

# Disposizioni Anticipate di Trattamento di

---

Data:

---

## DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO

---

### ISTRUZIONI

Con l'entrata in vigore della **Legge 219/2017** è possibile, per ogni persona maggiorenne e capace di intendere e di volere, redigere le proprie Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT). Tale documento serve per **dichiarare le proprie volontà in merito ai trattamenti sanitari** e più in generale alle scelte di cura che una persona potrebbe dover affrontare in condizioni future, quando la propria capacità di intendere e di volere o comunque di esprimersi fosse compromessa.

Nell'Art.1 della stessa Legge 219, viene inoltre ribadito che “nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del **consenso libero e informato** della persona interessata”.

La compilazione delle DAT offre quindi l'opportunità sia di esprimere le proprie preferenze rispetto agli eventuali trattamenti sanitari futuri sia di condividere la pianificazione dei propri percorsi di cura. In tutto ciò, **i medici e l'équipe sanitaria occupano un ruolo primario** e grazie alla loro competenza professionale rimangono gli interlocutori privilegiati con i quali instaurare una **comunicazione franca ed onesta ed una relazione di fiducia** che possa supportare le persone nelle proprie scelte.

È stata istituita una **banca dati nazionale** (decreto attuativo del 01/02/2020) in cui saranno registrate e conservate tutte le DAT per garantirne l'aggiornamento in caso di rinnovo, modifica o revoca e per assicurarne la piena accessibilità da parte dei medici, del disponente e del fiduciario.

È possibile depositare le proprie DAT **presso un notaio**, oppure redigerle sotto forma di **scrittura privata per poi consegnarle personalmente al Comune di residenza**. Questi organi competenti trasmetteranno le DAT alla banca dati nazionale.

## DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO

---

### IO SOTTOSCRITTO/A

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

• Ai sensi dell' art. 32 della Costituzione Italiana (*“Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge”*) e dell' art.9 della Convenzione sui diritti dell' uomo e sulla biomedicina, stipulata ad Oviedo il 4 aprile 1997 e ratificata in Italia con legge n.145 del 28 marzo 2001;

• Nel pieno delle mie facoltà mentali, in totale libertà di scelta ed allo scopo di salvaguardare la dignità della mia persona,

DISPONGO quanto segue in merito alle decisioni da assumere nel caso necessiti di cure mediche, e chiedo che la mia famiglia, i miei cari, i medici e tutti i professionisti sanitari prestino fede alle mie disposizioni così come espresse in questo documento oppure comunicate dal mio fiduciario.

Firma del Disponente

Data

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## NOMINA DEL MIO FIDUCIARIO

(il mio portavoce rispetto alle scelte di cura)

### IL MIO FIDUCIARIO:

Io, \_\_\_\_\_, nomino come mio Fiduciario, affinché agisca in mia vece qualora io perdessi la capacità di decidere o di comunicare le mie decisioni riguardo al mio percorso di cura:

Nel caso in cui revocassi l' autorità del mio fiduciario, oppure non volesse o fosse nell' impossibilità di esercitare la sua funzione, delego a sostituirlo in questo compito (Fiduciario sostitutivo):

### ESCLUSIONE:

Io NON VOGLIO che la/le seguente/i persona/e mi rappresenti/no:

IN CASO DI MIA INCAPACITÀ, il mio Fiduciario è autorizzato a prendere in mia vece tutte le decisioni concernenti le scelte di cura permesse dalla Legge vigente, incluse le decisioni in merito a fornire, rifiutare o interrompere nutrizione e idratazione artificiale, e tutte le altre forme di trattamento necessarie per mantenermi in vita. Inoltre è autorizzato a prendere decisioni rispetto al mio ricovero in hospice o in altra struttura sanitaria residenziale.

Dovrà tener conto della mia volontà e delle mie aspettative che ho qui lasciato per iscritto.

Conferisco inoltre al fiduciario, 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, con facoltà, ove necessario, di sollevare, nei relativi giudizi, eccezione di incostituzionalità delle norme di legge eventualmente invocate per giustificare il rifiuto.

Potrà prendere visione della mia cartella clinica e autorizzare la sua consegna a terzi. A questo fine sciolgo dal segreto professionale, nei confronti della persona da me delegata, chiunque sia tenuto al medesimo.

## CONSENSO INFORMATO

---

- Voglio
- NON Voglio

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

Nel caso decidessi di non essere informato/a sul mio stato di salute e sugli esami diagnostici e le terapie da adottare, delego ad essere informato/a e a decidere in mia vece:

- Voglio essere informato/a sui vantaggi e sui rischi degli esami diagnostici e delle terapie
- Autorizzo i medici curanti ad informare le seguenti persone:

Nominativo \_\_\_\_\_

Nominativo \_\_\_\_\_

Nominativo \_\_\_\_\_

## DISPOSIZIONI GENERALI

---

In caso di perdita della capacità di decidere o nel caso di impossibilità di comunicare le mie decisioni ai medici, formulo le seguenti disposizioni riguardo i trattamenti sanitari.

Decisioni che perderanno validità se, ripresa la piena coscienza, decidessi di annullarle o sostituirle.

Dispongo che i trattamenti:

1.  Siano iniziati e continuati anche se  NON siano continuati se il loro risultato fosse il mantenimento di uno stato di **incoscienza permanente** senza possibilità di recupero.
  
  2.  Siano iniziati e continuati anche se  NON siano continuati se il loro risultato fosse il mantenimento di uno stato di **demenza avanzata** senza possibilità di recupero.
  
  3.  Siano iniziati e continuati anche se  NON siano continuati se il loro risultato fosse il mantenimento di uno stato di **paralisi** con incapacità totale di comunicare verbalmente, per iscritto o grazie all'ausilio di mezzi tecnologici
- 

**In particolare, dispongo che:**

## DISPOSIZIONI SPECIFICHE

Se fossi affetto da un **danno o da una lesione cerebrale invalidante e irreversibile** (come un ictus, un trauma cranico, ecc), queste sono le mie disposizioni rispetto all' essere sottoposto ai seguenti trattamenti:

	VOGLIO	NON VOGLIO
Essere sottoposto a dialisi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rianimazione cardiopolmonare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respirazione meccanica, anche invasiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essere libero/a di interrompere in qualsiasi momento forme di respirazione meccanica, anche invasiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Idratazione e nutrizione artificiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chirurgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trasfusioni di sangue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se dovessi trovarmi in uno **stato permanente di incoscienza** (coma o persistente stato vegetativo), **considerato irreversibile dai medici**, queste sono le mie disposizioni rispetto all' essere sottoposto ai seguenti trattamenti:

	VOGLIO	NON VOGLIO
Essere sottoposto a dialisi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rianimazione cardiopolmonare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respirazione meccanica, anche invasiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essere libero/a di interrompere in qualsiasi momento forme di respirazione meccanica, anche invasiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Idratazione e nutrizione artificiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chirurgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trasfusioni di sangue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## DISPOSIZIONI SPECIFICHE

Se dovessi trovarmi in uno **stato di malattia allo stadio terminale** (di tipo oncologico, neurologico, cardiologico, ecc.), queste sono le mie disposizioni rispetto all'essere sottoposto ai seguenti trattamenti:

	VOGLIO	NON VOGLIO
Essere sottoposto a dialisi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rianimazione cardiopolmonare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respirazione meccanica, anche invasiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essere libero/a di interrompere in qualsiasi momento forme di respirazione meccanica, anche invasiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Idratazione e nutrizione artificiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chirurgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trasfusioni di sangue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se fossi affetto da una **malattia che richieda l'utilizzo permanente di macchine per la mia sopravvivenza**, queste sono le mie disposizioni rispetto all'essere sottoposto ai seguenti trattamenti:

	VOGLIO	NON VOGLIO
Essere sottoposto a dialisi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rianimazione cardiopolmonare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respirazione meccanica, anche invasiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essere libero/a di interrompere in qualsiasi momento forme di respirazione meccanica, anche invasiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Idratazione e nutrizione artificiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chirurgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trasfusioni di sangue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## DISPOSIZIONI PER IL FINE VITA

### 1. Controllo del dolore:

- Desidero  NON desidero

che mi siano somministrati tutti i farmaci necessari allo scopo di lenire il dolore, anche se queste terapie dovessero rendermi confuso o disorientato per la maggior parte del tempo

### 2. Luogo di preferenza per il fine vita:

- Desidero  NON desidero

essere a casa quando morirò

### 3. Ricerca scientifica:

- Desidero  NON desidero

partecipare alle sperimentazioni cliniche che potrebbe portare benefici agli altri pazienti o alla società in generale, anche se queste potessero non portare benefici diretti a me

### 4. Donazione degli organi:

- Desidero  NON desidero

tutti i miei organi e tessuti, eccetto \_\_\_\_\_

### 5. Sepoltura:

- Desidero  NON desidero

essere cremato

### 6. Funerale:

- Desidero  NON desidero

avere un funerale religioso

Se sì, di quale confessione: \_\_\_\_\_

### 7. Ulteriori disposizioni. Desidero che:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## FIRMA DEL FIDUCIARIO

Io sottoscritto/a

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

dichiaro di accettare la presente nomina a Fiduciario/a e di autorizzare il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.Lgs 196/2003 e Regolamento UE 679/2016

Data

Firma del Fiduciario

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## FIRMA DEL FIDUCIARIO SOSTITUTIVO

Io sottoscritto/a

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

dichiaro di accettare la presente nomina a Fiduciario/a e di autorizzare il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.Lgs 196/2003 e Regolamento UE 679/2016

Data

Firma del Fiduciario

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## FIRMA DEL DISPONENTE

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.Lgs 196/2003  
e Regolamento UE 679/2016

Queste mie volontà sono depositate in originale presso:

\_\_\_\_\_

Data

In fede,

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FONDAZIONE  
**ANT**  
1978 ONLUS

Assistenza Nazionale Tumori