

# DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (DAT)

Nominativo \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ nr \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

Telefono abitazione \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

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

1.  Voglio essere informato sul mio stato di salute e sulle mie aspettative di vita, anche se fossi affetto da malattia grave e non guaribile
- Non 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 ad essere informato e a decidere in mia vece il/la signor/a

Nominativo \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ nr \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

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 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.  
 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 cardio-respiratorio (nelle situazioni sopra descritte)  
 sia praticata su di me la rianimazione cardiopolmonare se ritenuta possibile dai curanti.  
 non sia praticata su di me la rianimazione cardiopolmonare se ritenuta possibile dai curanti.
3.  Voglio che mi siano praticate forme di respirazione meccanica  
 Non voglio che mi siano praticate forme di respirazione meccanica
4.  Voglio essere idratato o nutrito artificialmente  
 Non voglio essere idratato o nutrito artificialmente

5.  Voglio essere dializzato.  
 Non voglio essere dializzato.
6.  Voglio che mi siano praticati interventi di chirurgia d'urgenza  
 Non voglio che mi siano praticati interventi di chirurgia d'urgenza
7.  Voglio che mi siano praticate trasfusioni di sangue  
 Non voglio che mi siano praticate trasfusioni di sangue
8.  Voglio che mi siano somministrate terapie antibiotiche.  
 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/la signor/a:

Nominativo \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ nr \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

Telefono abitazione \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

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.*

Firma del fiduciario per accettazione nomina

\_\_\_\_\_

## ALTRE DISPOSIZIONI PERSONALI

---

---

---

---

---

---

---

## ASSISTENZA RELIGIOSA

1.  Desidero l'assistenza religiosa della seguente confessione:  
 Non desidero l'assistenza religiosa della seguente confessione:  
\_\_\_\_\_
2.  Desidero un funerale.  
 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 la donazione dei miei organi per trapianti.  
 Non autorizzo la donazione dei miei organi per trapianti.
2.  Autorizzo la donazione del mio corpo per scopi scientifici o didattici.  
 Non autorizzo la donazione del mio corpo per scopi scientifici o didattici.
3.  Dispongo che il mio corpo sia inumato/cremato

Ai fini dell'iscrizione nella banca dati nazionale delle DAT, il/la disponente

acconsente     non acconsente

che la copia digitale della disposizione venga inviata al Ministero della salute;

autorizza     non autorizza

il Ministero della salute all'invio delle previste comunicazioni al proprio recapito di posta elettronica sopra indicato.

Ai sensi e per gli effetti del GDPR 2016/679, i/la disponente dichiara di essere informato che i dati personali saranno trattati e conservati anche con sistemi informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, in conformità alle previsioni contenute nel regolamento UE 2016/679.

Luogo e data

Firma disponente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_