

DISPOSIZIONI ANTICIPATA DI TRATTAMENTO  
E CONSENSO INFORMATO  
(DAT)

(Legge 22 dicembre 2017 n. 219)

Io sottoscritto ..... nato a ..... il ....., residente in **SPINEA** alla via ..... n. ... , codice fiscale .....,

nel pieno delle mie facoltà mentali ed in totale libertà di scelta, **avendo acquisito adeguate informazioni mediche**, allo scopo di salvaguardare la dignità della mia persona, **in previsione di eventuale futura incapacità di autodeterminarmi**, intendo, con la presente, esercitare in forma anticipata il diritto di autodeterminazione in materia di trattamenti sanitari in applicazione della legge n.219/2017 e dispongo quanto segue in merito alle decisioni da assumere in caso io necessiti di cure mediche.

**PREMESSO CHE**

- con questo documento, che deve essere considerato come una vera e propria dichiarazione di volontà, io sottoscritto intendo anzitutto riaffermare il mio diritto, in caso di malattia, di essere adeguatamente informato delle diverse possibilità di cura e di poter scegliere tra di esse e, al caso, anche di rifiutarle, nel rispetto delle scelte di seguito indicate;

- io sottoscritto intendo attribuire valore alle dichiarazioni contenute nel presente documento anche nell'ipotesi in cui in futuro mi accada di perdere la capacità di decidere o di comunicare le mie decisioni ai medici curanti sulle scelte da fare riguardo ai trattamenti sanitari proposti;

- a tali fini prevedo la nomina di un fiduciario che si impegna a garantire lo scrupoloso rispetto delle mie volontà e, se necessario, a sostituirsi a me in tutte le decisioni.

Tanto premesso

dispongo quanto segue in merito alle decisioni da assumere nel caso necessiti di cure mediche.

**CONSENSO INFORMATO**

Voglio essere informato sul mio stato di salute e sulle mie aspettative di vita, anche se fossi affetto da malattia grave e non guaribile.

Voglio essere informato sui vantaggi e sui rischi degli esami diagnostici e delle terapie.

Autorizzo i medici curanti e **le strutture sanitarie** ad informare:

\*

**DISPOSIZIONI GENERALI**

In caso di perdita della capacità di decidere o nel caso di impossibilità di comunicare, temporaneamente o permanentemente, le mie decisioni ai medici, formulo le seguenti disposizioni riguardo i trattamenti sanitari. Disposizioni che perderanno di validità se, ripresa la piena coscienza, decidessi di annullarle o sostituirle.

Dispongo che i trattamenti:

- **non siano/siano** iniziati e continuati se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di incoscienza permanente non suscettibile di possibilità di recupero;

- **non siano/siano** iniziati e continuati se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di demenza avanzata non suscettibile di possibilità di recupero;

- **non siano/siano** iniziati e continuati 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.

**DISPOSIZIONI PARTICOLARI**

Qualora io avessi una malattia allo stadio terminale, o una lesione cerebrale **invalidante** o irreversibile, o una malattia che necessiti l'utilizzo permanente di macchine o se fossi in uno

stato di permanente incoscienza (coma o persistente stato **vegetativo**), che secondo i medici sia irreversibile, dispongo che:

- sia curata e assistita in casa e solo ove ciò non sia possibile in hospice
- **siano/non siano intrapresi** tutti i provvedimenti volti ad alleviare le mie sofferenze (come l'uso di farmaci **oppiacei**) anche se il ricorso a essi **rischiasse** di anticipare la fine della mia vita;
- in caso di arresto **cardiorespiratorio** (nelle situazioni sopra descritte) **sia/non sia** praticata su di me la rianimazione **cardiopulmonare** se ritenuta possibile dai curanti;
- **non voglio/voglio** che mi siano praticate forme di respirazione meccanica solo se reversibile;
- **non voglio/voglio** essere **idratato** o nutrito artificialmente;
- **non voglio/voglio** essere **dializzato**;
- **non voglio/voglio** che mi siano praticati interventi di chirurgia d'urgenza;
- **non voglio/voglio** che mi siano praticate **trasfusioni** di sangue;
- **non voglio/voglio** che mi siano somministrate terapie **antibiotiche**;
- **non voglio/voglio** che siano praticate **amputazioni**
- **non voglio/voglio** che mi siano praticati **trapianti di organo, tessuti o di qualsiasi altra parte del corpo di qualsivoglia provenienza.**

#### NOMINA 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, il signor

\* ..... nato a ..... il .....

In caso di impedimento o impossibilità del su indicato Fiduciario, indico a supplirne le funzioni il Signor

\* ..... nato a ..... il .....

**Conferisco** al fiduciario, in caso di mia incapacità, il potere di rappresentarmi in ogni controversia giudiziaria o amministrativa scaturente dal presente atto, nonchè procura per promuovere ricorsi, in ogni competente sede giudiziaria o amministrativa, in caso di rigetto o mancata considerazione della volontà da me espressa.

#### ASSISTENZA RELIGIOSA

- **desidero** l'assistenza religiosa della seguente confessione ...../**non desidero** alcuna assistenza religiosa qualunque sia la confessione
- **desidero** un funerale religioso secondo la confessione da me **professata/non desidero alcun funerale religioso di nessuna confessione.**

#### DISPOSIZIONI DOPO LA MORTE

**Non autorizzo/autorizzo** la donazione dei miei organi o parte del mio corpo per **trapianti**.

**Non autorizzo/autorizzo** la donazione del mio corpo o parti di esso per scopi scientifici o didattici.

Dispongo che il mio corpo **sia/non sia cremato**

In conformità alla legge n. 219/2017 queste mie volontà sono vincolanti per coloro che mi avranno in cura, finché non saranno da me annullate o modificate con successiva dichiarazione anche verbale.

Acconsento espressamente al trattamento dei miei dati al fine della attuazione della mia volontà e dell'inserimento in tutti i Registri all'uopo istituiti.

Il presente atto è esente da registrazione, e da imposta di bollo.

Spinea, li .....

FIRMA .....