

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 veritiere, 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 stato di incoscienza permanente 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 stato di demenza avanzata 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 stato di paralisi 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 alleviare il mio dolore e le mie sofferenze , 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 (respirazione, idratazione e nutrizione artificiale), 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 la rianimazione cardiopolmonare se ritenuta possibile dai curanti.
<input type="checkbox"/> Non voglio	

<input type="checkbox"/> Autorizzo	l'eventuale somministrazione di terapie antibiotiche .
<input type="checkbox"/> Non autorizzo	

<input type="checkbox"/> Autorizzo	l'eventuale esecuzione di trasfusioni di sangue .
<input type="checkbox"/> Non autorizzo	

<input type="checkbox"/> Autorizzo	l'eventuale trattamento di dialisi .
<input type="checkbox"/> Non autorizzo	

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:

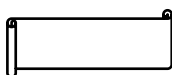
Cognome e Nome _____
nat ____ il _____ a _____ prov. ____ Cod.Fisc. _____
residente a _____ indirizzo _____
tel _____ email _____
doc.identità _____ (allegare fotocopia)
che qui firma per accettazione: _____

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.