



DOLORE



AGGIORNAMENTI CLINICI

Organo ufficiale della Associazione Italiana per lo Studio del Dolore



Medaglia del Presidente
della Repubblica
Sergio Mattarella

40
CONGRESSO NAZIONALE

AISD

NH VILLA CARPEGNA

ROMA

8-10 GIUGNO 2017



i Migliori ABSTRACT



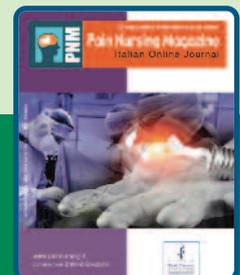


La Fondazione Paolo Procacci Onlus nasce nel 2008 per promuovere e sostenere tutte quelle iniziative utili alla prevenzione, alla diagnosi precoce, alla cura e all'assistenza sociosanitaria della malattia "dolore" e delle sintomatologie ad essa collegate. Ne sono promotori scienziati e ricercatori di 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), 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

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.

DOLORE

AGGIORNAMENTI CLINICI

Organo ufficiale della Associazione Italiana per lo Studio del Dolore



In questo numero

I migliori abstract del Congresso AISD 2017

Ruolo delle tecniche anestesologiche nella prevenzione del dolore cronico post erniotomia	4
Analgesia in travaglio di parto: magnesio solfato intratecale come adiuvante analgesico	5
Intrathecal (IT) Morphine and Ziconotide combined with Levobupivacaine: a winning triangle?	6
Documentazione del dolore intraoperatorio ed event-tagging tramite applicazione dedicata per smartphone	7
Use of cannabis infusion in patients with fibromyalgia: effect on symptoms relief	10
<hr/>	
Intervista a Giuseppe Casale. Terapia del dolore e cure palliative: punti di incontro e collaborazione	12
Il controllo cognitivo del dolore	16
Ricordo di Paolo Procacci a 10 anni dalla scomparsa	20
Pain grids e archetipi del dolore	23
Calendario Corsi e Congressi	26

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

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





i Migliori ABSTRACT

Roma 8-10 giugno

40 Congresso AISD 2017

Ruolo delle tecniche anestesilogiche nella prevenzione del dolore cronico post erniotomia

Antonucci S. (1), Soldano A. (1), Spina T. (1), Marinangeli F. (2)

(1) UOC Anestesia Rianimazione e Terapia del Dolore, Pescara

(2) Istituto di Anestesia Rianimazione e Terapia del Dolore, Università dell'Aquila

Razionale

Il dolore cronico dopo ernioplastica inguinale rappresenta un problema postoperatorio che influenza la qualità di vita. L'incidenza varia in letteratura dallo 0,7 al 43,3% con una prevalenza dallo 0,5 al 6% per il dolore che impatta le attività quotidiane. La Consensus Conference for prevention of chronic pain after erniorrhaphy definisce tale un dolore che è presente da 3 mesi dopo l'intervento persistendo per oltre 6 mesi. Diversi studi dimostrano una stretta relazione tra intensità del dolore postoperatorio e insorgenza di dolore cronico. Obiettivo dello studio è di confrontare l'efficacia dell'anestesia con blocco dei nervi ileoipogastrico, ileoinguinale e genitofemorale eco guidata con il blocco subaracnoideo e l'anestesia locale sull'insorgenza di dolore cronico.

Metodi

180 pazienti, sottoposti a ernioplastica inguinale sec. Lichtstein sono divisi in tre gruppi di studio. In tutti è stata effettuata anestesia incisionale con lidocaina 1% 8 ml. Gruppo A (TAP-block)= levobupivacaina 0.5% 20 ml. nell'aponeurosi tra il trasverso e l'obliquo interno e 8 ml. dopo visualizzazione ecografica nel funicolo spermatico; Gruppo B (AL) levobupivacaina 0.5% 12 ml. + Lidocaina 1% 12 ml. distribuiti nella regione sottofasciale, a livello del tubercolo pubico e nel sacco erniario; Gruppo C (BSA) bupivacaina iperbarica 0.5% 2 ml. nello spazio L3L4. Lidocaina 1% 5 ml veniva infiltrata in caso di VAS>. Al termine veniva somministrato paracetamolo 1 gr. ev. Venivano valutati il dolore a riposo e dopo tosse a 1, 3, 6 e 12 ore tramite VAS. I pazienti ricevevano ossicodone 5+naloxone 2.5 mg. x os ogni 12 ore per 2 giorni. In caso di VAS>4 alla successiva dose veniva somministrato ossicodone 10 mg. I pazienti sono stati rivalutati, previa intervista telefonica, a 6 mesi dall'intervento chirurgico, sottoponendo loro l'Inguinal Pain Questionnaire.

Risultati

Il VAS postoperatorio è risultato sovrapponibile nei tre gruppi a 1 ora, più alto nel gruppo B vs. A e C a 3 e 6 e 12 ore ($p<0.001$), a 12 ore il VAS scores è risultato più basso nel gruppo A vs. C ($p=0.013$). Analoghi risultati per il VAS dopo tosse. A 6 mesi dall'intervento 9 pazienti del gruppo B, 5 pazienti del gruppo C ed 1 paziente del gruppo A hanno riferito dolore significativo con differenza statisticamente significativa tra A vs B e C.

Conclusioni

Si è dimostrata l'efficacia del TAP block nella prevenzione del dolore cronico post erniotomia. Alla base di questo effetto preventivo, oltre alla nota azione antinfiammatoria degli anestetici locali che riducono la liberazione di mediatori quali la sostanza P che è alla base della inibizione della componente nocicettiva del dolore, azione che manca nel blocco centrale, l'altro meccanismo potrebbe essere legato alla inibizione della trasmissione dolorosa alle corna posteriori del midollo spinale non efficace nell'anestesia locale che viene effettuata on demand.

Bibliografia

- S. Alfieri et al: International guidelines for prevention and management of po chronic pain following inguinal hernia repair. *Hernia* (2011)15:239-49.
 E. Aasvang et al: Chronic postoperative pain: the case of inguinal erniorraphy. *BJA* (2005)95(1):69-76.
 F. Martin et al: Antiinflammatory effect of peripheral nerve blocks after knee surgery. *Anesthesiology* (2008)109:484-90



Roma, 8-10 giugno 2017

Analgesia in travaglio di parto: magnesio solfato intratecale come adiuvante analgesico

Coviello A., Merolillo S., Porfidia C., Nappo C., Di Costanzo M., Fierro D., Piccinno G., Sansone P., Passavanti M.B., Aurilio C.
Dipartimento di Scienze Anestesiologiche, Chirurgiche e dell'Emergenza- Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli", Napoli

Numerose classi di farmaci come anestetici locali, epinefrina, clonidina e prostigmina sono state aggiunte agli oppioidi intratecali con l'obiettivo di prolungare l'analgesia e ridurre l'incidenza degli eventi avversi. Il magnesio è un antagonista non competitivo del recettore N-metil-D-Aspartato (NMDA) che blocca in modo voltaggio-dipendente i canali ionici.

Questo studio valuta l'effetto dell'aggiunta di solfato di magnesio intratecale nel dolore da travaglio di parto in aggiunta al sufentanil in pazienti sottoposte a partoanalgesia.

Lo studio randomizzato, della durata di cinque mesi (settembre 2016-gennaio 2017), è stato condotto presso il Servizio di Chirurgia Ambulatoriale della Clinica Ginecologica ed Ostetrica della Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli". Dopo approvazione del comitato etico e raccolta del consenso informato per l'esecuzione della procedura sono state arruolate 20 pazienti. Tra i criteri di inclusione: età compresa tra 18 e 45 aa; nullipare; gravidanza monofetale; pazienti non allergiche; non dipendenza da oppioidi; gravidanza a termine; assenza di diabete mellito, ipertensione e disturbi della coagulazione. È stata eseguita la tecnica combinata spinale-epidurale, somministrando come analgesia spinale una soluzione di 5 ml contenente nel gruppo F (10 pazienti) 2,5 mcg di sufentanil+4,95 ml di NaCl 0.9%; mentre nel gruppo M (10 pazienti) 2,5 mcg di sufentanil+50 mg di solfato di magnesio (3 ml)+1,95 ml di NaCl 0,9%. Dopo singolo bolo viene stimata: durata dell'analgesia, tempo intercorso tra la dose intratecale e la richiesta di rimbocchi successivi attraverso il cateterino epidurale (NRS \geq 4-5); intensità del dolore, scala NRS a 5, 10, 15 dopo l'iniezione, e poi ogni 15 minuti; comparsa di effetti collaterali; pressione arteriosa materna, frequenza cardiaca materna e fetale; blocco motorio, Bromage Scale(0-3); durata del travaglio; ricorso al parto cesareo.

Nel gruppo M si è riscontrata una maggior durata dell'analgesia dopo la somministrazione del bolo intratecale; nel gruppo F 60 minuti (range 25-133 min), gruppo M 75 minuti (range 30-140). Nessuna variazione significativa della scala NRS valutata 5, 10, 15 minuti dopo il bolo intratecale, con un NRS media \leq 1-2 in entrambi i gruppi; per gli effetti collaterali, il prurito si è manifestato nel 65% gruppo M e nel 75% gruppo F, la sedazione, definita come una scarsa sonnolenza si è presentata nel 70% nel gruppo M e nel 60% nel gruppo F, nessun caso di nausea e vomito; pressione arteriosa materna, frequenza cardiaca materna e fetale erano stabili nei due gruppi; nessuna modifica significativa della scala di Bromage, le donne deambulavano senza difficoltà in entrambi i gruppi. Durata del travaglio simile nei due gruppi, per nessuna donna è stato necessario il ricorso a parto cesareo.

L'aggiunta intratecale di solfato di magnesio (50 mg) al sufentanil ha prolungato in modo significativo la durata dell'analgesia, senza ulteriori effetti collaterali, con nessuna modifica dell'emodinamica materna e fetale, nessuna modifica sulla durata del travaglio e il ricorso al parto cesareo. Le limitazioni di questo studio sono il numero esiguo di pazienti arruolati. Pertanto, dato l'effetto positivo del magnesio solfato sulla durata dell'analgesia, invitiamo ad ampliare gli studi sulla somministrazione di questo ione per via intratecale.

Bibliografia

- Koinig H, Wallner T, et al. Magnesium sulfate reduces intra- and postoperative analgesic requirements. *Anesth Analg.* 1998 Jul;87(1):206-10.
- Buvanendran A, McCarthy RJ, et al. Intrathecal magnesium prolongs fentanyl analgesia: a prospective, randomized, controlled trial. *Anesth Analg.* 2002 Sep;95(3):661-6
- Ko SH, Lim HR, et al. Magnesium sulfate does not reduce postoperative analgesic requirements. *Anesthesiology.* 2001 Sep;95(3):640-6.

Intrathecal (IT) Morphine and Ziconotide combined with Levobupivacaine: a winning triangle?

Giglio M., Mele R., Preziosa A., Bruno F., Puntillo F.

Anestesia e Rianimazione II "Brienza" DETO, Università degli Studi, Bari

Rationale of the study

The synergic effect of Morphine and Ziconotide has been already described (1). Recent evidences suggest that addition of local anesthetics could potentiate this combination (2). This prospective trial investigates the effects of Ziconotide combined with Morphine and Levobupivacaine in malignant pain.

Methods

Adult patients with malignant pain refractory to high doses of oral opioids were enrolled. Mean VASPI scores and mean doses of 3 drugs were recorded at 48 hours and every week until 2 months of treatment. Adverse events were also recorded.

Results

56 patients were recruited (age 63 + 12, F/M 18/38). 16 patients had lung, 14 had gastro-intestinal, and 9 had urologic cancer. At T0 the mean VASPI score was 88±6, and the mean doses of Morphine, Ziconotide and Levobupivacaine were 0.8±0.3 mg/day, 1.6±0.8 mcg/day and 2.9±0.9 mg/day, respectively. At 48 hours the mean VASPI score was significantly reduced to 48.5±17 (p<0.05). This significant reduction persisted over 2 months of follow-up. At 1 month, mean doses of Morphine, Ziconotide and Levobupivacaine were 1.4±0.9 mg/day, 2.5±1.3 mcg/day and 3.9±2.1 mg/day, respectively. At 2 month, mean doses of Morphine, Ziconotide and Levobupivacaine were 2.0±1.2 mg/day, 2.8±1.1 mcg/day and 3.8±2.0 mg/day, respectively. The mean VASPI score at that time was 43.7±21. Adverse events were confusion (9%), dizziness (10%), nausea (10%), vomiting (5%), urinary retention (16%), hallucination (3%). There was one infection related to the infusion system, and it occurred in a HIV patient.

Conclusions

The present trial suggests that the combination of IT Morphine and Ziconotide plus Levobupivacaine could be a rationale choice to achieve a rapid control of refractory malignant pain: the decrease of VASPI score is significant as soon as 2 days and persists during the 2 months of study. The addition of Levobupivacaine seems to potentiate the effects of the other 2 drugs, allowing a reduction in cumulative doses of both Morphine and Ziconotide over time, compared to those reported in similar populations (1,2). The low doses of the 3 drugs could also explain the reduced incidence of adverse events in these difficult to treat patients, compared with recent reports (2,3). However, urinary retention can be emphasized by the addition of Levobupivacaine in patients with pelvic cancer. Other trials are needed to confirm the safe, rapid and effective synergistic action of IT combination of Morphine, Ziconotide and Levobupivacaine.

References

1. Alicino I, Giglio M, Manca F, Bruno F, Puntillo F. Intrathecal combination of Ziconotide and Morphine for refractory malignant pain: a rapid and effective choice. *Pain* 2012;153:245-9.
2. Dupouiron D, Bore F, Lefebvre-Kuntz D, Brenet O, Deboumont S, Dixmieras F, Buisset N, Lebrec N, Monnin D. Ziconotide adverse events in patients with cancer pain: a multicenter observational study of a slow titration, multidrug protocol. *Pain Physician*. 2012;15:395-403
3. Staquet H, Dupouiron D, Nader E, Menei P. Intracerebroventricular Pain Treatment with Analgesic Mixtures including Ziconotide for Intractable Pain. *Pain Physician*. 2016;19:E905-15.



il Mio dolore

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

Scaricalo gratuitamente dai siti

www.painnursing.it

www.fondazioneprocacci.org

Documentazione del dolore intraoperatorio ed event-tagging tramite applicazione dedicata per smartphone

La Mura F. (1), Barbangelo F. (2), Sette M. (3), Altomare L. (4), Delvecchio G.G. (4), Galantino S. (4), Mugnolo A. (5), Finamora C. (6)

- (1) Anestesista-rianimatore, Day Service Chirurgico, Presidio Ospedaliero di Trani – ASL BAT
- (2) Responsabile Day Service Chirurgico, Presidio Ospedaliero di Trani – ASL BAT
- (3) Coordinatrice Infermieristica Day Service Chirurgico, Presidio Ospedaliero di Trani – ASL BAT
- (4) Corso di Laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Foggia
- (5) Medico-chirurgo, Università della Campania “Luigi Vanvitelli” – Napoli
- (6) Master in Organizzazione e sviluppo delle risorse umane, Università di Torino

Introduzione e scopo dello studio

Come testimonia la letteratura scientifica degli ultimi anni, si sta assistendo ad una rapida evoluzione delle strategie di documentazione clinica in Anestesia e Terapia Intensiva. Il tipo di tecnologia utilizzata per la raccolta di dati (ad esempio, cartacea vs elettronica, manuale vs automatica) potrebbe addirittura influenzare il medico nella valutazione preoperatoria dei Pazienti, e specificamente nella attribuzione del punteggio ASA1. Le Linee Guida nazionali ed internazionali pongono particolare enfasi nella rilevazione dei parametri vitali e del dolore post-operatorio 2,3 su una scala di progressione rigorosamente temporale, mentre la documentazione del dolore intra-operatorio, opportunamente differenziato dal livello di ipnosi, rimane in larga parte una questione ancora non sufficientemente descritta 4,5. È però opinione corrente che il dolore perioperatorio, se non efficacemente rilevato e trattato, possa predisporre con maggiore frequenza alla insorgenza di dolore cronico (Chronic Postsurgical Pain o CPSP) 6, con incidenza e gravità apparentemente indipendenti dalla intensità del dolore acuto iniziale 7. Scopo del presente studio è l'illustrazione di una metodica di rilevazione, in tempo reale, del dolore nel Paziente con depresso stato di coscienza e non curarizzato, che tenga conto di parametri strumentali e di segni clinici, facilitata dall'uso di una App dedicata per smartphone e/o tablet, appositamente creata.

Materiali e metodi

Sono state prese in considerazione misurazioni strumentali e segni clinici, comunemente conosciuti quali indicatori indiretti di dolore da stimolo chirurgico 8,9. Nello specifico, sono state parametrizzate le variazioni della Frequenza Cardiaca (HRV), della Pressione Arteriosa (APV) e della Frequenza Respiratoria (RRV), e segni clinici quali l'insorgenza di tensione muscolare (s1), grimaces facciali (s2), oppure franchi movimenti o stratonamenti (s3). Ad ogni parametro strumentale sono stati assegnati tre diversi possibili punteggi (1 = stabile, 2 = incremento entro il 20%, 3 = incremento oltre il 20%), così come tre diversi punteggi erano assegnati ai segni clinici (1 = non rilevabile, 2 = segno appena evidente, 3 = segno molto evidente). Ulteriori variabili del software, immisibili secondo una metrica di progressione temporale, erano il livello di coscienza misurato tramite il Bispectral Index (BIS), l'intensità del segnale elettromiografico (EMG) quale indicatore di brivido/tensione muscolare/movimento, e l'evento procedurale chirurgico associato (event-tagging: ad esempio, infiltrazione di anestetico locale, incisione con bisturi a freddo, ecc). Ogni evento, selezionabile da una iniziale lista precompilata, è ulteriormente implementabile da ogni utente autorizzato, ed automaticamente sincronizzato sugli altri dispositivi attivi (vedi Figg. 1, 2 e 3).

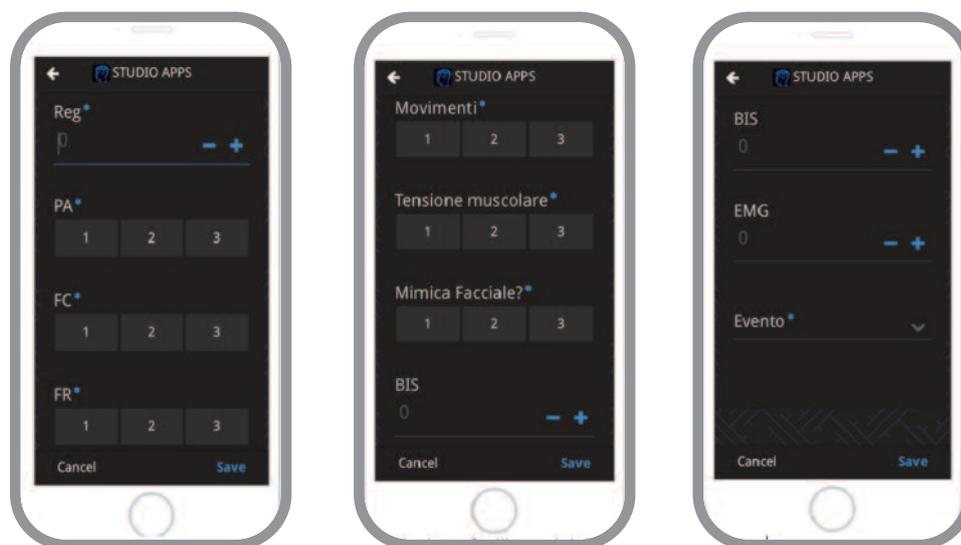


Fig. 1 - Immissione facilitata dei dati nella app



Fig. 2 - Schermata condivisa, che associa l'occorrenza di probabile dolore (numero automaticamente evidenziato in rosso) ad un evento temporalmente certo, con misurazione di BIS ed EMG

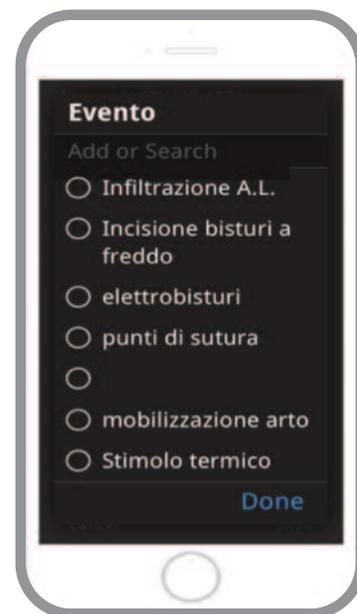


Fig. 3 - Lista condivisa di eventi associati ad eventuale rilevazione di dolore. Ogni utente può immettere un evento/tag personalizzato, immediatamente visibile sugli altri eventuali dispositivi

Per ogni Paziente, è possibile impostare la soglia target dell'indice BIS sotto la quale considerare una persona come aderente al livello desiderato di ipnosi (BIS_t) e, quindi, interpretare i parametri rilevati quali indicatori di probabile dolore. La realizzazione software ha incluso la predisposizione di un database di rete come back-end, e la realizzazione di una interfaccia di immisione e visualizzazione dati (front-end) adatta ad uno Smartphone. Il tutto veniva realizzato tramite la Suite di Google Drive™ ed AppSheet™, software di rete ad uso gratuito, oltre che con scripting addizionale ad hoc. Per ogni utente, l'accesso era possibile tramite sistemi di autenticazione di terze parti (Google e Dropbox), e da una ulteriore chiave temporanea fornita localmente. La trasmissione dei dati fra dispositivi mobili e database era cifrata tramite Secure Socket Layer (SSL). Nessun nome o cognome veniva registrato, ma solo un numero progressivo, a propria volta chiave di una diversa banca dati, non accedibile tramite Internet.

Risultati e discussione

L'applicazione, denominata "Studio APPS" (sulla falsariga della "Anethetized Patients Pain Scale", sistema a punti descritto nel 20135), permette la rilevazione semplificata dei 6 parametri già menzionati, stante un determinato livello di ipnosi registrato con il BIS. Dal punto di vista della immediatezza d'uso, l'interfaccia è disegnata in modo da ridurre al minimo la necessità di immettere testo libero. Aspetto peculiare è il fatto che più operatori, se autorizzati, possono effettuare rilevazioni contemporanee (stesso Paziente, stessa procedura). Ogni dato è registrato lungo una scala temporale assoluta, in modo da rendere i parametri unicamente associabili a un singolo evento, selezionabile da una lista di eventi riconosciuti come causa di dolore chirurgico o procedurale (intubazione orotracheale, prima incisione tissutale con bisturi, infiltrazione di anestetico locale) 10. Stanti un punteggio complessivo > 6 ed un livello adeguato di ipnosi, evenienza descrivibile in termini di $\{[(HRV + APV + RRV) + (s1 + s2 + s3) > 6] \text{ AND } (BIS < BIS_t)\}$, l'algoritmo associerà uno specifico momento temporale alla probabilità che il Paziente, per quanto sedato, possa aver avuto una reazione al dolore (come noto, BIS = 80-60 viene associato a sedazione moderata, mentre BIS < 40 a sedazione profonda 11). Sarà a quel punto possibile catalogare l'evento tempo/dolore, con un descrittore che ne circoscriva meglio l'occorrenza. Inoltre, tramite questo sistema di tagging condiviso e multiutente, è possibile aggiungere ulteriori caratterizzazioni (reazione pupillare, sudore, pallore, ecc), come anche riportate in letteratura (vedi Tab. 1).

Parametri strumentali	Parametri di osservazione clinica
Aumento FC e PA	Sudorazione
Iperventilazione	Paziente con cute fredda
Variazioni SpO ₂	Lacrimazione e dilatazione pupillare bilaterale
Diminuzione del MAC	Pallore
Riduzione onda pletismografica	Movimento / <u>strattonamento</u>
Non adattamento alla Ventilazione Meccanica	Pupille disassate
Cambiamento del pattern respiratorio	Smorfie di dolore

Tab. 1: indicatori indiretti di dolore in Paziente con depresso stato di coscienza (modificata da Stomberg, 2001). Survey effettuato su Infermieri di Anestesia con esperienza lavorativa < 3 anni, e > 10 anni

Conclusioni e spunto per futuri studi clinici

La metodica descritta permette di rilevare gli eventi con un tempo differito anche minimo rispetto al tempo reale, grazie all'interfaccia facilitata per l'immissione dei dati (esportabili in più formati), al fine di avere una visione quali-quantitativa basata sulla percezione di più osservatori referenziati. Ciò, fra l'altro, anche al fine di identificare - per ogni tipologia di procedura chirurgica - quali siano i passaggi maggiormente algogeni, e quanto i parametri indiretti di osservazione clinica possano orientare verso la diagnosi in tempo reale di dolore.

Bibliografia

- Marian AA, Bayman EO et al. The influence of the type and design of the anesthesia record on ASA physical status scores in surgical patients: paper records vs. electronic anesthesia records. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2016 Mar 2;16:29
- SIAARTI STUDY GROUP FOR SAFETY IN ANESTHESIA AND INTENSIVE CARE. Guidelines for completing the Perioperative Anesthesia Record. *Minerva Anesthesiol.* 2002 Dec;68(12):879-892, 892-904.
- Committee on Quality Management and Departmental Administration (QMDA). STATEMENT ON DOCUMENTATION OF ANESTHESIA CARE. ASA House of Delegates on October 15, 2003 and last amended on October 28, 2015 <http://www.asahq.org/~media/Sites/ASAHQ/Files/Public/Resources/standards-guidelines/statement-on-documentation-of-anesthesia-care.pdf> ultimo accesso 22 Marzo 2017
- Stomberg MW, Sjöström B, Haljamäe H. Assessing pain responses during general anesthesia. *AANA J.* 2001 Jun;69(3):218-22.
- Kampo S, Han J, Benogle Ziem J et al. Intraoperative pain assessment: the use of anesthetized patient pain scale and cerebral state monitor. *Journal of Anesthesiology* 2013; 1(2): 15-20 doi: 10.11648/j.ja.20130102.11
- International Association for the Study of Pain (IASP) 2017 Global Year Against Pain After Surgery. Chronic Postsurgical Pain: definition and impact. Fact Sheet n.4 http://iasp.files.cms-plus.com/2017GlobalYear/FactSheets/4.%20Chronic%20Postsurgical%20Pain.LavandHomme-Zahn-EE_1485789834697_3.pdf - ultimo accesso 24 Marzo 2017.
- Oh J, Pagé MG, Zhong T, McCluskey S et al. Chronic Postsurgical Pain Outcomes in Breast Reconstruction Patients Receiving Perioperative Transversus Abdominis Plane Catheters at the Donor Site: A Prospective Cohort Follow-up Study. *Pain Pract.* 2016 Dec 20. doi: 10.1111/papr.12550.
- Russel F.I. Conscious awareness during general anaesthesia: relevance of autonomic signs and isolated arm movements as guides to depth of anaesthesia. *Baillière's Clinical Anaesthesiology* 1989 Volume 3, Issue 3 Pages 511-532.
- Centre Hospitalier Universitaire de Saint Etienne. Pain Assessment During General Anesthesia (DOLANS). In: *ClinicalTrials.gov* [Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US). Available from: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT01303471> NLM Identifier NCT01303471.
- Smajic J, Praso M, Hodzic M. Assessment of Depth of Anesthesia: PRST Score Versus Bispectral Index. *MED ARH* 2011; 65(4): 216-220.
- Ghisi D, Fanelli A, Tosi M, Nuzzi M, Fanelli G. Monitored Anesthesia Care. *MINERVA ANESTESIOLOGIA* 2005;71:533-8.

Use of cannabis infusion in patients with fibromyalgia: effect on symptoms relief

Triggiani L. (1), Ballerini G. (2), Dodaro L.M. (2), Vellucci R. (2), Mediatì R.D. (2)

(1) Department of Neurology, "F. Spaziani" Hospital, Frosinone, Italy

(2) Centre for Pain Therapy of Careggi Hospital, University of Florence, Italy

Background and objectives

Fibromyalgia (FM) is a syndrome characterized by widespread musculoskeletal pain. The pathophysiology of the disorder is poorly understood. There is little clinical information on the effectiveness of cannabinoids in the amelioration of FM symptoms. The aim of this study was to describe the patterns of cannabis use and the associated benefits reported by patients with (FM).

Materials and methods

A 'Sativa' dominant strain of cannabis characterized by 22% THC and less than 1% CBD (content by weight) was administered, as an oral infusion, to adult outpatients with FM of the Centre for Pain Therapy of Careggi University Hospital in Florence, Italy. All patients gave written informed consent. Information on medicinal cannabis use were collected from clinical records. The perceived benefit of cannabis use was assessed using standard 100 mm Visual Analogue Scale (VAS).

Results

From 2008 to 2016 a total of 332 patients, respectively 17 (5,1%) men e 315 (94,9%) women were recruited. Mean age was 54,6±11,4 respectively 47,6±12,8 in men and 55,0±11,3 in women ($p<0,05$).

Comorbidities (mainly autoimmune disorders) were present in 189 patients (57,1%) while 143 (42,9%) patients had primary fibromyalgia.

51 (15,4%) pts were treated with cannabis infusion while 281 (84,6) were treated with drug therapy.

For all patients Mean VAS was 7,9±1,0 at the beginning of treatment, 3,9±2,4 after three months and 2,4±2,3 after 6 months.

Mean VAS was 7,9±1,0 in patients treated with drug therapy and 7,8±0,9 in patients treated with cannabis infusion at the beginning of treatment, respectively 4,1±2,5 and 3,2±1,8 ($p<0,05$) after three months, 2,5±2,4 and 1,8±1,6 ($p<0,05$) after 6 months.

In patients with comorbidities mean VAS after 6 months was 4,2±2,4 when treated with drug therapy and 3,2±1,8 when treated with cannabis infusion ($p<0,05$).

No difference was detected in patients with primary fibromyalgia at mean VAS after 6 months when treated with drug therapy or with cannabis infusion (2,5±2,6 vs. 2,5±2,1; $p=0,97$)

Dropout rate was 37,9% in patients treated with drug therapy and 5,9% in patients treated with cannabis infusion ($p<0,001$).

Conclusions

The present study indicates that oral infusion cannabis has a statistically significant effect for the relief of symptoms in patients with FM. The very low rate of dropouts is an index of the safety and tolerability of the treatment. An emerging literature documents the "Endocannabinoids deficiency syndrome" as an etiology in FM. Further studies on the usefulness of cannabinoids in FM patients as well as cannabinoid system involvement in the pathophysiology of this condition are warranted.



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



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*)
- Lucian Macrea, Lausanne (*Anesthesiology*)
- Thomas Maier, St. Gallen (*Psychiatry*)
- Chantal Manz, Basel (*Pharmacy*)
- Antonella Palla, Zürich (*Neurology*)
- Sandro Palla, Zürich (*Dentistry*)
- Daniel Richter, Zürich (*Lawyer*)
- Wilhelm Ruppen, Basel (*Anesthesiology*)
- Peter Sandor, Zürich (*Neurology*)
- Matthias Saur, Frauenfeld (*Rheumatology*)
- 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

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
Shoulder Pain
M. Saur

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
Interventional Pain Therapy in Oncology
L. Macrea

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

•Break

16.15-17.00
Psychological aspects of chronic pain treatment
D. Bärlocher

17.00-17.45
Closing remarks
E. Alon

Educational Grant Supporters



Terapia del dolore e cure palliative: punti di incontro e collaborazione

Intervista a Giuseppe Casale, medico oncologo, Fondatore e Coordinatore Sanitario e Scientifico di Antea, Associazione Onlus

La terapia del dolore non oncologico e le cure palliative hanno ovviamente un obiettivo comune: non far soffrire il paziente. Partiamo da qui.

Nell'ambito delle cure palliative, e quindi di Antea la priorità è che il paziente non soffra. Lenire il dolore è fondamentale e chiunque opera nelle cure palliative deve saper gestire le terapie del dolore nella maniera più semplice con risultati efficaci. Le cure palliative gestiscono le terapie del dolore in hospice, dove il paziente è sotto controllo e quindi è anche più facile gestirlo, e a domicilio, dove è altrettanto semplice purché si abbia un'organizzazione che funzioni h24. Il paziente e la famiglia non devono infatti mai sentirsi abbandonati e a qualsiasi ora del giorno e della notte possono ottenere risposte per aggiustamenti delle terapie e per gestire l'urgenza.



L'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore pone sempre l'enfasi sull'appropriatezza prescrittiva per ottimizzare i risultati. La vostra esperienza?

Senz'altro è fondamentale. Saper gestire una terapia del dolore efficace significa saper usare i mezzi più semplici e idonei per il paziente e la terapia deve essere il meno invasiva possibile, finché è possibile. La nostra esperienza di 24.000 pazienti, seguiti nel corso dei trent'anni di attività, ci ha insegnato che il dolore si può togliere in modo semplice, senza essere troppo invasivi per il paziente. Parliamo ora di approccio al paziente e del

valore della comunicazione, un tema cui è stata dedicata una sessione del 40° Congresso nazionale AISD, cui Lei ha contribuito come relatore.

Nelle cure palliative il primo obiettivo è rapportarsi alla persona malata alla pari, nessun



dottor Giuseppe Casale,
*medico oncologo, Fondatore e Coordinatore Sanitario
e Scientifico di Antea, Associazione Onlus*

medico, nessun infermiere si mette a fare il "professorino", ma cerca di coinvolgere il paziente nelle decisioni più importanti, sia dal punto di strategia terapeutica che dal punto di vista assistenziale.

All'interno della nostra struttura abbiamo inoltre abolito qualsiasi forma burocratica, tanto è vero che abbiamo elaborato una definizione particolare del concetto di dolore, il dolore totale, che include anche il concetto di dolore burocratico, di cui ne siamo tutti affetti, ma che per il malato oncologico, affetto da dolore e che sta finendo la sua vita, complica ulteriormente le cose.

Basti pensare che molti pazienti vengono dimessi dall'ospedale il sabato, con difficoltà nel reperire farmaci e dispositivi, anche i banali pannoloni. Il nostro compito è non solo quello di rimuovere tutte le difficoltà burocratiche, ma anche di stabilire una comunicazione molto chiara e trasparente sia con il paziente che con i familiari. Per avere una comunicazione con il paziente occorre impiegare del tempo, il tempo della comunicazione per noi è un tempo di cura, tanto è vero che una buona

comunicazione dà dei risultati già di per sé nell'ambito della terapia del dolore e della sofferenza. Quando si stabilisce una comunicazione chiara, la sintomatologia molto spesso si attenua anche da sola, senza utilizzo di farmaci. Siamo abituati a pensare che il medico parli, spieghi di tutto, ma non si pone in atteggiamento di ascolto. L'ascolto è la parte più difficile, la capacità di stare in silenzio e comprendere quali possono essere i suoi bisogni, sia dal punto di vista fisico, che psicologico, sociale, che burocratico.

Per fare una terapia efficace oltre a lenire il dolore fisico, occorre ricordare che al di là del dolore fisico esiste una persona.

A noi medici hanno insegnato a curare la malattia, ma molto spesso ci dimentichiamo che dietro alla malattia c'è una persona e questo comporta una difficoltà nel mettersi ad ascoltare la persona che si ha di fronte.

Ascoltare non è solo farsi raccontare l'anamnesi clinica, ma anche capire le sue esigenze di vita e la sue esigenze di vita sono rapportabili al 100% al concetto di dignità di vita che ogni persona ha.

Non siamo noi medici a poter decidere se la dignità della vita di quella persona sia sufficiente o no, ma è la persona stessa che te la spiega. Quindi, una terapia del dolore efficace ha bisogno oltre che di bravissimi clinici anche di clinici che sappiano mettersi seduti vicino al paziente e non guardano l'orologio o il telefonino o il computer, medici che abbiano la capacità di rapportarsi con il paziente guardandolo negli occhi.

Il paziente e i familiari non devono mai uscire dall'ambulatorio di terapia del dolore o ancor più da un centro di cure palliative, chiedendosi che cosa abbia detto il medico. Spesso ciò avviene, quindi la comunicazione non è stata efficace ed efficiente.

La comunicazione quindi è cruciale per la compliance alla terapia?

Il problema della comunicazione riguarda anche la somministrazione di alcuni farmaci, noi sappiamo tutti che nel nostro Paese c'è una paura incredibile nell'utilizzo di alcune molecole, quali gli oppiacei, per problemi di retaggio culturale, perché si pensa che si utilizza l'oppiaceo, in particolar modo la morfina, solo quando il paziente ha uno o due giorni di vita, tanto che spesso i parenti del paziente, quando li informiamo che da oggi utilizzeremo la morfina, ci dicono: "già siamo alla morfina". Si tratta di un retaggio culturale antico, derivante dal fatto che nel passato si usava la morfina insieme a un cardiotonico, il cosiddetto cardiostenol, nei pazienti che stavano per morire per "tirarli su". Il paziente a dodici ore moriva e tutti pensavano che fosse stata la morfina a ucciderlo.

Ma anche nella classe medica è presente questo timore perché in realtà nel nostro percorso universitario non ci viene insegnata la terapia del dolore; molti colleghi conoscono solo gli effetti collaterali degli oppiacei, quali il blocco del respiro.

Quindi il timore nel somministrare questi farmaci ha fatto sì che moltissime persone abbiano sofferto inutilmente, pur avendo a disposizione delle sostanze, che tra l'altro hanno costi bassi, quasi ridicoli. Abbiamo pazienti che assumono terapie con oppiacei per mesi e addirittura riescono ad andare al lavoro in maniera tranquilla, non sono malati terminali, sono malati gravi, ma togliendo il dolore si ridà loro il sorriso, li si fa vivere.

La legge 38 ribadisce in maniera chiara e netta l'istituzione di due reti, la rete delle cure palliative e la rete di terapia del dolore, c'è comunque possibilità di dialogo?

Il connubio che noi vediamo tra terapeuta del dolore e cure palliative deve essere molto

forte e procedere in simbiosi, anche se la legge definisce due reti, ma definisce anche che queste due reti dovrebbero collegarsi e parlare tra di loro.

Vorrei ricordare che la rete delle cure palliative riguarda circa 300.000 persone l'anno, tra pazienti oncologici e non. Occorre infatti sfatare l'idea che le cure palliative si rivolgano solo ai pazienti con cancro, sono invece applicabili a tutti i pazienti che sono in uno stato di sofferenza e che non sono guaribili.

La rete di terapia del dolore riguarda milioni di persone. Per i pazienti con dolore non oncologico le stime variano da 6 a 9 milioni, sono stime estremamente complicate da elaborare. Qualsiasi dolore il paziente abbia, qualora il medico di famiglia non riuscisse a risolvere il problema, dovrebbe avere la possibilità di recarsi da un terapeuta del dolore che è l'unico in grado di gestire il suo dolore. Purtroppo in Italia abbiamo visto che il paziente arriva all'ambulatorio di terapia del dolore dopo 4 anni dalla diagnosi.

C'è quindi un ritardo culturale sia da parte del medico, che del cittadino, nell'inviare il paziente al centro più adatto.

Un auspicio?

Un ambulatorio di terapia del dolore funziona di solito durante il giorno, ma se il paziente ha dolore durante la notte, ed è già in trattamento, non deve andare al pronto soccorso, ma deve avere un punto di riferimento, deve avere una risposta al suo dolore. Visto che le cure palliative operano 24 ore su 24 potrebbe essere utile stabilire un buon connubio, con investimenti economici pari a zero, visto che la rete già esiste, basterebbe solo far parlare le due reti. Intravedo concretamente la possibilità di trovare una soluzione per rispondere alle necessità del paziente, anche tramite consulenza telefonica. Questo è il mio auspicio.

A livello di scambio di dati, non considero un progetto peregrino l'idea di far colloquiare le due reti, con la possibilità di accesso alla cartella clinica, progetto da realizzare tramite un adeguato impegno di tipo tecnico e informatico. Sicuramente questa interazione tra le due reti potrebbe essere un modo per offrire un servizio migliore al paziente, riducendo i ricoveri impropri. La maggior parte dei pazienti si rivolge infatti al pronto soccorso perché ha dolore e questa prassi aumenta costi e intasamenti.

La vedo quindi come una simbiosi che potrebbe dare ottimi risultati.

Un altro aspetto di collaborazione e scambio?

L'altro aspetto importante del lavoro da fare insieme è che se il palliativista non riesce a trovare una soluzione al dolore del paziente può avere un riferimento per la terapia del dolore soprattutto negli ambiti ospedalieri più attrezzati, per trovare una soluzione che può anche essere una soluzione di tipo invasivo, anche se il ricorrervi nel paziente in fase terminale è abbastanza remoto, sicuramente il rapportarsi l'un con l'altro può essere reciprocamente molto utile.

Lorenza M. Saini, Redazione

L'Associazione Antea onlus nasce a Roma nel 1987 per garantire assistenza gratuita a domicilio ai pazienti in fase avanzata di malattia. Nel 2000 nasce l'Hospice Antea, ospitato all'interno del Parco Santa Maria della Pietà. È dotato di 25 stanze, fornite di ogni comfort. Il paziente, preso in carico gratuitamente dall'Unità Operativa di Cure Palliative, può avvalersi di un programma di assistenza personalizzato nel pieno rispetto della sua volontà e della sua dignità, restando nella propria casa, oppure presso l'Hospice.

Il Dottor Giuseppe Casale, medico oncologo, ha fondato nel 1987 l'associazione.



www.facebook.com/MedicinaDolore/



Il controllo cognitivo del dolore

Somiglianze e differenze tra ipnosi e placebo

Giancarlo Carli

Università degli Studi di Siena

Il placebo rappresenta il metodo più usato comunemente per il controllo del dolore. Può essere indotto sia da condizionamento, previa esposizione a un trattamento efficace, che dall'aspettativa. Studi effettuati con trattamenti all'insaputa del paziente (Amanzio et al., 2001) hanno dimostrato che una componente placebo è parte integrante del trattamento farmacologico palese con numerosi farmaci analgesici (morfina, buprenorfina, tramadolo, chetorolac, metamizolo).

Il controllo prefrontale è essenziale per la risposta al placebo. Infatti le risposte analgesiche del placebo sono ridotte o assenti nei pazienti affetti da Alzheimer che mostrano disconnessione funzionale dei lobi prefrontali dalle altre parti del cervello; una alterazione strutturale della sostanza bianca prefrontale è correlata con una ridotta risposta analgesica del placebo e la inattivazione della corteccia prefrontale dorsolaterale tramite stimolazione transcranica blocca l'analgesia da placebo. Il placebo è spesso associato ad attivazione delle regioni dopaminergiche dello striato ventrale.

Secondo l'American Psychological Association l'ipnosi è definita uno stato di coscienza consistente in focalizzazione dell'attenzione, riduzione del contatto con l'ambiente e aumentata capacità di accet-

tare suggestioni (Elkins et al., *Int J Clin Exp Hypn*, 63(1):1-9, 2015). In base alle risposte alle istruzioni standardizzate di scale di suscettibilità è possibile suddividere i soggetti in altamente (Highs), mediamente (Medium) e scarsamente suscettibili (Lows) e la suscettibilità all'ipnosi predice abbastanza bene la risposta alle suggestioni.

Le dimensioni esperienziali comuni riportate dalle persone in ipnosi, che descrivono l'esperienza soggettiva di essere ipnotizzato sono: a) il rilassamento mentale, b) "absorption", cioè la capacità di focalizzazione dell'attenzione su oggetti/immagini specifici, c) la riduzione del monitoraggio critico di sé e dell'ambiente, d) la sospensione dell'orientamento spazio-temporale, del luogo, e/o del senso di sé, e) l'esperienza che le proprie risposte siano come automatiche o involontarie (Price, 1996).

Correlati fisiologici: EEG. Durante l'ipnosi si assiste allo spostamento dell'eccitabilità dall'emisfero anteriore sinistro a quello posteriore destro (Gruzelier, 1998; Naish et al., 2010; Diolaiuti et al. in press 2017). Registrando tra la linea mediana frontale e le derivazioni laterali sinistre dell'EEG sono stati rilevati i seguenti effetti: a) diminuzione della coerenza del ritmo gamma (Egner et al, 2005), b) diminuzione della coerenza del ritmo beta (White et al 2009; Terhune et

al, 2011; Jamieson and Burgess, 2014), e, c) aumento del ritmo theta iCOH (Pz) (Jamieson and Burgess, 2014).

La risonanza funzionale ha mostrato che l'attività cerebrale si modifica negli Highs e nei Lows in maniera completamente diversa durante l'ipnosi. In particolare negli Highs è presente una diminuita attività nella parte anteriore del Default Mode Network (aree ventromediale e dorso mediale della corteccia prefrontale e nella corteccia anteromediale del cingolo; Immordino-Yang et al, 2012). Al contrario nei Lows si registra una diminuita attività nel circuito dell'alertness (talamo, caudato, insula, nucleo subtalamico destro).

È ormai chiaramente dimostrato che le suggestioni di analgesia sono efficaci anche al di fuori dello stato ipnotico sia nei soggetti sani che ricevono stimoli nocicettivi (Meyer and Lynn 2011; Santarcangelo et al., 2008,) che nei pazienti con dolore cronico (Derbyshire et al., 2009). Inoltre nei pazienti con dolore cronico la risposta alle suggestioni è meno dipendente dal grado di suscettibilità ipnotica.

La risonanza magnetica ha fornito ulteriori evidenze dei correlati delle suggestioni ipnotiche: durante l'ipnosi la suggestione di diminuita intensità dello stimolo nocivo diminuisce l'attivazione della corteccia somatosensoriale, mentre la suggestione di aumento dell'intensità dello stimolo ha un effetto opposto; in ambedue le istanze non ci sono modificazioni nella corteccia anteriore del cingolo (Hofbauer et al., 2001). Se la suggestione si riferisce alla spiacevolezza dello stimolo nocicettivo, la corteccia somatosensoriale non si modifica mentre la cor-

teccia anteriore del cingolo aumenta la propria attività se la suggestione indica un aumento della spiacevolezza e la diminuisce se la suggestione indica una diminuzione (Rainville et al,1997). Durante l'ipnosi cambia la connettività funzionale tra varie aree cerebrali. In particolare durante l'analgesia ipnotica aumentata modulazione funzionale tra la corteccia anteriore e mediale del cingolo con le seguenti aree: la corteccia prefrontale, la corteccia premotoria SMA, lo striato, le cortecce insulare e perigenuale, il talamo, il tronco encefalico (Kuper et al , 2003).

Studi con potenziali evocati da stimoli nocicettivi hanno mostrato che la suggestione di analgesia, a differenza del rilassamento, riduce la sensazione di dolore e il potenziale evocato (Spiegel and Barabasz, 1988). La soglia del riflesso nocicettivo è stata da tempo ritenuta un correlato della soglia percettiva del dolore. Durante l'ipnosi con suggestione di analgesia diminuiscono l'intensità percettiva del dolore, la sua spiacevolezza e la risposta riflessa allo stimolo nocicettivo (RIII), mentre il riflesso monosinaptico non si modifica (Kiernan et al., 1995). Studi successivi hanno mostrato che negli Highs l'analgesia ipnotica produce riduzione della percezione del dolore e del potenziale evocato corticale, tuttavia l'ampiezza e la soglia del riflesso flessorio (RIII) in alcuni soggetti aumentano in altri diminuiscono (Danziger et al.,1998). Questa variabilità potrebbe dipendere dalla interpretazione individuale delle suggestioni: in pratica sembra che nei soggetti che si distraggono dalle suggestioni l'ampiezza e la soglia di RIII diminui-



teccia anteriore del cingolo aumenta la propria attività se la suggestione indica un aumento della spiacevolezza e la diminuisce se la suggestione indica una diminuzione (Rainville et al,1997). Durante l'ipnosi cambia la connettività funzionale tra varie aree cerebrali. In particolare durante l'analgesia ipnotica aumentata modulazione funzionale tra la corteccia anteriore e mediale del cingolo con le seguenti aree: la corteccia prefrontale, la corteccia premotoria SMA, lo striato, le cortecce insulare e perigenuale, il talamo, il tronco encefalico (Kuper et al , 2003).

scono ma persistono la riduzione della percezione del dolore e del potenziale evocato. Il sistema nervoso autonomo raramente è modulato parallelamente ai correlati corticali e motori dell'analgesia, come dimostrato originariamente da Hilgard (1963) e successivamente confermato. Pichè et al., (2010) hanno studiato il riflesso RIII e l'attività autonoma (resistenza cutanea) evocati dalla stimolazione elettrica della cute e hanno dimostrato che l'attività del cingolo, della corteccia mediale orbitofrontale e delle regioni ippocampali è predittiva della sensazione di dolore. Inoltre le aree laterali orbitofrontali e del cingolo mostrano una correlazione positiva con le differenze individuali dell'attività motoria e una correlazione negativa con la reattività autonoma. Le differenze individuali nell'attivazione della corteccia orbitofrontale possono essere spiegate dall'abbinamento dei valori individuali della reattività autonoma e di quella motoria; le differenze individuali nella percezione del dolore e nelle componenti motorie e autonome dipendono dalle differenze individuali dell'attività cerebrale. In conclusione i sottosistemi che monitorizzano e regolano l'attività motoria e le risposte autonome al dolore sono parzialmente segregati.

Il DNIC (Diffuse Noxious Inhibitory Control) è un meccanismo prodotto dalla stimolazione nocicettiva di una parte del corpo che eccita i neuroni WDR del corno posteriore del midollo spinale. Questi neuroni proiettano al Subnucleo Reticolare Bulbare che è coinvolto nella inibizione discendente diffusa dei neuroni spinali nocicettivi. Di conseguenza, uno stimolo nocicettivo (stimolo condizionato), se applicato dopo l'inizio di un secondo stimolo nocicettivo tonico (stimolo condizionante) viene percepito come meno intenso di quando è applicato da solo. Questo meccanismo, presente anche nell'uomo, è spes-

so compromesso in numerose sindromi di dolore cronico. Recentemente è stato dimostrato che in pazienti pre-operatori una scarsa modulazione del dolore al test del DNIC è predittiva di sviluppo di dolore cronico (Yarnitsky, 2015).

Nel sistema BIS/BAS la responsività a situazioni potenzialmente stressanti o dolorose è un tratto correlato all'attività del sistema dell'inibizione comportamentale (BIS). Questo sistema è basato sulla rete setto-ippocampale che riceve informazioni dalla corteccia prefrontale e proietta ai neuroni noradrenergici del locus ceruleus e a quelli serotonergici dei nuclei mediani del rafe. Inoltre il BIS è sensibile a segnali condizionati di punizione o non premio ed è coinvolto nelle sensazioni negative indotte da questi segnali. Tuttavia, i soggetti con alta sensibilità al BIS possono imparare il modo di evitare queste situazioni provocatorie dando luogo a esperienze meno negative. Gray ha dimostrato che anche l'attività del sistema di attivazione comportamentale (BAS), basato sull'area settale e sull'ipotalamo laterale, è associato ad alti livelli di dopamina e che un alto punteggio BAS potrebbe prevedere un'alta sensibilità a gratificazioni potenziali, cioè a motivare la ricerca di esperienze positive.

Gli Highs sono protetti dall'effetto soggettivo dell'immaginazione di dolore. Infatti gli Highs che avevano un maggior punteggio del BIS e maggiori capacità immaginative (in base ai punteggi del Betts e della TAS) hanno dimostrato minore efficacia nell'immaginazione del dolore rispetto alle capacità di immaginare un piacere tattile, mentre i Lows mostravano simile efficacia nei due compiti. Negli Highs l'attività del BIS sembra opporsi alla facilità di immaginazione di un dolore realmente percepito poiché l'esperienza precedente li induce a far fronte alla immaginazione di dolore imminente control-

lando la loro attività cognitiva in modo da non sentire dolore. In conclusione, come suggerito da Tellengen "la manifestazione di un tratto dipende sia dalle caratteristiche personali che dalla situazione" (Santarcangelo et al., 2013).

In pazienti con dolore studi clinici mostrano che l'efficacia dell'ipnosi nel ridurre il dolore cronico non sempre dipende dalla suscettibilità all'ipnosi. Il trattamento con l'ipnosi riduce il dolore rispetto ai livelli basali quando usato da solo e contribuisce all'analgesia quando è usato in combinazione con altri trattamenti. L'effetto analgesico dell'ipnosi è più forte e più prolungato rispetto ad altre tecniche quali la terapia fisica, quella farmacologica, l'educazione e il rilassamento (Jensen and Patterson, 2003; 2006).

In pazienti fibromialgici la suggestione di analgesia produce un effetto potente, rapido e reversibile soltanto negli Highs. Anche nei Lows c'è una diminuzione dell'intensità del dolore che è minore e soprattutto continua oltre la fine dell'ipnosi. Questo effetto, probabilmente, è dovuto all'attesa, poiché c'è sia in condizioni di ipnosi neutra e con stress mentale.

In conclusione esistono somiglianze e differenze tra ipnosi e placebo. Ambedue i fenomeni possono essere prodotti dalle suggestioni poiché "si intende per suggestione una comunicazione che indica a un individuo che proverà una particolare risposta" (Kirsch, 1999). Ambedue i fenomeni sono

(almeno in parte) mediati dall'aspettativa di sollievo dal dolore (Kirsch, 1994; Kirsch et al., 1987; Wickles and Kirsch, 1989). Tuttavia l'analgesia ipnotica non è mediata dagli oppiati (effetto non bloccato dal naloxone, Moret et al., 1991), mentre nel placebo il naloxone è efficace.

Infine la responsività individuale al placebo è molto meno affidabile dell'analgesia ipnotica (Kirsch, 1999; Whalley et al., 2008) e l'attivazione dopaminergica (striato ventrale) caratterizza soltanto il placebo. L'aspettativa di analgesia c'è sia negli Highs che ricevono suggestioni esplicite che nella popolazione generale in condizioni di placebo. Si può escludere che negli Highs l'aspettativa agisca attraverso lo stesso meccanismo oppioide della popolazione generale perché gli Highs sono portatori di un polimorfismo dei recettori Mu1 (118 SNP di OPRM1) che è stato associato a minore sensibilità recettoriale e maggiore richiesta di oppioidi per il controllo del dolore post-operatorio e da cancro.

Questi dati suggeriscono che la somministrazione di oppioidi ha probabilmente minore efficacia negli Highs e che la misura della suscettibilità all'ipnosi potrebbe servire come metodo di screening di sensibilità agli oppioidi.

(sintesi della relazione presentata al 40° Congresso AISD 2017)

Associazione italiana per lo studio del dolore



dal 1976 impegnata nello studio
e nella cura del dolore

www.aisd.it

Firenze

Ricordo di Paolo Procacci a 10 anni dalla scomparsa (1932 - 2007)

Ubaldo Dino Bernardini, Marco Maresca

Il 1° luglio 2017, nel decimo anniversario della scomparsa del Prof. Procacci, si è svolta a Firenze una riunione commemorativa organizzata dal Dott. Paolo Scarsella, Direttore del Centro Multidisciplinare di Terapia del Dolore presso il Presidio Ospedaliero Piero Palagi, con il patrocinio della Associazione Italiana per lo Studio del Dolore e della Fondazione Paolo Procacci.

La riunione ha avuto luogo in Palazzo Vecchio, sede del Comune di Firenze, dove si erano svolte le cerimonie inaugurali dei due congressi internazionali organizzati dal Prof. Procacci: nel 1972 il Simposio "Recent Advances on Pain" e nel 1975 il "First World Congress of the International Association for the Study of Pain"; l'inaugurazione del congresso del 1975 era stata

seguita da una visita ai quartieri monumentali del Palazzo, che era stata organizzata dal Prof. Procacci con particolare cura ed era stata molto apprezzata dai congressisti. Nel ricordo di tale evento, anche la riunione che ha avuto luogo quest'anno è stata seguita da una visita ai quartieri monumentali.

La riunione si è svolta nella Sala degli Otto, situata al primo piano del Palazzo, storica sede del governo della città. Oltre ad amici e collaboratori del Prof. Procacci, erano presenti alcuni familiari: la sorella, Prof.ssa Giovanna, con il coniuge Prof. Corner, e il figlio del Prof. Procacci, Dott. Massimo, con la gentile consorte.

Dopo il discorso di benvenuto di un rappresentante del Comune di Firenze, il Consigliere



Avv. Falomi, il Dott. Scarsella ha illustrato il significato della riunione ed ha ricordato la figura del Prof. Procacci, del quale ha messo in rilievo in particolare la grande cultura, che si manifestava nell'attività didattica e nell'attività clinica quotidiana, destando l'ammirazione degli studenti e dei giovani medici. Il Dott. Scarsella ha quindi introdotto una serie di interventi da parte dei presenti, invitando a prendere la parola per primo il Prof. Ubaldo Dino Bernardini, Ordinario f.r. della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Firenze, legato al Prof. Procacci anche dall'esistenza di una antica amicizia fra i familiari. Il Prof. Bernardini ha ritenuto interessante ricordare alcuni particolari concernenti la International Association for the Study of Pain e la Associazione Italiana per lo Studio del Dolore: il Prof. John Joseph Bonica nel 1973 promosse la fondazione della International Association for the Study of Pain e nel 1975, in occasione del primo congresso mondiale dell'associazione organizzato a Firenze dal Prof. Procacci, conferì al Prof. Procacci anche l'incarico di costituire il 'Capitolo' italiano dell'Associazione, primo 'Capitolo' nazionale istituito nel mondo. Nel 1976 ebbe luogo a Firenze la costituzione mediante rogito notarile della Associazione Italiana per lo Studio del Dolore, con la partecipazione dei soci fondatori: Prof. Paolo Procacci, Prof. Giancarlo Pepeu, Prof. Ubaldo Dino Bernardini, Dott. Massimo Zoppi, Dott. Marco Maresca, Dott. Fabio Francini. In tale occasione il Prof. Procacci affidò al Prof. Bernardini l'incarico di segretario-tesoriere. Il Prof. Bernardini ha quindi ricordato che, dopo la fondazione, si verificò un rapido e cospicuo incremento del numero degli iscritti all'associazione, come egli ebbe la possibilità di osservare fino al momento in cui per impegni universitari lasciò l'incarico di segretario-tesoriere.

Il Prof. Giancarlo Carli, Ordinario f.r. di Fisiologia

Umana della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Siena, ha ricordato alcuni aspetti della personalità del Prof. Procacci, che dimostrava una eccezionale competenza in molti campi della cultura, oltre che una grande passione come collezionista di orologi di pregio. Il Dott. Marco Maresca, che, in qualità di Ricercatore Universitario, era stato il più diretto collaboratore del Prof. Procacci, ha messo in rilievo come l'attività scientifica del Prof. Procacci fosse molto apprezzata da studiosi di altre nazioni, per cui si può affermare che egli ha onorato nel mondo l'Università di Firenze e la città di Firenze. Appare pertanto particolarmente appropriata la sede di questa commemorazione, dato che Palazzo Vecchio rappresenta il simbolo della città.

La Prof.ssa Roberta Casali, che, come Ricercatore Universitario, aveva partecipato per molti anni all'attività clinica del Prof. Gian Paolo Novelli, Ordinario di Anestesia e Rianimazione nell'Università di Firenze, ha ricordato in particolare la proficua collaborazione fra il Prof. Procacci e il Prof. Novelli nell'attività di ricerca e nell'attività clinica, in particolare nel campo delle algodistrofie.

Ha preso quindi la parola il figlio del Prof. Procacci, Dott. Massimo Procacci, il quale ha rievocato con affetto la figura del genitore, esprimendo gratitudine per tutto quanto gli era stato da lui trasmesso e rilevando come gli interventi degli amici e collaboratori gli avessero dimostrato quanto il padre fosse apprezzato.

La Prof.ssa Giovanna Procacci, sorella del Prof. Paolo Procacci, ha quindi ricordato soprattutto la grande cultura del fratello, per il quale aveva sempre provato grande ammirazione.

Ha avuto quindi luogo la visita ai quartieri monumentali sotto la guida del Dott. Corazzini che ha fornito ai convenuti una esauriente illustrazione degli ambienti, delle opere d'arte esposte e

degli eventi storici correlati con la costruzione del Palazzo e con le modifiche introdotte in diverse epoche. E' stato possibile visitare anche alcuni locali restaurati recentemente, solo da poco tempo resi agibili ad un pubblico ristretto. Dopo la visita ai quartieri monumentali, i convenuti si sono spostati per un light lunch presso la sede del Circolo Canottieri, a brevissima distanza da Palazzo Vecchio, sulla riva dell'Arno in corrispondenza dell'estremità del Palazzo degli Uffizi. Qui la riunione ha avuto termine in una

suggestiva cornice, con vista sul Ponte Vecchio e sul fiume in cui si esibivano i canottieri.

La riunione è stata un'occasione di incontro nel comune ricordo del Prof. Procacci per quanti lo avevano conosciuto; attraverso le loro testimonianze gli altri partecipanti alla riunione hanno avuto l'opportunità di conoscere la figura di questo studioso la cui attività è stata tanto importante per lo sviluppo delle conoscenze sul dolore e per il progresso nel trattamento delle sofferenze dei pazienti con sindromi dolorose.



Al centro della foto: Massimo Procacci, Paolo Scarsella, Giancarlo Cari, Ubaldo Dino Bernardini, Roberta Casali, Marco Maresca

Pain grids e archetipi del dolore

Stefano Coaccioli

Clinica Medica-Reumatologia e Terapia Medica del Dolore. Università di Perugia, Scuola di Medicina e Chirurgia. Azienda Ospedaliera-Universitaria "Santa Maria" di Terni

Quelle che seguono sono riflessioni che tentano di rappresentare solo il mio personale punto di vista sul tema-dolore, senza la pretesa di costituire una esegesi profonda ovvero, ancor meno, una speculazione filosofica.

L'ambito nel quale queste riflessioni trovano il proprio spazio culturale è articolato in quattro domîni: la **passione** per il nostro lavoro – che è rappresentata da ciò che amiamo fare e da ciò che siamo capaci di fare; la nostra **missione** – che viene da quello che la società ed i Pazienti ci chiedono per quello che amiamo fare; la nostra **vocazione** – che trova in un giusto compenso il merito del nostro lavoro, ancora per quello che la società ed i Pazienti ci chiedono; la nostra **professione** infine – che, a fronte del giusto compenso, torna ad unirsi alla nostra passione, per quello che siamo bravi a fare.

Se ben guardiamo all'ambito del dolore cronico, non è privo di senso suddividere la **GRIGLIA DELLE NECESSITÀ** che un Paziente si trova ad affrontare e, con loro, a rapportarsi, in richieste ed in risorse – entrambe rispettivamente interne al soggetto ed esterne al soggetto stesso. Le **risorse interne** possono essere rappresentate dalla motivazione, dallo stato psicologico, dalle aspettative e dalla speranza nel recupero di una funzione ovvero nella riduzione/scomparsa del dolore stesso. Le **risorse esterne**, parimenti, si appoggiano e prendono forza dall'operato del Medico specialista e dello Psicologo, dall'azione dei farmaci e dagli ausili – di qualunque tipo essi siano,

meccanici ambientali strumentali religiosi culturali. Nel contempo, le richieste possono allora essere distinte in **richieste interne**, per le quali possiamo richiamare la necessità di migliorare la qualità di vita, di ridurre il dolore e le sue conseguenze su organi ed apparati ed in **richieste esterne**, che possiamo ipotizzare ancora nel miglioramento della qualità di vita, ma anche con le necessità derivanti dalla vita familiare, dal lavoro e dalle occupazioni del tempo libero.

Di pari passo, per le opzioni terapeutiche può essere proposta una lettura della **GRIGLIA DELLE OPPORTUNITÀ** suddivisa in quattro settori. Il primo, possiamo denominarlo come quello di **familiarità e criticismo**: gli anti-infiammatori non-steroidi e steroidi, gli oppioidi, il paracetamolo e gli adiuvanti. Molecole ben conosciute e largamente utilizzate nella pratica clinica, ma parimenti ancora non del tutto comprese nei meccanismi molecolari [e nei condizionamenti genetici che ne regolano azione/efficacia/eventi avversi]. Il secondo, potrebbe essere denominato con le parole **distinzione e leadership**: qui troviamo gli stessi gruppi molecolari ricordati prima, con l'aggiunta delle nuove molecole biotecnologiche che hanno recentemente aperto nuove frontiere di ricerca clinica e proposto nuovi orizzonti terapeutici. Il terzo, potremmo identificarlo con la frase stima per nuovi approcci: in questo ambito possono a ben diritto posizionarsi la ricerca della *fixed drug combination* e della *multimodal therapy*

nel più vasto ambito della Medicina di Precisione. Il quarto – e non certo per ordine di importanza – può essere rappresentato da **curiosità e differenze**: sempre gli stessi attori farmacologici, ma inseriti nei più vasti ambiti, culturali ed applicativi, rappresentati dalla *Medicina della Complessità e dalla Medicina Narrativa*.

Veniamo adesso agli ARCHETIPI DEL DOLORE. La parola archetipo deriva dal greco antico col significato di immagine (originale/esemplare), ma potrebbe anche essere definita con termine inizio/principio di un modello. Il termine archetipo trova spazio in campi differenti, anche se – per la nostra riflessione – ci addenteremo nello spazio della psicologia analitica [... non me ne vogliano gli Psicologi professionisti ! ...]. In questo ramo della psicologia, l'archetipo è definito come la forma universale del pensiero, dotato di un contenuto affettivo, che potrebbe anche rappresentare una sorta di valore etico al quale il soggetto senziente si appoggia, a cui crede o dal quale è condizionato nella realizzazione dei propri progetti ovvero nel suo proprio modo di essere e di comportarsi. Come teorici degli archetipi, prenderò in considerazione, fra i tanti, due personaggi della cultura universale, come Carl Gustav Jung e James Hillman.

Per lo psicoanalista ed antropologo svizzero gli archetipi sono schemi di base universali ed innati, ereditari ed impersonali che costituiscono l'inconscio collettivo. Di questi archetipi, i più importanti sono rappresentati dal "sé" dall'"ombra", dall'"anima" (intesa come personalità femminile) e dell'"animus" (inteso come la controparte maschile). Jung afferma che gli archetipi si integrano con la coscienza e vengono rielaborati dall'individuo e dalla società ma, proprio questo processo di integrazione può condizionarne il loro indebolimento, mentre, nella nostra epoca moderna, la loro sopravvivenza è legata anche agli esiti

della comunicazione di massa. In questo ambito Jung si differenzia da Freud, per il quale l'archetipo può anche rappresentare semplicemente un'interazione con sé stessi, dal momento che, decodificando la nostra interiorità, teorizza l'"essere" – o il "super-io" (lo "über-ich" e/o "über-mensch" intesi come l'io dell'oltre e l'uomo dell'oltre) come lo definiva.

Lo psicoanalista e saggista statunitense – ma europeo per cultura, segue la scuola freudiana anche quando prende la direzione della rivista Spring Publication di Zurigo. Per Hillman, gli archetipi sono *"i modelli più profondi del funzionamento psichico, come le radici dell'anima che governano le prospettive attraverso cui vediamo noi stessi e il mondo. Essi sono le immagini assiomatiche a cui ritornano continuamente la vita psichica e le teorie che formuliamo su di essa. Essi possono essere raggiunti anche attraverso l'analisi dei sogni, il cui mondo infero ci ricollega alle ombre universali dell'inconscio collettivo"*. Uno dei lavori più famosi di Hillman è **"Il viaggio dell'eroe"** ovvero il viaggio dell'io per raggiungere uno scopo alto. Ogni stadio della vita, come ogni passaggio cruciale – chiosa Hillman – è scandito dall'attivazione di precisi archetipi.

Bene. Proviamo, per mero e semplice divertimento esercizio culturale, a trasporre le quattro tappe del viaggio (1).i preparativi, 2).il viaggio in sé [gli strumenti del viaggio e i risultati del viaggio stesso], 3).il ritorno e 4).la liberazione) nel percorso di un Paziente con dolore cronico (DC) costruendo una sorta di **Archetypes' Grid for Patients with Chronic Pain**.

Allora, al primo posto [combattere e sconfiggere il drago] **i pensieri** (la paura del DC, l'ansia per le conseguenze del DC, la speranza di guarigione dal DC) li identifichiamo con la preparazione del viaggio, vale a dire con la conoscenza della fisiopatologia del DC.

Al secondo posto [salvare la *fanciulla*] **la forza** (le risorse, la fede, la terapia) la identifichiamo con gli strumenti di viaggio per preparare il risultato (noi diremmo l'outcome) del percorso stesso.

Al terzo posto [impadronirsi del tesoro] **l'essenza** (la valutazione del viaggio in termini di valutazione degli outcome reali sulla base dell'aderenza, dell'alleanza Medico-Paziente e della confidenza/autenticità del nostro operato).

Al quarto posto [edificare il regno] **le emozioni** (dunque la partecipazione degli attori (Medico e Paziente) che lottano insieme contro la sofferenza e la depressione, in un percorso verso la speranza, con la libertà di interazione fra esseri umani ed il potere che gli strumenti medici ci forniscono).

Concludo, in modo del tutto sovrapponibile a come è iniziato questo divertissement culturale: i quattro target della terapia del dolore, anche questi articolati in quattro domîni: la **riduzione delle conseguenze del DC** rappresenta l'unione fra ciò che vogliamo raggiungere e ciò in cui siamo esperti; **la riduzione della depressione** è ciò che i Pazienti chiedono insieme ad un **recupero delle funzioni** e una guarigione quanto più completa possibile; **lo scopo della terapia** infine, si pone come ponte fra quello per il quale siamo retribuiti e ciò che siamo in grado di realizzare per i nostri Pazienti.

(sintesi della relazione presentata al 40° Congresso AISD 2017)

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.
1092/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

Calendario Corsi e Congressi

6-9 settembre 2017, Copenaghen

10th Congress of the European Pain Federation EFIC®

www.efic.org

9 settembre 2017, Milano

Corso AIUC Lombardia Focus in Wound Care: management del dolore e dell'infezione secondo la best practice

<http://www.aiuc.it/pagina/49/lombardia>

11-14 settembre 2017, Zurigo

EuLAP Pain Course 2017

www.eulap.org

12-15 settembre 2017, Natal

XIII Brazilian Congress of Pain

www.13cbdor.com

13-16 settembre 2017, Zurigo

36th ESRACongress

www.esra2017.com

14-16 settembre 2017, Barcellona

II Fondazione Menarini-EuLAP Symposium: Unmet needs in acute pain

www.fondazione-menarini.it, www.planning.it

4-7 ottobre 2017, Torino

XIV Congresso Nazionale AIUC

www.aiuc.it

14 ottobre 2017, evento multisede

Acute Pain Day

www.aimgroupinternational.com

25-28 ottobre 2017, Rimini

71° Congresso SIAARTI

www.siaarti.it

28 ottobre 2017, Roma

Ascoltare il dolore inesprimibile nel paziente fragile

roblatina@gmail.com

5-12 dicembre 2017, Olbia

XVI Congresso Nazionale ACD SIAARTI

www.siaarti.it

9-12 maggio 2018, Dublino

9th World Congress of the World Institute of Pain WIP

www.kenes.com/wip2018

7-9 giugno 2018, Roma

41° Congresso Nazionale AISD

www.aisd.it, www.planning.it

29 giugno 2017

Master cure palliative Napoli

Il Master di II livello in "Alta formazione e qualificazione in Cure Palliative A.A. 2016-17 per medici specialisti"

Edizione I ha preso il via il 29 giugno con la cerimonia inaugurale presso la Biblioteca del Dipartimento di Scienze Anestesiologiche, Chirurgiche e dell'Emergenza.



4-11 giugno 2017

European Pain School Certosa di Pontignano (SI)

La facoltà internazionale includeva Anna Maria Aloisi, direttrice della Scuola, Giancarlo Carli, Manfred Zimmermann, fondatori della scuola(2003) e Marshall Devor, Lars Arendt-Nielsen(Presidente eletto IASP) e altri 7 ricercatori di fama internazionale. Quest'anno gli allievi (31) provenivano da ben 18 diversi paesi di 4 diversi continenti selezionati dtra un folto numero di giovani ricercatori di base e clinici. L'attività intensiva è stata allietata da una "notte delle stelle" con 3 telescopi che permettevano l'osservazione del cielo associata alle spiegazioni di 3 astrofili, un pomeriggio dedicato alla visita di Siena, un pomeriggio per le terme e un programma molto intenso di lezioni da parte della Faculty e presentazioni da parte di tutti gli allievi, con attività supplementari dopo cena. Nell'insieme i giovani hanno partecipato con interesse alle attività scientifiche approfittando dell'occasione di presentazioni scientifiche multidisciplinari

ottobre 2017
dicembre 2018

Università Campus Bio Medico
Roma

Struttura del Master

Il percorso formativo dura 18 mesi e garantisce l'acquisizione di 60 CFU.
È suddiviso in 7 aree principali:

Logo of Università Campus Bio Medico di Roma (top left) and Università di Roma Tor Vergata (top right).

**Servizio Formazione Post-Lauream
Università Campus Bio-Medico di Roma**
Via Álvaro del Portillo, 21 - 00128 Roma
Tel. (+39) 06.22.541.9300 - Fax (+39) 06.22.541.1900
postlauream@unicampus.it
www.unicampus.it/postlauream

In collaborazione con



Master Universitario congiunto di I livello

CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE per le professioni sanitarie

III EDIZIONE

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

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

www.efic.org





Richiesta di iscrizione all'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore Onlus

www.aisd.it

compilare e inviare per e-mail a: segreteria@aisd.it o via fax: 1786089948

DATI ANAGRAFICI

*Cognome

*Nome

*Data di nascita

*Luogo

*Codice fiscale

*Residenza..... *Indirizzo

*CAP..... *Telefono

*E-mail

CURRICULUM VITAE

*Laurea in

*Specializzazione

*Titolo accademico/Qualifica

*Sede lavoro

Località

Indirizzo

Telefono

E-mail.....

*Settori di interesse

.....

Socio presentatore

Luogo e data

Autorizzo il trattamento dei dati personali a norma della L.196 del 30 giugno 2003 e ho letto l'informativa pubblicata nel sito www.aisd.it

Firma

* dati obbligatori

QUOTA ANNUALE

50,00 € (medici, psicologi, farmacisti) - 25,00 € (infermieri, fisioterapisti)

Per il pagamento tramite bonifico bancario: IBAN IT 44 J 08327 03239 000000002154

(cc intestato all'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore, BCC Roma)

Per pagare con carta di credito collegarsi al pagamento con sistema Paypal dalla pagina

<http://www.aisd.it/index.php/diventa-socio-2>



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 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

4. Spedisci la ricevuta di pagamento tramite e-mail a: segreteria@aisd.it