



# Direttive anticipate della Lega contro il cancro

La mia volontà vincolante  
rispetto alla malattia,  
l'agonia e alla morte

Direttive anticipate di



## Impressum

### Editore

Lega svizzera contro il cancro  
Effingerstrasse 40  
Casella postale  
3001 Berna  
Tel. 031 389 91 00  
Fax 031 389 91 60  
info@legacancro.ch  
www.legacancro.ch

### Direzione del progetto

Eva Waldmann, direttrice del programma di riabilitazione e cure palliative, Lega svizzera contro il cancro, Berna

### Testo

Dr. theol. Ruth Baumann-Hölzle, dr. theol., direttrice dell'Istituto Dialog Ethik, Zurigo  
Verena Marti, supporto pubblicitaria, Lega svizzera contro il cancro, Berna  
Lic. phil. Sabine Jenny, direttrice del programma InfoCancro, Lega svizzera contro il cancro, Berna  
Lic. phil. Patrizia Kalbermatten-Casarotti, MAS, collaboratrice scientifica per le direttive anticipate, Istituto Dialog Ethik, Zurigo  
Lic. phil. Daniela Ritzenthaler-Spielmann, collaboratrice scientifica per le direttive anticipate, Istituto Dialog Ethik, Zurigo  
Eva Waldmann, Lega svizzera contro il cancro, Berna

### Consulenza specialistica

Dr. med. Hans Neuenschwander, Hospice Ticino e IOSI, Lugano  
Dr. med. Claudia Mazzocato, PD, MER, service de soins palliatifs, CHUV, Losanna  
Dr. med. Ueli Grüninger, direttore del Collegio di Medicina di Base (CMB), Berna  
Irma Boving, infermiera oncologica, collaboratrice della Linea Cancro, Lega svizzera contro il cancro, Berna  
Klara Högger, infermiera diplomata AKP, operatrice sociale, Lega contro il cancro San Gallo-Appenzello  
Anne-Lise Bezençon, operatrice sociale, Lega contro il cancro, Vallese

### Traduzione

Paolo Giannoni, Thun

### Lettorato

Lucia Miggiano, Lega svizzera contro il cancro, Berna

### Immagini

ImagePoint AG, Zurigo

### Design

Lega svizzera contro il cancro, Berna

Le presenti direttive anticipate sono disponibili anche in lingua francese e tedesca.

© 2013, 2009

Lega svizzera contro il cancro, Berna  
2ª edizione rivista e ampliata

In collaborazione con



*Questo documento ha lo scopo di incoraggiarla ad affrontare le questioni importanti della fase terminale della sua vita, se possibile assieme a persone di sua fiducia. Con la redazione del documento – delle sue direttive anticipate – lei stabilisce come debbano essere prese le decisioni, nel caso in cui lei non sia più in grado di farlo.*

*Le presenti direttive anticipate affrontano dettagliatamente questioni specifiche che possono insorgere in caso di cancro.*

*Ulteriori informazioni su come compilare le direttive anticipate sono contenute nell'opuscolo «Scelte di fine vita – Guida alla compilazione delle direttive anticipate». L'opuscolo fornisce ulteriori suggerimenti e annotazioni concernenti la compilazione delle direttive del paziente.*

*Le informazioni per l'ordinazione sono nell'appendice a pagina 34.*

# Generalità

*Questo capitolo va compilato per primo e in ogni caso.*

## In generale:

- apporre una crocetta ().
- apporre al documento data e firma a penna.
- se compila a penna il documento, scriva in modo ben leggibile.

Cognome/nome \_\_\_\_\_

Via/numero \_\_\_\_\_

NPA/luogo \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

(Giorno. Mese. Anno.)

Comune di appartenenza \_\_\_\_\_

Religione/confessione \_\_\_\_\_

Medico curante

Cognome/nome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Telefono del lavoro \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

# Premessa

*Per molti, stilare le direttive anticipate non è facile. La malattia, l'agonia e la morte sono temi di cui preferiamo non occuparci nella vita quotidiana. Chi però fa questo passo, spesso si sente poi tranquillizzato e sollevato.*

*Le direttive anticipate aiutano la persona affetta, i familiari e l'équipe curante a chiarire cosa l'interessata desidera alla fine della sua vita e anche – più che altro – cosa non desideri. Qualora non dovesse più essere capace di discernere, le direttive anticipate sono espressione delle volontà che ha espresso in precedenza. In tal modo essa può stabilire quali decisioni vadano prese, nel caso in cui successivamente non sia più in grado di decidere.*

*Parli delle sue decisioni con i suoi familiari e amici, con la persona con diritto di rappresentanza da lei designata, con il suo medico e con altre persone di sua fiducia. Questi colloqui possono essere utili nell'affrontare questioni esistenziali.*

## Luogo di conservazione

*Conservi le direttive anticipate in modo che vengano trovate quando ve ne sarà bisogno. Ne consegni una copia aggiornata alla persona con diritto di rappresentanza ed eventualmente anche al suo medico curante. Si assicuri che le persone che conservano una copia aggiornata delle direttive siano disposte a portarla in ospedale qualora se ne presenti la necessità.*

*A partire dal 2013 potrà registrare, in forma digitale sulla tessera assicurativa della cassa malati, le indicazioni relative al luogo di conservazione delle direttive anticipate. Chieda al suo medico di effettuare per lei questa registrazione.*

*All'ultima pagina troverà una scheda da distaccare, sulla quale può scrivere che ha compilato le direttive anticipate e i dati di chi le conserva. In caso di emergenza può essere molto utile se l'avesse su di sé, ad esempio nel portafoglio.*

*A partire dal 2013 i medici ospedalieri che curano pazienti non più capaci di discernimento sono tenuti a verificare l'esistenza di disposizioni anticipate, controllando la tessera d'assicurato. Pertanto è essenziale registrare sulla tessera assicurativa il luogo in cui si conservano le direttive anticipate.*

*Nell'appendice a pagina 34 vi sono indicazioni su un indirizzo Internet dove trovare ulteriori informazioni sulla tessera assicurativa. Vi sono riportati anche tutti gli indirizzi delle Leghe cantonali contro il cancro (vedi p. 35) che possono consigliarla per la compilazione delle direttive anticipate: la consulenza è gratuita. Sul tema delle direttive anticipate è disponibile anche un opuscolo con ulteriori informazioni (vedi p. 34).*

**Attenzione: affinché le direttive anticipate siano valide, devono essere datate e firmate a mano. Se non si è in grado di farlo, le direttive anticipate devono essere autenticate.**

**Si prega di stampare il documento e firmare a pagina 31.**

*Per agevolare la lettura, nel testo ci si riferisce a entrambi i sessi usando la sola forma femminile o maschile.*

# Indice

*Si prenda il tempo necessario per decidere sui punti che al momento le stanno a cuore. L'indice in calce offre la possibilità di indicare la data di compilazione, così che non si debbano compilare in una sola volta tutti i capitoli e punti.*

*Per l'équipe curante è utile avere una panoramica dei capitoli e punti che ha redatto. Accanto al numero della pagina, indichi la data di compilazione dei singoli punti.*

*Si ricordi, nel caso di integrazioni o modifiche, di apporre anche a pagina 32 la data dell'aggiornamento e la sua firma.*

	Pagina	Compilato il
<b>Generalità</b>	<b>3</b>	
<b>Premessa</b>	<b>4</b>	(Giorno. Mese. Anno.)
<b>Destinatari</b>	<b>6</b>	
Persona con diritto di rappresentanza	6	
<b>Cose che mi stanno a cuore</b>	<b>10</b>	
<b>Disposizioni mediche</b>	<b>13</b>	
Attenuazione di dolori	13	
Attenuazione della dispnea	14	
Attenuazione di altri sintomi	15	
Alimentazione	16	
Liquidi	18	
Misure di mantenimento in vita	18	
Rianimazione	19	
<b>Assistenza e accompagnamento</b>	<b>20</b>	
Ricovero in un ospedale acuto	20	
Dove desidero morire	21	
Accompagnamento	21	
Pratiche religiose	23	
<b>Dopo la mia morte</b>	<b>24</b>	
Ricerca medica	24	
Disposizione del mio corpo	25	
Visione della mia documentazione del paziente	27	
Rito funebre	28	
Altre cose che mi stanno a cuore	30	
<b>Data e firma</b>	<b>31</b>	
<b>Aggiornamenti</b>	<b>32</b>	compilare solo a pagina 32
<b>Documenti importanti e loro luogo di conservazione</b>	<b>33</b>	
<b>Appendice</b>	<b>34</b>	

# Destinatari

*Raccomandiamo di compilare questa parte in ogni caso.*

Fintanto che sono capace di discernere posso accettare o rifiutare direttamente le terapie propostemi dal medico curante.

I progressi della medicina consentono oggi a tante persone di vivere più a lungo e di avere una qualità della vita migliore rispetto a prima. Le nuove possibilità di intervento in campo medico possono però anche portare a situazioni problematiche nuove. In quanto persona autonoma e in grado di discernere, ho il diritto di rinunciare alle misure mediche e terapeutiche che non reputo desiderabili. Viceversa, posso esigere l'applicazione di misure, purché adeguate secondo le regole della pratica medica e/o terapeutica. Posso pretendere quindi che sia rispettata la mia volontà.

Con le mie direttive intendo alleggerire la persona con diritto di rappresentanza e l'équipe curante. Le direttive anticipate danno loro indicazioni su come decidere ed agire nel rispetto dei miei desideri, qualora io non sia più in grado di decidere direttamente.

## Persona con diritto di rappresentanza

*La persona indicata,*

- *viene informata sul mio stato di salute e sulla prognosi in merito all'ulteriore decorso della malattia*
- *viene coinvolta nelle decisioni in merito al trattamento e all'assistenza*
- *impone le volontà da me registrate nelle presenti disposizioni anticipate*
- *approva o respinge in mia vece le misure mediche previste*
- *nelle questioni mediche e terapeutiche non disciplinate nelle presenti direttive anticipate, decide in sintonia con le direttive e secondo la mia presunta volontà*
- *è autorizzata a decidere sull'eventuale espianto di organi, tessuti o cellule, fatta riserva di quanto da me disposto al punto «Disposizione del mio corpo» a pagina 25 delle presenti direttive anticipate*

Ho concordato le presenti direttive anticipate con le persone indicate qui di seguito.

Esonero i medici curanti e l'équipe curante dall'obbligo del segreto nei confronti delle persone citate.

### **Persona con diritto di rappresentanza**

Cognome/nome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

(Giorno. Mese. Anno.)

Telefono privato/telefono lavoro \_\_\_\_\_

Cellulare/e-mail \_\_\_\_\_

Tipo di rapporto \_\_\_\_\_

Eventuali accordi \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Persona con diritto di rappresentanza di riserva**

Qualora la suddetta persona con diritto di rappresentanza non potesse svolgere la sua funzione, le seguenti persone, nell'ordine di successione, sono autorizzate a svolgerne i compiti.

Cognome/nome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

(Giorno. Mese. Anno.)

Telefono privato/telefono lavoro \_\_\_\_\_

Cellulare/e-mail \_\_\_\_\_

Tipo di rapporto \_\_\_\_\_

Eventuali accordi \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cognome/nome

---

Indirizzo

---

Data di nascita

---

(Giorno. Mese. Anno.)

Telefono privato/telefono lavoro

---

Cellulare/e-mail

---

Tipo di rapporto

---

Eventuali accordi

---

---

### **Nessuna persona con diritto di rappresentanza designata**

Se nella pagina precedente non ho designato una persona con diritto di rappresentanza, la cerchia di persone riportate qui di seguito, nell'ordine di successione, ha automaticamente il diritto di decidere in mia vece.

*Le persone sono per legge (art. 378 del Codice civile):*

- *un patrocinatore con diritto di rappresentanza per misure mediche*
- *il coniuge, il partner registrato, che condividono l'economia domestica o che assistono la persona incapace di discernimento regolarmente*
- *la persona che vive nella stessa economia domestica\**
- *i discendenti\**
- *i genitori\**
- *i fratelli e sorelle\**

*\* Se assistono regolarmente la persona incapace di discernimento.*

Non ho designato una persona con diritto di rappresentanza e voglio che questo diritto sia esercitato dai miei familiari nell'ordine di successione stabilito dalla legge.



- Non ho designato una persona con diritto di rappresentanza e voglio che questo diritto **non** sia esercitato dai miei familiari come previsto dalla legge. **Sono consapevole** del fatto che l'autorità di protezione degli adulti probabilmente designerà un curatore con diritto di rappresentanza per misure mediche, se occorre decidere in merito ad un trattamento medico sul quale io non ho espresso la mia volontà nelle direttive anticipate.

### Persone indesiderate

Dispongo che le seguenti persone non possano venire a trovarmi e che non possano influire in alcun modo.

Cognome/nome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Tipo di rapporto \_\_\_\_\_

Osservazioni \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cognome/nome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Tipo di rapporto \_\_\_\_\_

Osservazioni \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Ringraziamenti

Ringrazio di cuore i medici, il personale curante, i miei rappresentanti terapeutici e tutte le persone coinvolte, consapevole del fatto che per loro possono venirsi a creare situazioni difficili e gravose.

# Cose che mi stanno a cuore

*Le sue affermazioni sulle seguenti questioni servono a chiarire il suo atteggiamento nei confronti della vita, i suoi valori e desideri, le sue paure, le sue aspettative e speranze in relazione alla salute e alla malattia. Forniscono un panorama su di lei e contribuiscono a far sì che possa essere curato e assistito in modo adeguato alle sue esigenze. Inoltre, in base a quanto lei afferma diventa più facile sapere come deciderebbe anche in una situazione per la quale non ha dato disposizioni esplicite.*

## **In queste situazioni mi sento a mio agio:**

*ad es. ambiente, persone, animali, odore, temperatura, colori, suoni ecc.*

---

---

---

## **In relazione ad altre persone apprezzo:**

*ad es. vicinanza – distanza, corpo – intelletto, fare – stare insieme, colloqui – silenzio ecc.*

---

---

---

## **Queste abitudini/rituali sono per me importanti:**

*ad es. struttura della giornata, mangiare, bere, cura del corpo, contatti, svago, animali domestici ecc.*

---

---

---

**Per me le seguenti cose sono molto importanti:**

*ad es. abbigliamento, cura del corpo, sistemazione dell'ambiente, cibo spirituale, contatti sociali ecc.*

---

---

---

**Mi piace in particolar modo:**

*ad es. cibi, bevande, musica, posizionamento, contatto fisico, attività, contatti sociali ecc.*

---

---

---

**Invece non mi piace:**

*ad es. cibi, bevande, musica, posizionamento, contatto fisico, attività, contatti sociali ecc.*

---

---

---

**Cose che vorrei ancora vivere:**

*ad es. evento, incontro, rappacificazione, colloquio, realizzazione di un desiderio, visita ad un luogo ecc.*

---

---

---

**Credo in:**

*ad es. valori, convinzioni, conoscenze, metodi, persone ecc.*

---

---

---

**Ho paura di:**

*ad es. limitazioni, impedimenti, perdite, ferite ecc.*

---

---

---

**Desidero che sia rispettato quanto segue:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# Disposizioni mediche

*Questa sezione può anche essere compilata solo in parte e in momenti diversi.*

*Le presenti direttive anticipate della Lega contro il cancro affrontano dettagliatamente questioni specifiche che possono insorgere in caso di cancro.*

*Se compilando queste disposizioni di carattere medico, le dovessero insorgere domande specifiche ne parli con il suo medico o con l'équipe curante. Si faccia spiegare da un esperto i vantaggi e gli svantaggi e le conseguenze che le diverse varianti comportano.*

## Cure palliative

Con cure palliative si intende il trattamento e complessivamente l'assistenza di persone affette da una malattia progressiva, cronica o incurabile, tenuto conto delle esigenze mediche, sociali, psicologiche e spirituali della persona. Particolare importanza viene data all'alleviamento del dolore e di altri gravi sintomi quali le difficoltà respiratorie, la nausea o la paura, sempre allo scopo di raggiungere una buona qualità di vita.

Se non fossi in grado di esplicitare la mia volontà, espongo con la presente cosa mi aspetto dalla équipe curante qualora non dovessi più essere in grado di comunicare la mia volontà. Qualora le disposizioni delle mie direttive non dovessero essere sufficienti per prendere decisioni in una situazione concreta, la persona con diritto di rappresentanza da me designata è autorizzata ad approvare o a respingere le misure proposte.

## Attenuazione di dolori

Parto dal presupposto e voglio che i miei dolori vengano trattati secondo le conoscenze delle moderne cure palliative.

### Alternativa A

Se malgrado tutti i migliori trattamenti disponibili dovessi avere dei dolori, voglio che i medicinali antidolorifici così come sedativi e altri medicinali siano dosati generosamente al fine di alleviare i sintomi. Ciò vale anche se questa decisione comporta un'alterazione del mio stato di coscienza o una diminuzione della durata della vita.

**Alternativa B**

È importante per me avere momenti di piena coscienza. Se malgrado tutti i migliori trattamenti disponibili dovessi avere dei dolori, voglio che i medicinali antidolorifici così come sedativi e altri medicinali siano utilizzati unicamente per rendere il mio stato sopportabile.

Istruzioni particolari

---

---

---

## Attenuazione della dispnea

*La sensazione di non poter più respirare bene può generare molta paura. Le misure miranti a sostenere la respirazione aiutano ad evitare una dispnea improvvisa.*

*Nelle cure palliative la dispnea viene trattata con medicinali ed altre misure terapeutiche. Se la situazione lo richiede viene somministrato ossigeno direttamente nel naso tramite un tubicino.*

*La respirazione può anche essere sostenuta tramite apparecchi, come ad esempio una maschera.*

*In caso di misure invasive (invasivo: che interviene sul soggetto modificandolo) sono necessarie apparecchiature per sostenere la respirazione: per l'apporto diretto di aria viene inserito un tubo nella trachea. Ciò è possibile attraverso la bocca, il naso o una tracheotomia.*

**Non desidero che la mia respirazione sia sostenuta da apparecchi. La dispnea deve essere trattata unicamente con misure palliative efficaci.**

**Alternativa A**

Se malgrado tutti i migliori trattamenti disponibili dovessi soffrire di dispnea, voglio che i medicinali antidolorifici così come sedativi e altri medicinali siano dosati generosamente al fine di alleviare i sintomi. Ciò vale anche se questa decisione comporta un'alterazione del mio stato di coscienza o una diminuzione della durata della vita.

**Alternativa B**

È importante per me avere momenti di piena coscienza. Se malgrado tutti i migliori trattamenti disponibili dovessi soffrire di dispnea, voglio che i medicinali antidolorifici così come sedativi e altri medicinali siano utilizzati solamente per rendere il mio stato sopportabile.

- Desidero che la mia respirazione sia sostenuta da apparecchi**
  - Alternativa A**  
con l'aiuto della maschera, ma non tramite intubazione o tracheotomia, se l'équipe curante ritiene che la respirazione artificiale sia necessaria dal punto di vista medico.
  - Alternativa B**  
anche tramite intubazione o tracheotomia, se l'équipe curante ritiene che la respirazione artificiale sia necessaria dal punto di vista medico.

#### **Intubazione**

Inserimento di un tubo attraverso la bocca o il naso per assicurare il passaggio dell'aria nelle vie respiratorie.

## **Attenuazione di altri sintomi**

Parto dal presupposto e voglio che i sintomi gravosi quali ad esempio la nausea, l'irrequietezza ecc. vengano trattati secondo le conoscenze delle moderne cure palliative.

- Alternativa A**  
Se malgrado tutti i migliori trattamenti disponibili i sintomi non possono essere alleviati sufficientemente, voglio che i medicinali contro il dolore, i sedativi e gli altri medicinali necessari siano dosati generosamente. Ciò vale anche se questa decisione comporta un'alterazione del mio stato di coscienza o una diminuzione della durata della vita.
- Alternativa B**  
È importante per me avere momenti di piena coscienza. Se malgrado tutti i migliori trattamenti disponibili i sintomi non possono essere alleviati sufficientemente, voglio che i medicinali antidolorifici, i sedativi e gli altri medicinali necessari siano utilizzati solamente per rendere il mio stato sopportabile.

Istruzioni particolari

---

---

---

# Alimentazione

*Il diritto all'alimentazione, e quindi al cibo e ai liquidi, è un diritto umano. Ogni persona però, è al contempo libera di rifiutare cibo e liquidi.*

## Cibo

- Voglio che venga accettato un mio rifiuto dell'alimentazione. Ciò significa che non mi si deve più imboccare quando segnalo che non voglio più mangiare, ad es. chiudendo la bocca o girando la testa da una parte quando mi viene offerto il cibo\*.

\* L'équipe curante verifica scrupolosamente che il rifiuto del cibo non abbia una causa fisica, come ad es. dolori in bocca o nella trachea o nell'esofago.

## Integratori alimentari

Non voglio integratori alimentari (ad es. vitamine, bevande energetiche ecc.).

Voglio integratori alimentari (ad es. vitamine, bevande energetiche ecc.).

## Nutrizione artificiale

*La nutrizione artificiale fa parte delle misure per mantenersi in vita.*

*Faccia attenzione che le decisioni a questo punto non contraddicano quelle prese a pagina 18 per le «Misure per mantenere in vita».*

*Il desiderio di una nutrizione artificiale anche nello stadio finale di una malattia incurabile progressiva, sarà rispettato se l'équipe curante la considera indicata dal punto di vista medico. La nutrizione artificiale non è indicata dal punto di vista medico ad es. se è iniziata l'agonia e la morte è imminente.*

*La nutrizione artificiale può avvenire in tre modi:*

- o *mediante una sonda nasogastrica, con un tubo che passa nel naso*
- o *mediante una sonda gastrica direttamente nello stomaco attraverso la parete addominale (PEG)*
- o *mediante infusioni, evitando il tratto gastro-intestinale*

## Nutrizione mediante una sonda gastrica nel naso

### Alternativa A

Rifiuto la nutrizione mediante sonda gastrica nel naso, anche se questo può significare un accorciamento della mia vita. In tali situazioni, l'assistenza dovrà limitarsi alla cura del cavo orale, della cute e delle mucose.



### **Alternativa B**

Voglio essere nutrito mediante una sonda gastrica nel naso, qualora io non sia più in grado di nutrirmi a sufficienza in modo naturale, anche nella fase terminale di una malattia incurabile, a condizione che ciò sia ragionevole sotto il profilo medico.

## **Nutrizione mediante una sonda gastrica attraverso la parete addominale (PEG)**

### **Alternativa A**

Rifiuto la nutrizione mediante una sonda gastrica (PEG), anche se questo può significare un accorciamento della mia vita. In tali situazioni, l'assistenza dovrà limitarsi alla cura del cavo orale, della cute e delle mucose.

### **Alternativa B**

Voglio essere nutrito con una sonda gastrica (PEG) qualora io non sia più in grado di nutrirmi a sufficienza in modo naturale, anche nella fase terminale di una malattia incurabile, a condizione che ciò sia ragionevole sotto il profilo medico.

## **Nutrizione mediante infusioni (ad es. nel circolo sanguigno)**

### **Alternativa A**

Rifiuto la nutrizione mediante infusioni, anche se questo può significare un accorciamento della mia vita. In tali situazioni, l'assistenza dovrà limitarsi alla cura del cavo orale, della cute e delle mucose.

### **Alternativa B**

Voglio essere nutrito mediante infusione, qualora io non sia più in grado di nutrirmi a sufficienza in modo naturale, a condizione che ciò sia ragionevole sotto il profilo medico, anche nella fase terminale di una malattia incurabile.

Istruzioni particolari

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Liquidi

Se non sono più in grado di bere

non voglio ricevere liquidi mediante infusione.

accetto le infusioni se si sospetta io soffra la sete. Se compaiono edemi, le infusioni devono essere interrotte.

Istruzioni particolari

---

---

---

## Misure di mantenimento in vita

**Alternativa A**

Non voglio cure e accompagnamenti che abbiano come effetto un prolungamento della vita ma esclusivamente cure e accompagnamenti lenitivi che abbiano come effetto l'attenuazione della sofferenza (vedi cure palliative, p. 13).

- L'équipe curante rinuncia a tutte le misure diagnostiche e terapeutiche che servono esplicitamente a prolungare la vita. Non si praticano misure come la respirazione artificiale, la dialisi, il supporto circolatorio farmacologico, la somministrazione di antibiotici, procedimenti con emoderivati incluse le infusioni, i farmaci per ridurre i livelli di calcemia.
- Le misure diagnostiche e terapeutiche devono essere esclusivamente funzionali ad una cura palliativa (lenitiva) ottimale.

**Alternativa B**

Voglio che l'équipe curante attui tutte le misure mediche per il mantenimento della vita che ritiene opportune dal punto di vista medico.

Istruzioni particolari

---

---

---

## Rianimazione

La rianimazione consiste nelle necessarie misure immediate di soccorso, dopo che è intervenuto improvvisamente un arresto cardiocircolatorio e/o respiratorio con perdita della coscienza. L'obiettivo delle misure di rianimazione è quello di ripristinare il più rapidamente possibile le funzioni circolatorie e respiratorie essenziali per la sopravvivenza, per garantire nuovamente un apporto sufficiente di ossigeno agli organi importanti (in particolare cervello, cuore, reni).

La rianimazione cardiopolmonare comprende misure come il massaggio cardiaco, la defibrillazione, l'intubazione, la respirazione artificiale e la somministrazione di farmaci attivi sul sistema circolatorio. Se le misure di rianimazione falliscono o non vengono eseguite, la conseguenza inevitabile è la morte del paziente.

Fuori dall'ospedale circa il 5% dei pazienti sopravvivono ad un arresto cardiocircolatorio. Se l'arresto cardiocircolatorio avviene in ospedale, i tassi di sopravvivenza sono maggiori.

Tuttavia le possibilità di successo della rianimazione, nel caso di persone malate di cancro in uno stadio avanzato, sono scarse. Anche dopo una rianimazione andata a buon fine, i danni che rimangono (in particolare quelli cerebrali, a causa del ridotto apporto d'ossigeno) aumentano in rapporto all'età dei pazienti e alla gravità delle loro condizioni generali.

### Nel caso di un arresto cardiocircolatorio e/o respiratorio voglio

che venga svolta la rianimazione.

non venga svolta la rianimazione.

Istruzioni particolari

---

---

---

#### **Defibrillazione**

Erogazione controllata di un «elettroshock» al miocardio, per ripristinare la normale attività cardiaca.

#### **Intubazione**

Inserimento di un tubo attraverso la bocca o il naso per assicurare il passaggio dell'aria nelle vie respiratorie.

# Assistenza e accompagnamento

## Ricovero in un ospedale acuto

*Nel caso di una malattia incurabile in uno stadio avanzato può porsi la questione del ricovero in un ospedale acuto. I motivi possono essere i più diversi: può essere che un paziente si senta più al sicuro in ospedale perché ci sono delle complicanze, perché i familiari sono oberati e dispongono di forze limitate o perché, per motivi tecnici, non è più possibile curarlo a casa.*

Qualora io sia allettato a lungo, dipenda dall'aiuto degli altri e non sia più possibile comunicare con me, non voglio essere ricoverato in un ospedale acuto. Sono consapevole del fatto che il mio desiderio può essere rispettato soltanto se il mio bisogno di cure può essere soddisfatto nel luogo dove mi trovo.

Qualora io sia allettato a lungo, dipenda dall'aiuto degli altri e non sia più possibile comunicare con me, voglio essere ricoverato in un ospedale acuto solo se in questo modo vi sono prospettive di miglioramento della mia qualità di vita o di un'attenuazione dei dolori acuti o di altri, gravi disturbi.

Qualora io sia allettato a lungo, dipenda dall'aiuto degli altri e non sia più possibile comunicare con me, voglio essere ricoverato in un ospedale acuto\*.

\* Soggiorni prolungati in un ospedale acuto sono possibili solo se l'indicazione medica è chiara e corrisponde alle prestazioni dell'ospedale acuto. Negli altri casi, il paziente viene trasferito in un istituto di lunga degenza.

Istruzioni particolari

---

---

---

---

## Dove desidero morire

*Per prendere una decisione sul luogo dove morire è particolarmente importante parlare con i propri familiari. I familiari dovrebbero poter dire che cosa si sentono capaci di fare in questa situazione. Nell'opuscolo «Cancro – quando le speranze di guarigione svaniscono» troverà altre informazioni che potrebbero esserle utili.*

Se possibile vorrei rimanere a casa, nel mio ambiente familiare (ad es. casa di cura) oppure presso persone che mi sono vicine.

Preferisco morire in una istituzione che se possibile offre medicina palliativa, cure e assistenza.

Istruzioni particolari

---

---

---

## Accompagnamento

*Rifletta sul fatto se desidera essere accompagnato negli ultimi momenti e da chi. Parli anche con i suoi familiari e domandi loro se sarebbero contenti di avere del sostegno. Tenga conto del fatto che negli ospedali e nelle case di cura gli assistenti spirituali o religiosi fanno parte dell'équipe curante.*

Desidero essere accompagnato – sia a casa che in un'istituzione – dal mio assistente spirituale o religioso abituale.

Cognome/nome

---

Indirizzo

---

Telefono/cellulare

---

E-mail

---

Eventuali accordi

---

---

Può trattarsi anche di un altro assistente spirituale (ad es. l'assistente spirituale o religioso dell'istituzione).

Non voglio alcuna assistenza religiosa né ricevere visite da parte di assistenti spirituali.

Desidero essere seguito dalla persona a me vicina che indico di seguito.

Cognome/nome

---

Indirizzo

---

Telefono/cellulare

---

E-mail

---

Eventuali accordi

---

---

---

Cognome/nome

---

Indirizzo

---

Telefono/cellulare

---

E-mail

---

Eventuali accordi

---

---

---

## Pratiche religiose

Per me è molto importante che al momento giusto si svolgano per me le pratiche e i riti previsti dalla mia confessione/religione.

Si tratta di:

---

---

---

---

---

---

La mia confessione/religione è:

---

Per informazioni sui riti/le pratiche e la loro attuazione rivolgetevi a:

Cognome/nome

---

Indirizzo

---

Telefono/cellulare

---

E-mail

---

# Dopo la mia morte

## Ricerca medica

### Banca biologica

*Durante una degenza in ospedale spesso vengono prelevati dei liquidi (sangue, urina ed altri liquidi corporei), cellule o tessuti ai fini dell'analisi. Spesso non tutto il materiale prelevato viene utilizzato per la diagnosi e la terapia. Questo materiale, insieme ai suoi dati personali (ad es. età, sesso, malattie ecc.), è prezioso per la ricerca biomedica. Il materiale prelevato può ancora essere analizzato per trovare le cause e la natura della malattia e migliorarne il trattamento. I suoi prelievi e i suoi dati – resi anonimi – possono essere utilizzati per la ricerca solo con la sua approvazione.*

*Presso l'Accademia Svizzera delle Scienze Mediche si può ordinare un opuscolo informativo in merito.*

Non desidero che si utilizzino liquidi, cellule e tessuti prelevati dal mio corpo per la ricerca biomedica nel settore oncologico.

Autorizzo l'utilizzazione di liquidi, cellule e tessuti prelevati dal mio corpo per la ricerca biomedica nel settore oncologico. Questa autorizzazione decade con la mia morte.

Autorizzo l'utilizzazione di liquidi, cellule e tessuti prelevati dal mio corpo per la ricerca biomedica nel settore oncologico e dispongo che questa autorizzazione non decada con la mia morte.

### Ricerca medica

Alternativa A

Non sono disposto a partecipare a progetti di ricerca se non sono più capace di intendere.

Alternativa B

Sono disposto, se non sono più capace di intendere, a partecipare a progetti di ricerca in relazione alla mia malattia, a condizione che essi non possano essere compiuti con soggetti in grado di intendere. I rischi e gli scompensi devono essere minimi.

Istruzioni particolari

---

---

---



## Disposizione del mio corpo

*Se lei è malato di cancro e intende donare un organo, sarà lo specialista a decidere in caso di necessità se può essere presa in considerazione la donazione per il trapianto. Saranno presi in considerazione diversi fattori, come la natura del cancro e il periodo al quale risale la malattia.*

*Parli delle questioni connesse con la donazione di organi anche con i suoi familiari, il trattamento e la preparazione del donatore di organi e le misure mediche per la conservazione degli organi fino al momento del prelievo possono essere gravosi per loro.*

*Per informazioni dettagliate sulla donazione di organi rivolgersi a Swisstransplant. L'indirizzo è riportato nell'appendice a pagina 34.*

### Donazione di organi, tessuti e cellule

Non voglio donare organi, tessuti o cellule.

Dopo la mia morte, dono i miei organi, tessuti e cellule senza limitazioni.

Dopo la mia morte dono i seguenti organi, tessuti o cellule (ho messo una crocetta nei casi affermativi):

Cuore	Polmoni	Fegato	Reni
Intestino tenue	Pancreas	Cornea	Pelle
Cellule epatiche o cartilaginee			

### Autopsia

*Dopo il decesso, se viene effettuata un'autopsia, il cadavere viene aperto chirurgicamente ed esaminato per determinare la causa della morte.*

*Se il decesso presenta elementi inusuali\*, può essere disposta obbligatoriamente un'autopsia per ragioni legali, anche se non la si vuole.*

*\* Inusuale significa: morte inaspettata o violenta, suicidio o suicidio assistito.*

Non voglio l'autopsia.

Può essere eseguita un'autopsia solo in caso di morte inattesa (ma non inusuale).

La causa della morte deve essere accertata in qualsiasi caso mediante autopsia. In mancanza di ragioni apparenti, l'autopsia viene messa in conto.

Può essere eseguita un'autopsia a scopo didattico/di ricerca.

### **Donazione del proprio corpo ad un istituto di anatomia**

Dopo la mia morte, metto a disposizione il mio corpo per ricerche mediche:

no

senza limitazioni

solo in relazione alla mia patologia

Ho compilato al proposito un modulo «Disposizione testamentaria di donazione del proprio corpo» presso la seguente università.

Nome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Gli indirizzi degli istituti di anatomia sono contenuti nell'appendice a pagina 34.*

## Visione della mia documentazione del paziente

Non consento **a nessuno** – salvo per ragioni prescritte dalla legge – di prendere visione della documentazione del paziente e nemmeno del referto autoptico.

Dopo la mia morte, possono prendere visione della mia documentazione personale le seguenti persone.

Accesso solo al referto autoptico (se esiste), ma non alla documentazione del paziente:

Cognome/nome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Cognome/nome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Accesso a tutto (documentazione del paziente e referto autoptico):

Cognome/nome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Cognome/nome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

La mia documentazione del paziente può essere utilizzata per scopi di ricerca:

sì (nel rispetto delle disposizioni in materia di protezione dei dati)

no

# Rito funebre

## Tipo di sepoltura

Desidero

cremazione

sepoltura

Ho un accordo con la seguente impresa di pompe funebri

Nome

---

Indirizzo

---

Telefono

---

## Cerimonia di commiato

Desidero

che non si tenga alcuna cerimonia di commiato

che si organizzi quanto segue:

*ad es. musica preferita; testi da leggere, curriculum vitae ecc.*

---

---

---

Altri desideri

---

---

---

## Sepoltura

Desidero

una tomba convenzionale

una tomba collettiva

una tomba di famiglia

essere sepolto nel seguente luogo:

*ad es. particolare cimitero, luogo*

---

---

---

---

---

nessuna tomba

un diverso tipo di sepoltura:

*ad es. conservare le ceneri, spargerle ecc.*

---

---

## Altri desideri

---

---

---

---

---



# Data e firma

Ho redatto le presenti direttive anticipate dopo attente riflessioni e nel pieno possesso delle mie facoltà mentali e quindi della mia capacità di intendere e di volere. Valgono nel caso in cui io non sia più in grado di prendere decisioni in merito al mio trattamento medico e di rendere nota la mia volontà.

Sono a conoscenza del fatto che la redazione di direttive anticipate è facoltativa e che posso modificarle o revocarle in qualsiasi momento, fintanto che sono capace di discernere.

Luogo/data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

***Per essere valide legalmente le direttive anticipate devono essere datate e firmate a mano. Se non è in grado di farlo, le direttive anticipate devono essere autenticate da un notaio.***

*Faccia in modo che la persona con diritto di rappresentanza da lei designata, come anche i suoi sostituti abbiano una attuale versione delle sue disposizioni anticipate. Se non dovesse avere designato una persona con diritto di rappresentanza, le persone come a pagina 8 hanno automaticamente il diritto di decidere per lei. Anche queste persone devono avere accesso alle sue attuali direttive.*

Le seguenti persone hanno ricevuto l'attuale versione delle mie disposizioni anticipate:

Cognome/nome \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Cognome/nome \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Cognome/nome \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

# Aggiornamenti

*Le consigliamo di verificare le direttive anticipate a intervalli di tempo regolari, ad esempio ogni due anni oppure quando il quadro patologico o la situazione esistenziale cambiano, ed eventualmente di adeguarle, datandole e firmandole di nuovo.*

*È importante aggiornare regolarmente le direttive anticipate. In tal modo non vi saranno dubbi che nel frattempo abbia cambiato idea.*

Le direttive anticipate corrispondono alla mia volontà. Lo confermo con la mia firma.

Luogo/data

---

Firma

---

Luogo/data

---

Firma

---

Luogo/data

---

Firma

---

Luogo/data

---

Firma

---

Luogo/data

---

Firma

---



# Documenti importanti e loro luogo di conservazione

Scrivendo dove siano conservati i suoi documenti importanti, lei aiuterà i suoi familiari.

## Documenti di cui tener conto:

### Luogo di conservazione

Procura precauzionale\*

---

\* Affinché qualcuno possa occuparsi dei miei obblighi finanziari e legali qualora io non sia più in grado di discernere, ho allestito una procura precauzionale.

Tessera di donatore di organi

---

### Luogo di conservazione

Necrologio

*ad es. donazioni al posto di fiori vanno all'organizzazione/ alle organizzazioni*

---

---

Elenco dei giornali su cui pubblicare il necrologio

---

---

Elenco delle persone a cui inviare l'annuncio della morte

---

---

Curriculum vitae

---

Testamento

---

Conti bancari/postali

---

Affari

---

Assicurazioni

---

Padrone di casa

---

Altro

---

---

# Appendice

## Opuscoli della Lega contro il cancro

- **Scelte di fine vita**  
Guida alla compilazione delle direttive anticipate
- **Cancro – quando le speranze di guarigione svaniscono**  
Guida nelle offerte di Palliative Care
- **Dolori da cancro e loro cura**
- **Difficoltà di alimentazione e cancro**
- **Accompagnare un malato di cancro**  
Vademecum per familiari e amici
- **Guida alla stesura del testamento**  
Una guida con consigli per la stesura del testamento

### Possibilità di ordinazione

- la Lega contro il cancro del suo cantone
- telefono 0844 85 00 00
- shop@legacancro.ch
- www.shop.legacancro.ch

Al sito [www.shop.legacancro.ch](http://www.shop.legacancro.ch) si trovano questi e tanti altri opuscoli della Lega contro il cancro. Le pubblicazioni sono per la maggior parte gratuite e possono essere scaricate. Esse le vengono offerte dalla Lega svizzera contro il cancro e dalla sua Lega cantonale contro il cancro. Ciò è possibile solo grazie alle donazioni.

## Indirizzi

(ordine tematico)

### Tessera d'assicurato

**www.bag.admin.ch** → Scheda Temi → Assicurazione malattie → [nella colonna tutta a destra] Tessera d'assicurato

### Donazione degli organi

#### **www.swisstransplant.org**

Sito internet della Fondazione nazionale svizzera per la donazione ed il trapianto di organi con informazioni sulla tessera di donatore di organi.

Swisstransplant

Laupenstrasse 37, 3008 Berna

Tel. 031 380 81 30, fax 031 380 81 32

### Biobanking

#### **www.swissbiobanking.ch**

Swiss Biobanking Platform – Sito informativo in inglese.

Avenue d'Echallens 9, 1004 Lausanne

Tel. +41 21 314 52 84

info@swissbiobanking.ch

**www.assm.ch** → Accès rapide → Directives et recommandations médico-éthiques → [nel quadrante sotto] Direttive in Italiano

Le direttive valide dell'Accademia Svizzera delle Scienze Mediche «Biobanche: prelievo, conservazione e utilizzo di materiale biologico umano», 2006.

### Donazione del corpo

Istituti di anatomia

Universität Basel, Medizinische Fakultät

Anatomisches Institut

Pestalozzistrasse 20, 4056 Basel

Tel. 061 267 39 20/21, [www.anatomie.unibas.ch](http://www.anatomie.unibas.ch)

Institut für Anatomie

Universität Bern

Baltzerstrasse 2, 3000 Bern 9

Tel. 031 631 84 33, [www.ana.unibe.ch](http://www.ana.unibe.ch)

Universität Zürich

Anatomisches Institut

Winterthurerstrasse 190, 8057 Zürich

Tel. 044 635 53 11, [www.anatomy.uzh.ch](http://www.anatomy.uzh.ch)

Université de Genève

Division d'anatomie, Faculté de Médecine

1, rue Michel-Servet, 1211 Genève 4

Tél. 022 379 52 12, [www.unige.ch](http://www.unige.ch)

Université de Fribourg

Département Médecine, Anatomie

rte Albert-Gockel 1, 1700 Fribourg

tél. 026 300 85 40, [www.unfr.ch/anatomy](http://www.unfr.ch/anatomy)

Université de Lausanne

Département de biologie cellulaire et

de morphologie

rue du Bugnon 9, 1005 Lausanne

tél. 021 692 51 00, [www.unil.ch](http://www.unil.ch)

## Fonti

Le pubblicazioni e i siti internet citati nel presente opuscolo servono alla Lega contro il cancro anche da fonte. Soddisfano sostanzialmente i criteri di qualità della Health On the Net Foundation, il cosiddetto HonCode (vedi [www.hon.ch/HONcode](http://www.hon.ch/HONcode)).

# La Lega contro il cancro le offre aiuto e consulenza

## **Krebsliga Aargau**

Milchgasse 41  
5000 Aarau  
Tel. 062 834 75 75  
Fax 062 834 75 76  
admin@krebssliga-aargau.ch  
www.krebssliga-aargau.ch  
PK 50-12121-7

## **Krebsliga beider Basel**

Peterplatz 12  
4051 Basel  
Tel. 061 319 99 88  
Fax 061 319 99 89  
info@klbb.ch  
www.klbb.ch  
PK 40-28150-6

## **Bernische Krebsliga**

**Ligue bernoise  
contre le cancer**  
Marktgasse 55  
Postfach 184  
3000 Bern 7  
Tel. 031 313 24 24  
Fax 031 313 24 20  
info@bernischekrebsliga.ch  
www.bernischekrebsliga.ch  
PK 30-22695-4

## **Ligue fribourgeoise**

**contre le cancer**  
**Krebsliga Freiburg**  
route St-Nicolas-de-Flüe 2  
case postale 96  
1705 Fribourg  
tél. 026 426 02 90  
fax 026 426 02 88  
info@liguecancer-fr.ch  
www.liguecancer-fr.ch  
CP 17-6131-3

## **Ligue genevoise contre le cancer**

11, rue Leschet  
1205 Genève  
tél. 022 322 13 33  
fax 022 322 13 39  
ligue.cancer@mediane.ch  
www.lgc.ch  
CP 12-380-8

## **Krebsliga Graubünden**

Alexanderstrasse 38  
Postfach 368  
7000 Chur  
Tel. 081 252 50 90  
info@krebssliga-gr.ch  
www.krebssliga-gr.ch  
PK 70-1442-0

## **Ligue jurassienne contre le cancer**

rue des Moulins 12  
2800 Delémont  
tél. 032 422 20 30  
fax 032 422 26 10  
ligue.ju.cancer@bluewin.ch  
www.liguecancer-ju.ch  
CP 25-7881-3

## **Ligue neuchâteloise contre le cancer**

faubourg du Lac 17, case postale  
2001 Neuchâtel  
tél. 032 886 85 90  
LNCC@ne.ch  
www.liguecancer-ne.ch  
CP 20-6717-9

## **Krebsliga Ostschweiz**

Flurhofstrasse 7  
9000 St. Gallen  
Tel. 071 242 70 00  
Fax 071 242 70 30  
info@krebssliga-ostschweiz.ch  
www.krebssliga-ostschweiz.ch  
PK 90-15390-1

## **Krebsliga Schaffhausen**

Rheinstrasse 17  
8200 Schaffhausen  
Tel. 052 741 45 45  
Fax 052 741 45 57  
info@krebssliga-sh.ch  
www.krebssliga-sh.ch  
PK 82-3096-2

## **Krebsliga Solothurn**

Hauptbahnhofstrasse 12  
4500 Solothurn  
Tel. 032 628 68 10  
Fax 032 628 68 11  
info@krebssliga-so.ch  
www.krebssliga-so.ch  
PK 45-1044-7

## **Thurgauische Krebsliga**

Bahnhofstrasse 5  
8570 Weinfelden  
Tel. 071 626 70 00  
Fax 071 626 70 01  
info@tgkl.ch, www.tgkl.ch  
PK 85-4796-4

## **Lega ticinese contro il cancro**

Piazza Noretto 3  
6500 Bellinzona  
Tel. 091 820 64 20  
Fax 091 820 64 60  
info@legacancro-ti.ch  
www.legacancro-ti.ch  
CP 65-126-6

## **Ligue vaudoise contre le cancer**

place Pépinet 1  
1003 Lausanne  
tél. 021 623 11 11  
fax 021 623 11 10  
info@lvc.ch, www.lvc.ch  
CP 10-22260-0

## **Ligue valaisanne contre le cancer**

**Krebsliga Wallis**  
Siège central:  
rue de la Dixence 19  
1950 Sion  
tél. 027 322 99 74  
fax 027 322 99 75  
info@lvcc.ch, www.lvcc.ch  
Beratungsbüro:  
Spitalzentrum Oberwallis  
Überlandstrasse 14, 3900 Brig  
Tel. 027 970 35 41  
Mobile 079 644 80 18  
Fax 027 970 33 34  
info@krebssliga-wallis.ch  
www.krebssliga-wallis.ch  
CP/PK 19-340-2

## **Krebsliga Zentralschweiz**

Hirschmattstrasse 29  
6003 Luzern  
Tel. 041 210 25 50  
Fax 041 210 26 50  
info@krebssliga.info  
www.krebssliga.info  
PK 60-13232-5

## **Krebsliga Zug**

Alpenstrasse 14  
6300 Zug  
Tel. 041 720 20 45  
Fax 041 720 20 46  
info@krebssliga-zug.ch  
www.krebssliga-zug.ch  
PK 80-56342-6

## **Krebsliga Zürich**

Moussonstrasse 2  
8044 Zürich  
Tel. 044 388 55 00  
Fax 044 388 55 11  
info@krebssligazuerich.ch  
www.krebssligazuerich.ch  
PK 80-868-5

## **Krebshilfe Liechtenstein**

Im Malarsch 4  
FL-9494 Schaan  
Tel. 00423 233 18 45  
Fax 00423 233 18 55  
admin@krebshilfe.li  
www.krebshilfe.li  
PK 90-4828-8

## **Lega svizzera contro il cancro**

Effingerstrasse 40  
Casella postale  
3001 Berna  
Tel. 031 389 91 00  
Fax 031 389 91 60  
info@legacancro.ch  
www.legacancro.ch  
CP 30-4843-9

## **Opuscoli**

Tel. 0844 85 00 00  
shop@legacancro.ch  
www.shop.legacancro.ch

## **Forum**

www.forumcancro.ch  
Piattaforma virtuale della  
Lega contro il cancro

## **Cancerline**

www.legacancro.ch/  
cancerline  
cancerline, la chat sul  
cancro per bambini,  
adolescenti e adulti  
lunedì – venerdì  
ore 11.00 – 16.00

## **Skype**

krebstelefon.ch  
lunedì – venerdì  
ore 11.00 – 16.00

## **Linea stop tabacco**

Tel. 0848 000 181  
Max. 8 cent./min.  
(rete fissa)  
lunedì – venerdì  
ore 11.00 – 19.00

## **Le siamo molto grati del Suo sostegno.**

## **Linea cancro 0800 11 88 11**

lunedì – venerdì  
ore 9.00 – 19.00  
chiamata gratuita  
helpline@legacancro.ch

Questo opuscolo Le viene consegnato dalla Sua Lega contro il cancro, la quale è a Sua disposizione con la sua ampia gamma di prestazioni di consulenza, accompagnamento e sostegno. All'interno trova l'indirizzo della Sua Lega cantonale o regionale.