

L'ANALGOSEDUZIONE IN TERAPIA INTENSIVA

**CORSO
TEORICO PRATICO
OSPEDALE MARINO
CAGLIARI 19 DICEMBRE 2008**

SCALE DI VALUTAZIONE DELL'ANALGOSEDUZIONE

Dott.ssa Monica Scala

Scuola di Specializzazione in Anestesia e Rianimazione di Cagliari

OBIETTIVI DELL'ANALGESIA E DELLA SEDAZIONE

- **ADEGUATO LIVELLO DI: ANALGESIA, ANSIOLISI, AMNESIA**
- **RIDURRE LE RISPOSTE ORMONALI E METABOLICHE ALLO STRESS**
- **EVITARE BRUSCHE RIEMERSIONI DELLO STATO DI COSCIENZA**
- **EVITARE ESTUBAZIONI ACCIDENTALI**
- **FACILITARE L'ADATTAMENTO AL VENTILATORE**
- **EVITARE AUMENTI DELLA PIC**
- **RIDURRE L'USO DI BLOCCANTI NEUROMUSCOLARI**
- **ASSOCIAZIONE ANALGESIA LOCO-REGIONALE CON ANALGOSEDAZIONE E.V.**

ANALGO-SEDAZIONE IN INTENSIVE CARE UNIT

- **Valutazione del dolore nel paziente adulto**
- **Metodi di valutazione del dolore nel paziente cosciente**
- **Metodi di valutazione del dolore nel paziente che non può comunicare**
- **Valutazione della sedazione**
- **Farmaci**

ANALGESIA E SEDAZIONE IN TERAPIA INTENSIVA

- **LE QUESTIONI APERTE: IL COMFORT, IL DISAGIO, GLI OUTCOMES**
- **VALUTAZIONE E MONITORAGGIO DELL'ANALGESIA E DELLA SEDAZIONE IN ICU**
- **DELIRIO IN ICU**
- **I FARMACI PER L'ANALGESIA E LA SEDAZIONE IN ICU**
- **RUOLO DEGLI OPPIOIDI A BREVE DURATA D'AZIONE**

OBIETTIVI GENERALI

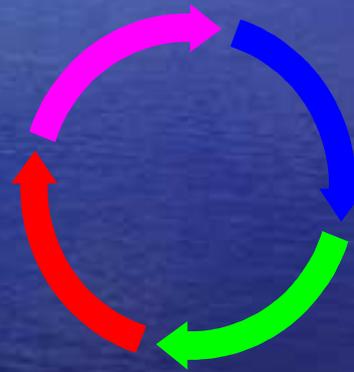
AFFRONTARE IL DOLORE E IL DISAGIO

***GARANTIRE COMFORT, SICUREZZA
E TOLLERANZA ALL'AMBIENTE***

La gestione dell'analgesia e della sedazione in ICU richiede la valutazione e il monitoraggio di alcuni parametri

- DOLORE
- ANSIA
- AGITAZIONE

- DELIRIO
- VO₂
- DRIVE RESPIRATORIO
- DISTURBI SONNO



DEVONO ESSERE VALUTATI

- obiettivamente
- routinariamente

DOLORE

**Il dolore è un'esperienza
sensoriale ed emozionale
SPIACEVOLE**

**associata ad un danno tissutale
attuale o potenziale**

DOLORE

PAZIENTE CRITICO

INCISIONI CHIRURGICHE

APPARECCHIATURE: VENTILATORE

**PROCEDURE INVASIVE: INTUBAZIONE, CVC, RIMOZIONE CATETERI,
DRENAGGIO FERITE, BRONCOASPIRAZIONE, ECOTRANSESOFAGEO**

CURE INFERMIERISTICHE: MOBILIZZAZIONE

IMMOBILITA' PROLUNGATA

DOLORE

MANCATO RICONOSCIMENTO

ANSIA

AGITAZIONE

RILASCIO CATECOLAMINE

ISCHEMIA MIOCARDIO

CATABOLISMO

IMMUNOSOPPRESSIONE

IPERCOAGULABILITA'

DOLORE

VALUTAZIONE NEL PAZIENTE COSCIENTE

VAS VISUAL ANALOGUE SCALE: LINEA ORIZZONTALE DI 10 CM CON 2 ESTREMI, NESSUNO O MASSIMO DOLORE. NON SPECIFICO. DIFFICILE APPLICAZIONE NEGLI ANZIANI.

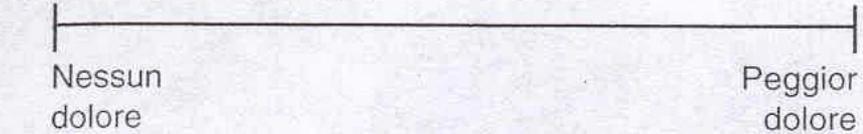
NRS NUMERIC RATING SCALE: 11 PUNTI, IL PAZIENTE SCEGLIE CON UN NUMERO L'INTENSITA' DEL DOLORE, 0 NESSUN DOLORE 10 DOLORE PIU' ATROCE. METODO PIU' USATO. PREFERITO DAL PERSONALE DELLA ICU

VGS VERBAL GRAPHIC SCALE : ADATTATA DALLA S.O. SCALA NUMERICA 0=NESSUN DOLORE, 1-3 DOLORE MEDIO, 2-4 DOLORE MODERATO, 5-7 DOLORE SEVERO, 8-10 DOLORE VERAMENTE SEVERO.



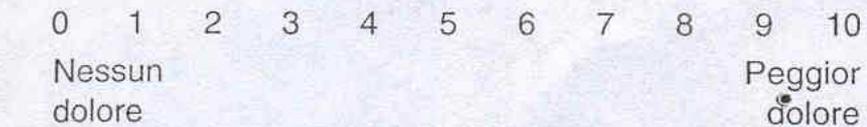
DOLORE

Scala visuale-analogica



A

Scala di valutazione numerica



B

Scala FACES



C

FIGURA 243-2. Esempi di scale di intensità del dolore comunemente usate. **A**, scala visuale-analogica. **B**, scala di valutazione numerica. **C**, scala FACES. (C. Da Wong DL, Hockenberry-Eaton M., Wilson D et al.: Wong's Essential of Pediatric Nursing, 6th ed. St Louis, Mosby, 2001, p 1301).



Scala di Keele Dundee VRS



DOLORE

VALUTAZIONE NEL PAZIENTE CHE NON PUO' COMUNICARE

VARIAZIONE PARAMETRI FISIOLGICI: FC, PA, FR, LACRIMAZIONE,
DILATAZIONE PUPILLARE

VALUTAZIONE DEL COMPORTAMENTO: ESPRESSIONI DEL VOLTO,
VOCALIZZAZIONI, AGITAZIONE.
NON SEMPRE CORRELATO AL DOLORE

BEHAVIORAL PAIN SCALE : SCALA COMPORTAMENTALE. PUNTEGGIO DA 3 A 12.

CRITICAL CARE PAIN OBSERVATION TOOL : STRUMENTO DI VALUTAZIONE COMPORTAMENTALE DEL
DOLORE

NEL FUTURO
VALUTAZIONE
UNIDIMENSIONALE +
COMPORTAMENTALE +
FISIOLOGICA

BEHAVIORAL PAIN SCALE

Critical Care Vol 12 Suppl 3 Sessler *et al.*

Tabella 1.

Scala comportamentale del dolore

Item	Descrizione	Punteggio
Espressione facciale	Rilassata	1
	Parzialmente tesa (per esempio aggrottamento delle sopracciglia)	2
	Molto tesa (per esempio, strizzamento palpebrale)	3
	Smorfia di dolore	4
Arti superiori	Nessun movimento	1
	Parzialmente contratti	2
	Interamente contratti con flessione delle dita	3
	Permanentemente retratti	4
Compliance alla ventilazione	Tolleranza al movimento	1
	Tosse ma tolleranza alla ventilazione per la maggior parte del tempo	2
	Contrasto alla ventilazione	3
	Incapacità di controllare la ventilazione	4

Il punteggio di ognuno dei 3 domini viene sommato, con un punteggio totale da 3 a 12 (15).



CRITICAL CARE PAIN OBSERVATION TOOL

Tabella 2.

Strumento di osservazione del dolore in terapia critica

Indicatore	Descrizione	Punteggio
Espressione facciale	Nessuna tensione muscolare osservata	Rilassata, neutra: 0
	Presenza di accigliamento, strizzamento palpebrale, serramento orbitale e contrazione dell'elevatore	Tensione: 1
	Tutti i movimenti facciali descritti sopra più rima oculare strettamente serrata	Smorfie dolorose: 2
Movimenti del corpo	Nessun movimento (non implica necessariamente l'assenza di dolore)	Assenza di movimento: 0
	Movimenti lenti e cautelati, tocco o sfregamento del sito di dolore, ricerca di attenzione attraverso i movimenti	Protezione: 1
	Strattoni al tubo, tentativo di sedersi, movimento degli arti/trascinamento, comandi non eseguiti, comportamento violento con lo staff, tentativo di uscire dal letto	Agitazione: 2
Tensione muscolare	Nessuna resistenza a movimenti passivi	Rilassato: 0
	Resistenza a movimenti passivi	Tensione, rigidità: 1
	Forte resistenza a movimenti passivi, incapacità di completarli	Forte tensione o rigidità: 2
Compliance alla ventilazione	Allarme non attivato, ventilazione semplice	Tollerante alla ventilazione o al movimento: 0
	Gli allarmi si fermano spontaneamente	Tosse ma tolleranza: 1
	Asincronia: blocco della ventilazione, allarmi frequentemente attivati	Contrasto alla ventilazione: 2
O		
Vocalizzazione (pazienti estubati)	Parla in tono normale o assenza di suoni	Vocalizzazione normale o no suoni: 0
	Sospiri, gemiti	Sospiri, gemiti: 1
	Pianto, singhiozzo	Pianto, singhiozzo: 2

Il punteggio di ognuno dei 4 domini viene sommato, con un punteggio totale da 0 a 8 (34).



ANSIA

**diffusa e spiacevole
sensazione di apprensione
non associata a una minaccia specifica**

AGITAZIONE

**estrema vigilanza
irritabilità e agitazione motoria
che deriva
da una sensazione interiore
di disagio o tensione**

AGITAZIONE

- **LIEVE:** aumento dei movimenti e incapacità a sentirsi a proprio agio
- **GRAVE:** rimozione di strumenti salvavita
aumentato consumo di ossigeno
asincronia paziente-ventilatore

**ANSIA
AGITAZIONE**

PAZIENTE CRITICO

Luci rumori stimoli

Dolore

Difficoltà respiratoria

Delirio

Privazione di sonno

Impossibilità di comunicare

Disturbo d'ansia di fondo

APPROCCIO SISTEMATICO

VALUTAZIONE E TRATTAMENTO

DELIRIO

psicosi da ICU

alterazione acuta dello stato mentale

disfunzione cognitiva

disfunzione d'organo

DELIRIO

Fattori di rischio di delirio in pazienti trattati in ICU

Fattori di accompagnamento	Fattori di patologia critica	Fattori iatrogeni
Età (anziani)	Acidosi	Immobilizzazione (per esempio, cateteri, mezzi di contenimento)
Alcolismo	Anemia	Farmaci (per esempio benzodiazepine, oppioidi)
Polimorfismo della APOE4	Febbre (infezioni/sepsi)	Disordini del sonno
Disordini cognitivi	Ipotensione	
Depressione	Disordini metabolici (per esempio del sodio, del calcio, dell'urea e della bilirubina)	
Iperensione	Risposta alla stimolazione intese	
Fumo	Patologie respiratorie	
Disordini visivi e uditivi	Patologie ad elevata gravità	

La tabella include fattori associati con il delirio sia in studi fatti in ICU che al di fuori. APOE4, apolipoproteina E₄; BUN, blood urea nitrogen.

DELIRIO

PAZIENTE CRITICO

80% in ventilazione meccanica

Lunga degenza

Gravati da complicanze

Prognosi negativa

Aumento mortalità a 6 mesi

Aumento deficit cognitivo

Rischio demenza

DELIRIO

PAZIENTE CRITICO

DELIRIO IPOATTIVO

*tranquillo ma disattento
motilità ridotta
sottostimato
prognosi peggiore*

DELIRIO IPERATTIVO

*agitato aggressivo
autoestubazione perdita cateteri
asincronia paziente-ventilatore*

pazienti vigili, facilmente risvegliabili, cognitivamente integri

in realtà deliranti nel 40% dei casi

VALUTAZIONE DELLA SEDAZIONE

- **NON ESISTE UN LIVELLO DI SEDAZIONE STANDARD OTTIMALE PER TUTTI I PAZIENTI**

programma di sedazione personalizzato

monitorato

adattato alle modificazioni del quadro clinico

- **NON ESISTE UNO STRUMENTO IDEALE CHE RAPPRESENTA UN GOLD STANDARD INTERNAZIONALE**

misurare il livello di sedazione garantisce l'ottimizzazione della qualità della sedazione

VALUTAZIONE DELLA SEDAZIONE

INSUFFICIENTE

- **AUMENTO STRESS**
- **AGITAZIONE**
- **IPERTENSIONE-TACHICARDIA**
- **ASINCRONIA PAZIENTE-VENTILATORE**
- **ESTUBAZIONE ACCIDENTALE**

ECESSIVA

- **COMA FARMACOLOGICO**
- **PROLUNGATA VENTILAZIONE MECCANICA**
- **IMMOBILITA'**
- **SVILUPPO TOLLERANZA E ASTINENZA**
- **AUMENTO DEI COSTI**

VALUTAZIONE DELLA SEDAZIONE

METODI OGGETTIVI

*CONCENTRAZIONE PLASMATICA DEI FARMACI
ELETTROMIOGRAFIA DEL MUSCOLO FRONTALE
CONTRATTILITA' DELLO SFINTERE ESOFAGEO INFERIORE
EEG PROCESSATO CONTINUO
MONITORAGGIO DELLA FUNZIONE CEREBRALE
ANALIZZATORE DELLA FUNZIONE CEREBRALE
BIOSPECTRAL INDEX
POTENZIALI EVOCATI ACUSTICI
ENTROPIA*

METODI SOGGETTIVI

*SCORING SYSTEM
SCORING SYSTEM*

DELIRIO

Valutazione agitazione e sedazione

RAMSAY SCALE RS

RIKER SEDATION-AGITATION SCALE SAS

MOTOR ACTIVITY ASSESSMENT SCALE MAAS

RICHMOND AGITATION-SEDATION SCALE RASS



Tabella 3.

Scale di sedazione e sedazione-agitazione

Scala	Disegno della scala	Riproducibilità	Validità
Ramsay Sedation Scale (RSS; 1974) [35]	Sei livelli: 4 livelli di sedazione definiti dalla risposta agli stimoli (livelli 3-6), un livello di "cooperazione, orientamento e tranquillità" (livello 2), e un livello di "ansietà, agitazione o assenza di riposo" (livello 1)	K = 0,94, RNs (58)	Versus RASS ($r = -0.78$) [39] Versus BIS ($P < 0.01$) [63] Versus BIS v2.10 ($r = -0.27$) [64] Versus BIS XP v3.10 ($r = -0.40$) [64]
Sedation Agitation Scale (SAS; 1994) [85]	Sette livelli: 3 livelli di agitazione (livelli 5-7), un livello di "calma e cooperatività" (livello 4) e 3 livelli di sedazione (livelli 1-3). Tutti i livelli sono definiti da criteri multipli (3 o 4)	$r^2 = 0.83$, K = 0.92 [36] K = 0.93 [59] K = 0.85 ricercatori [59] K = 0.87 RNs [59]	Versus RSS ($r^2 = 0.83$) [36] Versus VAS sedazione $r = -0.77$ [59] Versus Harris ($r^2 = 0.86$) [36] Versus BIS ($r^2 = 0.21$) [65] Versus VAS, ricercatore ($r = 0.9$) [61] Versus VAS, infermiere ($r = 0.43$) [61] Versus BIS 3.2 ($r = 0.6$) [61] Versus BIS ($r = 0.36$) [66] Versus BIS, esclusione dell'eccesso motorio ($r = 0.50$) [66] Versus BIS ($r^2 = 0.48$ prima, 0.44 dopo stimolazione) [67] Versus imaging digitale [70] Versus BIS XP ($r = 0.725$) [68] Versus BIS v2.1.1 ($r = 0.376$) [68]
Motor Activity Assessment Scale (MAAS; 1999) [37]	Sette livelli: 3 livelli di agitazione (livelli 4-6), un livello di "calma e cooperatività" (livello 3) e 3 livelli di sedazione (livelli 0-2). Tutti i livelli sono definiti da criteri multipli (3 o 4)	K = 0.83 (95% CI da 0.72 a 0.94) [37] $r = 0.81$, 3RN, 1MD, 1PharmD [60]	Versus VAS ($P = 0.001$) [37] Versus BP ($P = 0.001$) [37] Versus HR ($P = 0.001$) [37] Versus sequele dell'agitazione ($P = 0.001$) [37] Punteggio relativo al <i>Calmness score</i> versus necessità di intervento $r = -0.83$ [38] Minima differenza clinica rilevante, calma = -2.2 [38] Minima differenza clinica rilevante, interazione = 2.5 [38] Valutazione statistica della risposta secondo Guyatt, calma = -1.4 [38] Valutazione statistica della risposta secondo Guyatt, interazione = 2.3 [38]
Vancouver Interactive and Calmness Scale [38]	Contiene 2 domini ("interazione" e "calma"). Ogni dominio presenta 5 domande, e ogni domanda ha 6 risposte che vanno da "fortemente d'accordo" a "fortemente in disaccordo". Per alcune domande è richiesta la stimolazione del paziente. I punteggi sono sommati (massimo 30/dominio), con i valori maggiori di calma e interazione	$r = 0.89$ per il punteggio relativo alla calma $r = 0.90$ per il punteggio interattivo	Versus VAS $r = 0.93$ (95% CI da 0.84 a 0.98) [39] Versus GCS ($r = 0.79$) [39] Versus RSS ($r = -0.78$) [39] Versus SAS ($r = 0.78$) [39]
Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS; 2002) [39]	Scala a 10 livelli: 4 livelli di agitazione (livelli da +1 a +4), un livello di "calma e alerta" (livello 0) e 5 livelli di sedazione (da -1 a -5) definiti dalla risposta alla stimolazione prima verbale e poi fisica, uniti alla valutazione dello stato cognitivo e della sostenibilità	$r = 0.956$. K = 0.73 per 5 osservatori (2 MD, 2 RN, and 1 PharmD) [39] $r = 0.964$, K = 0.80 educatore infermieristico versus 27 RNs [39] K = 0.91 RN [58] K = 0.89 RN versus osservatore [90] K = 0.77 RN versus osservatore [90]	Differenze nel livello di coscienza ($P < 0.001$) [58] Fluttuazione del livello di coscienza ($P < 0.001$) [58] Versus <i>screening</i> sull'attenzione ($r = 0.78$) [58] Versus GCS ($r = 0.91$) [58] Versus quantità di Rx ($r = -0.31$) [58] Versus BIS ($r = 0.63$) [58] Validità frontale 92% di consenso [58] Versus BIS XP ($r = 0.81$) [68] Versus BIS v2.1.1 ($r = 0.30$) [68] Versus BIS XP ($r^2 = 0.36$) [69] Versus BIS 3.4 ($r^2 = 0.20$) [69] Versus actigrafia ($r = 0.58$) [62] Versus scala COMFORT ($r = 0.75$) [62]

Continued overleaf

DELIRIO

- **SCALA A 6 LIVELLI**
- **PIU' UTILIZZATA**
- **MIGLIORE CORRELAZIONE CON LE ALTERAZIONI INDOTTE DALLA SEDAZIONE SUI POTENZIALI EVOCATI Uditivi**
- **SCARSA SENSIBILITA' NELLA REGISTRAZIONE DI MINIME VARIAZIONI DELLO STATO DI SEDAZIONE**
- **"APPIATTITA" NELLA DESCRIZIONE DEL LIVELLO DI AGITAZIONE**



Critical Care Vol 12 Suppl 3 Sessler *et al.*

Tabella 4.

Ramsay Sedation Scale

Punteggio	Definizione
1	Ansioso e agitato o irrequieto o entrambi
2	Cooperativo, orientato e tranquillo
3	Risponde solamente ai comandi
4	Debole risposta al tocco glabellare lieve o a un comando a voce alta
5	Risposta ritardata al tocco glabellare lieve o a un comando a voce alta
6	Nessuna risposta al tocco glabellare lieve o a un comando a voce alta

Eseguita utilizzando una serie di *step*: osservazione del comportamento (punteggio 1 o 2), seguita (se necessario) dalla valutazione della risposta alla voce (punteggio 3), seguita (se necessario) dalla valutazione della risposta al comando vocale ad alta voce e al tocco glabellare lieve (punteggio da 4 a 6)(35).

DELIRIO

Sedation-Agitation Scale SAS

Agitazione pericolosa	7
Molto agitato	6
Agitato	5
Calmo e collaborante	4
Sedato	3
Molto sedato	2
Non risvegliabile	1

- **SCALA A 7 LIVELLI**
- **ECCELLENTE AFFIDABILITA'**
- **ALTAMENTE CORRELATA CON I METODI OGGETTIVI**
- **CONSENTE DI GRADUARE IN MANIERA SPECIFICA IL TIPO E IL LIVELLO DI AGITAZIONE**



DELIRIO

- **SCALA A 10 LIVELLI**
- **VARIAZIONE LIVELLO DI COSCIENZA NEL TEMPO E IN RISPOSTA AD UN FARMACO**
- **BEN CORRELATO CON I METODI OGGETTIVI**



TABELLA 2-4. Richmond Agitation-Sedation Scale

+4	Aggressivo	Aggressivo, violento, pericolo immediato per il personale
+3	Molto agitato	Si tira o rimuove il tubo o i cateteri
+2	Agitato	Frequenti movimenti non finalizzati; contrasta con il ventilatore
+1	Inquieto	Ansioso, apprensivo, ma i movimenti non sono aggressivi o vigorosi
0	Vigile e tranquillo	
-1	Sonnolento	Non sufficientemente vigile ma il risveglio (apertura/contatto visivo) alla stimolazione verbale è prolungato (>10 sec)
-2	Leggera sedazione	Sonnolento; per breve tempo (<10 sec) si risveglia alla stimolazione verbale o fisica
-3	Moderata sedazione	Movimenti o apertura degli occhi (ma nessun contatto visivo) alla stimolazione verbale
-4	Sedazione profonda	Nessuna risposta alla stimolazione verbale, ma movimenti o apertura degli occhi alla stimolazione fisica
-5	Non risvegliabile	Nessuna risposta alla stimolazione verbale o fisica

COMA

DELIRIO

Critical Care Vol 12 Suppl 3 Girard *et al.*

Figura 2.

Step 1: Valutazione del livello di sedazione (RASS*)

- +4 – Apertamente ostile, violento, pericolo immediato per lo staff
- +3 – Strattona o rimuove tubo(i) e catetere(i); aggressivo
- +2 – Frequenti movimenti senza scopo, combatte il ventilatore
- +1 – Ansioso, ma movimenti non aggressivi o vigorosi
- 0 – Sveglio e calmo
- 1 – Non completamente sveglio, ma ha un risveglio sostenuto (apertura degli occhi o contatto con gli occhi) in risposta alla voce (> 10 s)
- 2 – Si sveglia brevemente con il contratto degli occhi alla voce (< 10)
- 3 – Movimento o apertura degli occhi alla voce, ma nessun contatto con gli occhi
- 4 – Nessuna risposta alla voce, ma movimento o apertura degli occhi alla stimolazione fisica
- 5 – Nessuna risposta alla voce o alla stimolazione fisica

Se RASS è -4 o -5 Stop e rivalutare il paziente in seguito

Se RAAS è sopra -4 (da -3 fino a +4) si proceda allo Step 2



DELIRIO

Step 2: Valutazione del delirio (CAM-ICU[†])



Il *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit*.

* Il livello di coscienza (profondità della sedazione) è valutato utilizzando la *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS)(54,55).

† Lo stato di coscienza è valutato (diagnosi di delirio) utilizzando il *Confusion Assessment Method for the ICU* (CAM-ICU)(50-53).

In presenza di 3 o 4 caratteristiche diagnostiche (caratteristica 1, 2 o 3 o caratteristica 1, 2 o 4) si pone diagnosi di delirio. Dati da Ely e collaboratori (50) e dal manuale di training CAM-ICU (51).



**SEDO-ANALGESIA
O
ANALGO-SEDAZIONE?**

SEDO-ANALGESIA
*CONTROLLO DOLORE E ANSIA
CON IPNOTICO+ANALGESICO*

ANALGO-SEDAZIONE
*CONTROLLO DOLORE E ANSIA
CON ANALGESICO OPPIOIDE + IPNOTICO*

Perché usare le scale?



- **STANDARDIZZARE IL LINGUAGGIO**
- **VISIONE PRECISA E PROSPETTICA DEL MANAGEMENT SEDAZIONALE ATTRAVERSO UNO SCORE DI SEDAZIONE**
- **DOSAGGIO OTTIMALE DELLA SEDAZIONE**
- **RIDOTTO RISCHIO DI IPERSEDUZIONE E SOTTOSEDUZIONE**
- **COMPARARE GLI EFFETTI DEI FARMACI**
- **STUDI CLINICI CONTROLLATI**
- **RIDUZIONE DELLA VENTILAZIONE MECCANICA**

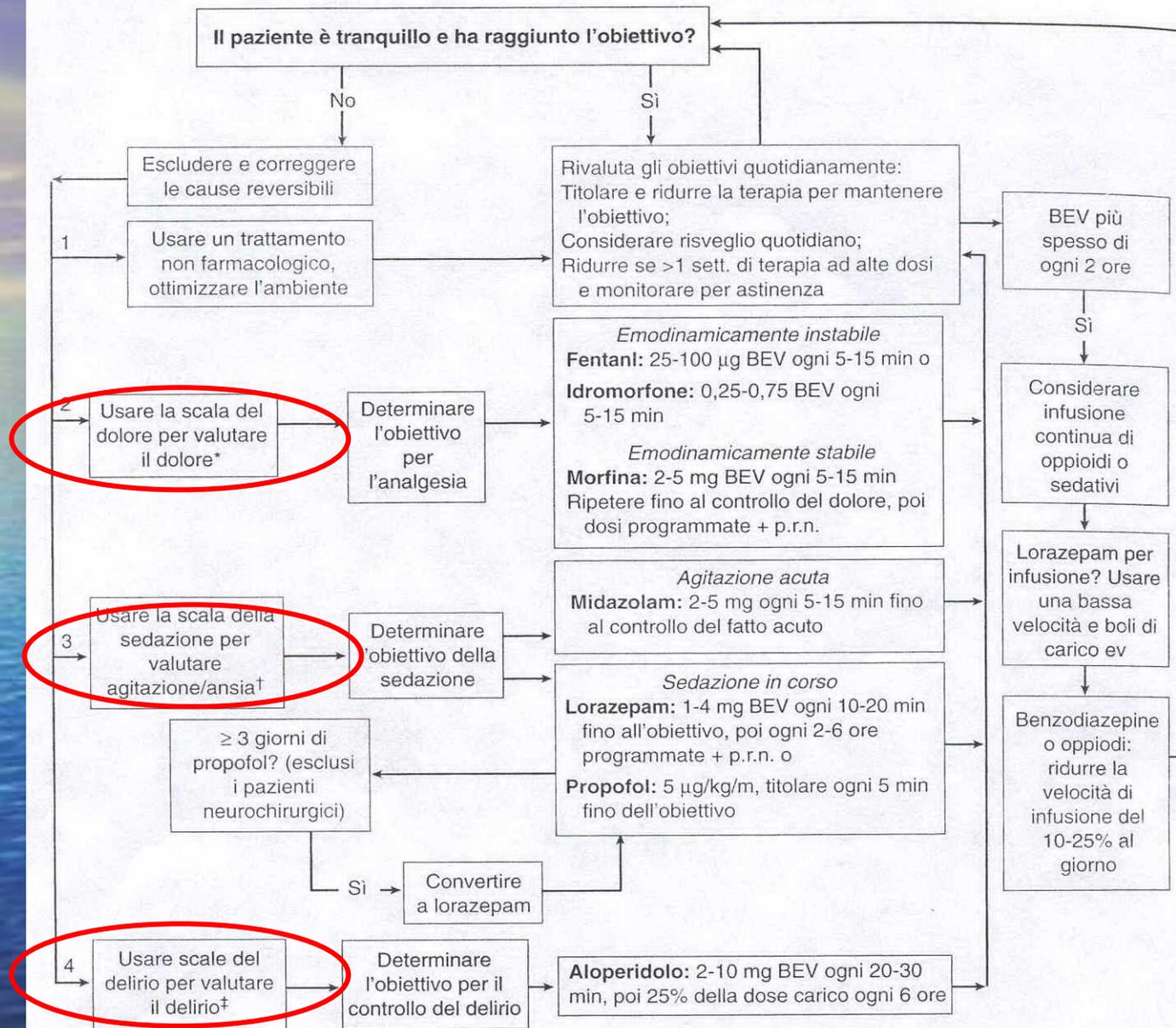




Perché usare le scale?

**Valutazione
continua
degli obiettivi terapeutici**





*Scala numerica o altra scala del dolore.

†Scala di Agitazione-sedazione Ricker o altra scala di sedazione.

‡Metodo di valutazione dello stato confusionale per ICU.



MORBILITA'
MORTALITA'
OUTCOME



(TORQUATO
TASSO)

Perduto

è tutto

il tempo

che in

amar non

si spende