



DOLORE



AGGIORNAMENTI CLINICI

Organo ufficiale della Associazione Italiana per lo Studio del Dolore

Abstract Book e Atti
Roma 7-9 giugno 2018

L'abstract book è online www.aisd.it



41°
CONGRESSO NAZIONALE
AISD
Associazione Italiana Studio Dolore





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

41°

CONGRESSO
NAZIONALE

AISD

Associazione Italiana Studio Dolore

HOTEL ROMA AURELIA ANTICA
Via degli Aldobrandeschi, 223
00163 Roma

COMITATO SCIENTIFICO

Enrico Polati (*Presidente AISD*)
Caterina Aurilio
Daniele Battelli
Stefano Coaccioli
Maurizio Evangelista
Franco Marinangeli
Nicolino Monachese
Maria Caterina Pace
Filomena Puntillo
Riccardo Rinaldi
Vittorio Schweiger
Andrea Truini
Giustino Varrassi

COMITATO ORGANIZZATORE LOCALE

Maurizio Evangelista (*Presidente COL*)
Vitale Cilli
Antonio Clemente
Edoardo de Ruvo
Paolo Diamanti
Claudio Lo Presti
Davide Muriess
Manuel Soldato
Maurizio Stefani
Bartolomeo Violo

HOTEL ROMA AURELIA ANTICA

ROMA

7-9 GIUGNO 2018

www.aisd.it

TOPICS

- Dolore cronico non oncologico
- Dolore neuropatico
- Dolore pelvico
- Dolore ed osteoporosi
- Trattamenti invasivi nel dolore cronico
- Tecniche complementari nel trattamento del dolore
- Fibromialgia e dolore disfunzionale
- Dolore oncologico
- Dolore osteoarticolare
- Prevenzione della cronicizzazione del dolore
- Dolore e innovazioni tecnologiche
- Cefalee ed algie cranio-facciali
- Aspetti medico-legali nel trattamento del dolore
- Dolore psicogenico
- Dolore nell'anziano
- Ruolo dell'infermiere nella gestione del dolore acuto e cronico
- Anestesia e analgesia in chirurgia ortopedica
- Cure palliative

SEGRETARIA SCIENTIFICA



Associazione Italiana
per lo Studio del Dolore onlus
Fondazione Paolo Procacci onlus
Via Tacito 7
00193 Roma
www.aisd.it
www.fondazioneprocacci.org
info@aisd.it
info@fondazioneprocacci.org

SEGRETARIA ORGANIZZATIVA E PROVIDER

WE DRIVE YOUR EDUCATION
PLANNING

Planning Congressi Srl
Via Guelfa, 9
40138 Bologna
Tel. +39 051 300100
cell. +39 340 3628146
Fax +39 051 309477
E-mail: g.spiga@planning.it
www.planning.it

DOLORE

AGGIORNAMENTI CLINICI

Organo ufficiale della Associazione Italiana per lo Studio del Dolore



In questo numero

Cefalee e algologia	5
Le raccomandazioni EULAR per il trattamento del dolore nelle artriti e osteoartriti infiammatorie	9

Associazione Italiana per lo Studio del Dolore AISD

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

Il nuovo Consiglio Direttivo AISD 2018-2020 13

Presidente
Stefano Coaccioli

Past President
Enrico Polati

Presidente eletto 2020-2022
Maria Caterina Pace

Vice-Presidente
Gabriele Finco

Segretario
Maurizio Evangelista

Tesoriere
Vittorio Schweiger

Consiglieri
Nicola Luxardo
Giuseppe Nocentini
Antonella Paladini
Filomena Puntillo
Stefano Tamburin

Coordinamento Editoriale
Lorenza Saini

Grafica e impaginazione
a cura di Osvaldo Saverino

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

Copia omaggio riservata ai soci.
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

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, 2018



Auguri di buon lavoro al nuovo Consiglio Direttivo AISD



Abbiamo il piacere di annunciare la composizione del nuovo Direttivo AISD, che ha raccolto il maggior numero di voti nella recente consultazione tra soci. Il Consiglio Direttivo, come da statuto, sarà in carica da giugno 2018 a giugno 2020:

Presidente

Stefano Coaccioli

*Università di Perugia, Direttore Clinica Medica, Reumatologia
e Terapia Medica del Dolore, AOU S. Maria Terni*

Past President

Enrico Polati

*Università degli Studi di Verona,
Direttore Anestesia Rianimazione e Terapia del Dolore
Presidente eletto per il prossimo biennio 2020-2022*

Presidente eletto per il prossimo biennio 2020-2022

Maria Caterina Pace

*Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli" | SUN
Dipartimento di Scienze Anestesiologiche, Chirurgiche
e dell'Emergenza, Napoli*

Vice-Presidente

Gabriele Finco

*Presidente della Facoltà di Medicina
e Chirurgia dell'Università degli Studi di Cagliari*

Segretario

Maurizio Evangelista

*Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma,
Direttore UO Terapia del Dolore UCSC/CIC*

Tesoriere

Vittorio Schweiger

*UOC Anestesia e Rianimazione,
Università degli Studi di Verona*

Consiglieri

Nicola Luxardo

*Struttura Complessa Terapia Dolore e Cure Palliative,
AO Città della Salute, Presidio Molinette, Torino*

Giuseppe Nocentini

*Università di Perugia, Dipartimento di Medicina,
Sezione di Farmacologia*

Antonella Paladini

*Dipartimento di Medicina clinica, sanità pubblica,
scienze della vita e dell'ambiente,
Università degli Studi dell'Aquila*

Filomena Puntillo

*Università degli Studi di Bari "Aldo Moro",
Responsabile Ambulatorio di Terapia del Dolore
dell'Ospedale Policlinico di Bari*

Stefano Tamburin

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

AISD Associazione Italiana per lo Studio del Dolore
Fondazione Paolo Procacci

Codice etico



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)

Cefalee e algologia

Maurizio Evangelista

Direttore UO Terapia del Dolore

Università Cattolica del Sacro Cuore/CIC, Roma

Da molti anni cefalee ed algologia (medicina del dolore) sono considerate, sia dal punto di vista del paziente che del clinico, come due entità tra loro distinte con diagnosi e gestione ad esclusivo appannaggio, rispettivamente, del neurologo e del medico del dolore.

Questa rappresentazione, alla luce dei risultati raggiunti dalla ricerca di base e di quella clinica, non è più in linea con una moderna interpretazione della cronicità e richiede un vero e proprio “viraggio” culturale. Bisognerebbe invece chiedersi: cosa sono le cefalee, quando non acute e sintomatiche, se non una rappresentazione clinica di una malattia “di per sé” in cui il dolore non sta avvisando di nessun pericolo reale? E cosa è un dolore cronico, non secondario a nessuno stimolo doloroso “nocicettivo”, se non l’espressione clinica di una malattia in cui non c’è più una causa o la stessa non dovrebbe essere in grado di generare dolore così “smisurato” (allodinia, iperalgesia)?

A parte un mero criterio topografico, un dolore cronico (neuropatico o con fenotipo neuropatico della schiena, ad esempio) in cosa si distingue da una cefalea cronica? A ben guardare, la copiosa letteratura esistente, sebbene di differente provenienza dottrina e specialistica, documentando numerose analogie (di tipo epidemiologico e patogenetico), suggerisce la necessità di un conseguenziale atteggiamento, diagnostico e terapeutico, più sinergico tra le due discipline mediche che storicamente si dedicano a cefalee e medicina del dolore. Il primo e forse più importante elemento di condivisione è il fatto che entrambe sono capaci di generare un impatto negativo, di grado molto elevato, sul “quoad valetudinem” piuttosto che sul “quoad vitam”. Le cefalee, come il dolore cronico, non ti

uccidono, ma non ti fanno vivere in maniera “adeguata”.

Molto spesso, l’incapacità della diagnostica strumentale di documentare gli specifici meccanismi (prevalentemente molecolari e cellulari) rende i pazienti cefalalgici e quelli con dolore cronico “scarsamente credibili” a livello medico, professionale, sociale e li costringe ad un progressivo isolamento.

In entrambi i casi, sebbene siano patologie di interesse primario per la politica sanitaria della nazione, è possibile parlare di malattie sottodimensionate e sottodiagnosticate. In entrambi i casi si evidenzia, però, un aumento dei costi diretti, ma soprattutto di quelli indiretti, con un enorme effetto negativo sia per il sistema Sanitario sia, soprattutto, per il “Sistema Paese”, che deve farsi carico dei costi associati alla marcata diminuzione della qualità della vita succedanea alla grave disabilità biopsicosociale derivata dalla sottodiagnosi e dal sottotrattamento.

Il mal di testa e il dolore cronico non oncologico sono invece due paradigmi di malattia cronica, responsabili di un danno a carico dell’individuo (disabilitato non solo nella sfera strettamente biologica ma anche in quella psicologica, professionale, sociale e relazionale) e della Società nel suo insieme. Entrambi, cefalea e dolore cronico non oncologico, causano alterazioni dell’equilibrio psicologico, depressione secondaria, perdita di ruoli sociali e professionali, che, nei casi più gravi (circa il 20%), possono determinare in una prima fase una riduzione delle mansioni lavorative, fino a giungere, così come documentato in letteratura, al licenziamento. Cefalee e dolore cronico, anche se distinti secondo un criterio topografico, condividono molti meccani-

smi e fasi fisiopatogenetiche. Uno dei campi più attuali in cui convergono neurologi e terapisti del dolore è quello della neuroinfiammazione e della sensibilizzazione centrale, due meccanismi chiave per l'attivazione, il mantenimento e la successiva perpetuazione del dolore.

Il dolore come sintomo, filogeneticamente responsabile dell'omeostasi dell'organismo contro il danno reale o potenziale, diventa una malattia inutile senza alcun significato protettivo. Un altro importante passaggio patogenetico condiviso è quello dei meccanismi neuroimmuni, che collegano il sistema immunitario con il sistema nervoso centrale.

Infine, numerosi contributi della letteratura scientifica internazionale evidenziano la necessità di modificare l'approccio terapeutico che va orientato non più, e non solo, secondo il criterio etiologico ma secondo quello semeiotico (fenotipo del dolore: segni e sintomi specifici di tipi di meccanismi, multipli e coesistenti, in quello specifico momento). Ciò consentirebbe una prescrizione più appropriata, una maggiore efficacia terapeutica e la conseguenziale possibilità di "tornare alla vita di tutti i giorni".

Sia per le cefalee che per il dolore cronico, un protocollo terapeutico, poiché orientato a recuperare disabilità piuttosto che ad ottenere un'improbabile "analgesia totale", dovrebbe inoltre essere efficace e sostenibile sia in termini di aspetto biologico (rapporto efficacia / sicurezza) sia di praticabilità (minima interferenza con la vita professionale, relazionale e sociale). È questo un aspetto, insieme ai precedenti, che unisce nei metodi e negli obiettivi i due "appa-

rentemente differenti" specialisti e pazienti dedicati. Tutti gli aspetti sopra menzionati sono ugualmente importanti, ma uno di essi può prevalere sugli altri in base alle caratteristiche e al personale "universo" del paziente. Da ciò deriva un altro aspetto condiviso: il concetto di terapia "dinamica" personalizzata e condivisa, in cui il medico (neurologo o medico del dolore), una volta individuati gli obiettivi realistici che il paziente vuole raggiungere, deve definire il miglior protocollo possibile basandosi sulla sua esperienza e sui trattamenti disponibili, nonché periodicamente rivalutare l'andamento clinico al fine di apportare modi o integrazioni alla terapia, se necessario. In conclusione, gli aspetti condivisi tra cefalea e dolore cronico non oncologico sono significativamente maggiori di quelli che li dividono. Cefalee e dolore cronico non sono due entità nettamente distinte, ma due differenti espressioni di quadri patologici in cui è possibile identificare dei minimi comuni denominatori (cronicità, disabilità biopsicosociale indotta dal dolore, impatto socioeconomico generato, necessità di approccio inter e multidisciplinare per la strutturazione e gestione di protocolli terapeutici) che diventano i veri bersagli da colpire per ottenere quel miglioramento della qualità della vita che il paziente, vero fine di questa alleanza inter e multidisciplinare, ci chiede.

Questo articolo è apparso sul numero 113, maggio 2018 di "Cefalee Today", notiziario edito dalla Fondazione CIRNA onlus, www.cefalea.it. Si ringraziano l'editore e la redazione per averci autorizzati alla riproduzione.

www.facebook.com/MedicinaDolore/





PAIN IN EUROPE XI
BRINGING THE FUTURE TO
THE PRESENT



**11TH CONGRESS OF THE EUROPEAN
PAIN FEDERATION EFIC®**

**4-7 SEPTEMBER 2019
VALENCIA, SPAIN**

WWW.EFIC.ORG | #EFIC2019



LA TUA FORMAZIONE AL CUBO



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

9° Congresso del World Institute of Pain

L'abstract book del Congresso mondiale WIP, che si è recentemente concluso a Dublino (9-12 maggio 2018) è disponibile online nel sito della rivista Pain Practice



9TH WORLD CONGRESS
OF THE WORLD INSTITUTE
OF PAIN (WIP)

MAY 9-12 2018, DUBLIN, IRELAND



wip.agoria.co.uk

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

2018 Global Year for Excellence in Pain Education

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

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

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

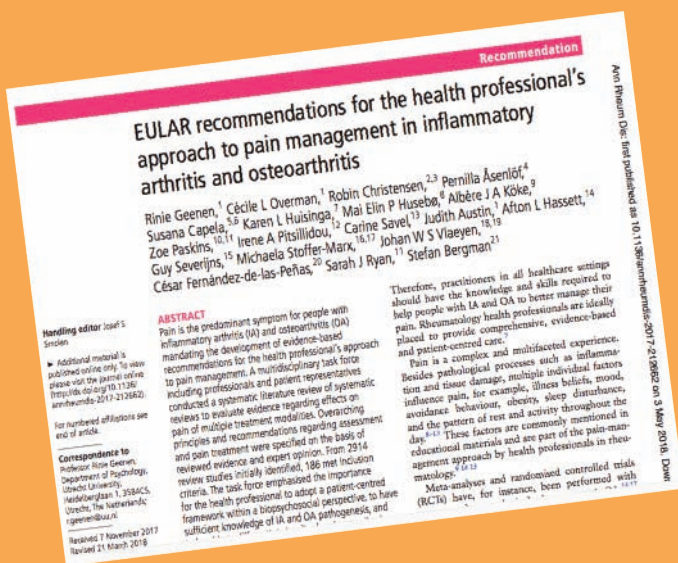
Be sure to follow the #GYPainEducation conversation and IASP on LinkedIn, Facebook, and Twitter to learn about updates to this site.

www.iasp-pain.org



Le raccomandazioni EULAR per il trattamento del dolore nelle artriti e osteoartriti infiammatorie

Nella task force di EULAR hanno lavorato insieme rappresentanti dei pazienti, infermieri, fisioterapisti, psicologi, reumatologi, un medico generico, un terapeuta occupazionale, un epidemiologo clinico e un ricercatore (16 dall'Europa e 2 dagli USA).



Nella task force di EULAR hanno lavorato insieme 18 membri (16 dall'Europa e 2 dagli USA): rappresentanti dei pazienti, infermieri, fisioterapisti, psicologi, reumatologi, un medico generico, un terapeuta occupazionale, un epidemiologo clinico e un ricercatore.

I principi generali e le raccomandazioni riguardanti la

valutazione e il trattamento del dolore sono stati definiti sulla base delle evidenze e delle opinioni degli esperti, dopo aver inizialmente identificato 2914 rassegne dalla letteratura, di cui 186 hanno soddisfatto i criteri di inclusione.

Il gruppo di lavoro ha posto l'accento sull'importanza dell'adozione, da parte del professionista, di un approccio incentrato sul paziente, in una prospettiva biopsicosociale, sull'importanza di una conoscenza adeguata della patogenesi dell'IA e dell'OA e di saper distinguere tra dolore localizzato e dolore generalizzato.

Il trattamento deve quindi essere ispirato a:

- prove scientifiche e valutazione dei bisogni, delle preferenze e delle priorità dei pazienti;
- aratteristiche del dolore;
- trattamenti per il dolore precedenti e in corso;
- infiammazione e danno articolare;
- fattori psicologici e altri fattori legati al dolore.

Sintesi delle raccomandazioni

1. La valutazione da parte del professionista sanitario dovrebbe includere i seguenti aspetti (la valutazione è breve o più approfondita in base a fattori quali il tempo disponibile, se si tratta di una prima o di una consultazione regolare e le esigenze del paziente):

- bisogni, preferenze e priorità del paziente in merito alla gestione del dolore e ad attività, valori e obiettivi importanti della sua vita quotidiana.
- Caratteristiche del dolore del paziente, tra cui gravità, tipo, diffusione e qualità.
- Trattamenti del dolore precedenti e in corso ed efficacia percepita.
- Infiammazione in atto e danni articolari come fonti di dolore e se questi sono adeguatamente trattati.
- Fattori correlati al dolore che potrebbero richiedere attenzione: (a) la natura e l'estensione della disabilità correlata al dolore, (b) credenze ed emozioni sul dolore e sulla disabilità correlata al dolore, (c) implicazioni sociali e sue conseguenze (d) problemi di sonno e (e) obesità.

2. Il paziente deve ricevere un piano di gestione personalizzato con l'obiettivo di ridurre il dolore e l'angoscia correlata al dolore e migliorare la funzione e la partecipazione al dolore nella vita quotidiana. Questo piano deve esprimere un processo decisionale condiviso, che tenga conto dei bisogni espressi del paziente, della valutazione del professionista e delle opzioni di trattamento basate sull'evidenza. Un approccio per gradi può includere, nella fase 1, supporto per l'educazione e l'autogestione (vedi raccomandazione 3); nella fase 2, una o più opzioni di trattamento da parte di uno specialista se indicato (raccomandazioni da 4 a 9); oppure, nella fase 3, trattamento multidisciplinare (raccomandazione 10).

3. Il paziente dovrebbe ricevere una sorta di educazione/formazione, con facile accesso a (1) materiale educativo (opuscoli o collegamenti a risorse online

che incoraggino a rimanere attivo, linee guida sull'igiene del sonno e così via), (2) un approccio psicoeducazionale da parte del professionista e (3) interventi di autogestione online o de visu.

4. Se indicato, il paziente deve mantenersi attivo e svolgere esercizio fisico.

* Il professionista della salute e il paziente valutano se sia necessario rimanere semplicemente attivi, o praticare esercizio fisico sotto supervisione, o ricevere un trattamento multidisciplinare.

* Se il paziente non è in grado di iniziare l'attività fisica e fare gli esercizi da solo, prendere in considerazione la possibilità di rivolgersi a un fisioterapista per l'esercizio fisico graduato o un tipo di allenamento personalizzato.

* Se alla base di uno stile di vita sedentario, con disabilità, ci sono fattori psicosociali come la paura del movimento o atteggiamenti catastrofisti, allora va preso in considerazione un intervento multidisciplinare che include la terapia cognitivo-comportamentale.

5. Se indicato, il paziente deve usare dei supporti ortopedici con l'aiuto di un terapeuta occupazionale che lo educi al corretto utilizzo di supporti ergonomici per la vita quotidiana ed eventualmente lo indirizzi allo specialista che lo consigli nell'adottare calzature ortopediche, per esempio.

6. Se indicato, il paziente dovrebbe ricevere interventi psicologici o sociali.

* Se vi sono variabili sociali o fattori psicologici che interferiscono con l'efficace gestione del dolore e lo stato funzionale, va considerato (a seconda della gravità) un supporto al paziente indirizzandolo da uno psicologo, o da un assistente sociale, o alla terapia cognitivo-comportamentale o a un trattamento multidisciplinare.

* Se è presente una forma psicopatologica (ad es.

depressione e ansia), vanno discusse le opzioni di trattamento con il paziente e con il suo medico di base.

7. Se indicato, il paziente dovrebbe ricevere assistenza per i disturbi del sonno.

* Se vengono segnalati disturbi del sonno, informarsi sulle cause (p. es. dolore, persistente preoccupazione, cattive abitudini del sonno) e fornire delle istruzioni di base sulle buone pratiche di igiene del sonno.

* Se il sonno permane gravemente disturbato, indirizzare a un terapeuta per un programma mirato che ripristina il sonno regolare, o a una clinica del sonno specializzata.

8. Se indicato, il paziente deve ricevere consigli sulla gestione del peso.

* Se il paziente è obeso, spiegare al paziente che l'obesità può contribuire al dolore e alla disabilità. Discutere con il paziente le opzioni di trattamento possibili o il supporto dello specialista; per esempio,

dietista, psicologo, clinica/chirurgia bariatrica.

9. Se indicato, il paziente deve ricevere un trattamento farmacologico specifico per il dolore secondo le recenti raccomandazioni.

* Chiedere informazioni al paziente del sollievo su farmaci che usa, prescritti che da banco, compresi i rimedi omeopatici e valutare se la frequenza di utilizzo è sicura (non eccessiva) e appropriatamente regolare. Chiedere consigli o inviare ad altri specialisti se ci sono aspetti che possono indurre preoccupazione o se può essere indicato un ulteriore trattamento farmacologico.

10. Se indicato, il paziente deve ricevere un trattamento multidisciplinare.

* Se sono indicate più opzioni di trattamento, ad esempio, per trattare il disagio psicologico insieme al problema di uno stile di vita sedentario, e se la monoterapia è fallita, va preso in considerazione un intervento multidisciplinare.

SAVE THE DATE

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

20-23 MAY 2020 | ROME, ITALY

ROME 2020



Principi generali delle raccomandazioni EULAR

- Il processo di valutazione e trattamento dovrebbe essere guidato da un quadro incentrato sul paziente.
- Qualsiasi tipo di dolore comprende molteplici fattori biologici, psicologici e sociali che interagiscono reciprocamente che includono, ma non si limitano: severità del dolore, danni neurofisiologici periferici (nell'infiammazione e nelle articolazioni) e centrali, disabilità fisica, resilienza e vulnerabilità (emozioni, cognizioni, comportamento, stile di vita), fattori sociali (lavoro, sostegno, strutture, economici), qualità del sonno, obesità e altri rischi per la salute (ad esempio, fumo, alcolismo).
- Gli operatori sanitari devono avere una conoscenza di base della patologia, delle terapie e delle sequele nell'artrite e nell'osteoartrite.
- Devono essere in grado di distinguere tra dolore localizzato e dolore generalizzato e dovrebbe sapere che questi tipi di dolore possono coesistere.

Per leggere il testo completo:

Geenen R, et al. Ann Rheum Dis 2018;0:797–807. doi:10.1136/annrheumdis-2017-212662

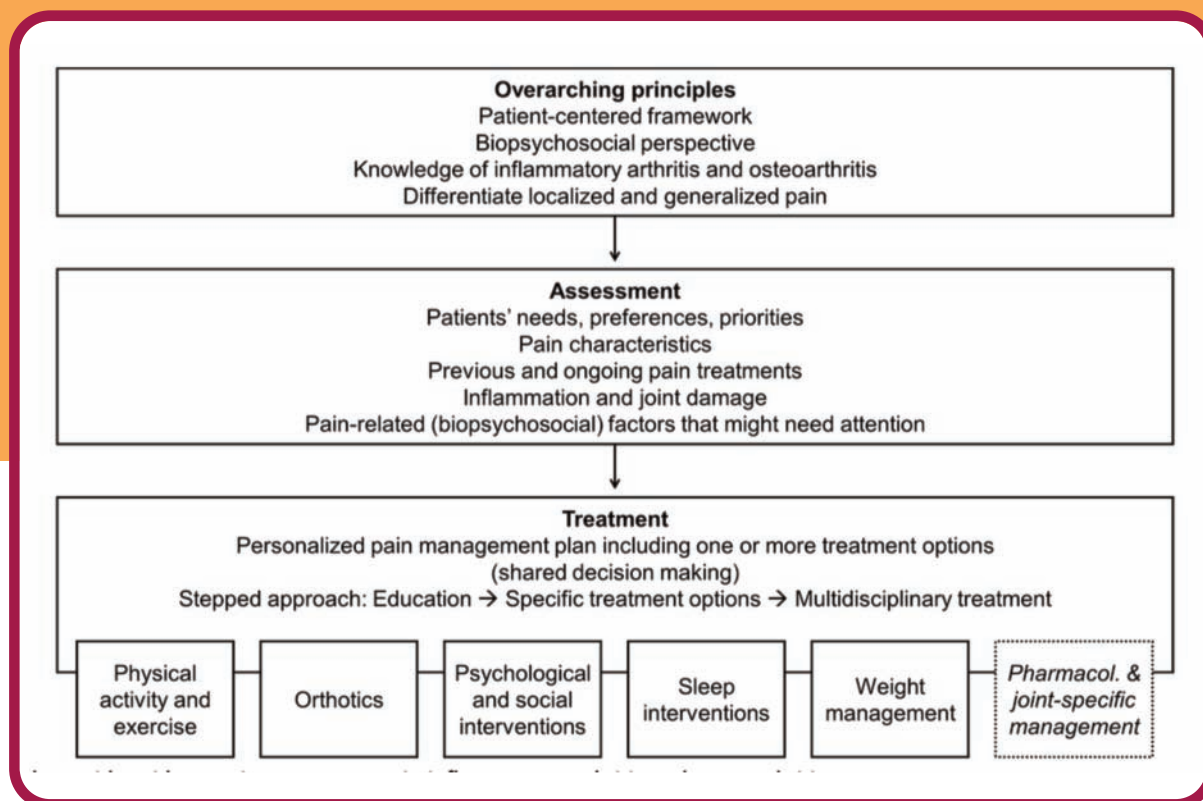


Figura 1 – Algoritmo procedurale delle raccomandazioni EULAR



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

Associati all'AISD

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

Alleviare le sofferenze

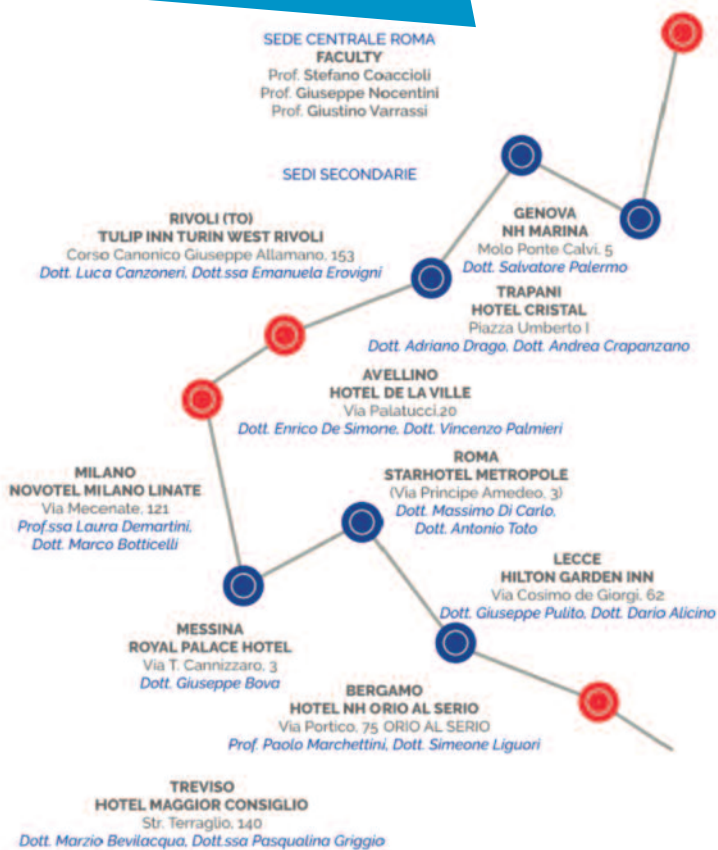
è il motivo unico di tutta la nostra attività professionale e di ricerca.



Dona il 5x mille

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

www.aisd.it



Con il contributo incondizionato di:



Provider e segreteria organizzativa

MORE & MORE

Via G. Washington, 1 - Milano
070.278397 - eventi@moremore.it



OBIETTIVI CLINICI NELLA CURA DEL DOLORE CRONICO CON OPIOIDI

16 Giugno 2018



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

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

www.efic.org






dal 1976 impegnata nello studio
e nella cura del dolore

www.aisd.it ●●●

Ci sono 6 buoni motivi per diventare socio AISD

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

Come iscriversi ●●●

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