

Disposizioni Anticipate di Trattamento

Art. 2, 13 e 32 della Costituzione italiana e legge n. 2019/2017.

Io, sottoscritta/o

Nome Cognome

nata/o a (prov.)

il

residente a via/piazza

per l'eventualità in cui non fossi più in grado di manifestare autonomamente la mia volontà, dispongo quanto segue:

Situazioni cui si applicano le presenti Disposizioni: *(barrare o descrivere l'evento, è possibile barrare più di una scelta)*

<input type="checkbox"/>	qualora fossi nel processo finale di una malattia non trattabile e con esito mortale, anche se il momento preciso del mio decesso non è ancora prevedibile
<input type="checkbox"/>	qualora a causa di un grave danno cerebrale (ad esempio trauma cranico, emorragia cerebrale, ictus grave) avessi perso in modo probabilmente definitivo la mia capacità di comprendere, decidere e di entrare in relazione con altre persone (ad esempio in caso di coma vigile), anche se il momento preciso del mio decesso non è ancora prevedibile. Sono consapevole del fatto che un risveglio da questa condizione non è del tutto impossibile, ma è molto improbabile
<input type="checkbox"/>	qualora a causa di una demenza o per l'avanzato decadimento delle mie funzioni intellettive non fossi in grado di nutrirmi e di assumere liquidi autonomamente anche con il costante aiuto di terzi
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Qualora mi trovassi in una delle situazioni da me sopra descritte, chiedo quanto segue: *(barrare o descrivere l'evento)*

- che siano attuati tutti i trattamenti medici ritenuti appropriati al fine di prolungare la vita.
- che si ricorra a terapie di sostegno vitale solo nel caso in cui, secondo il mio fiduciario, io provi ancora, prevalentemente, gioia di vivere. Sono conscio del fatto che ognuno riconosce e interpreta la gioia di vivere in modo diverso
- che *non* si ricorra a terapie di sostegno vitale, incluse la ventilazione, la nutrizione e l'idratazione artificiali. La fame e la sete devono essere sopite con mezzi naturali.

Disposizioni Anticipate di Trattamento

Art. 2, 13 e 32 della Costituzione italiana e legge n. 2019/2017.

(Testo libero)

Qualora in una delle situazioni da me descritte fossero già state avviate le misure sopra elencate, ne esigo l'interruzione.

In ogni caso chiedo cure appropriate e in particolare l'idratazione del cavo orale per prevenire il senso di sete, nonché misure mediche lenitive e in particolare farmaci per alleviare efficacemente dolori, difficoltà respiratorie, nausea, ansia, agitazione e altri sintomi gravi. Accetto la probabilità remota che l'attuazione di tali misure possa comportare una abbreviazione della mia vita.

In caso di situazioni di vita o di trattamento non esplicitamente disciplinate dalle presenti Disposizioni anticipate di trattamento, la mia *volontà presunta* va ricostruita ricercando il consenso di tutte le parti coinvolte.

Sottoscrivo queste Disposizioni dopo attenta riflessione e nella piena consapevolezza della responsabilità verso me stessa/me stesso. Sono cosciente del loro significato e delle loro conseguenze, in special modo del fatto che esse impegnano i miei medici curanti, le mie rappresentanti e i miei rappresentanti legali e i miei congiunti. Mi è anche chiaro che la mia decisione di rifiutare le misure mediche descritte nelle sopra elencate situazioni potrebbe portare ad una riduzione della mia permanenza in vita e ad una accelerazione del processo di morte. So che posso in qualsiasi momento modificare o revocare in toto le presenti Disposizioni anticipate di trattamento.

Queste Disposizioni devono essere rese accessibili al personale sanitario addetto alla mia assistenza e cura.

Data			Firma	
------	--	--	-------	--

Nomina del fiduciario

Con la presente delego la seguente persona a rappresentarmi in tutte le questioni riguardanti la cura e l'assistenza. La delega comprende anche l'attuazione delle presenti Disposizioni anticipate di trattamento:

Nome e cognome	
----------------	--

Indirizzo			
Telefono		Data	

Firma della/del delegante	
Firma della/del fiduciaria/o	

Disposizioni Anticipate di Trattamento

Art. 2, 13 e 32 della Costituzione italiana e legge n. 2019/2017.

Informazione medica

La signora/il signor ha da me ricevuto, in data ,
esaustiva informazione rispetto ai contenuti e alle possibili conseguenze delle presenti
Disposizioni anticipate di trattamento.

Data

Firma e timbro del medico

Riconferma delle Disposizioni anticipate di trattamento

Di seguito confermo con la mia firma di aver verificato il contenuto delle Disposizioni anticipate
di trattamento da me in precedenza sottoscritte e che la mia volontà non è mutata.

Data

Firma