**SCHEMA A) - DI DICHIARAZIONE DI VOLONTA’ ANTICIPATA PER I TRATTAMENTI SANITARI**

Nel pieno rispetto dell’art. 13 della Costituzione, che stabilisce che non è ammessa nessuna forma di restrizione della libertà personale, se non per atto motivato dell’autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla Legge;

nel pieno rispetto dell’art. 32 della Costituzione, che stabilisce la tutela della salute come diritto fondamentale dell’individuo, e prevede che nessuno possa essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di Legge, e comunque nel rispetto della persona umana;

visto l’art. 9 della Convenzione per la protezione dei Diritti dell’Uomo e della dignità dell’essere umano nei confronti delle applicazioni della biologia e della medicina (Convenzione di Oviedo) del 4 aprile 1997, ratificata con Legge n. 145/2001, in cui si prevede che debbano essere presi in considerazione i desideri precedentemente espressi a proposito di un intervento medico da parte di un paziente che, al momento dell’intervento, non sia in grado di esprimere la sua volontà;

visto l’art. 38 del Codice di deontologia medica, adottato in data 16 dicembre 2006 dalla Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, il quale stabilisce che il medico, se il paziente non è in grado di esprimere la propria volontà, deve tenere conto nelle proprie scelte di quanto precedentemente manifestato dallo stesso in modo certo e documentato;

viste le raccomandazioni bioetiche formulate nel documento avente ad oggetto le Dichiarazioni anticipate di trattamento, elaborato dal Comitato nazionale per la bioetica, Presidenza del Consiglio dei ministri, in data 18 dicembre 2003,

Io sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, documento di identità \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**D I C H I A R O**

- di voler esercitare, con il presente documento, il mio diritto di autodeterminazione terapeutica anche per l’ipotesi in cui, per una qualsiasi causa (infortunio, evoluzione di una patologia invalidante o altro) dovessi divenire, temporaneamente o permanentemente, incapace di intendere e di volere, o mi dovessi trovare comunque nell’impossibilità di esprimere il mio consenso o il mio dissenso informato all’atto medico;

- di essere stato compiutamente ed adeguatamente informato, con linguaggio per me chiaro e comprensibile, circa la portata, le finalità, la natura e la valenza di questo documento, nonché circa le conseguenze che dalla redazione di questo documento potranno scaturire con riferimento alla mia persona;

- di essere stato compiutamente ed adeguatamente informato da personale medico, con linguaggio per me chiaro e comprensibile, circa la causa, la natura, la portata, e le conseguenze dei seguenti fenomeni ***(spuntare solo le patologie per le quali si è effettivamente ricevuta completa informazione)***:

□ Accanimento diagnostico-terapeutico

□ Alimentazione artificiale

□ Idratazione artificiale

□ Locked – in

□ Sedazione

□ Stato di minima coscienza

□ Stato vegetativo persistente

□ Stato vegetativo permanente

□ Terapia antalgica

□ Trattamento sanitario

□ Ventilazione artificiale.

In seguito a quanto sopra dichiarato, dopo ampia riflessione, nel pieno delle mie facoltà mentali, consapevole di quanto dichiaro e libero da costrizioni, per i casi in cui mi trovassi in una delle seguenti condizioni:

□ stato vegetativo permanente

□ stato vegetativo persistente

□ stato di minima coscienza

□ locked-in

**FORMULO LE SEGUENTI DISPOSIZIONI**

**1**

□ mi siano praticati trattamenti sanitari;

□ in ogni caso non mi siano praticati trattamenti sanitari, ad eccezione di

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**2**

□ mi sia praticata ogni forma di ventilazione meccanica;

□ mi siano praticate forme di ventilazione meccanica non invasive;

□ mi siano praticate forme di ventilazione meccanica invasive, ad eccezione di

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

□ in ogni caso non mi sia praticata alcuna forma di ventilazione meccanica;

**3**

□ mi siano praticate l’idratazione e la nutrizione artificiale;

□ in ogni caso non mi siano praticate l’idratazione e la nutrizione artificiale;

□ in ogni caso mi sia praticata la sola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Dispongo altresì:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Consapevole del fatto che la situazione clinica nella quale potrò venire concretamente a trovarmi potrebbe richiedere una successiva ed ulteriore valutazione nomino

il/la Sig/Sig.ra. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, prov. \_\_\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e

il/la Sig/Sig.ra. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, prov. \_\_\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

quale soggetto/i legalmente autorizzato/i ad essere messo/i a conoscenza da parte del medico delle informazioni riguardanti il mio stato di salute, ad agire secondo le indicazioni contenute nella presente dichiarazione, e a vigilare su tutto ciò che concerne le attività terapeutiche e di cura nei miei confronti prestate, nei casi di cui sopra.

Rimetto inoltre allo/agli stesso/i il compito di vigilare sull’operato del medico che mi avrà in cura, e del collegio medico eventualmente chiamato ad esprimersi sulla presente Dichiarazione, i quali, nell’agire in scienza e coscienza, dovranno comunque tenere in considerazione le dichiarazioni contenute nel presente documento.

Dichiaro, altresì, che il mio medico curante è il Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con studio in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, che è a perfetta conoscenza della presente dichiarazione / che non è a conoscenza della presente dichiarazione.

Dichiaro, infine, di non aver reso altre D.A.T. in luogo diverso da quello apposto in calce alla presente.

Autorizzo al trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione ed all’inserimento degli stessi nel Registro delle Dichiarazioni Anticipate di Trattamento, ai sensi del D.Lgs 30 giugno 2003 n. 196, Codice in materia di protezione dei dati personali.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**In fede**

**Firma del dichiarante**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Il/la Sig/Sig.ra. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, prov. \_\_\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_, indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nella sua qualità di Fiduciario

e

il/la Sig/Sig.ra. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, prov. \_\_\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_, indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nella sua qualità di Fiduciario supplente,

autorizzano al trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione ed all’inserimento degli stessi nel Registro delle Dichiarazioni Anticipate di Trattamento, ai sensi del D. Lgs. 30 giugno 2003 n. 196, Codice in materia di protezione dei dati personali.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**In fede**

**Firma dei fiduciari**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Il/la Sig/Sig.ra. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, prov. \_\_\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_, indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nella sua qualità di medico curante,

autorizza al trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione ed all’inserimento degli stessi nel Registro delle Dichiarazioni Anticipate di Trattamento, ai sensi del D. Lgs. 30 giugno 2003 n. 196, Codice in materia di protezione dei dati personali.

**In fede**

**Firma del medico di famiglia**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**