

## DICHIARAZIONI ANTICIPATE PER I TRATTAMENTI SANITARI

Viste le espressioni a tutela dell'autodeterminazione della persona in materia di trattamenti sanitari ed in particolare, per il tema qui trattato, considerati:

- l'art.32, secondo comma, della costituzione Italiana ("Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge: La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana")

- l'art.9 della Convenzione sui diritti dell'uomo e sulla biomedicina, stipulata a Oviedo il 4 aprile 1997 e ratificata in Italia con legge n.145 del 28-03-2001("i desideri precedentemente espressi a proposito di un intervento medico da parte di un paziente che, al momento dell'intervento non è in grado di esprimere le proprie volontà, saranno tenuti in considerazione")

### PARTE A DISPOSIZIONI GENERALI

Io sottoscritto .....nato a ..... il .....  
Prov. (.....) residente a ..... via .....Prov.(.....).  
nel pieno delle mie facoltà mentali

#### DICHIARO

- di voler esercitare il mio diritto di scelta rispetto ad alcuni trattamenti sanitari, nel caso in cui in futuro possa venire meno la mia capacità di comprendere, decidere e comunicare personalmente le mie volontà ai medici;
- a tale scopo, qualora venissi a trovarmi in condizioni di salute che, secondo le più aggiornate conoscenze scientifiche, non siano suscettibili di miglioramento (una malattia inguaribile giunta allo stadio terminale, un danno cerebrale totalmente invalidante e irreversibile; uno stato di incoscienza permanente), dichiaro di voler essere sottoposto/a ad esami, manovre, terapie che abbiano finalità esclusivamente palliative, cioè finalizzate ad alleviare le mie sofferenze; chiedo dunque che il medico, nella scelta dei trattamenti da effettuare, rispetti la condizione sopra esposta.

### PARTE B DISPOSIZIONI PARTICOLARI

In particolare chiedo:

1.  Sia  Non sia praticata la rianimazione cardiopolmonare
2.  Sia  Non sia praticata la respirazione meccanica invasiva, con intubazione o tracheotomia
3.  Siano  Non sia praticata nutrizione artificiale per via endovenosa o intragastrica
4.  Sia  Non sia praticata la dialisi
5.  Siano  Non siano praticati interventi di chirurgia d'urgenza
6.  Siano  Non siano praticate trasfusioni di sangue o suoi componenti
7. Chiedo inoltre che:

Sia  Non sia garantita assistenza religiosa. Nel caso si risponda sì, secondo la religione

ALTRE DISPOSIZIONI .....

## PARTE C NOMINA FIDUCIARIO

Nomino mio rappresentante fiduciario, affinché si impegni a garantire il pieno rispetto delle mie volontà sopra espresse il/la signor/a .....

Nato a .....il .....

residente a .....Prov. (.....)

che sottoscrive per accettazione dell'incarico .....

Nel caso il mio rappresentante fiduciario si trovi nell'impossibilità di esercitare la sua funzione delego a sostituirlo/a il/la signor/a .....

Nato a .....il.....

residente a .....Prov. (.....)

che sottoscrive per accettazione dell'incarico .....

Dichiaro di essere consapevole che questa mia dichiarazione di volontà potrà da me essere revocata e modificata in ogni momento; le persone coinvolte nella dichiarazione dovranno prenderne atto.

DATA ..... FIRMA .....

### NOTE COMPILATIVE

#### **Cosa sono le dichiarazioni anticipate di trattamento (DAT) o testamento biologico**

“Con il termine *dichiarazioni anticipate di trattamento (DAT) o testamento biologico* si fa riferimento a un documento con il quale una persona, dotata di piena capacità di comprendere, esprime la sua volontà circa i trattamenti a cui desidererebbe o non desidererebbe essere sottoposta nel caso in cui, nel decorso di una malattia o a causa di traumi improvvisi, non fosse più in grado di esprimere il proprio consenso o il proprio dissenso informato” (Comitato nazionale di Bioetica 18.12.2003).

Le scelte terapeutiche avvengono sempre all'interno di una relazione terapeutica dove il medico informa e il paziente, informato, sceglie. Il formulario permette al dichiarante di esprimere alcune volontà in merito ai trattamenti sanitari, all'assistenza nella malattia e al dopo morte, lì dove egli venisse a trovarsi nella situazione di non poter più comunicare personalmente il proprio volere. La dichiarazione, non obbliga il curante, ma lo informa rispetto alle volontà del paziente, permettendo a lui e ai familiari della persona di rispettare con le proprie scelte le sue volontà, come previsto dalla costituzione italiana e dalle dichiarazioni dei comitati di bioetica nazionali ed internazionali.

#### **Per la compilazione**

Per la compilazione del formulario si consiglia il confronto con il proprio medico di fiducia. E' possibile compilare tutto il formulario, o solo alcune parti, fatta eccezione per la nomina del fiduciario (PARTE C). La sottoscrizione, con la firma del modulo dà per vera la dichiarazione espressa nella parte A (disposizioni generali). Si ricorda, inoltre, che sarà possibile modificare la propria dichiarazione interamente o solo in alcune parti in qualsiasi momento.