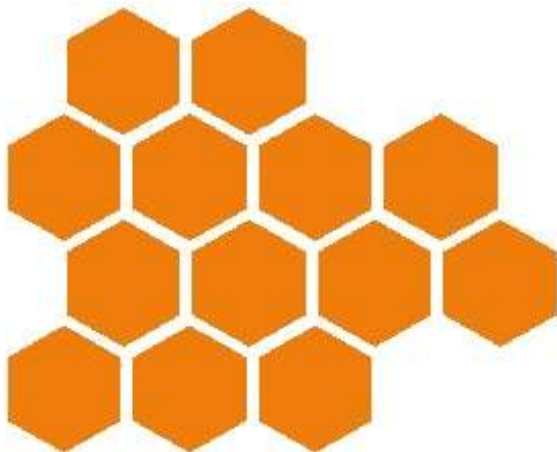


DOLORE ONCOLOGICO

Informazioni per i pazienti

A cura di: *Stefania Schiavon*
Terapia del Dolore e Cure Palliative - I.O.V. - Padova

27 giugno 2016



Gruppo di lavoro Linee Guida AIOM 2015 “TERAPIA DEL DOLORE IN ONCOLOGIA”

Coordinatore: *Marco Maltoni*

Oncologia - Azienda Osped. Morgagni-Pierantoni - Forlì

Segretario scientifico: *Emiliano Tamburini*

Oncoematologia - Ospedale Degli Infermi - Rimini

Estensori:

Augusto Caraceni

Cure Palliative, Terapia del Dolore e Riabilitazione

– Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori - Milano

Alessandra Pigni

Cure Palliative, Terapia del Dolore e Riabilitazione

– Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori - Milano

Davide Tassinari

Oncologia - Ospedale Degli Infermi - Rimini

Leonardo Trentin

Terapia del Dolore e Cure Palliative - I.O.V. - Padova

Vittorina Zagonel

Oncologia Medica 1 - I.O.V. - Padova

Indice

Introduzione.....	4
Che cos'è il dolore	5
Perché sentiamo dolore.....	5
Tipo di dolore.....	8
Cause di dolore oncologico	9
Come misurare il dolore.....	10
Scale di misurazione del dolore	10
Terapia farmacologica del dolore.....	12
Farmaci per il dolore lieve (NRS 1-4).....	14
Farmaci per il dolore di media intensità (NRS 5-6).....	14
Farmaci per il dolore di forte intensità (NRS 7-10).....	15
Effetti collaterali dei farmaci analgesici oppioidi.....	16
Farmaci adiuvanti	17
Alcune riflessioni conclusive	17

Introduzione

Il dolore è spesso uno dei segnali che portano alla diagnosi di malattia, ma può comparire anche durante i trattamenti o in conseguenza degli stessi.

Trattarlo precocemente, affrontarlo, non solo migliora il disagio fisico che lo accompagna, ma consente di proseguire le cure con minor difficoltà, di mantenere gli interessi e trascorrere le giornate più serenamente con maggior autonomia.

Il dolore non deve essere considerato un evento inevitabile nel decorso della malattia.

Deve essere segnalato, descritto con la maggior precisione possibile per poter condividere le scelte terapeutiche con i medici che vi seguiranno.

Conoscere i farmaci, i loro effetti collaterali ed il modo per contenerli, può contribuire a non “temerli”.



Fonte:

<https://www.google.it/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=images&cd=&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwigwLidmsTNAhXDkywKHYTJBZMQjRwIBw&url=https://www.aiterapia.org/2018/05/24/dolore-oncologico-1/>

Che cos'è il dolore

Il dolore è una **sensazione spiacevole**, una cosciente consapevolezza di uno stimolo, che induce un'**esperienza emozionale**, una sensazione di disagio che porta ad un comportamento reattivo.

L'Associazione Internazionale per lo Studio del Dolore (IASP) lo definisce:

“Un'esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata con un danno tissutale reale o potenziale, o descritto come tale”.

È un **segnale** inviato dal nostro corpo per indicare che qualcosa non va e che deve essere cercato e curato.

Nelle malattie oncologiche può essere presente:

- alla diagnosi;
- durante o dopo i trattamenti;
- in fase avanzata.

Perché sentiamo dolore

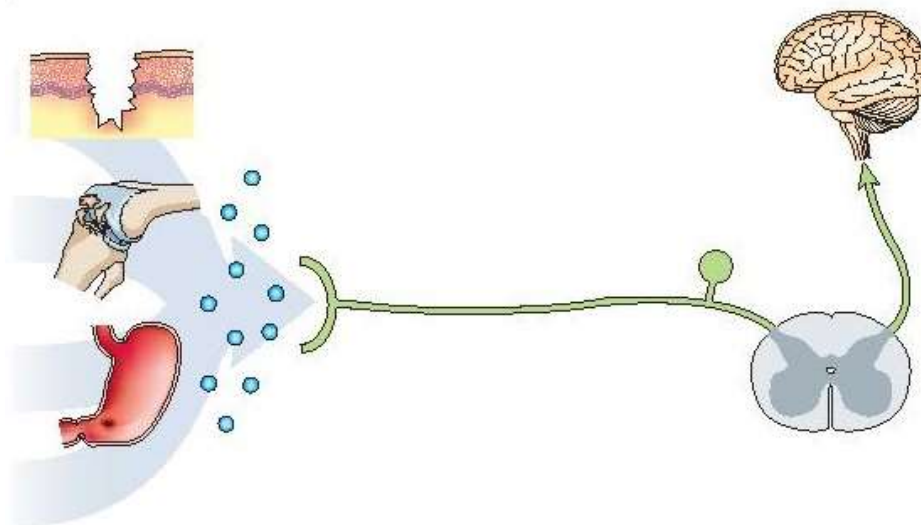
Ogni parte del nostro corpo ha dei sensori, i cosiddetti **recettori**, situati:

- a livello della pelle, dei muscoli, delle ossa;
- a livello degli organi interni.

Questo tipo di dolore viene chiamato *nocicettivo*.

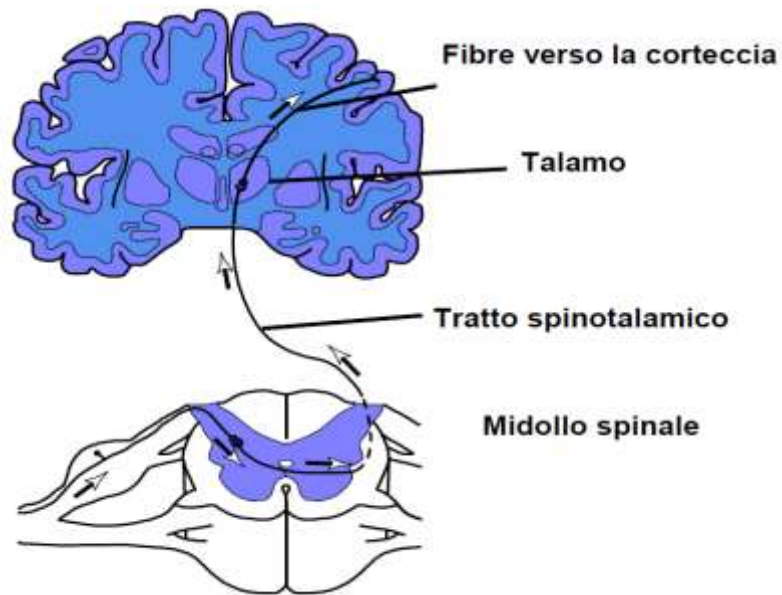
Ci sono poi dolori secondari ad una lesione dei nervi che porta ad una alterazione della trasmissione degli impulsi nervosi. Questo tipo di dolore viene chiamato *neuropatico*.

Lo stimolo doloroso, attraverso le vie nervose, raggiunge il midollo spinale e da qui viene inviato, attraverso vie specifiche, al cervello dove viene rielaborato, interpretato e tradotto in risposta (azione, sensazione ed emozione).



Fonte:

<http://docplayer.it/1923693-Il-dolore-il-dolore-tutto-quello-che-una-persona-che-lo-prova-dice-chesia-esistendo-ogni-qualvolta-si-affermi-che-esista.html>



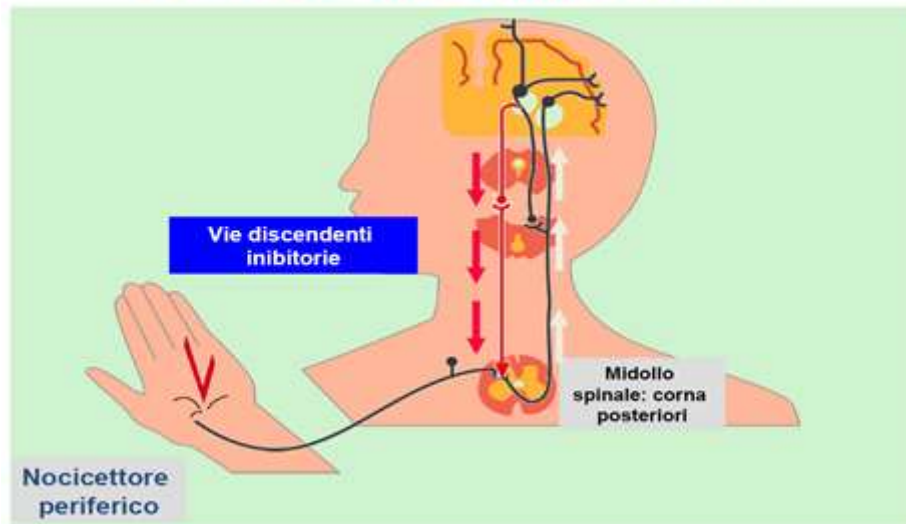
Fonte:

<http://docplayer.it/1923693-Il-dolore-il-dolore-tutto-quello-che-una-persona-che-lo-prova-dice-chesia-esistendo-ogni-qualvolta-si-affermi-che-esista.html>

Esistono anche vie **discendenti** che dalla corteccia cerebrale scendono verso il midollo e portano, come effetto conclusivo, ad una riduzione dell'intensità e della percezione del dolore.

L'azione è mediata da particolari sostanze conosciute come **oppioidi endogeni** (le endorfine) e altri **neurotrasmettitori** (serotonina e noradrenalina).

Vie discendenti inibitorie



Fonte:

<http://docplayer.it/1923693-Il-dolore-il-dolore-tutto-quello-che-una-persona-che-lo-prova-dice-chesia-esistendo-ogni-qualvolta-si-affermi-che-esista.html>

La proiezione dei segnali dolorosi al cervello è responsabile anche dell'effetto che il dolore ha sullo stato d'animo: il dolore può rendere inquieti, tristi, ansiosi e ciò può far sentire più intensi anche minimi dolori.

Il dolore cronico può:

- portare all'immobilità. Se questa non è consigliata per particolari situazioni, indebolisce i muscoli e irrigidisce le articolazioni portando a nuovi dolori;
- rendere difficile il riposo notturno;
- ridurre l'appetito;
- rendere maggiore la dipendenza da altri;
- provocare ansia, paura, depressione e isolamento;
- rendere più difficile il prosieguo delle cure.

Un solo sintomo può derivare da altri fattori



Fonte:

[https://www.google.it/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=imgres&cd=&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwi3_vzAmcTNAhVC1SwKHXQ_CRoQjRwIBw&url=http%3A%2F%2Falgologia.altervista.org%2FAlgologia%2FTerapia_DO_\(1\).html&psig=AFQjCNG9PoWIsPcPpfneuQj_WCF40JJRZw&ust=1466979197365291](https://www.google.it/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=imgres&cd=&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwi3_vzAmcTNAhVC1SwKHXQ_CRoQjRwIBw&url=http%3A%2F%2Falgologia.altervista.org%2FAlgologia%2FTerapia_DO_(1).html&psig=AFQjCNG9PoWIsPcPpfneuQj_WCF40JJRZw&ust=1466979197365291)

Tipo di dolore

1) *Dolore nocicettivo*

È causato dalla stimolazione dei recettori delle terminazioni nervose (nocicettori) e l'intensità è correlata all'entità del danno dei tessuti.

Può essere distinto in:

- somatico, quando è causato da danni o lesioni a livello di cute, mucose (superficiale) o nei tessuti profondi come l'osso, la pleura, i muscoli. È più facilmente localizzabile ed in genere peggiora con il movimento;
- viscerale per distensione, contrazione o coinvolgimento di organi interni come il fegato, l'intestino, i reni. Può essere identificato come sordo o gravativo se è coinvolto un viscere cavo, oppure lancinante o penetrante se dovuto al danno di membrane periviscerali. Spesso non è facilmente localizzabile e può essere riferito in parti del corpo diverse dal punto in cui origina.

2) *Dolore neuropatico*

È dovuto alla lesione, ad un danno o ad una alterata funzione dei nervi e/o delle vie nervose.

3) *Dolore misto*

Dalla combinazione di entrambi i meccanismi

In tutti i dolori cronici è presente una componente di sofferenza psicologica da considerare nell'approccio terapeutico globale.

Cause di dolore oncologico

Il dolore da neoplasia può essere la prima manifestazione della malattia ancora non conosciuta, oppure può comparire successivamente alla diagnosi per progressione o per le complicanze dei trattamenti intrapresi quali la chirurgia, la radioterapia, la chemioterapia e l'ormonoterapia (il cosiddetto dolore iatrogeno).

Se consideriamo le cause, distinguiamo:

1) Dolore direttamente causato dal tumore per:

- *coinvolgimento di ossa e/o articolazioni;*
- *coinvolgimento o distensione di organi contenuti nel torace o addome;*
- *ulcerazione di cute o mucose;*
- *infiltrazione tumorale e/o compressione dei tessuti nervosi;*
- *crescita endocranica;*
- *infiltrazione meningea (membrane che avvolgono il sistema nervoso).*

2) Dolore secondario ai trattamenti:

- *chemioterapia:* alcuni farmaci, da soli o in combinazione con la radioterapia, possono provocare mucosite, esofagite o enterite cioè infiammazione di bocca, esofago o dell'intestino con difficoltà nel mangiare e bere o diarrea. Altri farmaci sono irritanti per le strutture nervose e provocare formicolii o dolore, mentre altri provocano dolore per un danno alle pareti venose;
- *ormonoterapia:* può provocare dolori alle articolazioni;
- *radioterapia:* il dolore può comparire precocemente durante la terapia stessa o manifestarsi a distanza anche di molto tempo per fenomeni di fibrosi e danni vascolari;
- *chirurgia:* distinguiamo un dolore **acuto** dopo manovre per il posizionamento di drenaggi biliari, per pleurodesi chimica, nefrostomia, dilatazione esofagea e posizionamento di protesi, dilatazione rettale e/o posizionamento di endoprotesi; oppure dolore **cronico** che compare a seguito di lesioni nervose sacrificate, intolleranza a protesi o per fibrosi dei tessuti vicini;
- *dolori da terapie di supporto:* sono i dolori che si possono sentire dopo la somministrazione dei fattori di crescita per i globuli rossi e bianchi dopo la chemioterapia, la terapia con bifosfonati per le metastasi ossee o la cefalea da antiemetici.

Come misurare il dolore

Il dolore non è oggettivamente osservabile, è “soggettivo”.

Può essere *descritto*.

- **Dov'è localizzato?**

- **Che tipo di dolore è?**

Come descriverebbe il suo dolore? (lancinante, sensazione di bruciore, come un formicolio o una scossa elettrica, pulsante, mordente, localizzato o diffuso, oppressivo, crampiforme, sordo);
Che cosa peggiora o migliora il dolore?;
Che impatto ha sulla vita? (sonno, attività, relazione con familiari, amici e altri).

Può essere *misurato* con le scale di misurazione del dolore

- **Quanto è forte?**

Scale di misurazione del dolore

Queste scale permettono di quantificare l'intensità soggettiva senza sovrastime o sottostime e facilitano la valutazione di efficacia del trattamento. Possono essere di vari tipi, più o meno complesse che valutano sia l'intensità che la disabilità provocata dal dolore ed altre per pazienti non collaboranti con deterioramento cognitivo.

Nella pratica clinica si ricorre in genere a scale che misurano esclusivamente l'intensità del dolore.

Con la scala **Numerica** (NRS) viene chiesto di indicare con un numero da 0 (dolore assente) a 10 (il peggior dolore immaginabile) quanto dolore viene avvertito al momento della valutazione e nei giorni precedenti.

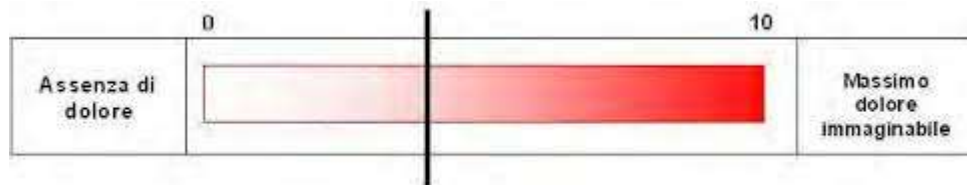
Risulta facilmente comprensibile ed applicabile anche per persone che, in presenza di problemi di vista, motori o percettivi, potrebbero avere difficoltà a comprendere le istruzioni.



Fonte:

https://www.google.it/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=images&cd=&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwig-c_ZmsTNAhXLEswKHZYIDMUQjRwIBw&url=https%3A%2F%2F nursearea.wordpress.com%2F2012%2F03%2F09%2F797%2F&psig=AFQjCNH0ZrxNxd5LJO2t-zjMmcEqHb68ZZA&ust=1466979516983582

Le scale **Visive** analogiche (VAS) sono composte da una linea le cui estremità indicano rispettivamente l'assenza del dolore o il più forte dolore immaginabile. Viene chiesto di segnare il punto che corrisponde al livello di intensità del dolore.



Fonte: <http://www.fondazioneitalianadelrene.org/wp-content/uploads/2010/09/TESL.pdf>

Nelle scale descrittive **Verbali** (VRS) si deve scegliere la descrizione del tipo di dolore che più si avvicina alla sensazione vissuta.



Fonte:

https://www.google.it/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=images&cd=&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKewi0hIn8msTNAhWHBSwKHTkHB64QjRwIBw&url=http%3A%2F%2Fwww.retedolore.it%2Fhtml%2Fpag%2Fit%2Fdiagnosi_medici.asp&psig=AFOjCNH0ZrxNxd5LjO2tzjMmcEqHb68ZZA&ust=1466979516983582

Il dolore può essere valutato anche in persone che presentano alterazioni cognitive o che non possono o non riescono a farsi capire ?

Si.

In questo caso si possono utilizzare le *scale verbali* e/o porre attenzione all'*espressione del volto* (aggrottare le sopracciglia, aspetto triste o impaurito del volto, smorfie, chiusura degli occhi o corrugamento della fronte), a *vocalizzazioni* (pianti, lamenti, gemiti, sospiri), a *movimenti del corpo* (postura rigida e tesa in protezione, limitazione dei movimenti, rifiuto del movimento). Anche il *cambio di umore come la comparsa di ansia, irrequietezza, isolamento e riduzione della comunicazione, l'insonnia, il cambiamento alimentare* (inappetenza) e le *turbe neurovegetative* (pallore, sudorazione, nausea/vomito) possono essere di aiuto.

Terapia farmacologica del dolore

Nella scelta del trattamento analgesico più adeguato, sarà considerato il tipo e l'intensità del dolore, la modalità in cui si manifesta, se è scatenato o accentuato da qualche evento, se vi sono momenti di dolore più intenso, episodico, il cosiddetto *breakthrough pain* o dolore parossistico, **transitorio** che si manifesta sulla base di un dolore cronico ben controllato dalla terapia analgesica somministrata ad orari fissi ed è caratterizzato da uno o più episodi dolorosi di frequenza variabile che durano mediamente 20-30 minuti.

Va distinto dal **dolore acuto incidente**, scatenato da eventi specifici (tosse, cambi di postura, defecazione, ...) ed è spesso legato alla presenza di metastasi ossee.

Gli analgesici vengono di solito distinti in:

- non oppioidi;
- oppioidi deboli;
- oppioidi forti;
- adiuvanti.

La strategia terapeutica si basa sulle indicazioni fornite dall'Organizzazione Mondiale della Sanità con la cosiddetta "scala degli analgesici" che vede l'indicazione all'utilizzo di classi di farmaci a seconda dell'intensità del dolore.

In caso di *dolore lieve*, l'indicazione è utilizzare i farmaci del primo gradino, **non oppioidi**, ossia il paracetamolo e la classe degli antinfiammatori non steroidei (FANS); per il *dolore lieve-moderato* gli **oppioidi deboli** e per il *dolore moderato-severo* gli **oppioidi forti**.

A questi possono affiancarsi **farmaci adiuvanti**, di per sé NON analgesici, ma di aiuto come cortisonici, anticonvulsivanti, antidepressivi, ansiolitici.



Fonte:

https://www.google.it/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=images&cd=&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKewibldCzm8TNAhXC1iwKHX00BhgQjRwIBw&url=http%3A%2F%2Fwww.ipasvi.it%2Fprint%2Fclick-salute%2F5.htm&psig=AFQjCNHWWF0wC7lwR3_Xl_a8ur0mAfBu7g&ust=1466979705895604

L'OBIETTIVO è individualizzare la terapia

Il tipo/i di farmaco/i, la dose o la via di somministrazione sarà scelta in base alle caratteristiche del dolore, alle esigenze del paziente, alle patologie concomitanti come l'insufficienza epatica o renale e l'assunzione contemporanea di altri farmaci.

Verrà illustrata la modalità di assunzione e gli effetti collaterali più frequenti e la loro gestione.

Se il trattamento prevede l'uso degli oppioidi può essere scelta la pratica di utilizzare, all'inizio, farmaci orali a rilascio immediato ogni 3-4 ore. La personalizzazione della dose di oppioidi si ottiene a partire da una dose bassa facendo poi degli ulteriori incrementi fino al raggiungimento dell'effetto desiderato che sarà mantenuto con formulazioni a rilascio prolungato ad **"orari fissi"**.

Oltre al farmaco da assumere ad orari fissi, ne saranno prescritti altri da assumere **al bisogno**, quando il dolore inizia a salire, senza tardarne l'assunzione, per evitare che divenga insopportabile.

La necessità di aumentare il dosaggio per raggiungere l'effetto analgesico è una cosa che si osserva frequentemente e non sempre è dovuta a crescita della malattia. Le dosi di farmaci oppioidi necessarie ad alleviare il dolore sono largamente variabili da individuo a individuo ed è stato suggerito che una predisposizione genetica del singolo individuo influenzi la risposta agli oppioidi oltre che la percezione del dolore.

A eccezione degli analgesici antinfiammatori, non è necessario assumere gli oppioidi a stomaco pieno MA cercare di rispettare l'intervallo tra le somministrazioni.

In caso di episodi di vomito dopo l'assunzione del medicinale, cerca di verificare la presenza della compressa. Se presente, può essere assunta una nuova dose.

Farmaci per il dolore lieve (NRS 1-4)

Analgesici non oppioidi

Comprendono la categoria degli antinfiammatori, i *FANS*, prescritti proprio per la loro azione antinfiammatoria.

L'efficacia è tuttavia limitata da un effetto "tetto" per cui si raggiunge una dose massima al di là della quale possono aumentare gli effetti collaterali ma non quello analgesico. Possono pertanto essere utilizzati per brevi periodi.

Tra gli effetti collaterali ricordiamo il rischio di emorragia digestiva, la tossicità renale, la ritenzione idrica, il rischio di incidenti cardiovascolari (infarto e/o ictus) ed interferenza con la coagulazione ed i farmaci anticoagulanti.

Il *Paracetamolo* appartiene a questa categoria ma non ha gli effetti collaterali dei *FANS*.

Anche per questo farmaco non si deve superare il dosaggio massimo consentito.

Farmaci per il dolore di media intensità (NRS 5-6)

Analgesici oppioidi minori

Non presentano le controindicazioni degli antinfiammatori ma hanno dose "tetto".

Gli effetti collaterali, in genere facilmente controllabili, sono quelli tipici degli oppioidi come nausea, vomito, vertigini. Per minimizzarli è opportuno iniziare con dosi basse.

Sono il *Tramadolo* e l'associazione *Paracetamolo-Codeina*.

Farmaci per il dolore di forte intensità (NRS 7-10)

Analgesici oppioidi maggiori

La sede di azione principale degli oppioidi è il sistema nervoso centrale (SNC), cioè il midollo spinale ed il cervello dove agiscono bloccando o modificando la trasmissione del dolore.

Dopo essere stati assunti, si legano a specifici recettori, come la chiave in una serratura.

Questi recettori sono di solito occupati da altre sostanze che vengono chiamate oppioidi endogeni, perché prodotti a livello del nostro **Sistema Nervoso Centrale**. Sono le cosiddette *endorfine* che regolano e modulano il passaggio di impulsi dolorosi provenienti dal nostro corpo.

A differenza degli oppioidi minori, il loro dosaggio può essere aumentato notevolmente ma con gradualità fino ad ottenere un soddisfacente controllo del dolore.

Questi farmaci possono essere utilizzati anche per dolori non dovuti a neoplasie ma particolarmente intensi come ad esempio per artrosi, artrite o neuropatie (nevralgia post-erpetica, diabete).

- *Tapentadolo* come compresse da assumere due volte al giorno.
- *Morfina*: efficace anche per controllare la tosse e la difficoltà di respirazione che non risponde ad altri specifici farmaci. Viene utilizzata in fialoidi, gocce, sciroppo, compresse a rilascio prolungato ogni 12 ore, fiale per uso intramuscolare, sottocutaneo, endovenoso.
- *Ossicodone* in compresse a rilascio prolungato ogni 12 ore oppure nelle formulazioni a rilascio rapido in associazione a paracetamolo.
- *Idromorfone* come capsule da assumere solo 1 volta al dì.
- *Metadone* come soluzione da assumere per bocca
- *Fentanile e Buprenorfina* come “cerotti” in formulazione transdermica.

Il fentanile esiste anche in formulazioni orali e nasali a rapido assorbimento per il dolore episodico intenso.

I cerotti sono indicati in genere nel dolore stabilizzato con rari episodi di riacutizzazione ed in particolari situazioni quali la difficoltà ad alimentarsi, come in alcuni tumori della regione capo-collo per estensione della neoplasia o per gravi infiammazioni (mucositi) della bocca o dell'esofago in conseguenza dei trattamenti, in situazioni di accelerato transito intestinale (per gastrectomia totale o ampie resezioni intestinali) o di rallentato transito, in caso di intolleranza ad altri oppioidi e nell'insufficienza renale.

Effetti collaterali dei farmaci analgesici oppioidi

Per ognuno di loro verranno dati dal medico alcuni suggerimenti per renderli più tollerabili ma è importante segnalarli perché possono essere provocati non solo dall'analgesico ma anche dai trattamenti per la neoplasia stessa.

Un ruolo positivo è dato dall'idratazione.

Nausea e vomito

Questi sintomi sono presenti in circa il 20-40% dei pazienti ed in genere non vengono richieste particolari misure profilattiche essendo di solito transitori.

Possono andar bene gli stessi farmaci utilizzati durante la chemioterapia anche associati al cortisone.

Stipsi

È l'effetto avverso più comune, presente in percentuale variabile tra il 30-90% dei pazienti.

Non esiste un lassativo migliore rispetto ad un altro. Per minimizzarlo verrà consigliato un trattamento profilattico utilizzando il lassativo in modo regolare, modulandone la quantità in relazione all'effetto essendo possibile che alcuni trattamenti oncologici, od altre terapie concomitanti, comportino stipsi o diarrea.

Se non controindicati, scegliere alimenti ricchi di fibre come pane e pasta integrali; mangiare frutta e verdure aiuta a limitare il disturbo.

In generale, è importante cercare di bere il più possibile e di mantenere un'adeguata attività fisica.

Sonnolenza, sedazione

Sono effetti collaterali frequentemente descritti all'inizio della terapia o all'aumentare della dose con una frequenza del 20-60%

Di solito si riducono notevolmente dopo 2-4 giorni

Meno frequenti: **prurito, sudorazione, allucinazioni, vertigini, ritenzione urinaria** prevalentemente nei maschi da ipertrofia della ghiandola prostatica, **xerostomia** (secchezza della bocca), **ipotensione**.

Se gli effetti collaterali dovessero risultare particolarmente intensi e non controllabili con i farmaci sintomatici prescritti, verrà valutata una riduzione della dose, un cambio di farmaco o una diversa via di somministrazione.

Farmaci adiuvanti

Sono farmaci che, pur avendo un'indicazione terapeutica propria, hanno dimostrato di avere, in particolari circostanze, un effetto analgesico aggiuntivo e contribuiscono all'efficacia del trattamento quando utilizzati da soli o in associazione agli analgesici veri e propri.

Vengono pertanto utilizzati per aumentare l'effetto analgesico e per controllare certi tipi di dolore o altri sintomi associati al dolore.

Sono:

- Ansiolitici per ridurre l'ansia.
- Antidepressivi ed Anticonvulsivanti per il dolore neuropatico.
- Cortisonici per l'azione antinfiammatoria e per ridurre l'edema.
- Bifosfonati nel dolore da metastasi ossee.
- Antispastici per il dolore colico e ureterale.
- Octreotide utile nell'occlusione intestinale neoplastica.

Alcune riflessioni conclusive

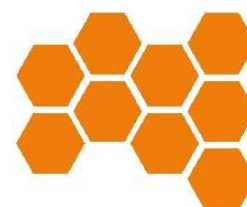
Abbiamo visto che il dolore può essere uno dei segnali attraverso i quali la malattia si mostra o evolve, ma che può manifestarsi anche in conseguenza delle terapie.

Non dovrebbe quindi essere accettato con rassegnazione perchè "*fa parte della malattia*" con l'errata convinzione che non possa essere controllato e che i farmaci sono solo dei *palliativi* assegnando a questa parola il significato più riduttivo, di inutilità.

I farmaci oppioidi prescritti per una sintomatologia dolorosa importante non portano alla dipendenza fisica e non si deve temere di essere considerati "tossicodipendenti".

Non è vero che gli oppioidi sono riservati ai malati in fase terminale né che le alte dosi siano equivalenti all'eutanasia.

Ridurre il dolore non significa nascondere la malattia ma affrontarla con più forza



Via Enrico Nöe, 23 - 20133 Milano
I piano

Telefono: +39 02 26 68 33 35

Email: fondazioneaiom@fondazioneaiom.it



Via Enrico Nöe, 23 - 20133 Milano
IV piano

Telefono: +39 02 70 63 02 79

Fax: +39 02 23 60 018

Email: aiom.secretario@aiom.it

