

# DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ ANTICIPATA PER I TRATTAMENTI SANITARI

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_ nr \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_  
recapito telefonico \_\_\_\_\_ 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.

## CONSENSO INFORMATO

- 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
- 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 signor \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_

- Voglio essere informato sui vantaggi e sui rischi degli esami diagnostici e delle terapie
- 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:

- 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.
- 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.
- 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.

### 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 \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_ nr \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_  
recapito telefonico \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Nel caso in cui il mio rappresentante fiduciario sia nell'impossibilità di esercitare la sua funzione delego a sostituirlo in questo compito il signor

---

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_ nr \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_  
recapito telefonico \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

*Conferisce al fiduciario, in caso di propria incapacità, il potere di rappresentarlo 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 lui espressa, con facoltà, ove necessario, di sollevare, nei relativi giudizi, eccezione di incostituzionalità delle norme di legge eventualmente invocate per giustificare il rifiuto.*

ASSISTENZA RELIGIOSA

1.  Desidero  Non desidero l'assistenza religiosa della seguente confessione:
- 

2.  Desidero  Non desidero un funerale.  
3.  Desidero un funerale religioso secondo la confessione da me professata.  
4.  Desidero un funerale non religioso.

DISPOSIZIONI DOPO LA MORTE

1.  Autorizzo  Non autorizzo la donazione dei miei organi per trapianti.  
2.  Autorizzo  Non autorizzo la donazione del mio corpo per scopi scientifici o didattici.  
3.  Dispongo che il mio corpo sia inumato/cremato.

Data

In fede

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Dlgs 196 del 30 giugno 2003, al solo fine dell'iniziativa pubblica "sottoscrivi il tuo Testamento biologico".

Data

In fede