

DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO E CONSENSO INFORMATO (DAT)

(legge 22 dicembre 2017 n. 219)

Io sottoscritto/a
nato/a a..... il
residente a BELLINZAGO LOMBARDO in via n.
codice fiscale..... tel.

Nel pieno delle mie facoltà mentali e di 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 a informare:

*Nome e cognome

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 in 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 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 materia 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 o 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 avessi rischiasse di anticipare la fine della mia vita;
- In caso di arresto cardiocircolatorio (delle situazioni sopra descritte) e sia/non sia praticata su di me la rianimazione cardiopolmonare se ritenuto 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 estetica 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 ail.....

Conferisco al fiduciario, in caso di mia incapacità, il potere di rappresentarmi in ogni controversia giudiziaria o amministrativa scaturente dal presente atto, nonché 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.

DISPOSIZIONE 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'interessamento in tutti i Registri all'uopo istituiti.

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

Bellinzago Lombardo, lì

FIRMA

.....