



## Disposizioni Anticipate di Trattamento - DAT

Io sottoscritto/a

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Documento di identità \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

emesso da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

cell. \_\_\_\_\_

nel pieno delle mie facoltà mentali, in totale libertà di decisione e dopo aver acquisito adeguate informazioni medico scientifiche sulle conseguenze delle mie scelte, ai sensi e per effetto delle normative vigenti in materia dispongo quanto segue in merito alle decisioni da assumere, nel caso io necessiti di cure mediche:

### INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE/ PIANIFICAZIONE CONDIVISA DELLE CURE

#### PREMESSO CHE

nel caso io sia vigile, lucida/o e consapevole,

voglio  non voglio

essere informata/o completamente riguardo la diagnosi, la prognosi, le scelte terapeutiche possibili e loro effetti collaterali, riguardanti la mia malattia: e ciò anche se fossi affetta/o da malattia grave e non guaribile.

Nel primo caso (e cioè ove io abbia optato per una completa informazione relativa al mio stato di salute ed alle aspettative di vita) potrò addivenire, insieme con i medici che mi avranno in carico, ad una pianificazione condivisa delle cure (PCC secondo la legge 219 del 2017).

Dispongo inoltre che del mio stato di salute e delle terapie da adottare siano informate le seguenti persone:

---

---

---

---

---

---

## DISPOSIZIONI GENERALI

Qualora la mia capacità di autodeterminazione sia compromessa per un qualsiasi motivo, o qualora io sia impossibilitata/o a comunicare, dispongo quanto segue:

Nel caso in cui mi trovassi in una **condizione di incoscienza permanente e irreversibile** (coma o stato vegetativo persistente) a causa di una malattia o di un trauma, *chiedo che questa condizione di incoscienza completa e duratura debba essere dichiarata dopo adeguato tempo di osservazione, in cui sarò sottoposta/o ad esami e visite specialistiche che accertino, dopo stabilizzazione completa dell'evento acuto e delle eventuali complicanze ad esso legate, l'irreversibilità del mio stato.*

Una volta che sia stata accertata tale irreversibilità, dichiaro che desidero

**rifiutare/sospendere**

**accettare**

i trattamenti sanitari di supporto vitale (come la respirazione, l'idratazione o la nutrizione artificiale), pienamente consapevole che un loro rifiuto potrebbe accelerare la fine della mia vita.

Più precisamente, e nello specifico, dispongo che:

- In caso di arresto cardiorespiratorio, si pratichi la rianimazione cardiopolmonare .....  Sì       No
- si utilizzi respirazione meccanica.....  Sì       No
- si pratichi dialisi .....  Sì       No
- si pratichi alimentazione artificiale.....  Sì       No
- si pratichi idratazione artificiale .....  Sì       No
- si eseguano operazioni chirurgiche .....  Sì       No
- No, se non a scopo analgesico**
- si pratichino trasfusioni di sangue .....  Sì       No
- si somministrino terapie antibiotiche.....  Sì       No

Se la mia alterazione riguarderà non lo stato di coscienza, ma le **funzioni cognitive**:

**in caso di demenza avanzata** e costante (deficit costante e fisso del linguaggio e della comprensione, difficoltà a riconoscere i familiari, assenza costante di consapevolezza di sé, nessuna autonomia nelle funzioni di base)

- intendo proseguire con normali procedure di terapie e assistenza.
- intendo applicare le stesse scelte precedenti.

Qualora mi trovassi in uno **stato di paralisi totale**, con incapacità assoluta di comunicare verbalmente, per iscritto o grazie all'ausilio di mezzi tecnologici,

- intendo proseguire con normali procedure di terapie e assistenza.
- intendo applicare le stesse scelte precedenti.

### **ULTERIORI DISPOSIZIONI**

Se dovessi trovarmi in una delle seguenti situazioni:

- malattia in stadio terminale
- malattia che necessiti l'uso permanente di macchine di sostegno vitale
- altro \_\_\_\_\_

dispongo:

- che non sia praticata su di me la rianimazione cardiopolmonare
- che non mi siano praticate forme di respirazione meccanica
- di non essere nutrito artificialmente
- di non essere idratato artificialmente
- di non essere sottoposto a dialisi
- di non essere sottoposto ad interventi di chirurgia d'urgenza
- di non ricevere trasfusioni di sangue
- che non sia eseguito alcun ulteriore accertamento diagnostico, una volta accertata la mia condizione
- che venga disattivato, qualora presente, il defibrillatore cardiaco impiantabile.

Altre disposizioni particolari:

---

---



° ° °

Dispongo per la donazione dei miei organi, se possibile  Sì  No

### ISCRIZIONE NELLA BANCA NAZIONALE DELLE DAT

Ai fini dell'iscrizione nella Banca Dati Nazionale delle DAT:

**acconsento**  Sì  No

che la copia digitale della disposizione venga inviata al Ministero della salute, ed indico di seguito il mio recapito di posta elettronica, autorizzando così il Ministero della salute alla notifica tramite email dell'avvenuta registrazione nella Banca Dati Nazionale DAT:

email: \_\_\_\_\_

Ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, dichiaro di essere informato/a che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, e presto il relativo consenso.

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

Firma del disponente \_\_\_\_\_

Questo atto viene sottoscritto in data \_\_\_\_\_

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