilità legale in tale ambito. Interverranno vari esperti su responsabilità e formazione del professionista, con un "focus" sull'infermieristica del dolore. Saranno inoltre affrontati diversi aspetti connessi alla gestione infermieristica e al trattamento del dolore in situazioni di difficile gestione, come nel paziente ustionato o politraumatizzato, nel paziente con lesioni cutanee oncologiche. Novità di quest'anno, inoltre, consisterà in una sessione congiunta medico-infermieristica sul tema dell'ipnosi applicata al trattamento del dolore acuto e cronico.

Responsabili scientifici del programma Pain Nursing del 40° Congresso AISD sono il Dottor Nicolino Monachese e il Dottor Daniele Battelli, dell'Associazione Sammarinese per lo Studio del Dolore.

## Qualche dato per inquadrare la malattia dolore cronico

Ampie statistiche confermano che un cittadino su quattro ne soffre. In uno studio sull'intera popolazione maggiorenne di una cittadina del centro Italia (Narni, oltre 8.000 soggetti indagati), la prevalenza di dolore cronico era di oltre il 28%, con oltre il 31% nel sesso femminile. Di questi, poco più del 35% era a conoscenza di una legge dello Stato che difende il loro diritto a essere curati. Ancora più drammatici i risultati di una indagine condotta nelle farmacie della provincia dell'Aquila, dove sono stati intervistati tutti i pazienti che avevano una qualche forma di dolore cronico. Solo il 32% degli intervistati, con una diagnosi di dolore cronico, era a conoscenza dell'esistenza di una legge nazionale del genere e solo il 44% sapeva che in Italia esistono dei centri per la cura del dolore. ◀

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

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

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



## Cannabinoids and pain control\*

**Caterina Aurilio**

Direttore Scuola di Specializzazione in Anestesia, Rianimazione  
e Terapia intensiva dell'Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli

### ■ Introduction

Cannabinoids are a group of chemical compounds that produce their effects via activating cannabinoid receptors; they include the phytocannabinoids (herbal cannabinoids/natural cannabinoids found in the cannabis plant), endogenous cannabinoids (endocannabinoids) and synthetic cannabinoids. The endocannabinoid system is comprised of cannabinoid receptors, endogenous agonists of these receptors, "endocannabinoids", and the processes playing a role in biosynthesis, release, transport and metabolism of these endogenous lipid-signalling molecules.

To date, two subtypes of cannabinoid receptors, termed cannabinoid-1 (CB1), localized in the brain, and cannabinoid-2 (CB2) receptors, situated in periphery, have been cloned. CB1 receptors are most abundantly expressed in the central nervous system (CNS), most densely in motor and limbic regions, and in areas that are involved in pain transmission and modulation, such as periaqueductal grey (PAG), rostral ventromedial medulla (RVM), spinal cord dorsal horn, and in the periphery. CB1 receptors are generally located pre-synaptically on axons and terminals of neurons and mediate the inhibition of neurotransmitter release by the inhibition of adenylate cyclase, blockade of voltage-dependent calcium channels, and/or by the activation of potassium channels and mitogen-activated protein kinase. CB2 receptors, on the other

hand, are found mainly, but not exclusively, outside the CNS, predominantly in peripheral tissues with immune functions, and most densely in the spleen.

Endocannabinoids are highly lipophilic compounds. Arachidonyl ethanolamide (AEA, anandamide), 2-arachidonylglycerol (2-AG), O-arachidonyl ethanolamine (virodhamine), N-arachidonyl dopamine (NADA), and 2-arachidonyl glyceryl ether (noladin ether) are the putative endocannabinoids. Of these endogenous metabolites of eicosanoid fatty acids, AEA and 2-AG are the best characterized. They are not stored in vesicles after production. They are substantially synthesised "on demand" from membrane phospholipids, and released immediately. Both AEA and 2-AG are produced at post-synaptic neurons, following their release from depolarised post-synaptic neurons, endocannabinoids are regarded to act as retrograde messengers, and activate CB1 receptors on pre-synaptic terminals. Their overall effect may be excitatory or inhibitory, depending on a reduction in neurotransmitter release, mostly as the result of pre-synaptic inhibition of GABA or glutamatergic transmission. Endocannabinoids activate CB1 and/or CB2 receptors to modulate physiological and pathological conditions, including memory, appetite, immune function, sleep, stress response, thermoregulation, addiction, and no wonder analgesia. AEA and NADA are also shown to have an affinity to transient receptor potential vanilloid 1 (TRPV1) receptors. After activating can-

nabinoid receptors, endocannabinoids are removed from the extracellular space by a process of cellular uptake.

Three derivatives of cannabis (termed "cannabinoids") exist: oral nabilone, oral dronabinol, and a 50:50 mixture of tetrahydrocannabinol (THC) and cannabidiol buccal spray, which is currently the only cannabinoid with an official indication for pain.

Canada, the Netherlands, Israel, Spain, and certain states in the United States have legalized dried cannabis for medicinal purposes; however, cannabis remains illegal in most European countries and Australia.

## ■ Cronic Cancer Pain

Cannabinoid treatments for cancer pain have been studied in a few randomized trials, but the evidence has been less than convincing. Portenoy published this randomized, double-blind, placebo-controlled, study on nabiximols in cancer pain. Patients with advanced cancer and opioid-refractory pain received placebo or nabiximols at a low dose (1–4 sprays/day), medium dose (6–10 sprays/day), or high dose (11–16 sprays/day). Average pain, worst pain and sleep disruption were measured daily during 5 weeks of treatment; other questionnaires measured quality of life and mood. A total of 360 patients were randomized; 263 completed. Analgesia was greater for nabiximols than placebo overall ( $P = .035$ ), and specifically in the low-dose ( $P = .008$ ) and medium-dose ( $P = .039$ ) groups. Adverse events were dose-related and only the high-dose group compared unfavorably with placebo. This study supports the efficacy and safety of nabiximols at the 2 lower-dose levels and provides important dose information for future trials.

A parallel-group, double-blind, placebo-controlled RCT assessed adjunctive nabilone for

neuropathic pain secondary to multiple sclerosis was published on *Pain Medicine* by Turcotte et al. Patients aged 18–65 years with relapsing-remitting multiple sclerosis were included if pain was uncontrolled (i.e., VAS score  $\geq 50$  mm) despite stable gabapentin treatment (i.e.,  $\geq 1800$  mg/day for at least a month). Nabilone was titrated to a target dose of 2 mg/day over a 4-week period; a 5-week fixed-dose maintenance phase followed. Reduction of VAS intensity is greater for the nabilone vs placebo.

A parallel-group, double-blind, placebo-controlled RCT evaluated adjunctive nabilone in patients with diabetic neuropathic pain. (Toth et al.). Patients aged 18–80 years were included if their pain had persisted for at least 3 months with a mean VAS score of  $\geq 40$  mm. A 4-week, flexible dosing, single-blind run-in phase with nabilone preceded randomization to exclude nonresponders (i.e.,  $< 30\%$  improvement in daily pain severity scores) and nonadherent patients (i.e.,  $< 75\%$  completion of daily pain diaries). At the beginning of the double-blind phase, the mean baseline VAS score was 65.4 mm. The VAS was greater for nabilone than placebo at the end of the single-blind phase ( $P < 0.05$ , ANCOVA,  $F = 1.92$ ) and at the end of the double-blind phase.

## ■ Spasticity

A crossover, double-blind, placebo-controlled RCT conducted by Pooyania et al, published on *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* on 2010, evaluated adjunctive nabilone in patients with spinal cord injuries. Patients aged 18–65 years were included if their injury had occurred more than 1 year ago and was at C5 or below. Nabilone was initiated at 0.5 mg/day, with the option to increase to 0.5 mg twice/day at week 3.



Spasticity was measured by the Ashworth Scale. Nabilone significantly reduced the score on the Ashworth Scale in both the most involved muscle group as well as in the eight- muscle group compared to placebo. The authors concluded that close to 20% reduction in Ashworth Scale would be considered clinically significant. The majority of patients in the nabilone group increased their dosage at week 3.

## ■ Fibromyalgia

Fibromyalgia is a clinically well-defined chronic condition of unknown aetiology characterised by chronic widespread pain that often co-exists with sleep problems and fatigue affecting approximately 2% of the general population. People often report high disability levels and poor health-related quality of life (HRQoL). Drug therapy focuses on reducing key symptoms and disability, and improving HRQoL.

The authors of the Cochrane review on cannabinoids for fibromyalgia selected randomised controlled trials of at least four weeks' duration of any formulation of cannabis products used for the treatment of adults with fibromyalgia. They included two studies with 72 participants. Overall, the two studies were at moderate risk of bias. Clinical trial evidence on the use of cannabis products in fibromyalgia was limited to two small studies with short-term duration. No convincing, unbiased evidence suggests that nabilone is of value in treating people with fibromyalgia. The tolerability of nabilone was low in people with fibromyalgia. Adverse events (particularly somnolence, dizziness, vertigo) may limit its clinical usefulness. They found no relevant study with herbal cannabis, plant-based cannabinoids or other synthetic cannabinoids than nabilone in fibromyalgia.

## ■ Osteoarthritis pain

Recent studies have demonstrated the anti-nociceptive effects of both CB1R and CB2R agonists in rodent models of osteoarthritis. In agreement, knee joints possess an active endocannabinoid system that contributes to the regulation of synovial blood flow and joint pain (Schuelert et al., 2010). Moreover, the putative presence of cannabinoid receptors on chondrocytes and bone suggests a possible role of cannabinoids in regulating cartilage breakdown and bone remodelling processes that take place during osteoarthritis.

An efficient randomized, placebo-controlled clinical trial was conducted with the irreversible FAAH1 inhibitor, PF-04457845, in patients with knee osteoarthritis (Huggins et al., 2012). but failed to elicit effective analgesia in these patients (Huggins et al., 2012). Patients were randomised to receive either 4 mg q.d. PF-04457845 followed by placebo (or vice versa), or 500 mg b.i.d. naproxen followed by placebo (or vice versa). The primary end point was the Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC) pain score. A total of 74 patients were randomised to 1 of 4 treatment sequences. The mean differences (80% confidence intervals) from placebo in WOMAC pain score were 0.04 ( 0.63 to 0.71) for PF-04457845 and 1.13 ( 1.79 to 0.47) for naproxen, indicating that whilst naproxen seemed efficacious, PF-04457845 was not differentiated from placebo. The study was stopped at the interim analysis for futility.

A different possibility is that humans, more than rodents, simultaneous inhibition of FAAH1 and COX 2 are required for pain amelioration.

Despite growing interest in the therapeutic use of cannabis to manage chronic pain, only

limited data are available. Clinical trials should be promoted to determine the possible translation to humans of the very promising results already obtained in the preclinical studies.

\*Sintesi della relazione presentata al Congresso ESA 2017 (ESA, European Society of Anesthesiologists), Ginevra, 3-5 giugno 2017

## References

- Huggins JP, Smart TS, Langman S, Taylor L, Young T. An efficient randomised, placebo-controlled clinical trial with the irreversible fatty acid amide hydrolase-1 inhibitor PF-04457845, which modulates endocannabinoids but fails to induce effective analgesia in patients with pain due to osteoarthritis of the knee. *Pain*. 2012 Sep;153(9):1837-46. doi: 10.1016/j.pain.2012.04.020. Epub 2012 Jun 21.
- Pooyania S, Ethans K, Szturm T, Casey A, Perry D. A randomized, double-blinded, crossover pilot study assessing the effect of nabilone on spasticity in persons with spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil*. 2010 May;91(5):703-7. doi: 10.1016/j.apmr.2009.12.025.
- Portenoy RK, Ganee-Motan ED, Allende S, Yanagihara R, Shaiova L, Weinstein S, McQuade R, Wright S, Fallon MT. Nabiximols for opioid-treated cancer patients with poorly-controlled chronic pain: a randomized, placebo-controlled, graded-dose trial. *J Pain*. 2012 May;13(5):438-49. doi: 10.1016/j.jpain.2012.01.003. Epub 2012 Apr 5.
- Schuelert N, Zhang C, Mogg AJ, Broad LM, Hepburn DL, Nisenbaum ES, et al. Paradoxical effects of the cannabinoid CB2 receptor agonist GW405833 on rat osteoarthritic knee joint pain. *Osteoarthritis Cartilage* 2010;18:1536-43.
- Turcotte D, Doupe M, Torabi M, Gomori A, Ethans K, Esfahani F, Galloway K, Namaka M. Nabilone as an adjunctive to gabapentin for multiple sclerosis-induced neuropathic pain: a randomized controlled trial. *Pain Med*. 2015 Jan;16(1):149-59. doi: 10.1111/pme.12569. Epub 2014 Oct 7.
- Walitt B, Klose , Fitzcharles MA, Phillips T, Häuser W. Cannabinoids for fibromyalgia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 7. Art. No.: CD011694. DOI: 10.1002/14651858.CD011694.pub2 ◀



## PAIN MANAGEMENT UNMET NEEDS IN ACUTE PAIN BARCELONA 14-16 SEPTEMBER 2017

### Presidents of the Symposium

- Antonio Montero
- Carmelo Scarpignato
- Giustino Varrassi

### Scientific Program Committee

- Eli Alon
- Stefano Coaccioli
- Ricardo Plancarte
- Stephan Schug
- Athina Vadalouca

### Scientific Secretariat

- Anna Bertelé
- Antonella Paladini

For more information  
and for registration:  
[www.fondazione-menarini.it](http://www.fondazione-menarini.it)



AISD FOCUS DAY 2017

# AISD FOCUS DAY 2017

14 gennaio #1: Il dolore post operatorio  
11 marzo #2: Il dolore malattia: quali quadri, terapie  
20 maggio #3: Il dolore neuropatico



**Più di 500 partecipanti e 34 docenti ai tre appuntamenti pregressuali organizzati a Roma**



## **AISD Focus Day #1: Il dolore post operatorio**

14 gennaio 2017, Ospedale Cristo Re

Il dolore post operatorio rappresenta il paradigma di un dolore acuto e tra le varie tipologie di dolore acuto è quello più prevedibile e quindi, in linea teorica, più agevolmente gestibile. Nella realtà clinica, invece, così come ampiamente documentato dalla letteratura scientifica internazionale, risulta fortemente sottodimensionato e sotto trattato; questo dato comporta notevoli ricadute in termini biologici, con complicanze a carico dei principali organi ed apparati, e in termini economici sia per la struttura sanitaria, con allungamento dei tempi di degenza, sia per l'individuo, con tardato ritorno alla quotidianità professionale e sociale, sia per la società nel suo insieme. Il programma del Focus Day #1 ha analizzato le principali criticità patogenetiche e ha valutato, sulla base delle attuali conoscenze, le terapie e le metodiche più idonee e condivise, farmacologiche e non, con cui poter ridurre l'impatto generato da un inadeguato trattamento del dolore postoperatorio. Il programma ha poi trattato l'aspetto patogenetico, tramite cui un dolore acuto diventa cronico acquisendo i caratteri di malattia.

## **AISD Focus Day #2: Il dolore malattia: quali quadri, terapie**

11 marzo 2017, Ospedale San Carlo di Nancy

Il dolore cronico, in tutte le sue declinazioni cliniche di dolore non oncologico, rappresenta il paradigma di un quadro clinico evolutivo inizialmente nato con la finalità protettiva (dolore sintomo), ma progressivamente articolatosi in vari passaggi (dolore infiammatorio, dolore maladattativo potenzialmente persistente) fino a giungere a prendere le caratteristiche di una malattia nel suo senso più completo (dolore maladattativo persistente).

Nel concetto di dolore malattia vanno ricomprese tutte quelle entità cliniche dolorose che, secondo una condivisa visione scientifica, riconoscono nei passaggi della sensibilizzazione periferica, centrale e del coinvolgimento, parimenti importante, di popolazioni non neuronali i principali meccanismi patogenetici da utilizzare come bersaglio terapeutico secondo un'ottica non più, e non solo, temporale, topografica, eziologica. Secondo questo attuale modo di interpretare il dolore cronico, si rende necessario un differente approccio clinico e scientifico in cui venga valorizzato l'aspetto semeiotico (segni e sintomi) di ogni individuale sindrome dolorosa cronica (fenotipo) capace, interpretando il quadro clinico, di identificare i meccanismi che, in maniera sincrona e spesso sovrapposta, sono alla base della fenomenologia dolorosa e capace, infine, di consentire una terapia realmente mirata, personalizzata ed appropriata; in altri termini, una terapia che consenta, piuttosto che una spesso impossibile "analgesia zero", il recupero della disabilità bio-psico-sociale derivante dal dolore cronico.

Sempre nell'ambito del dolore cronico, si inserisce quello cosiddetto "oncologico" ove, però, cambia l'obiettivo primario che diventa quello del raggiungimento della migliore dignità possibile per la persona affetta; non cambia, invece, la metodologia di strutturazione di un protocollo antalgico secondo il drive principale del meccanismo sottostante il quadro doloroso.

Il Convegno AISD ha voluto esaminare, in maniera rigorosa e metodologicamente omogenea, le tipologie di molecole più comunemente impiegate analizzando, per ognuna di esse, i pro e i contro in un'ottica di appropriatezza terapeutica.

## **AISD Focus Day #3: Il dolore neuropatico**

20 maggio 2017, Sala Maritano, Caserma S. D'Acquisto, Roma

Il dolore neuropatico (definizione IASP®: dolore derivante da una lesione o malattia del sistema nervoso periferico o centrale) rappresenta uno di paradigmi di dolore cronico non oncologico dove il dolore ha perso i connotati protettivi del sintomo per assumere quelli di una situazione fisiopatologicamente maladattativa e difficilmente reversibile (malattia); al contempo, è uno dei quadri clinici di maggiore difficoltà per la strutturazione di una terapia efficace e, soprattutto, sostenibile. In termini clinici ne deriva una quota variabile tra il 35 ed il 50% di pazienti con qualità della vita scaduta per disabilità derivata dall'impossibilità di ottenere un adeguato sollievo dal dolore.

Al riguardo numerosi contributi della letteratura internazionale, oltre che documentare un impatto bio-psico-sociale di dimensioni superiori a quello di patologie cardiovascolari e metaboliche, pone enfasi sulla necessità di modificare l'approccio terapeutico orientandolo secondo un criterio di tipo semeiotico (fenotipo del dolore: segni e sintomi specifici di quello specifico quadro di dolore neuropatico nello specifico momento) che è l'epifenomeno di sottostanti meccanismi patogenetici piuttosto che, come prevalentemente attuato, al criterio etiologico. Ciò consentirebbe una maggiore appropriatezza prescrittiva ed una maggiore efficacia che è da intendersi secondo un'ottica di recupero della quotidianità piuttosto che di analgesia totale.

Un protocollo terapeutico, soprattutto in caso di cronicità, deve essere efficace ma, parimenti, sostenibile sia in termini biologici (rapporto efficacia/sicurezza) sia in termini di sostenibilità (minima interferenza possibile con i ritmi professionali, relazionali e sociali). Tutti gli aspetti sopracitati sono parimenti importanti ma, tra di loro, a seconda delle caratteristiche del paziente e del suo contesto, uno o più di essi possono diventare predominanti rispetto gli altri.

Ne deriva il concetto di terapia personalizzata "dinamica" in cui, identificati gli obiettivi "realistici" che il paziente vuole raggiungere, il medico del dolore deve, sulla base delle sue competenze e delle metodologie disponibili, oltre che definire il miglior protocollo possibile e sostenibile anche, con cadenza programmata, rivalutare l'andamento clinico e, ove necessario, procedere alle modifiche e/o integrazioni eventualmente necessarie. ■

**Maurizio Evangelista**

coordinatore scientifico degli AISD Focus Day, Roma



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





## RELATORI E MODERATORI

- Prof. Francesco Ambrosio Padova
- Prof.ssa Caterina Aurilio, Napoli
- Dott.ssa Ilaria Cancro, Roma
- Dott.ssa Anna Capozzi Roma
- Dott. Giuseppe Casale Roma
- Dott. Antonio Clemente, Roma
- Prof. Stefano Coaccioli, Terni-Perugia
- Dott. Gianluca Coppola, Latina
- Dott. Salvatore Cuzzocrea, Messina
- Dott. Gian Maria de Berardinis, Roma
- Prof. Germano de Cosmo, Roma
- Dott. Edoardo De Ruvo, Roma
- Dott. Cherubino Di Lorenzo, Roma
- Dott. Paolo Diamanti, Roma
- Dott. Paolo Dionisi, Roma
- Gen. Div. Vito Ferrara, Roma
- Prof. Gabriele Finco, Cagliari
- Dott. Stefano Lello, Roma
- Dott. Claudio Lo Presti, Roma
- Prof. Franco Marinangeli, L'Aquila
- Dott. Davide Muriess, Roma
- Dott. Felice Occhigrossi, Roma
- Dott.ssa Caterina Pace, Napoli
- Prof. Francesco Pierelli, Roma
- Prof. Enrico Polati, Verona
- Dott. Mariano Serrao, Roma
- Dott. Maurizio Stefani, Roma
- Prof. Andrea Truini, Roma
- Prof. Gianluca Vadalà, Roma
- Prof. Giustino Varrassi, L'Aquila
- Dott. Roberto Veccia, Roma
- Dott. Bartolomeo Violo, Roma



Prof. Maurizio Evangelista coordinatore scientifico degli AISD Focus Day;  
Generale di Divisione Vito Ferrara, Direttore di Sanità del Comando Generale dell'Arma dei Carabinieri;  
Gentile. B. Cipolletta, Capo di Stato Maggiore della CUMS dell'Arma dei Carabinieri.



Prof. Francesco Pierelli e Prof. Maurizio Evangelista.



Terni, 20 maggio 2017

## Dolore e lesioni croniche

Corso di formazione ECM  
**DOLORE E LESIONI CRONICHE** FONDAZIONE Paolo Procacci  
TERNI 13 MAGGIO 2017  
AULA "CAVALI" CIVILIA 100° POLO 12 SPARTACIO INVITO SERVIZIO DI TERZA  
P.O. 15 MAGGIO 100° POLO 12

**PROGRAMMA**

08:30-09:00 Apertura della sessione e accreditamento dei partecipanti  
09:00 Salvo della Asstria  
09:30-10:00 Le lesioni croniche: aspetti medici  
Fabrizia Toscanella  
09:30-10:00 Le lesioni croniche: aspetti clinici  
Angela Peghetti  
10:00-10:30 Le lesioni croniche: aspetti terapeutici  
Angela Peghetti  
10:30-11:00 Le lesioni croniche: aspetti nutrizionali  
Eva Mirri  
11:00-11:30 Le lesioni croniche: aspetti diagnostici  
Fabrizia Toscanella  
11:30-12:00 Le lesioni croniche: aspetti prognostici  
Angela Peghetti  
12:00-12:30 Le lesioni croniche: aspetti preventivi  
Angela Peghetti  
12:30-13:00 Le lesioni croniche: aspetti riabilitativi  
Angela Peghetti  
13:00-13:30 Le lesioni croniche: aspetti psicologici  
Angela Peghetti  
13:30-14:00 Le lesioni croniche: aspetti economici  
Angela Peghetti  
14:00-14:30 Le lesioni croniche: aspetti etici  
Angela Peghetti  
14:30-15:00 Le lesioni croniche: aspetti legislativi  
Angela Peghetti  
15:00-15:30 Le lesioni croniche: aspetti sociologici  
Angela Peghetti  
15:30-16:00 Le lesioni croniche: aspetti culturali  
Angela Peghetti  
16:00-16:30 Le lesioni croniche: aspetti religiosi  
Angela Peghetti  
16:30-17:00 Le lesioni croniche: aspetti filosofici  
Angela Peghetti  
17:00-17:30 Le lesioni croniche: aspetti letterari  
Angela Peghetti  
17:30-18:00 Le lesioni croniche: aspetti artistici  
Angela Peghetti  
18:00-18:30 Le lesioni croniche: aspetti musicali  
Angela Peghetti  
18:30-19:00 Le lesioni croniche: aspetti teatrali  
Angela Peghetti  
19:00-19:30 Le lesioni croniche: aspetti cinematografici  
Angela Peghetti  
19:30-20:00 Le lesioni croniche: aspetti televisivi  
Angela Peghetti  
20:00-20:30 Le lesioni croniche: aspetti radiofonici  
Angela Peghetti  
20:30-21:00 Le lesioni croniche: aspetti giornalistici  
Angela Peghetti  
21:00-21:30 Le lesioni croniche: aspetti pubblicitari  
Angela Peghetti  
21:30-22:00 Le lesioni croniche: aspetti sportivi  
Angela Peghetti  
22:00-22:30 Le lesioni croniche: aspetti ludici  
Angela Peghetti  
22:30-23:00 Le lesioni croniche: aspetti festivi  
Angela Peghetti  
23:00-23:30 Le lesioni croniche: aspetti religiosi  
Angela Peghetti  
23:30-00:00 Le lesioni croniche: aspetti magici  
Angela Peghetti

**RESPONSABILE SCIENTIFICO**  
Prof. Stefano Coaccioli  
Presidente Assessorato di Medicina Interna  
Università degli Studi di Perugia

**SECRETARIA SCIENTIFICA**  
Dott.ssa Paola Perotti  
Via Torino, 7  
05100 Perugia  
www.fondazioneprocacci.it

**PROVIDER ECM E SECRETARIA ORGANIZZATIVA**  
VIVOCOC  
Via Salaria, 1000  
00199 Roma  
www.vivococ.it

**PAVITO REALIZZATO CON IL CONTRIBUTO ECONOMICO DI**

Il corso su lesioni e dolore è stato particolarmente apprezzato dai partecipanti per la sinergia creata tra esperti di cura delle lesioni ed esperti di gestione del dolore. Il dolore procedurale è infatti un aspetto delicatissimo da gestire e i pazienti con ferite croniche difficili sono spesso inopportuno poco seguiti e scarsamente trattati sotto il profilo analgico.

Il prof. Stefano Coaccioli, presidente eletto AISD, ha parlato di fisiopatologia e trattamento del dolore acuto, il Dottor Fabio Trippa, radiologo oncologo, ha trattato estesamente delle Lesioni cutanee e delle mucose correlate ai trattamenti radio e chemioterapici, la dottoressa Eva Mirri ha sviluppato il tema del ruolo della nutrizione, in particolare nell'anziano.

Le esperte sulle lesioni, dottoressa Fabrizia Toscanella e dottoressa Angela Peghetti, attraverso un'analisi della più recente letteratura hanno approfondito la conoscenza delle nuove tecnologie e terapie per orientare il trattamento locale delle lesioni, con ampie raccomandazioni per evitare gli errori più comuni, purtroppo ancora diffusi. La cattiva valutazione della lesione e del dolore ad essa connesso influenza infatti in modo sfavorevole sia il percorso di guarigione della lesione che il controllo del dolore durante e dopo la medicazione.

L'attenzione al dolore da lesioni tissutali croniche porta a un netto miglioramento della qualità della vita dei pazienti a fronte di una eccellente tollerabilità del trattamento e accettazione del piano terapeutico.

La discussione interattiva con televoter ha offerto la possibilità di un confronto tra gruppi di lavoro e una verifica dello stato di conoscenze e di



apprendimento su valutazione delle caratteristiche cliniche delle lesioni e valutazione del dolore, per prevenire e trattare il dolore procedurale. Il prof. Maurizio Evangelista, insieme al prof. Coaccioli, ha moderato la discussione. In apertura del corso il saluto del presidente dell'Ordine dei Medici di Terni, dottor Giuseppe Donzelli. ■



## Dichiarazione dell'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore in merito alle recenti indagini giudiziarie

L'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore, capitolo italiano della IASP® (International Association for the Study of Pain), in riferimento ai recenti provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria nei confronti di medici e responsabili di aziende farmaceutiche operanti nell'ambito della medicina del dolore, non entrando nel merito della vicenda che è sottoposta al vaglio della giustizia, si augura che sui fatti riportati dagli organi di stampa venga fatta chiarezza nel più breve tempo possibile, per riportare serenità a un mondo che rappresenta una realtà fondamentale nel panorama sanitario italiano.

Il dolore, infatti, è un aspetto crucia-

le di moltissime malattie, oncologiche e non oncologiche, non solo nel fine vita, e viene perciò affrontato ogni giorno da bravi professionisti che fanno della scienza e della buona pratica clinica, lontana dal clamore mediatico, gli strumenti esclusivi per aiutare la sofferenza dei loro pazienti.

C'è ancora molto da fare nella cultura della valutazione e soprattutto del trattamento del dolore. Tuttavia, i progressi che negli ultimi anni si sono registrati nella gestione del dolore cronico, nelle cure palliative e nell'accudimento del fine vita si sono realizzati grazie a collaborazioni multidisciplinari tra professionisti e spesso anche grazie al contributo

delle aziende farmaceutiche del settore che alla luce del sole hanno sopperito alla carenza cronica di investimenti statali nella ricerca e nella formazione.

I clamori mediatici suscitati dalle note vicende non devono quindi creare sfiducia nei pazienti e nelle istituzioni, minando lo sviluppo e la crescita scientifica di una specialità così importante nella medicina moderna e fondamentale per le cure ai cittadini. ■

Il Consiglio Direttivo  
dell'Associazione Italiana  
per lo Studio del Dolore  
10 maggio 2017

## La medicina del dolore non è un business

La dichiarazione del Presidente della Fondazione Paolo Procacci, Giustino Varrassi, sui recenti fatti di cronaca che vedono coinvolti colleghi e aziende: «Mi auguro che queste notizie di cronaca non inficino quanto di buono è stato fatto nel corso degli ultimi 25 anni per i pazienti con dolore. Sono molto colpito dalle notizie da cui è stato investito il mondo della Medicina del Dolore. Sono certo che l'apparato giudiziale saprà fare chiarezza sui fatti e che prestissimo tutta la faccenda assumerà le dimensioni che le competono. Nel frattempo, sono personalmente addolorato nel leggere noti-

zie non tranquillizzanti che riguardano Colleghi e persone con cui ho lavorato per anni, nel tentativo di far comprendere quanto dimenticati fossero i pazienti con dolore. A livello istituzionale, come Presidente della Fondazione Paolo Procacci, Istituzione che ha fra gli obiettivi proprio la migliore cura possibile dei malati sofferenti, mi auguro che queste notizie di cronaca non inficino quanto di buono è stato fatto nel corso degli ultimi 25 anni. Di recente siamo bombardati dalle notizie drammatiche che giungono dagli USA sull'abuso di farmaci oppioidi, cosa che per fortuna non riguarda

l'Italia. Ora questa sorprendente notizia non migliorerà certo la visione che le persone comuni hanno della Medicina in generale, e ancor più della Medicina del Dolore.

Mi auguro davvero che al più presto possibile si faccia chiarezza completa sui fatti e che ritorni il cielo sereno che consente di curare al meglio possibile e in modo appropriato chi ha bisogno di cure per la propria sofferenza.» ■



## Le linee guida sul Low Back Pain dell'ACP, American College of Physicians

Queste linee guida si basano su alcune metanalisi che includono vari studi sull'efficacia sul dolore e sull'impatto sulla funzionalità di trattamenti farmacologici e terapie fisiche in pazienti affetti da low back pain (LPB) acuto, subacuto e cronico

La letteratura analizzata va da aprile 2015 a novembre 2016 e il testo, seguendo la classica impronta pratica anglosassone, presenta subito tre raccomandazioni fondamentali. La prima sostiene che i pazienti con LPB acuto e subacuto, se d'accordo, dovrebbero essere indirizzati a eseguire trattamenti fisici non farmacologici, con un grado di evidenza moderato per le terapie fisiche che

sfruttano il calore di superficiale e un grado di evidenza scarso per l'agopuntura, i massaggi e le manipolazioni vertebrali. Di simile efficacia sarebbe il trattamento con FANS e miorilassanti, che può essere comunque prescritto (efficacia moderata) se il paziente non ha controindicazioni. Ad ogni modo dagli autori traspare la convinzione che le forme di LPB acute e subacute ten-

dano a risolversi spontaneamente indipendentemente dal trattamento scelto.

Nella seconda raccomandazione viene evidenziato il concetto che è necessario indirizzare i pazienti con LPB cronico verso attività fisiche o trattamenti non farmacologici quali mindfulness-based stress reeducation, riabilitazione multidisciplinare e agopuntura con un livello di eviden-

AISD Associazione Italiana per lo Studio del Dolore  
Fondazione Paolo Procacci

### Codice Etico della Medicina del Dolore



Il Codice Etico della Medicina del Dolore è stato scritto, approvato e firmato nel maggio 2011 dal Consiglio Direttivo dell'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore e della Fondazione Paolo Procacci.

È stato pubblicato dall'European Journal of Pain nel 2012.  
(Eur J Pain. 2012 Sep;16(8):1081-3.  
doi:10.1002/j.15322149.2012.00164.x)

### Codice Etico della Medicina del Dolore

Comitato presentatore

- Stefano Coaccioli - Coordinatore
- Il Consiglio Direttivo dell'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore
- Il Consiglio Direttivo della Fondazione Paolo Procacci

Il testo è disponibile online nei siti  
[www.aisd.it](http://www.aisd.it) - [www.fondazioneprocacci.org](http://www.fondazioneprocacci.org)



za moderato. Inoltre, vengono raccomandate diverse attività quali yoga, tai-chi, training autogeno, bio-feedback, laser terapia, terapie cognitive comportamentali e manipolazioni vertebrali con un livello di evidenza di basso. Questo tipo di scelta clinica viene fortemente raccomandato.

La terza raccomandazione sostiene che la farmacoterapia da preferire nei pazienti con lpb cronico, che non rispondono in maniera soddisfacente alle terapie non farmacologiche, sono in prima battuta i FANS ed in seconda linea tramadolo o duloxetina. Il trattamento con oppiacei (agonisti puri) andrebbe riservato solo a seguito di un'attenta disamina del rapporto rischi/benefici con il paziente. Livello di raccomandazione è di grado lieve.

\*\*\*

A mio avviso è sempre interessante leggere i risultati delle meta-analisi e le conclusioni delle grandi società scientifiche americane. Ad ogni

modo credo che spesso il loro pragmatismo li porti ad essere superficiali su una serie di dettagli che non dovrebbero mancare nelle linee guida.

In primis non va persa di vista la diagnosi, e quindi l'esclusione di possibili red flags che può celare un LPB. Va fatta sempre attenzione alla diagnosi clinica e a prescrivere in maniera adeguata gli esami strumentali diagnostici.

Inoltre, andrebbe sottolineato che le terapie non farmacologiche sono fortemente operatore-dipendente e questo inficia fortemente il tipo di raccomandazione che si trae dallo studio. Per esempio, risulta facilmente intuibile che una manovra manipolativa eseguita da un operatore inesperto (con pochi mesi di training) risulterà meno efficace rispetto a quella eseguita da un professionista con anni di esperienza.

Il LPB puro è un dolore di tipo misto, soprattutto nelle forme croniche mi sembra poco ragionevole raccomandare i FANS come farmaci di prima linea. Il tramadolo o la duloxe-

tina sono buonemolecole per il trattamento del LPB cronico, ovviamente non risolvono completamente il dolore e andrebbero sempre associate ad altri farmaci. È chiaro che oggi la terapia farmacologica multimodale, nei dolori cronici non oncologici rappresenta la strategia terapeutica più ragionevole da adottare. Nell'articolo non vengono nominati i trattamenti mininvasivi, sia per la risoluzioni del LPB acuto che per la forma cronica. Probabilmente essere più aggressivi su un dolore di nuova insorgenza garantirebbe un più basso rischio cronicizzazione, essendo lo scorrere del tempo in presenza di dolore uno dei fattori determinanti più importanti di questa patologia. ■

**Alexandre Forneris**  
Roma

*Il testo completo delle linee guida LPB dell'ACP è disponibile online: [goo.gl/kZ9WU7](http://goo.gl/kZ9WU7)*



## il Mio dolore

Dialoghi, riflessioni tra medico e paziente, approfondimenti su esperienze vissute

**Scaricalo gratuitamente dai siti**

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

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

The 12th edition of the Asia-Pacific Hospice Congress is the perfect occasion to include a workshop on cancer pain and palliative care. The Fondazione Internazionale Menarini with the help of a renowned International Faculty has proposed a workshop titled to remind the potential audience of the border-line between Cancer Pain and Palliative Care. This border has changed in the last few years, and the Hospice is becoming the place to care for patients in their terminal part of life. The approach at the moment is quite different from the one perceived in the past, when the Hospice was a place to avoid, not just for the patients but also for their relatives.

This behavioral revolution is the result of the cultural promotion of the best care for Cancer Pain, which has opened up the discussion on topics that were previously forbidden. We are now prepared, at the International level, to accept the concepts of the terminal care.

Part of this cultural revolution has been the consequence of a better knowledge of the physiopathology of the disease named Cancer and all its consequences, and also of the availability of new drugs. The topics led to be presented by the International Faculty will begin by discussing why patients with cancer have an extremely high prevalence and incidence of pain. Immediately after, other clinical problems will be presented, with a part of the workshop dedicated to the topic of break-through cancer pain (BTcP), an aspect which has received increasing attention in the last few years.

The topics led to be presented by the International Faculty will begin by discussing why patients with cancer have an extremely high prevalence and incidence of pain. Immediately after, other clinical problems will be presented, with a part of the workshop dedicated to the topic of break-through cancer pain (BTcP), an aspect which has received increasing attention in the last few years.

Any Specialist in Oncology, Pain & Palliative Care understands that this is often a difficult part of Pain Medicine. For this reason, we thank the generosity of the Fondazione Internazionale Menarini in dedicating a workshop to this important topic. In fact, this is not only important for the better cure of our Cancer Pain patients, but for their better care in general.



Chairman:  
*Prof. Giustino Varrassi*

#### **Prof. Giustino Varrassi**

*Responsible for the Scientific Programme*

*President, European League Against Pain (EuLAP®)*

*President-Elect World Institute of Pain (WIP)*

#### **FACULTY**

G. Aggarwal, Australia

S.H. Ahmedzai, United Kingdom

E. Alon, Switzerland

N. Chan, Singapore

R. Chye, Australia

S. Coaccioli, Italy

M.R. Iskander, Egypt

M. Lottan, Israel

P. Marchettini, Italy

J.Y. Moon, South Korea

T. O' Brien, Ireland

J. Rodriguez Hernandez, Puerto Rico

S. Schug, Australia

G. Varrassi, Italy

A. Yeo, Singapore

G. Zeppetella, United Kingdom

**For information:**

[www.fondazione-menarini.it](http://www.fondazione-menarini.it)

## ► Il Codice Deontologico dell'Infermiere. Un importante progetto dell' AIS

L'Associazione Infermieri Sammarinesi raggiunge un altro importante obiettivo per la professione: la stesura del primo Codice deontologico. È stato presentato a San Marino, il 12 maggio 2017, in occasione della Giornata Internazionale dell'Infermiere.

L'evoluzione che ha caratterizzato la professione negli ultimi decenni ha modificato e arricchito il corpo infermieristico presente oggi nel nostro nosocomio.

La formazione universitaria e l'aggiornamento continuo, le competenze tecnico - relazionali, la responsabilità e l'autonomia professionale sono solo alcuni degli aspetti divenuti i capisaldi della professione ed elementi necessari per rispondere ai bisogni di salute della popolazione.

L'Associazione Infermieristica Sammarinese (AIS) grazie alla guida e al sostegno del Comitato Sammarinese di Bioetica (CSB) ha elaborato, da giugno 2016 a marzo 2017, il primo codice deontologico, strumento fondamentale per il completamento del percorso di crescita intrapreso sino ad ora dalla professione e finalizzato a fare sì che gli infermieri diventino, sempre più, professionisti responsabili e consapevoli al fianco del paziente, pronti ad accompagnarlo efficacemente al momento del suo incontro con la malattia.

Il 12 maggio ricorre la Giornata Internazionale dell'Infermiere; in questa occasione l'AIS e il CSB presenteranno il codice deontologico durante un incontro formativo rivolto a tutto il personale sanitario. L'auspicio è che il documento possa diventare una guida nella condotta professionale e sia di stimolo alla riflessione critica sul contributo che la professione infermieristica apporta oggi in ambito sanitario. ■



### Codice deontologico dell'Infermiere *Nursing Code Of Ethics*



2017



*Il Codice viene presentato anche nel corso del 40° Congresso dell'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore, il 10 giugno a Roma.*



**Direttore del corso**  
Prof. Riccardo Rinaldi

**Coordinatore Scientifico del Programma**  
Prof. Giustino Varrassi

**Relatori**  
Prof. Ezio Amorizzo  
Prof. Riccardo Rinaldi  
Dott. Maria Rosciano  
Dott. Osvaldo Sponzilli  
Prof. Andrea Truini

## INFORMAZIONI GENERALI

### Calendario parte teorica

Il corso è articolato in 5 giornate di lezioni teorico pratiche, per un totale di 30 ore, più 10 ore di didattica pratica.

7 ottobre 2017  
21 ottobre 2017  
4 novembre 2017  
18 novembre 2017  
25 novembre 2017

Il calendario della parte pratica sarà concordato direttamente con il Direttore scientifico.

**Sede del corso**  
STUDIO SAMO, via Tacito 7, 00193 Roma

**Destinatari del Corso**  
Medico Chirurgo e discipline: Medicina fisica e riabilitazione, Neurologia, Reumatologia, Ortopedia e traumatologia, Anestesia e rianimazione, Medicina generale.

**Numero massimo di partecipanti 10**

**Provider ECM**

LETSCOM E<sup>3</sup> S.r.l.  
ID ECM: 5452  
Via della Bufalotta 374 - 00139 Roma  
Telefono +39 06 91502790  
Fax +39 06 62209027  
segreteria@letscome3.it  
www.letscome3.it

**Segreteria Organizzativa**  
Fondazione Paolo Procacci onlus  
Via Tacito 7 - 00193 Roma  
info@fondazioneprocacci.org  
T. 339 6195974  
www.fondazioneprocacci.org

**Quota di iscrizione**  
€ 1.200,00 + Iva  
(il 30% da versare al momento dell'iscrizione e il saldo a inizio corso).

Scheda di iscrizione disponibile online  
- [www.fondazioneprocacci.org](http://www.fondazioneprocacci.org)  
- [www.letscome3.it](http://www.letscome3.it)

Roma, ottobre-novembre 2017

# CORSO TEORICO-PRATICO DI TERAPIA DEL DOLORE E TECNICHE DI TERAPIA ANTALGICA

## Razionale del Corso

Il corso si pone l'obiettivo di divulgare le basi di conoscenza del dolore. Lo studio del dolore prevede infatti una sua specifica semeiotica, spesso sconosciuta al medico che comunque ha a che fare quotidianamente con il dolore. Alla luce della legge 38/2010, è inoltre importante una specifica formazione sul dolore, considerato il quinto parametro vitale.

Si cercherà di far conoscere la multimodalità delle terapie antalgiche (infiltrazioni, farmaci, agopuntura, ecc.), insistendo sul concetto che ogni dolore ha la sua terapia che spetta al medico riconoscere e applicare. Il corso approfondirà quindi in dettaglio le varie sindromi dolorose benigne.

## Obiettivi

Far conoscere la semeiotica del dolore in modo che ad ogni dolore sia attribuita un'identità.

Far acquisire al medico le diverse tecniche per il dolore per attuare una terapia multimodale e personale del paziente.

Identificare il dolore come "malattia" e non come sintomo in modo da non far vivere al paziente una condizione debilitante.

## Programma scientifico

### I GIORNATA - 7 ottobre

- Definizione, semeiotica e tipologia di dolore
- Fisiologia del dolore
- Cenni di anatomia per le infiltrazioni locoregionali
- Concetto di metamero, dermatomero, miotomo
- Punti trigger e dermalgie riflesse
- Visita algologica

### II GIORNATA - 21 ottobre

- Sindromi dolorose croniche benigne
- Sindromi miofasciali
- Cefalee
- Cefalgie
- CRPS

### III GIORNATA - 4 novembre

- ARTI SUPERIORI: articolazione gleno-omeroale, tenosivite bicipitale - capo lungo del bicipite
- Sindrome del tunnel carpale
- Articolazione del gomito: epicondilite, epitrocleite
- Articolazione del polso: tenosinovite di De Quervain, rizoartrosi, dito a scatto
- Articolazione carpo-metacarpica

### IV GIORNATA - 18 novembre

- TRONCO: sindrome scapolo-toracica, articolazione sacro-iliaca, lombalgia, lombosciatalgia
- Sindrome delle faccette
- ARTI INFERIORI: articolazione dell'anca, sindrome del piriforme, borsite trocanterica, tendinite degli adduttori della coscia, tendinopatia dell'achilleo, articolazione del ginocchio, borsite pre-rotulea, tendinite del tibiale posteriore, articolazione della caviglia, fascite plantare, neuroma di Morton.

### V GIORNATA - 25 novembre

- Terapia farmacologica nelle infiltrazioni di articolazioni e tessuti molli
- Viscosupplementazione, PRP
- Principi di base delle procedure iniettive di articolazioni e tessuti molli
- Anestetici locali



www.eulap.org

The European League Against Pain EULAP® invites you to attend an interdisciplinary pain course in English in the beautiful city of Zürich, Switzerland.

A team of pain specialists including Anaesthesiologists, Neurologists, Rheumatologists, Psychiatrists, Psychologists, Clinical Pharmacologists, Lawyers and others lecture on different aspects of pain. You will learn to understand chronic pain, to develop management strategies, thus to improve patient's therapy.

**EULAP® is a non profit organization headquartered in Zürich, Switzerland. The purpose of the association is:**

- To support the cause and interest of pain patients
- To improve the treatment, prevention and rehabilitation of pain patients
- To promote research in the field of pain
- To foster and improve excellence in education of health professionals, with traditional and online educational courses and workshops, giving the participants the opportunity to meet and exchange experiences and ideas
- To foster the publication of updated guidelines, best practices, books and journals

#### FACULTY

- Eli Alon, Zürich (*Anesthesiology*)
- Mirjam Baechler, Luzern (*Chiropractic*)
- Daniel Bärlocher, Zürich (*Psychology*)
- Florian Brunner, Zürich (*Physical Medicine*)
- Stefano Coaccioli, Terni-Perugia (*Rheumatology*)
- Wolfgang Dumat, Nottwil (*Psychology*)
- Dominik Ettlin, Zürich (*Dentistry*)
- Karin Fattinger, Schaffhausen (*Internal Medicine*)
- Andreas Gantenbein, Zürich (*Neurology*)
- Michael Hartmann, Zürich (*Anesthesiology*)
- Antje Heck, Aarau (*Cl. Pharmacology*)
- Monika Jaquenod, Zürich (*Anesthesiology*)
- Michael Lottan Tel Aviv (*Anesthesiology, Lawyer*)
- Thomas Maier, St. Gallen (*Psychiatry*)
- Chantal Manz, Basel (*Pharmacy*)
- Antonella Palla, Zürich (*Neurology*)
- Sandro Palla, Zürich (*Dentistry*)
- Daniel Richter, Zürich (*Lawyer*)
- Angie Röder, Winterthur (*Physiotherapy*)
- Wilhelm Ruppen, Basel (*Anesthesiology*)
- Peter Sandor, Zürich (*Neurology*)
- David Scheiner, Zürich (*Gynecology*)
- Dagmar Schmid, Basel (*Psychiatry*)
- Kyrill Schwegler, Basel (*Psychiatry*)
- Andreas Siegenthaler, Bern (*Anesthesiology*)
- Giustino Varrassi, L'Aquila, Malta (*Anesthesiology*)

#### To register and for information:

e-mail: [paincourse@eulap.org](mailto:paincourse@eulap.org)

Number of participants is limited.

Venue: **Hotel Zürichberg**, Orellistrasse, 21

# Pain Therapy A Multidisciplinary Pain Course

September 11-14, 2017

Zürich, Switzerland

Scientific Director Prof. Eli Alon

Hotel Zürichberg

## Close ranks against pain!

### Monday 11 ●●

10.00-10.15

#### Opening

E. Alon, G. Varrassi

10.15-10.45

#### Societal aspects of pain

E. Alon

10.45-11.30

#### Economical aspects of chronic pain

C. Manz

11.30-12.15

#### Anatomical and physiological considerations about pain

D. Ettlin

#### •Lunch

13.30-14.15

#### Opioid treatment of chronic pain patients

M. Jaquenod

14.15-15.00

#### WHO ladder for chronic pain - still valid?

G. Varrassi

15.00-15.45

#### Opioid Analgesic dependence

G. Varrassi

#### •Break

16.15-17.00

#### Neuropathic pain

A. Gantenbein

17.00-17.45

#### Chronic pain and psychiatric diseases

K. Schwegler

### Tuesday 12 ●●

08.00-08.45

#### Nociceptive pain

TBA

08.45-09.30

TBA

09.30-10.15

#### Trust between patient and physician

K. Schwegler

#### •Break

10.45-11.30

#### Chronic facial pain

S. Palla

11.30-12.15

#### Pain anamnesis

S. Coaccioli

#### •Lunch

13.30-14.15

#### Pain and emotion

K. Schwegler

14.15-15.00

#### Multimodal pain treatment

W. Dumat

15.00-15.45

#### Transcultural aspects of pain

T. Maier

#### •Break

16.15-17.00

#### Sleep disorders and chronic pain

D. Schmid

17.00-17.45

#### Legal aspects of chronic pain

D. Richter

### Wednesday 13 ●●

08.00-08.45

#### Pharmacokinetics and -dynamics of pain killers

K. Fattinger

08.45-09.30

#### Paracetamol, NSAIDs and Opioids

K. Fattinger

09.30-10.15

#### Pathophysiology of headache

P. Sandor

#### •Break

10.45-11.30

#### Antidepressants, benzodiazepines, NMDA antagonist

A. Heck

11.30-12.15

#### Neuroleptics, antiepileptics, steroids

A. Heck

#### •Lunch

13.30-14.15

#### Low back pain

S. Coaccioli

14.15-15.00

#### Fibromyalgia

S. Coaccioli

15.00-15.45

#### Arthrose of peripheral joints

S. Coaccioli

#### •Break

16.15-17.00

#### Physiotherapy

A. Röder

17.00-17.45

#### Chiropractic

M. Baechler

### Thursday 14 ●●

08.00-08.45

#### CRPS

F. Brunner

08.45-09.30

#### CRPS Therapy

W. Ruppen

09.30-10.15

#### Cancer pain

W. Ruppen

#### •Break

10.45-11.30

#### Primary headache

A. Palla

11.30-12.15

#### Ethics Law and Medicine

M. Lottan

#### •Lunch

13.30-14.15

#### Interventional management in cervical and lumbar region

A. Siegenthaler

14.15-15.00

#### Interventional management in cervical and lumbar region

A. Siegenthaler

15.00-15.45

#### Neuromodulation and algorithm for interventional therapy

M. Hartmann

16.15-17.00

#### Psychological aspects of chronic pain treatment

D. Bärlocher

17.00-17.45

#### Closing remarks

E. Alon

Educational Grant Supporters





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

La Fondazione Paolo Procacci Onlus nasce nel 2008 per promuovere e sostenere tutte quelle iniziative utili alla prevenzione, alla diagnosi precoce, alla cura e all'assistenza sociosanitaria della malattia "dolore" e delle sintomatologie ad essa collegate. Ne sono promotori scienziati e ricercatori di livello internazionale, da anni attivi collaboratori delle più importanti società scientifiche dedicate alla medicina del dolore, nazionali e internazionali.

Il professor Paolo Procacci medico fiorentino di enorme e apprezzata cultura medica ed umanistica è stato un pioniere nella ricerca sul dolore: tra i fondatori della International Association for the Study of Pain, di cui è stato vicepresidente dal 1975 al 1978 e primo presidente dell'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore.

## LA FONDAZIONE PROMUOVE

- studi clinici
- premi : € 150.000 "Premi per giovani ricercatori" dal 2009 a oggi, sotto forma di borse di studio  
€ 50.000 "Premi per migliori comunicazioni a Congressi AISD, Associazione Italiana per lo Studio del Dolore"  
€ 70.000 per progetto di ricerca in sviluppo con CNR, Istituto di Farmacologia Traslazionale
- corsi residenziali e online per il personale sanitario
- iniziative editoriali: Pain Nursing Magazine - Italian Online Journal, ([www.painnursing.it](http://www.painnursing.it)), la collana dedicata ai racconti dei pazienti "Il mio dolore", libri ed opuscoli
- eventi e campagne di sensibilizzazione
- indagini conoscitive
- mette a disposizione dei pazienti un servizio di consulenza gratuita e promuove campagne di informazione ed educazione della popolazione perché non si rassegni a convivere con un dolore inutile
- ha presentato e promosso a livello europeo il Codice Etico della Medicina del Dolore
- ha contribuito alla fondazione della European League against Pain, EuLAP®
- sostiene la creazione di una specializzazione in medicina del dolore



## LA RICERCA E LA FORMAZIONE SERVONO A TUTTI! Aiutaci con una donazione.

Versa il tuo contributo con bonifico bancario intestato alla Fondazione Paolo Procacci Onlus  
IBAN: IT 08 Z 08327 03239 000000001820

Dona online con le principali carte di credito, dal sito [www.fondazioneprocacci.org](http://www.fondazioneprocacci.org)

Scegli di destinare il tuo 5xmille alla Fondazione Procacci  
Codice fiscale 09927861006

La casella è "Sostegno delle attività di volontariato e associazioni non lucrative di utilità sociale"

# Comprendere e curare il dolore.



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

## Ci sono almeno 6 buoni motivi per diventare socio AISD Associazione Italiana Studio del Dolore

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

## Accedi alla modalità di iscrizione in 4 semplici mosse

1. Collegati al sito [www.aisd.it](http://www.aisd.it) e vai alla pagina "diventa socio"
2. Riempi il modulo di iscrizione online
3. La quota annuale di (50,00 euro per medici, psicologi e farmacisti e 25,00 euro per infermieri e fisioterapisti) può essere versata sul seguente conto bancario:

**BANCA DI CREDITO COOPERATIVO DI ROMA**

**IBAN: IT 44 J 08327 03239 0000 0000 2154**

Intestato a: Associazione Italiana per lo studio del dolore (AISD)

indicando nella causale: quota iscrizione anno...

oppure puoi pagare con carta di credito tramite Paypal, con accesso dal sito [www.aisd.it](http://www.aisd.it)

4. Spedisci la ricevuta di pagamento tramite e-mail a: [segreteria@aisd.it](mailto:segreteria@aisd.it)