

Disposizioni Anticipate di Trattamento

Art. 2, 13 e 32 della Costituzione italiana e legge n. 219/2017.

Io, sottoscritto/a

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"/>	

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.
- (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 gravosi. 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
---------------------------	------------------------------

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
------	-------