



## Disposizioni Anticipate di Trattamento - DAT

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_

Ai sensi e per effetto delle normative vigenti in materia, nel pieno possesso delle mie facoltà mentali e della capacità di intendere e di volere, desidero esercitare pienamente il mio diritto di scelta riguardo alle cure mediche nel caso perdessi la capacità di decidere per la mia salute o fossi impossibilitato a comunicare. Le mie disposizioni perderanno valore solo qualora io decida di annullarle o sostituirle con altre.

DICHIARO che, al fine di redigere le presenti Disposizioni Anticipate di Trattamento, ho acquisito informazioni, come suggerito dalla legge 219/2017, da:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Professione \_\_\_\_\_

e da:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Professione \_\_\_\_\_

### DISPOSIZIONI GENERALI

Consapevole delle conseguenze a cui questa mia scelta potrebbe condurre, dispongo che:

☐ Venga disattivato eventuale defibrillatore cardiaco impiantabile

E che i seguenti trattamenti di sostegno vitale

- ☐ Rianimazione cardiopolmonare
- ☐ Ventilazione polmonare
- ☐ Dialisi
- ☐ Chirurgia d'urgenza
- ☐ Trasfusioni di sangue
- ☐ Alimentazione artificiale
- ☐ Idratazione artificiale

NON siano proseguiti

- ☐ se il loro risultato fosse il mantenimento di uno stato di incoscienza permanente e senza possibilità di recupero.
- ☐ se il loro risultato fosse il mantenimento di uno stato di demenza avanzata senza possibilità di recupero.
- ☐ 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

- ☐ DISPONGO inoltre che venga intrapreso qualunque provvedimento mirato ad alleviare le mie sofferenze, inclusa la sedazione palliativa profonda continua.

Altre disposizioni generali \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### DISPOSIZIONI PARTICOLARI

Se dovessi trovarmi in una delle seguenti situazioni

- ☐ malattia in stadio terminale  
☐ lesione cerebrale invalidante e irreversibile  
☐ stato di permanente incoscienza (coma o persistente stato vegetativo) che secondo le conoscenze della medicina sia irreversibile  
☐ malattia che necessiti l'uso permanente di macchine di sostegno vitale  
☐ demenza grave (grave perdita di memoria, incapacità a dare giudizi, nessuna attività indipendente)  
☐ demenza molto grave (deficit del linguaggio e della comprensione, problemi nel riconoscere i familiari, incapacità a deambulare in modo autonomo, problemi ad alimentarsi da soli, necessità di aiuto nelle attività della vita quotidiana)  
☐ altro \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dispongo:

- ☐ che sia praticata su di me la rianimazione cardiopolmonare.  
☐ che non sia praticata su di me la rianimazione cardiopolmonare.  
  
☐ che mi siano praticate forme di respirazione meccanica.  
☐ che non mi siano praticate forme di respirazione meccanica.  
  
☐ di essere nutrito artificialmente.  
☐ di non essere nutrito artificialmente.  
  
☐ di essere idratato artificialmente.  
☐ di non essere idratato artificialmente.  
  
☐ di essere sottoposto a dialisi.  
☐ di non essere sottoposto a dialisi.  
  
☐ di essere sottoposto ad interventi di chirurgia d'urgenza.  
☐ di non essere sottoposto ad interventi di chirurgia d'urgenza.  
  
☐ di ricevere trasfusioni di sangue.  
☐ di non ricevere trasfusioni di sangue.  
  
☐ che siano eseguiti gli accertamenti diagnostici comunemente ritenuti opportuni nelle mie condizioni.  
☐ che non sia eseguito alcun ulteriore accertamento diagnostico, una volta accertata la mia condizione.

- ☐ che mi vengano praticate le cure palliative e la terapia del dolore come previsto dalla Legge 38/2010 e che venga intrapreso qualunque provvedimento mirato ad alleviare il dolore fisico, i suoi effetti psichici e qualsiasi sintomo che produca disagio o sofferenza.
- ☐ che il medico ricorra alla sedazione palliativa profonda continua quando giustificata dalla refrattarietà dei sintomi ad altri trattamenti analgesici e palliativi.

Altre disposizioni particolari \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Resta inteso che l'eventuale messa in atto dei sopra indicati trattamenti è subordinata alla valutazione clinica della loro appropriatezza in relazione alle mie condizioni, che possono essere diverse da quelle strettamente previste quando ho sottoscritto le DAT, che possono altresì essere affrontate con l'aiuto di nuove forme di cura che non erano validate quando ho sottoscritto le DAT. Resta sempre essenziale l'accordo tra il medico curante e il mio fiduciario; in caso contrario si farà ricorso al giudice tutelare.

#### **NOMINA DEL FIDUCIARIO**

La legge prevede la possibilità (ma non l'obbligo) di nominare un fiduciario che sostituisca il disponente divenuto incapace nei rapporti con i medici e la struttura sanitaria, eventualmente consentendo di disattenderle, di concerto con il medico, solo nel caso in cui appaiano palesemente incongrue, non siano corrispondenti alla condizione clinica attuale del paziente o siano sopravvenute terapie non prevedibili alla data di redazione delle DAT.

Il rispetto delle volontà da me espresse in questo documento saranno garantite in qualità di rappresentate fiduciario da:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
 in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Qualora questi fosse impossibilitato ad esercitare questa funzione, delego a sostituire il primo fiduciario:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
 in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Questo atto viene redatto in data \_\_\_\_\_

Le suddette Disposizioni verranno depositate presso:

- ☐ \_\_\_\_\_
- ☐ \_\_\_\_\_

Firma del sottoscrittore \_\_\_\_\_

Firma del primo fiduciario \_\_\_\_\_

Firma del secondo fiduciario \_\_\_\_\_