

Al Comune di \_\_\_\_\_ (Uff. Stato Civile)

**DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO**  
(D.A.T.)

Io sottoscritt \_\_\_\_\_

nat. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Cod.Fisc. \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

nel pieno possesso delle mie facoltà mentali, in totale libertà di scelta, dispongo quanto segue:

**1 – consenso informato**

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Voglio     | ricevere informazioni veritieri, chiare e complete riguardo alle mie condizioni di salute, alla mia aspettativa di vita e alle opzioni terapeutiche disponibili, anche qualora fossi affetto/a da una malattia grave e/o incurabile. |
| <input type="checkbox"/> Non voglio |  |
| <input type="checkbox"/> Voglio     | ricevere informazioni sui vantaggi e i rischi degli esami diagnostici e delle terapie da adottare.   |
| <input type="checkbox"/> Non voglio |  |

Nel caso decidessi di NON essere informato/a delego a informare in mia vece:

nome \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ cod fisc. \_\_\_\_\_

doc. identità \_\_\_\_\_

**2 – disposizioni generali (incapacità di decidere o di comunicare)**

In caso di perdita della capacità di decidere o nel caso di impossibilità di comunicare, temporaneamente o permanentemente, le mie decisioni ai medici formulo, dopo aver acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle mie scelte, le seguenti **disposizioni riguardo i trattamenti sanitari**. Tali disposizioni perderanno di validità se, ripresa la piena coscienza, decidessi di annullarle o sostituirle.

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Voglio     | che i trattamenti sanitari siano iniziati o continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno <b>stato di incoscienza permanente</b> non suscettibile di recupero.  |
| <input type="checkbox"/> Non voglio |  |
| <input type="checkbox"/> Voglio     | che i trattamenti sanitari siano iniziati o continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno <b>stato di demenza avanzata</b> non suscettibile di recupero.  |
| <input type="checkbox"/> Non voglio |  |
| <input type="checkbox"/> Voglio     | che i trattamenti sanitari siano iniziati o continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno <b>stato di paralisi</b> con incapacità totale di comunicare verbalmente, per iscritto o grazie all'ausilio di mezzi tecnologici. |
| <input type="checkbox"/> Non voglio |  |

### **3 – disposizioni particolari (coma o persistente stato vegetativo o stato di minima coscienza)**

Qualora io avessi una malattia allo stato terminale o una lesione cerebrale invalidante e irreversibile o una malattia che necessiti l'utilizzo permanente di macchine o se fossi in uno stato di permanente incoscienza considerata irreversibile dai medici:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Voglio        | che nel caso sia prossimo/a alla morte siano intrapresi tutti i trattamenti utili ad <b>alleviare il mio dolore e le mie sofferenze</b> , compresa la sedazione palliativa profonda e continua associata alla terapia del dolore, anche se il ricorso ad essi comportasse il rischio di anticipare la fine della mia vita. |
| <input type="checkbox"/> Non voglio    |  |
| <input type="checkbox"/> Voglio        | che mi siano praticati i trattamenti sanitari di supporto vitale ( <b>respirazione, idratazione e nutrizione artificiale</b> ), pienamente consapevole che un loro rifiuto potrebbe accelerare la fine della mia vita.   |
| <input type="checkbox"/> Non voglio    |  |
| <input type="checkbox"/> Voglio        | che in caso di arresto cardiorespiratorio sia praticata su di me <b>la rianimazione cardiopolmonare</b> se ritenuta possibile dai curanti.   |
| <input type="checkbox"/> Non voglio    |  |
| <input type="checkbox"/> Autorizzo     |  |
| <input type="checkbox"/> Non autorizzo | l'eventuale somministrazione di <b>terapie antibiotiche</b> .  |
| <input type="checkbox"/> Autorizzo     |  |
| <input type="checkbox"/> Non autorizzo | l'eventuale esecuzione di <b>trasfusioni di sangue</b> .   |
| <input type="checkbox"/> Autorizzo     |  |
| <input type="checkbox"/> Non autorizzo | l'eventuale trattamento di <b>dialisi</b> .  |

### **4 – altre eventuali disposizioni**

---

---

---

---

---

## 5 – nomina del Fiduciario

Qualora io perdessi la capacità di decidere o di comunicare le mie decisioni, nomino mio rappresentante fiduciario, che si impegna a garantire lo scrupoloso rispetto delle mie volontà espresse nella presente carta:

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

nat\_\_ il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_ Cod.Fisc. \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_

tel \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

doc.identità \_\_\_\_\_ (allegare fotocopia)

che qui firma per accettazione: \_\_\_\_\_

### Fiduciario supplente (facoltativo)

Nel caso in cui il rappresentante fiduciario sia nell'impossibilità di esercitare la sua funzione delego a sostituirlo in questo compito:

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

nat\_\_ il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_ Cod.Fisc. \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_

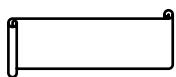
tel \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

doc.identità \_\_\_\_\_ (allegare fotocopia)

che qui firma per accettazione: \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante \_\_\_\_\_



La legge n. 219 del 22/12/2017 ha stabilito che ogni persona maggiorenne e capace di intendere e di volere, in previsione di una eventuale futura incapacità di poter esprimere le sue volontà, può fissare per scritto le proprie intenzioni in materia di trattamenti sanitari, di consenso o diniego ad accertamenti diagnostici o a scelte terapeutiche, ed eventualmente nominare una persona che la rappresenti nel rapporto con i medici e le strutture ospedaliere.

Tali "Disposizioni anticipate di trattamento" (D.A.T.) e le eventuali modifiche possono essere presentate all'Ufficio di Stato Civile del comune di residenza che provvede a trasmetterle alla Banca Dati Nazionale istituita presso il Ministero della Salute.

Alla Banca Dati ha accesso il dichiarante, il fiduciario e il medico curante. (sito <https://dat.salute.gov.it/dat-consultazione/>)

Attenzione: la legge raccomanda di acquisire adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle scelte indicate nelle D.A.T.