

# DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ ANTICIPATA PER I TRATTAMENTI SANITARI

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Carta di identità numero \_\_\_\_\_

Tessera sanitaria numero \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

## PREMESSO CHE

**a)** in base ai principi di cui alla Costituzione della Repubblica Italiana (art. 2, 13 e 32), di cui agli art. 1, 2 e 3 della Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea, nonché di quanto prescritto nella legge 22 dicembre 2017 n. 219, viene tutelato il diritto alla vita, alla salute, alla dignità ed all'autodeterminazione della persona;

**b)** in applicazione dei principi e delle norme di cui sopra, nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero ed informato della persona interessata;

**c)** ai sensi di quanto previsto all'art. 4 della legge 22 dicembre 2017 n. 219, il sottoscritto **ha acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle scelte effettuate e indicate nel prosieguo del presente atto;**

**d)** SONO CONSAPEVOLE CHE LE DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO CONTENUTE NEL PRESENTE ATTO TROVERANNO APPLICAZIONE SOLO QUALORA, SECONDO LE CONOSCENZE MEDICO/SCIENTIFICHE DEL MOMENTO, IO VENISSI A TROVARMICI IN UNA DELLE SEGUENTI CONDIZIONI:

**1) PERDITA PERMANENTE E IRREVERSIBILE DELLA CAPACITÀ DI DECIDERE,**

**2) INCOSCENZA PERMANENTE NON SUSCETTIBILE DI RECUPERO,**

**3) DEMENZA AVANZATA NON SUSCETTIBILE DI RECUPERO,**

**4) PARALISI CON INCAPACITÀ TOTALE ED IRREVERSIBILE DI COMUNICARE LE MIE DECISIONI AI MEDICI, VERBALMENTE, PER ISCRITTO O IN QUALUNQUE ALTRA FORMA, ANCHE GRAZIE ALL'AUSILIO DI MEZZI TECNOLOGICI;**

**e)** il concetto di "irreversibilità", di cui sopra, deve essere riferito allo stato delle conoscenze medico-scientifiche attuali del momento in cui si dovesse dare applicazione alle volontà espresse nel presente documento;

**f) non ho redatto prima d'ora alcuna Dichiarazione Anticipata di Trattamento.**

## TUTTO CIO' PREMESSO

**in totale libertà di scelta**, in merito alle decisioni da assumere nel caso necessiti di cure mediche, in relazione ai trattamenti medico/scientifici **da praticare o non praticare, nei casi in cui, secondo le conoscenze medico/scientifiche del momento**, mi trovi in una delle condizioni di cui alla premessa (lettera d)

## DISPONGO QUANTO SEGUE

**SIA / NON SIA INIZIATO O CONTINUATO ALCUN TRATTAMENTO MEDICO**, qualora il suo risultato fosse il mantenimento in uno stato di incoscienza permanente e senza possibilità di recupero

### E CHE

- a) SIANO/NON SIANO praticate **forme di respirazione meccanica**.
- b) SIA/NON SIA **nutrito/a o idratato/a artificialmente**.
- c) SIA/NON SIA **dializzato/a**.
- e) SIANO/NON SIANO praticati **interventi di chirurgia d'urgenza**.
- f) SIANO/NON SIANO praticate **trasfusioni di sangue**
- g) SIANO/NON SIANO somministrate **terapie antibiotiche**.
- h) in caso di **arresto cardiorespiratorio**, SIA/NON SIA praticata su di me **la rianimazione cardiopolmonare, anche se ritenuta possibile dai curanti**.

## DISPOSIZIONI PARTICOLARI da valere in tutti i casi:

- a) **il medico dovrà astenersi da ogni ostinazione irragionevole** nella somministrazione delle cure e dal ricorso a trattamenti inutili o sproporzionati;
- b) **VOGLIO/NON VOGLIO che siano intrapresi tutti i provvedimenti volti ad alleviare le mie sofferenze, con particolare riferimento alla SEDAZIONE PALLIATIVA PROFONDA CONTINUA IN ASSOCIAZIONE CON LA TERAPIA DEL DOLORE, anche se il ricorso a esse rischiasse di anticipare la fine della mia vita.**

## NOMINA FIDUCIARI

Designo per la posizione giuridica di fiduciario/rappresentante, allo scopo di garantirmi lo scrupoloso rispetto delle mie volontà espresse, il signor/i:

1) \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Carta di identità numero \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Carta di identità numero \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Carta di identità numero \_\_\_\_\_

Con i seguenti poteri

a) rivolgersi all'autorità giudiziaria affinché provveda alla nomina di un amministratore di sostegno, possibilmente nella sua persona o in quella dell'altro fiduciario, che abbia la specifica funzione di tutelare i miei interessi di natura non patrimoniale e di dare attuazione a queste mie volontà;

b) rappresentarmi in ogni controversia giudiziaria o amministrativa scaturente o connessa a queste mie volontà o relativa alla loro attuazione, ivi comprese tutte le eventuali impugnative e/o ricorsi, in ogni competente sede giudiziaria o amministrativa, in caso di rigetto o mancata considerazione della volontà da me espressa e da lui trasmessa.

### **ULTERIORI DISPOSIZIONI**

#### **ASSISTENZA RELIGIOSA:**

VOGLIO/NON VOGLIO assistenza religiosa della confessione \_\_\_\_\_

#### **FUNERALE:**

VOGLIO/NON VOGLIO un funerale religioso secondo la confessione da me professata/laico

#### **DONAZIONE ORGANI:**

AUTORIZZO/NON AUTORIZZO la donazione dei miei organi /per alcuno scopo/ esclusivamente per scopo di \_\_\_\_\_ / per qualsiasi scopo ritenuto scientificamente o umanamente utile

**SEPOLTURA / CREMAZIONE:**

dispongo che il mio corpo sia sepolto/cremato e che le mie ceneri siano conservate /disperse

---

**AUTORIZZAZIONE ALLA FORMAZIONE E CONSEGNA DI COPIE AUTENTICHE DEL DOCUMENTO DAT**

Allo scopo di assicurare la realizzazione dello scopo per cui viene redatto e sottoscritto il documento/DAT viene espressamente richiesta e autorizzata la redazione delle seguenti copie autentiche del documento e la loro consegna ai soggetti in appresso specificati:

- n. 1 (una) copia per ciascun fiduciario indicato (consegna diretta a cura del sottoscrittore);
- n. 1 (una) copia per il medico di base (consegna diretta a cura del sottoscrittore);
- n. 1 (una) copia per il Comune di residenza (da consegnare al Comune a cura del sottoscrittore);
- n. 1 (una) copia per l'eventuale futuro inserimento nella cartella clinica (consegna diretta a cura del sottoscrittore);
- n. 1 (una) copia per il notaio autenticante (trattenuta direttamente dal notaio);
- n. 1 (una) copia per l'elenco dei soggetti che hanno presentato le DAT (trattenuta direttamente dal notaio);

**AUTORIZZAZIONE AD INFORMARE**

Autorizzo i medici curanti a informare del mio stato di salute e delle mie aspettative di vita, sugli esami diagnostici e sulle possibili ed eventuali terapie da adottare, sui vantaggi e sui rischi degli esami diagnostici e delle terapie, anche nel caso in cui fossi affetto da malattia grave e non guaribile, le persone da me nominate quali fiduciari, e inoltre le seguenti persone:

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_
- 5) \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_