

Io, il/la sottoscritto/a

Nome		Cognome	
------	--	---------	--

nato a		(Prov.)	
--------	--	---------	--

il		
----	--	--

residente a		Via/Piazza	
-------------	--	------------	--

Nel caso in cui non fossi più in grado di esprimere autonomamente la mia volontà, dispongo quanto segue: Situazioni in cui la presente disposizione deve essere applicata: *(contrassegnare con una crocetta la voce pertinente o inserire una descrizione; è possibile selezionare più opzioni)*

☐	Se mi trovassi nella fase terminale di una malattia incurabile e letale, anche se il momento della mia morte non fosse ancora prevedibile.
☐	Se, a causa di un grave danno cerebrale (ad es. trauma cranico, emorragia cerebrale, ictus grave), ho perso la capacità di comprendere, prendere decisioni e interagire con altre persone, con ogni probabilità in modo irreversibile (ad es. stato vegetativo), anche se il momento della morte non è ancora prevedibile. So che il risveglio da questo stato non può mai essere del tutto escluso, ma è estremamente improbabile.
☐	Qualora, a causa di una demenza o di un grave deterioramento delle mie funzioni mentali, non fossi più in grado di assumere autonomamente cibo o liquidi, nemmeno con un'assistenza costante.
☐	

Se mi trovo in una delle situazioni da me indicate sopra, richiedo quanto segue: *(contrassegnare la casella corrispondente o inserire una descrizione)*

- ☐ che vengano adottate tutte le misure mediche adeguate volte a prolungare la vita
- ☐ che le terapie volte a prolungare la vita vengano effettuate solo se, secondo il giudizio della persona di fiducia, provo ancora una gioia prevalente nella vita. Sono consapevole che il provare gioia nella vita può essere vissuto e interpretato in modo soggettivamente diverso
- ☐ che non vengano adottate misure volte a prolungare la vita, compresa la ventilazione artificiale, l'alimentazione artificiale e l'idratazione artificiale. La fame e la sete devono essere placate in modo naturale

☐ (Testo libero)

--

Nel caso in cui, nelle situazioni da me descritte, sia già stata avviata una delle misure citate, ne chiedo la sospensione.

In ogni caso, desidero ricevere cure adeguate, in particolare l'igiene orale per evitare la sensazione di sete, nonché misure mediche palliative, in particolare farmaci per combattere efficacemente il dolore, la dispnea, la nausea, l'ansia, l'agitazione e altri sintomi debilitanti. Accetto l'improbabile possibilità che tali misure possano abbreviare la mia vita.

Nelle situazioni di vita e di cura non specificatamente disciplinate nelle presenti disposizioni anticipate di trattamento, la mia presunta volontà dovrà essere determinata con il consenso di tutte le parti coinvolte.

Firmando il presente documento, dopo averne esaminato attentamente il contenuto, mi assumo pienamente la responsabilità delle mie scelte. Sono consapevole del significato e della portata di questo documento; in particolare, so che esso è vincolante per i miei medici, i miei rappresentanti legali e i miei familiari. Sono consapevole che la mia decisione di rifiutare le misure mediche indicate in una delle situazioni sopra menzionate può comportare un accorciamento della mia vita e un'accelerazione del processo di morte. So che posso modificare o revocare integralmente le presenti disposizioni anticipate di trattamento in qualsiasi momento.

La presente disposizione deve essere resa accessibile al personale sanitario coinvolto nel mio trattamento e nella mia assistenza.

Data		Firma	
------	--	-------	--

Nomina di una persona di fiducia

Con la presente conferisco alla seguente persona la procura per rappresentarmi in tutte le questioni relative alle cure mediche e all'assistenza; tale delega comprende anche l'attuazione delle presenti disposizioni anticipate di trattamento:

Nome e Cognome		
-------------------	--	--

Indirizzo			
telefono		Data	

Firma del mandante		
Firma della persona di fiducia		

Informazioni mediche

Signor/Signora è stato/a informato/a da me il
in merito al contenuto e alle possibili conseguenze di questa dichiarazione anticipata di volontà.

Data		
Firma e timbro del medico		

Nuova conferma delle disposizioni anticipate di trattamento

Con la mia firma qui di seguito confermo di aver verificato il contenuto delle mie disposizioni anticipate di trattamento e che la mia volontà non è cambiata.

Data		Firma		
------	----------------------	-------	----------------------	----------------------