

Δημιουργία Υπηρεσιών Διαχείρισης Πόνου σε Χώρες και Πληθυσμούς Χαμηλού και Μεσαίου Εισοδήματος

Συγγραφείς

- Mary Suma Cardosa, MD, Hospital Canselor Tuanku Muhriz UKM, Μαλαισία
- Fiona Blyth, MD, Πανεπιστήμιο του Σίδνεϊ, Αυστραλία
- Mulugeta Bayisa Chala, PhD, Lawson Research Institute St. Joseph's Health Care London, Καναδάς
- Quyen Van Than, MD, Pain Clinic, Hospital 199, Τμήμα Αναισθησιολογίας, Βιετνάμ

ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Η Ανάγκη για Υπηρεσίες Διαχείρισης Πόνου σε Χώρες και πληθυσμούς Χαμηλού και Μεσαίου Εισοδήματος

Σε παγκόσμιο επίπεδο, όλες οι μορφές πόνου — οξύς, χρόνιος και σχετιζόμενος με τον καρκίνο — παραμένουν σημαντικά υποθεραπευμένες, παρά τα ευρήματα της μελέτης Global Burden of Disease που αναδεικνύουν τη πολύ σημαντική - αν και μη θανατηφόρα- επιβάρυνση της υγείας από καταστάσεις όπως η οσφυαλγία [12]. Στις χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος (ΧΧΜΕ), αυτή η επιβάρυνση είναι συγκρίσιμη με εκείνη των χωρών υψηλού εισοδήματος και αναμένεται να αυξηθεί περαιτέρω λόγω της γήρανσης του πληθυσμού.

Επιπλέον, σε ορισμένες ΧΧΜΕ παρατηρείται συχνά η τάση να διαγιγνώσκεται ο πόνος χωρίς επαρκή κλινική τεκμηρίωση, γεγονός που οδηγεί σε παρεμβάσεις περιορισμένης αποτελεσματικότητας και σημαντική οικονομική επιβάρυνση των ασθενών και του συστήματος υγείας [13,15]

Δεδομένης της περιορισμένης διαθεσιμότητας εξειδικευμένων υπηρεσιών διαχείρισης πόνου σε αυτές τις χώρες, καθίσταται επιτακτική η ανάγκη ανάπτυξης και εφαρμογής οικονομικά αποδοτικών και προσβάσιμων μοντέλων φροντίδας που να ανταποκρίνονται στις σύνθετες ανάγκες των ατόμων που βιώνουν πόνο.

Τύποι Υπηρεσιών Διαχείρισης Πόνου

- Υπηρεσία Οξέος Πόνου: Συνήθως διευθύνεται από αναισθησιολόγους και επικεντρώνεται στον οξύ μετεγχειρητικό πόνο. Μπορεί όμως να υποστηρίζεται από εξειδικευμένους νοσηλευτές και να εποπτεύεται από αναισθησιολόγους.

- Διαχείριση Καρκινικού Πόνου: Συνήθως αποτελεί μέρος μιας Υπηρεσίας Ανακουφιστικής Φροντίδας, που μπορεί να διευθύνεται από εξειδικευμένο στον πόνο ιατρό, αναισθησιολόγο, ογκολόγο ή χειρουργό.
- Κλινική Πόνου: Εξυπηρετεί κυρίως ασθενείς με χρόνια μη καρκινικό πόνο αλλά και με καρκινικό πόνο, ως εξωτερικούς ασθενείς. Διευθύνεται από εξειδικευμένο στον πόνο ιατρό ή άλλον επαγγελματία υγείας με κατάλληλη εκπαίδευση και ενδιαφέρον στη διαχείριση πόνου.

Ιδανικά, οι υπηρεσίες διαχείρισης πόνου θα πρέπει να βασίζονται σε μια διεπιστημονική προσέγγιση, δηλαδή να προσφέρουν πολυπαραγοντική θεραπεία μέσω μιας ομάδας επαγγελματιών διαφορετικών ειδικοτήτων, οι οποίοι συνεργάζονται στενά στην αξιολόγηση και αντιμετώπιση του πόνου, υιοθετώντας κοινό βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο και εναρμονισμένους θεραπευτικούς στόχους. (Βλ. την ορολογία της IASP για τους επίσημους ορισμούς των όρων «multimodal» και «multidisciplinary»).

Η διεπιστημονική ομάδα πρέπει να περιλαμβάνει ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων (αναισθησιολόγους, αλγολόγους, νευρολόγους, ρευματολόγους, φυσιάτρους, ορθοπεδικούς, ψυχιάτρους), ψυχολόγους φυσικοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, νοσηλευτές, φαρμακοποιούς και άλλους συναφείς επαγγελματίες υγείας [10]. Στην πράξη, όμως, πολλές από αυτές τις ειδικότητες ενδέχεται να μην είναι διαθέσιμες, πόσο μάλλον να συνεργάζονται σε κοινή ομάδα. Αυτό το πρόβλημα παρατηρείται σε πολλές χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος, καθώς και σε αγροτικές ή απομακρυσμένες περιοχές ανεπτυγμένων χωρών.

ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ

Συστήματα Υγείας και Πολιτικές

Η διαχείριση πόνου δεν αποτελεί προτεραιότητα για τις περισσότερες κυβερνήσεις και διατίθενται ελάχιστοι ή καθόλου πόροι για τις σχετικές υπηρεσίες [2]. Επιπλέον, υπάρχει περιορισμένη ή ανύπαρκτη πρόσβαση σε φάρμακα για τον πόνο, περιλαμβανομένων και των οπιοειδών, κάτι που επιδεινώνεται από τον φόβο για τα οπιοειδή και τις παρενέργειές τους, καθώς και από πολιτισμικές αντιλήψεις και στάσεις απέναντι στον πόνο [6].

Εθνικές πολιτικές ή στρατηγικές για τη διαχείριση πόνου είναι σχεδόν ανύπαρκτες σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος. Οι υπηρεσίες διαχείρισης πόνου συχνά περιορίζονται σε συγκεκριμένους τύπους πόνου ή σε επιμέρους παρεμβάσεις, και συνήθως λειτουργούν από μεμονωμένους κλινικούς γιατρούς. Σαν παραδείγματα αναφέρουμε την ανακούφιση από τον οξύ μετεγχειρητικό πόνο, τη διαχείριση καρκινικού πόνου μέσω υπηρεσιών παρηγορικής φροντίδας, την εφαρμογή νευρικών αποκλεισμών και άλλες παρεμβάσεις[4].

Περιορισμένοι Πόροι

Στις χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος υπάρχει γενικευμένη έλλειψη πόρων - οικονομικών, χωροταξικών και ανθρώπινου δυναμικού. Πολλοί επαγγελματίες υγείας καλούνται να αναλαμβάνουν πολλαπλούς ρόλους, γεγονός που σημαίνει ότι η δημιουργία μιας υπηρεσίας διαχείρισης πόνου θα πρέπει να γίνει επιπρόσθετα των βασικών τους καθηκόντων. Επιπλέον, βασικά μέλη μιας διεπιστημονικής ομάδας, όπως οι κλινικοί ψυχολόγοι –

ιδιαίτερα όσοι διαθέτουν εξειδικευμένη εκπαίδευση και εμπειρία στη διαχείριση πόνου – ενδέχεται να είναι ελλιπή ή και εντελώς απόντα σε πολλές από αυτές τις χώρες [5].

Συνεχιζόμενη Χρήση του Βιοϊατρικού Μοντέλου στη Διαχείριση Πόνου

Η επιμονή στο βιοϊατρικό μοντέλο ενδεχομένως να οφείλεται είτε στην έλλειψη γνώσεων σχετικά με την βιοψυχοκοινωνική διάσταση του πόνου είτε ακόμη στην ανάγκη και δυνατότητα εφαρμογής ευρύτερων επεμβατικών τεχνικών ειδικά στην περίπτωση του χρόνιου μη καρκινικού πόνου. Επιπλέον, οι επαγγελματίες υγείας συχνά δεν διαθέτουν τις απαραίτητες δεξιότητες για να εφαρμόσουν αυτό το λιγότερο οικείο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο φροντίδας στην καθημερινή κλινική πράξη. Ως αποτέλεσμα, οι θεραπευτικές προσεγγίσεις επικεντρώνονται σε παθητική φυσικοθεραπεία, φαρμακευτική αγωγή και εφαρμογή περιορισμένων επεμβατικών τεχνικών για την ανακούφιση του πόνου (όπως οι νευρικοί αποκλεισμοί, η επισκληρίδια χορήγηση στεροειδών κ.ά.). Αν και αυτές οι παρεμβάσεις μπορεί να είναι κατάλληλες για τον οξύ πόνο και ορισμένους τύπους καρκινικού πόνου, εν τούτοις μπορεί να είναι αναποτελεσματικές — και ενίοτε επιβλαβείς — για τον χρόνιο μη καρκινικό πόνο. Επιπλέον, απορροφούν πολύτιμους πόρους από θεραπείες που θα μπορούσαν να ωφεληθούν μεγαλύτερο αριθμό ασθενών με χρόνιο πόνο. Αντίθετα η αποτελεσματικότητα από την εφαρμογή του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου προσέγγισης του πόνου από ειδικά εκπαιδευμένη διεπιστημονική ομάδα έχει αποδειχθεί σε πολυάριθμες μελέτες. [7]

ΛΥΣΕΙΣ

Διεκδίκηση και προώθηση της ενίσχυσης των υπηρεσιών πόνου στο πλαίσιο πολιτικής υγείας

Η προώθηση της κατανομής πόρων για υπηρεσίες διαχείρισης πόνου μπορεί να ενισχυθεί με την παρουσίαση στοιχείων για το υψηλό μη θανατηφόρο φορτίο ασθενειών που σχετίζονται με τον πόνο, χρησιμοποιώντας δεδομένα από το [Global Burden of Disease](#).

Εξίσου σημαντικό είναι να αναδεικνύεται η θετική επίδραση της σωστής διαχείρισης πόνου σε τοπικό επίπεδο — για παράδειγμα, η μείωση μετεγχειρητικών επιπλοκών όταν ο οξύς πόνος αντιμετωπίζεται επαρκώς, ή η ταχύτερη επιστροφή στην εργασία σε περιπτώσεις χρόνιου πόνου.

Ιδιαίτερα ισχυρό μήνυμα μπορεί να προσφέρουν και οι ίδιοι οι ασθενείς, μέσα από τις προσωπικές τους εμπειρίες με τον πόνο και το σύστημα υγείας.

Αξίζει επίσης να ασκηθεί πίεση σε κυβερνητικό επίπεδο για αλλαγές στην πολιτική υγείας, όπως η υιοθέτηση μιας **Εθνικής Πολιτικής για τη Διαχείριση Πόνου**, με παραδείγματα πολιτικών από άλλες χώρες που μπορούν να προσαρμοστούν σε περιβάλλοντα χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος [3,11]

Τέλος, είναι σημαντικό να ευαισθητοποιηθούν και να εκπαιδευτούν οι διοικητές των συστημάτων υγείας ώστε να διασφαλιστεί ότι οι διαθέσιμοι πόροι κατευθύνονται σε παρεμ-

βάσεις υψηλής αξίας (με τεκμηριωμένο όφελος) και να αποφεύγεται η σπατάλη σε θεραπείες με περιορισμένα αποτελέσματα (φροντίδα χαμηλής αξίας)[13].

Εκπαίδευση και Κατάρτιση

Πρωτοπόροι κλινικοί γιατροί που έχουν δημιουργήσει με επιτυχία υπηρεσίες πόνου σε περιβάλλοντα χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος υπήρξαν παθιασμένοι, επίμονοι και καινοτόμοι «πρωταθλητές» [5] και είναι πρόθυμοι να μοιραστούν τις εμπειρίες τους. Η υποστήριξη από συναδέλφους και επαγγελματίες υγείας σε άλλες ειδικότητες είναι επίσης χρήσιμη.

Σε περιβάλλοντα με περιορισμένους πόρους, όπου η διαχείριση του πόνου αποτελεί ουσιαστικό μέρος της φροντίδας, είναι κρίσιμη η δημιουργία κατάλληλων ευκαιριών εκπαίδευσης και κατάρτισης για τους επαγγελματίες υγείας. Η εκπαίδευση αυτή θα πρέπει να περιλαμβάνει γνώση και κατανόηση του **βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου πόνου**, καθώς και επάρκεια στην εφαρμογή τεκμηριωμένων (evidence-based) θεραπειών για διάφορους τύπους πόνου

Η κατάρτιση θα πρέπει να καλύπτει φαρμακευτική αγωγή, παρεμβάσεις που ενισχύουν την κινητικότητα και λειτουργικότητα, καθώς και ενεργές στρατηγικές αυτοδιαχείρισης του πόνου από τους ίδιους τους ασθενείς. Παράλληλα, απαιτείται **πολυδεξιοτητα** από όλους τους επαγγελματίες που εμπλέκονται σε υπηρεσίες πόνου, π.χ., μη ψυχολόγοι επαγγελματίες να είναι σε θέση να παρέχουν βασική εκπαίδευση στους ασθενείς σχετικά με ψυχολογικές προσεγγίσεις στη διαχείριση χρόνιου πόνου[4].

Διαχείριση Πόνου σε Επίπεδο Κοινότητας

Η διαχείριση του πόνου στην κοινότητα είναι ζωτικής σημασίας ως μέρος ενός ολοκληρωμένου σχεδίου για την αντιμετώπιση των αυξανόμενων ανισοτήτων στην πρόσβαση σε υπηρεσίες πόνου σε περιβάλλοντα χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος.

Οι υπηρεσίες διαχείρισης πόνου που παρέχονται σε ιδρύματα μπορεί να είναι δαπανηρές και συχνά μη προσβάσιμες για τα περισσότερα άτομα με πόνο που ζούν σε περιβάλλοντα με ανεπαρκείς πόρους [4,14].

Αντίθετα, η παροχή υπηρεσιών διαχείρισης πόνου στην κοινότητα είναι πιο οικονομικά αποδοτική, επιτρέπει την έγκαιρη παρέμβαση, ενισχύει τη συνέχεια της φροντίδας και ενδυναμώνει τα άτομα που ζουν με πόνο και τις κοινότητές τους, αφού δίνει τη δυνατότητα για παρεμβάσεις κοντά στον τόπο κατοικίας τους.

Για τον λόγο αυτό, η **αποκέντρωση των υπηρεσιών διαχείρισης πόνου και η ενσωμάτωσή τους στην πρωτοβάθμια φροντίδα και στις κοινότητες** θα πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα σε υποχρηματοδοτούμενα συστήματα υγείας. Η προσέγγιση αυτή αξιοποιεί υφιστάμενους τοπικούς πόρους και δομές φροντίδας, διευρύνοντας την κάλυψη και προς πληθυσμούς που σήμερα εξυπηρετούνται ανεπαρκώς (όπως αγροτικές ή απομακρυσμένες περιοχές).

Επιπλέον, τα συστήματα υγείας σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος πρέπει να καινοτομήσουν, ενσωματώνοντας και εκπαιδεύοντας το υπάρχον ανθρώπινο δυναμικό – όπως **εργαζόμενους υγείας της κοινότητας** – στις βασικές αρχές της διαχείρισης πόνου, περιλαμβανομένου του εντοπισμού (screening) και των παραπομπών.

Η επένδυση σε προσεγγίσεις διαχείρισης πόνου σε κοινοτικό επίπεδο αποτελεί ρεαλιστική και βιώσιμη λύση για την αντιμετώπιση του αυξανόμενου φορτίου χρόνιου πόνου σε περιβάλλοντα χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος. Παράλληλα, ευθυγραμμίζεται με τις παγκόσμιες προσπάθειες για την προώθηση της καθολικής υγειονομικής κάλυψης και της ισότιμης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης [8].

ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΓΙΑ ΕΠΙΤΥΧΙΑ

Παραδείγματα επιτυχημένων διεπιστημονικών υπηρεσιών διαχείρισης πόνου σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος υπάρχουν στο Κεφάλαιο 5 του Εγχειριδίου IASP για Πολυεπιστημονικά Κέντρα Πόνου [10].

Πρακτικές συμβουλές για όσους επιθυμούν να οργανώσουν υπηρεσίες πόνου σε περιβάλλοντα με περιορισμένους πόρους:

- **Η εκπαίδευση είναι απαραίτητη:** Όσοι επιθυμούν να δημιουργήσουν υπηρεσίες πόνου θα πρέπει να λάβουν κάποια βασική εκπαίδευση βασισμένη στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, ώστε να εκτιμήσουν τον ρόλο των διαφόρων ειδικοτήτων στην ομάδα και να δώσουν έμφαση στην ολιστική προσέγγιση στη διαχείριση του πόνου.
- **Η επιμονή και η αποφασιστικότητα είναι το κλειδί:** Σε πολλά περιβάλλοντα χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος, η διαχείριση του πόνου παραδοσιακά βασιζόταν σε μονοθεραπείες. Η μετάβαση σε μια διεπιστημονική προσέγγιση μπορεί να αποτελεί πολιτισμική αλλαγή που απαιτεί χρόνο και επίπονη προσπάθεια.
- **Η ύπαρξη ομάδας είναι ζωτικής σημασίας:** Λόγω της πολυδιάστατης φύσης του χρόνιου πόνου, η διαχείρισή του απαιτεί τη συμβολή διαφορετικών ειδικοτήτων. Επίσης, η δημιουργία μιας διεπιστημονικής υπηρεσίας πόνου απαιτεί πολύ χρόνο και προσπάθεια, κάτι που δεν μπορεί να γίνει από ένα μόνο άτομο. Ξεκινήστε να χτίζετε την ομάδα μοιραζόμενοι την προσπάθειά σας με συναδέλφους, ώστε να κατανοήσουν πώς μπορούν να συμβάλουν ουσιαστικά.
- **Απαιτείται καθοδήγηση και υποστήριξη:** Σε πολλές χώρες η διαχείριση του πόνου δεν αναγνωρίζεται ακόμη ως εξειδικευμένος ιατρικός τομέας, πόσο μάλλον ως διεπιστημονική υπηρεσία. Η εφαρμογή μιας τέτοιας υπηρεσίας μπορεί να απαιτήσει αλλαγές σε επίπεδο πολιτικής της υγείας. Επομένως, η επικοινωνία με άτομα με τοπική και διεθνή επιρροή είναι ζωτικής σημασίας για την υποστήριξη του σκοπού σας και την ενίσχυση των προσπαθειών σας.

Βιβλιογραφικές Αναφορές

1. Anderson DB, Shaheed CA. Medications for Treating Low Back Pain in Adults. Evidence for the Use of Paracetamol, Opioids, Nonsteroidal Anti-inflammatories, Muscle Relaxants, Antibiotics, and Antidepressants: An Overview for Musculoskeletal Clinicians. *Orthop Sports Phys Ther* 2022;52(7):425-431. doi: [10.2519/jospt.2022.10788](https://doi.org/10.2519/jospt.2022.10788)
2. Briggs AM, Jordan JE, Sharma S, Young JJ, Chua J, Foster HE, Haq SA, Huckel Schneider C, Jain A, Joshipura M, Kalla AA. Context and priorities for health systems strengthening for pain and disability in low-and middle-income countries: a secondary qualitative study and content analysis of health policies. *Health policy and planning*. 2023 Mar 1;38(2):129-49.
3. Canadian Pain Task Force: An Action Plan for Pain in Canada. <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/corporate/about-health-canada/public-engagement/external-advisory-bodies/canadian-pain-task-force/report-2021-rapport/report-rapport-2021-eng.pdf>. Accessed 30 Jan 2025.
4. Cardoso MS. Promoting multidisciplinary pain management in low- and middle-income countries-challenges and achievements. *Pain*. 2024 Nov 1;165(11S):S39-S49. doi: [10.1097/j.pain.0000000000003369](https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000003369). PMID: 39560414.
5. Chaudakshetrin P, Cardoso MS, Goh CR, Javier FO, Musba T, Prateepavanich P, Que JC, Tanra H, Vijayan R, Yeo SN. Establishment of multidisciplinary pain management clinics and training programs in the developing world: experiences from Southeast Asia. *PAIN* 2020;161:S87–94
6. International Association for the Study of Pain. Guide to pain management in a low resource setting, Nilesh BP, Andreas K, editors, 2009. Available at: <https://www.iasp-pain.org/publications/free-ebooks/guide-to-pain-management-in-low-resource-settings/>. Accessed 30 Jan 2025.
7. Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, Smeets RJE, Ostelo RWJG, Guzman J, van Tulder MW. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2015;350: h444. doi: [10.1136/bmj.h444](https://doi.org/10.1136/bmj.h444)
8. Knaul, F. M., Bhadelia, A., Ornelas, H. A., de Lima, L., & Madrigal, M. D. R. S. (2015). Closing the pain divide: the quest for effective universal health coverage. *The Lancet Global Health*, 3, S35. doi: [10.1016/S2214-109X\(15\)70154-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(15)70154-3)
9. Morriss WW, Roques CJ. Pain management in low- and middle-income countries. *BJA Educ*. 2018 Sep;18(9):265-270. doi: [10.1016/j.bjae.2018.05.006](https://doi.org/10.1016/j.bjae.2018.05.006). Epub 2018 Jul 14. PMID: 33456843; PMCID: PMC7807826.
10. Multidisciplinary Pain Center Toolkit. Available at: <https://www.iasp-pain.org/resources/toolkits/pain-management-center/>. Accessed 30 Jan 2025.

11. Pain Australia National Strategic Action Plan for Pain Management <https://www.painaustralia.org.au/static/uploads/files/national-pain-strategy-2011-wfvjawttsanq.pdf>. Accessed 30 Jan2025.
12. Rice ASC, Smith BH, Blyth FM. Pain and the global burden of disease. Pain. 2016 Apr;157(4):791-796. doi: [10.1097/j.pain.0000000000000454](https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000454). PMID: 26670465.
13. Sharma S, Pathak A, Parker R, Costa LO, Ghai B, Igwesi-Chidobe C, Janwantanakul P, de Jesus-Moraleida FR, Chala MB, Pourahmadi M, Briggs AM. How Low Back Pain is Managed—A Mixed-Methods Study in 32 Countries. Part 2 of Low Back Pain in Low- and Middle-Income Countries Series. journal of orthopaedic & sports physical therapy. 2024 Aug;54(8):560-72. doi: [10.2519/jospt.2024.12406](https://doi.org/10.2519/jospt.2024.12406)
14. Walters, JL, Jackson T, Byrne D, McQueen K. (2016). Postsurgical pain in low-and middle-income countries. BJA: British Journal of Anaesthesia, 116(2), 153-155. doi: [10.1093/bja/aev449](https://doi.org/10.1093/bja/aev449)
15. Albarqouni L, Arab-Zozani M, Abukmail E, et al. Overdiagnosis and overuse of diagnostic and screening tests in low-income and middleincome countries: a scoping review. BMJ Global Health 2022;7:e008696. doi:10.1136/bmjgh-2022-008696

Αξιολογητές Ενημερωτικών Δελτίων (Fact Sheet Reviewers):

- Lester Jones, MScMed(PM), Singapore Institute of Technology, Singapore
- Margarita Calvo, PhD, Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile
- Saurab Sharma, PhD, Royal North Shore Hospital, Australia

Μετάφραση και Επιμέλεια Κειμένου

- Κυριακή Βαγδατλή, MD Διευθύντρια Αναισθησιολόγος ΕΣΥ, υπεύθυνη Ιατρείου Πόνου ΓΝΑ Γ. Γεννηματάς, EFIC Councilor
- Ελένη Χρονά, MD, MSc Διευθύντρια Αναισθησιολόγος ΕΣΥ, υπεύθυνη Ιατρείου Πόνου ΓΝ "Άγιος Παντελεήμων" Πειραιάς, Πρόεδρος ΕΕΑ