

DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO PER I TRATTAMENTI SANITARI

Vista la Legge 22 dicembre 2017, n. 219 “Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento” che, nel rispetto dei principi di cui agli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione e degli articoli 1, 2 e 3 della Carta dei diritti fondamentali dell’Unione europea, tutela il diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all’auto-determinazione della persona e stabilisce che **nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata**, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge,

io sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____

residente a _____ Prov. _____ via _____

documento certificativo dell’identità _____ n. _____

rilasciato da _____ in data _____ Codice Fiscale _____

DICHIARO:

- a) di voler esercitare, con il presente documento, il mio **diritto di auto-determinazione ai trattamenti e/o accertamenti sanitari** anche per l’ipotesi in cui, per una qualsiasi causa (infortunio, evoluzione di una patologia invalidante o altro), dovessi divenire, temporaneamente o permanentemente, incapace di intendere e di volere, o mi dovessi trovare comunque nell’impossibilità di esprimere il mio consenso o il mio dissenso informato al riguardo;
- b) di essere stato compiutamente ed **adeguatamente informato**, dal mio medico di fiducia, con linguaggio per me chiaro e comprensibile, circa la portata, le finalità, la natura e la valenza di questo documento, nonché circa le conseguenze che dalla redazione di questo documento potranno scaturire con riferimento alla mia persona;
- c) di essere stato compiutamente ed **adeguatamente informato**, dal mio medico di fiducia, con linguaggio per me chiaro e comprensibile, circa la causa, la natura, la portata, e le conseguenze dei fenomeni sotto indicati (spuntare le voci per le quali si è effettivamente ricevuta completa informazione):

- Accanimento diagnostico-terapeutico
- Alimentazione artificiale
- Idratazione artificiale
- Sedazione

- Sindrome** (*complesso di sintomi che possono essere provocati dalle cause più diverse*) del chiavistello (“Locked-in syndrome”)
- Stato di minima coscienza
- Stato vegetativo persistente
- Stato vegetativo permanente
- Terapia antalgica
- Trattamento sanitario
- Ventilazione meccanica artificiale

d) di essermi avvalso, per i precedenti punti b) e c), oltreché del medico di fiducia, anche dei documenti redatti dal **Comitato di Bioetica** dell'ex Azienda ULSS n. 10 (ora n. 4) di cui alla Deliberazione n. 615 del 26.6.2015 e successivi aggiornamenti; (“Guida alla stesura delle DAT, GLOSSARIO per le DAT, Modulo per le DAT”)

In seguito a quanto sopra dichiarato, dopo ampia riflessione, nel pieno delle mie facoltà mentali, consapevole di quanto dichiaro e libero da costrizioni, nel caso che io sottoscritto dovessi trovarmi in una delle seguenti condizioni che non consentono di esprimermi direttamente:

- stato vegetativo permanente
- stato vegetativo persistente
- stato di minima coscienza
- sindrome del chiavistello (“Locked-in syndrome”)

FORMULO LE SEGUENTI DISPOSIZIONI:

1	<input type="checkbox"/> mi sia praticato ogni accertamento e/o trattamento sanitario proposto dal medico curante; <input type="checkbox"/> non mi sia praticato alcun accertamento e/o trattamento sanitario, ad eccezione della sedazione palliativa e della terapia antalgica (cure palliative);
---	--

2	<input type="checkbox"/> mi sia praticata ogni forma di ventilazione meccanica artificiale; <input type="checkbox"/> mi siano praticate forme di ventilazione meccanica artificiale non invasive; <input type="checkbox"/> mi siano praticate forme di ventilazione meccanica artificiale invasive, senza esecuzione di tracheotomia; <input type="checkbox"/> non mi sia praticata alcuna forma di ventilazione meccanica artificiale;
---	--

3	<input type="checkbox"/> mi siano praticate l'idratazione e la nutrizione artificiale; <input type="checkbox"/> mi sia praticata la sola idratazione artificiale; <input type="checkbox"/> mi sia praticata la sola nutrizione artificiale; <input type="checkbox"/> non mi siano praticate né l'idratazione artificiale né la nutrizione artificiale;
---	---

DICHIARO INOLTRE:

- di essere pienamente consapevole del fatto che:

1. la situazione clinica nella quale potrò venire concretamente a trovarmi potrebbe richiedere una successiva ed ulteriore valutazione;
2. che è facoltà del medico discostarsi dalle presenti direttive in presenza di motivate e circostanziate situazioni ed in accordo con il fiduciario (art. 4 comma 5 della Legge 219/'17);

- di aver coinvolto nelle mie decisioni e aver reso partecipe delle presenti DAT - quale fiduciario/i - la /le seguente/i persona/e:

FIDUCIARIO (facoltativo)

sig/ sig.ra. _____ nato/a il _____ a _____

residente a _____ indirizzo _____ tel. _____

FIDUCIARIO (facoltativo)

sig/ sig.ra. _____ nato/a il _____ a _____

residente a _____ indirizzo _____ tel. _____

che viene/vengono autorizzata/e:

- ad essere messa/e a conoscenza da parte del medico delle informazioni riguardanti il mio stato di salute, ad essere coinvolta/e nelle decisioni ed aver pertanto accesso alla mia cartella clinica;
- a far valere la mia volontà presso le persone che mi curano;
- ad agire secondo le indicazioni contenute nella presente dichiarazione;
- a vigilare su tutto ciò che concerne le attività terapeutiche e di cura prestate nei miei confronti, liberando espressamente dal segreto professionale nei suoi confronti tutti i medici e il personale curante.

(sono altresì a conoscenza di aver la facoltà di revocare l'incarico al/ai fiduciario/i in qualsiasi momento senza obbligo di motivazione).

- che le presenti disposizioni/dichiarazioni, restando salva la facoltà di modificarle in qualsiasi momento,

hanno durata illimitata / hanno durata di anni (mettere una crocetta sul quadrettino della voce prescelta) dal momento della sottoscrizione;

- di non aver reso altre DAT in luogo diverso da quello apposto in calce alla presente.

AUTORIZZO infine

l'inserimento della presente dichiarazione nell'elenco cronologico delle dichiarazioni presentate presso il Comune di residenza, con l'assicurazione che saranno adeguatamente conservate in conformità ai principi di riservatezza dei dati personali di cui al d. lgs. 30 giugno 2003 n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali).

in fede

luogo (Comune di residenza)

data

firma del dichiarante

DICHIARAZIONE DEL FIDUCIARIO (facoltativa)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____

a _____ residente a _____

prov. _____ indirizzo _____ tel. _____

dichiara di accettare le funzioni di fiduciario.

in fede

luogo

data

firma del dichiarante

DICHIARAZIONE DEL FIDUCIARIO (facoltativa)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____

a _____ residente a _____

prov. _____ indirizzo _____ tel. _____

dichiara di accettare le funzioni di fiduciario.

in fede

luogo

data

firma del dichiarante

%%%%%%%%%

DICHIARAZIONE DEL MEDICO DI FIDUCIA (facoltativa)

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa _____

iscritto all'Albo dei Medici ed Odontoiatri della Provincia di _____ al n. _____

dichiara

di essere stato coinvolto nella stesura delle presenti DAT e di essere stato d'aiuto nella comprensione della terminologia utilizzata.

in fede

luogo

data

firma e timbro del medico di fiducia