

Disposizioni Anticipate di Trattamento – D.A.T.

(art. 4 della legge 22 dicembre 2017, n. 219)

Io sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a VIMERCATE in Via/Piazza _____

codice fiscale _____ documento d'identità n° _____

tel. _____ e-mail _____

nel *pieno delle mie facoltà mentali, in totale libertà di scelta*, dispongo quanto segue in merito alle decisioni da assumere nel caso necessiti di cure mediche

affermo, con questo documento, in previsione di una mia eventuale futura incapacità di autodeterminarmi e, dopo aver acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle mie scelte, il mio diritto e la mia volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il *consenso o il rifiuto* rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari;

prevedo la **nomina di un/due fiduciario/i, capace/i di intendere e di volere**, che si impegna/no a garantire lo scrupoloso rispetto delle mie volontà, che faccia/no le mie veci e mi rappresenti/no nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie ed a cui/ai quali affido copia della D.A.T., precisando che il **secondo fiduciario interverrà nel caso in cui il primo fiduciario sia nell'impossibilità di esercitare la sua funzione**;

pertanto **delego come PRIMO/UNICO fiduciario**:

1. Nome _____ Cognome _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in Via/Piazza _____

codice fiscale _____

documento d'identità n° _____

tel. _____ e-mail _____

pertanto delego come **SECONDO fiduciario**:

2. Nome _____ Cognome _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in Via/Piazza _____

codice fiscale _____

documento d'identità n° _____

tel. _____ e-mail _____

che accetta/no la nomina e al/ai quale/i ho consegnato una copia della DAT;

DICHIARO

1. Non voglio Voglio essere informato sul mio stato di salute e sulle mie aspettative di vita, anche se fossi affetto da malattia grave e non guaribile
2. Nel caso decidessi di non essere informato sul mio stato di salute e sugli esami diagnostici e le terapie da adottare, delego a essere informato e a decidere in mia vece **il/i fiduciario/i** sopra indicato/i
3. Voglio essere informato sui vantaggi e sui rischi degli esami diagnostici e delle terapie
4. Autorizzo i medici curanti ad informare le seguenti persone:

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, in piena coscienza, decidessi di annullarle o sostituirle.

Dispongo che i trattamenti:

1. Siano iniziati e continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di incoscienza permanente non suscettibile di recupero.
 Non siano iniziati e continuati se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di incoscienza permanente e senza possibilità di recupero.
2. Siano iniziati e continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di demenza avanzata non suscettibile di recupero.
 Non siano iniziati e continuati se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di demenza avanzata senza possibilità di recupero.
3. Siano iniziati e continuati anche se 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.
 Non siano iniziati e continuati se 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 e irreversibile, o una malattia 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:

1. Siano Non siano intrapresi tutti i provvedimenti volti ad alleviare le mie sofferenze come l'uso di farmaci oppiacei) anche se il ricorso a essi rischiasse di anticipare la fine della mia vita.
2. In caso di arresto cardiorespiratorio (nelle situazioni sopra descritte):
 - Sia Non sia praticata su di me la rianimazione cardiopolmonare se ritenuta possibile dai curanti.
3. Voglio Non voglio che mi siano praticate forme di respirazione meccanica.
4. Voglio Non voglio essere idratato o nutrito artificialmente.
5. Voglio Non voglio essere dializzato.
6. Voglio Non voglio che mi siano praticati interventi di chirurgia d'urgenza.
7. Voglio Non voglio che mi siano praticate trasfusioni di sangue
8. Voglio Non voglio che mi siano somministrate terapie antibiotiche.

Inoltre:

dichiaro altresì:

- di essere a conoscenza che l'incarico di fiduciario potrà essere revocato in qualsiasi momento con le stesse modalità previste per la nomina e senza obbligo di motivazione;
- di essere a conoscenza che le DAT possono essere rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento;

acconsento

- espressamente al trattamento dei miei dati al fine della attuazione della mia volontà contenuta nella presente dichiarazione ai sensi del D.lgs. 30 giugno 2003, n.196 (Codice in materia di protezione dei dati personali);
- a che si provveda all'inserimento delle seguenti disposizioni nel registro apposito ed alla conservazione di una copia della presente D.A.T. presso l'Ufficio di Stato Civile del Comune di **VIMERCATE**.

Vimercate _____

Firma intestatario _____

1. Firma **fiduciario** _____

2. Firma **fiduciario** _____