

Disposizioni Anticipate di Trattamento

art. 4 legge n. 219/2017

Io sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____

residente a _____ prov. _____

indirizzo _____ n. _____ CAP _____

email _____

documento _____

Codice fiscale _____

nel pieno possesso delle facoltà mentali e dopo essermi consultato/a con un medico di fiducia che mi ha fornito informazioni chiare e complete sulle conseguenze delle scelte formulate in questo mio atto,

DISPONGO

che, qualora fossi in una condizione di malattia giudicata irreversibile associata a grave disturbo cognitivo tale da compromettere permanentemente il mio stato di coscienza annullando la mia capacità di esprimere le mie volontà:

- non si praticino forme di respirazione meccanica;
- non si somministri idratazione e/o nutrizione artificiale;
- non si ricorra a interventi medici (quali rianimazione cardiopolmonare, dialisi, interventi di

chirurgia d'urgenza, trasfusioni di sangue, terapie antibiotiche) finalizzati a tenere in vita il mio corpo in assenza di possibilità di recupero dello stato di consapevolezza e di coscienza;

- siano intraprese le cure palliative volte ad alleviare le mie sofferenze, incluso il ricorso alla sedazione profonda.

Qualora fossi già sottoposto a trattamenti di sostegno vitale, quali l'idratazione e la nutrizione artificiale e/o la respirazione assistita tramite strumenti meccanici, e mi ritrovassi in uno stato di incoscienza (coma o stato vegetativo) permanente e irreversibile, voglio che si proceda all'interruzione degli stessi.

In caso di malattia che non mi privi, in tutto o in parte, della mia autonomia e della capacità di intendere e di volere: voglio non voglio essere informato circa le mie condizioni di salute.

In ogni caso, acconsento a che le informazioni sul mio stato di salute vengano date, oltreché al mio fiduciario, alle seguenti persone:

DESIDERO MORIRE:

- a casa mia
- in un hospice
- altro¹:

NELL'ISTANTE DELLA MIA DIPARTITA VORREI AVERE ACCANTO:

¹ Indicare dove tenendo presente che, qualora si esprima una volontà diretta alla donazione di organi o tessuti a fini di trapianto, l'accertamento della morte deve avvenire in un contesto sanitario idoneo al tempestivo espianto.

NOMINA FIDUCIARIO

Nomino mio fiduciario:

Nominativo: _____

nato/a il _____ a _____

residente a _____ prov. _____

indirizzo _____ n. _____ CAP _____

telefono _____ cellulare _____

email _____

documento _____

Codice fiscale _____

al quale affido una copia della presente scrittura e attribuisco il compito di:

- a) far conoscere e far rispettare le mie volontà – incluse le disposizioni *post mortem* – nei rapporti con i medici e le strutture sanitarie;
- b) ricevere le informazioni sul mio stato di salute;
- c) nel rispetto di quanto sopra disposto, prestare, in mia vece, il consenso e/o il rifiuto informato in relazione a quanto eventualmente non specificatamente previsto in questo scritto, ma necessario e/o opportuno per la cura della mia persona.

DISPOSIZIONI POST MORTEM

- Autorizzo la donazione di organi e tessuti a fini di trapianto SÌ NO
- Dispongo che il mio corpo sia inumato SÌ NO
- Dispongo che il mio corpo sia cremato SÌ NO
- Dispongo che il mio corpo sia destinato a fini di studio e ricerca scientifica SÌ NO

-
- Voglio un funerale secondo il rito: religioso² _____
 civile

Al momento ho i seguenti animali domestici:

Se i miei animali dovessero sopravvivermi, dispongo che siano affidati alle cure di:

Lì _____ data _____

Firma

Firma per accettazione nomina del fiduciario

² Specificare eventualmente il culto.