

## Direttive anticipate/ Disposizione ultime volontà

### 1 DATI ANAGRAFICI

#### 1.1 DATI ANAGRAFICI RESIDENTE:

Cognome: ..... Nome: .....  
Data di nascita: ..... Medico curante: .....

#### 1.2 DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CON DIRITTO DI RAPPRESENTANZA

Ho conferito mandato alla persona di fiducia sottoindicata di rappresentare la mia volontà in merito ai trattamenti medici e di cura come espressi qui di seguito (Punto 2 e Punto 3):

Cognome: ..... Nome: .....  
Data di nascita: ..... Residente/NAP: .....  
Via/N° .....  
Telefono: ..... E-mail: .....

Nel caso in cui il Signor/ la Signora ..... non potesse rappresentarmi a causa d'assenza, malattia, incapacità di discernimento o altro, conferisco mandato per gli stessi impegni alla persona di fiducia qui indicata:

Cognome: ..... Nome: .....  
Data di nascita: ..... Residente/NAP: .....  
Via/N° .....  
Telefono: ..... E-mail: .....

#### La Persona con diritto di Rappresentanza, quindi:

- Può essere informato sul mio stato di salute e sulla prognosi in merito al decorso della malattia
- Può essere coinvolta nelle decisioni in merito al trattamento medico/farmacologico e all'assistenza
- Può approvare e/o respingere in mia vece le cure mediche previste

#### 1.3 DATI ANAGRAFICI DEL MEDICO CURANTE

Cognome: ..... Nome: .....  
Telefono: ..... E-mail: .....

Io .....nel pieno possesso delle mie facoltà mentali esprimo qui di seguito le mie volontà da applicare nel caso in cui non fossi più in grado di decidere autonomamente o di comunicare le mie decisioni. (art.372 cpv.2CC)

**2- PER IL CASO DI UNA DIAGNOSI DI UN DANNO PERMANENTE E GRAVE, IN SEGUITO A MALATTIA O INFORTUNIO E INCAPACITA' DI DISCERNIMENTO, DESIDERO VENGA FATTO QUANTO SEGUE:**

**2.1- DOLORI**

**Desidero** che i dolori vengano trattati secondo le conoscenze delle cure palliative.

*Per cure palliative si intende il trattamento e complessivamente l'assistenza di persone affette da una malattia progressiva cronica o incurabile tenuto conto delle esigenze mediche, sociali, psicologiche e spirituali della persona. Particolare importanza viene data all'alleviamento del dolore e di altri gravi sintomi quali le difficoltà respiratorie e nausea, allo scopo di raggiungere una buona qualità di vita (anche per via endovenosa e/o sottocutanea)*

**2.2- DISPNEA**

**Desidero** ricevere aiuto alla respirazione →  Solamente con mascherina per ossigeno terapia  
 Anche con intubazione e/o tracheotomia

**NON desidero** che la mia respirazione sia sostenuta da apparecchi per cui rifiuto intubazione e/o tracheotomia

**2.3- ALIMENTAZIONE - IDRATAZIONE**

- Accetto**  **Rifiuto** la nutrizione mediante una Sonda Gastrica introdotta nel naso
- Accetto**  **Rifiuto** la nutrizione mediante una Sonda Gastrica introdotta nello stomaco (PEG)
- Accetto** infusioni al fine di essere idratato
- Accetto** infusioni solo per la somministrazione di medicamenti per alleviare i dolori

**2.4- RIANIMAZIONE**

**In caso di arresto Cardiaco e/o Respiratorio desidero che:**

**Mi venga** eseguita una rianimazione

*Anche dopo una rianimazione andata a buon fine i danni che rimangono (in particolare quelli cerebrali, a causa del ridotto apporto di ossigeno) aumentano in rapporto con l'età dei pazienti e della gravità delle loro condizioni generali.*

**NON venga** eseguita nessuna manovra di rianimazione

**2.5- ALTRI DESIDERI**

**3- ESTENSIONI DELLE DIRETTIVE DEL RESIDENTE in caso di DECESSO****--Desidero donare il corpo ad un Istituto di Anatomia e/o ricerca**

**NO**       **SI** (*se si risponde di SI compilare la parte sottostante*)

Ho compilato a tal proposito il modulo “**Disposizioni testamentarie di donazione del proprio corpo**” presso la seguente Università:

Nome: .....

Indirizzo: .....

Data della compilazione: .....

**--Desidero donare gli organi**

**NO**       **SI** (*se si risponde di SI compilare la parte sottostante*)

Organi da donare: .....

.....

Accordo preso con: .....

.....

In data: .....

**--Desidero ricevere un accompagnamento religioso/spirituale secondo la mia religione o**

il mio credo:     **SI**       **NO**

**--Desidero che il mio corpo venga:**     **Sepolto**     **Tumulato**     **Cremato**

**--Impresa di Pompe Funebri incaricata:** .....

**3.1- ALTRI DESIDERI**

.....  
.....

Luogo, data ..... *Firma del Residente* .....

*Firma del/dei Rappresentanti Terapeutici (per presa visone):*

Luogo, data ..... .....

Luogo, data ..... .....

*Firma del Medico Curante (per presa visione)*

Luogo, data ..... .....

## 4- RINNOVO DA PARTE DEL RESIDENTE

*(Queste disposizioni possono essere cambiate in qualsiasi momento ed hanno una validità di due anni dalla data di compilazione, in seguito vanno rinnovate)*

## 5- PRESTARE ATTENZIONE ALLE SEGUENTI INFORMAZIONI