



**Associazione  
DiversaMente Etica**

## **D.A.T.**

### **DISPOSIZIONI ANTICIPATE di TRATTAMENTO**

#### **Premesse.**

La legge italiana sancisce il diritto di ogni persona a conoscere la verità sulla propria malattia, e il diritto ad acconsentire o non acconsentire alle cure proposte (consenso informato/rifiuto alle cure). In alcune condizioni, tuttavia, la persona potrebbe non essere in grado di esprimere la propria volontà. Per questo la legge n. 219 del 22.12.2017, all'art.4, ha previsto la possibilità di avvalersi di un nuovo strumento giuridico le "DISPOSIZIONI ANTICIPATE di TRATTAMENTO" (sintetizzate generalmente con l'acronimo D.A.T. e indicate nel linguaggio comune con il termine "testamento biologico").

Attraverso queste dichiarazioni la persona ha la possibilità di dichiarare, quando è ancora lucida e consapevole, quale tipologia di indagini diagnostiche e quali indirizzi terapeutici accetta o non accetta siano attivati nei suoi confronti, nel caso si trovasse in condizioni di non poter decidere e manifestare le sue volontà.

L'Associazione Etica DIME ritiene fondamentale evidenziare che l'utilizzo virtuoso di questo strumento deve tendere a valorizzare e promuovere la relazione di cura in termini di alleanza terapeutica, sostenendola soprattutto nelle situazioni in cui le difficoltà comunicative potrebbero inficiarla. Sottolineare questo aspetto è importante per evitare che l'uso non corretto delle D.A.T. comporti, invece, un ulteriore degrado del livello di comunicazione tra équipe curante e persona assistita.

Per rendere pertinenti e fruibili le D.A.T. è indispensabile che siano redatte con l'aiuto di un medico di fiducia il quale dovrà previamente fornire tutti i chiarimenti e le spiegazioni sul contenuto delle dichiarazioni, in modo che la volontà del dichiarante sia effettivamente consapevole.

Va inoltre precisato che, qualora indicato, il FIDUCIARIO è una persona cui non è attribuita dalla legge la possibilità di decidere "arbitrariamente" qual è il bene del dichiarante, ma ha il compito di farsi portavoce delle volontà di quest'ultimo, coadiuvando l'équipe di cura nell'individuazione delle concrete modalità di intervento che siano rispettose della volontà dell'assistito e della sua concezione di vita.

#### **DICHIARAZIONE**

alla mia famiglia, ai medici curanti e a tutti coloro  
che saranno coinvolti nella mia assistenza.

Io sottoscritto \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_,  
C.F. \_\_\_\_\_ documento di identità n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_ nel pieno possesso delle mie  
facoltà mentali, in totale libertà di scelta e avendo acquisito adeguate informazioni

mediche sul contenuto e sulle conseguenze delle mie scelte da parte del dott. \_\_\_\_\_ nell'incontro avvenuto il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_, (opzionale: si unisce al presente documento una sintesi scritta o altra forma di documentazione delle informazioni rese)

### DISPONGO

quanto segue in merito alle decisioni da assumere qualora mi trovi nella necessità di cure mediche e non sia in condizioni di decidere e manifestare le mie volontà. In ogni caso intendo esprimermi anche sulle facoltà esercitabili nella relazione terapeutica previste dall'art. 1 della legge 219/2017.

### A) INFORMAZIONE

Anche nel caso in cui fossi affetto da malattia grave e inguaribile **voglio essere informato/a personalmente** in modo completo e comprensibile sul mio stato di salute

Si

No

- Se SI**, desidero e consento che il colloquio informativo con il medico avvenga:
- senza la presenza di altre persone
- in presenza delle seguenti persone:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

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 in qualità di **MIO FIDUCIARIO** e cioè di persona di mia fiducia che mi rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie il/la signor/ra

Nominativo \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
documento di identità \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_  
Mail \_\_\_\_\_

Nel caso il mio fiduciario sia nell'impossibilità di esercitare la sua funzione, o non intenda accettare l'incarico, delego a **sostituirlo** in questo compito il/la signor/ra

Nominativo \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
documento di identità \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_  
Mail \_\_\_\_\_

Delego il fiduciario anche a decidere in mia vece dopo aver ricevuto tutte le informazioni, prestando il consenso alle cure, rifiutando le cure, revocando il consenso o il dissenso già espresso

Si

No

Nomino quali miei **fiduciari** in caso di sopravvenuta incoscienza o in ipotesi in cui io non sia comunque in grado di decidere e di manifestare la mia volontà (art. 4 legge 219/2017):

le stesse persone che ho su indicato nello stesso ordine di priorità;

le seguenti persone:

Nominativo \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
documento di identità \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_  
Mail \_\_\_\_\_

Nel caso il mio fiduciario sia nell'impossibilità di esercitare la sua funzione, o non intenda accettare l'incarico, delego a **sostituirlo** in questo compito il/la signor/ra

Nominativo \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
documento di identità \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_  
Mail \_\_\_\_\_

Sono consapevole che posso revocare in qualsiasi momento la nomina del fiduciario con le stesse modalità utilizzate per la nomina e senza obbligo di motivazione.

Sono consapevole che in caso di mancata nomina di un fiduciario o se lui vi abbia rinunciato o sia deceduto o sia divenuto incapace, o comunque non abbia accettato l'incarico, le mie Disposizioni Anticipate di trattamento restano valide ed efficaci con riferimento alle volontà che ho espresso.

Sono consapevole che in caso di necessità il giudice tutelare provvederà alla nomina di un amministratore di sostegno che svolgerà il compito di fiduciario.

## B) DISPOSIZIONI GENERALI

Nel caso in cui mi troverò nell'impossibilità di decidere e/o manifestare la mia volontà, specifico di seguito le disposizioni che dovranno essere seguite dal fiduciario e in ogni caso dai curanti:

- 1) I trattamenti sanitari siano iniziati e continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di incoscienza permanente non suscettibile di recupero

Si

No

- 2) I trattamenti sanitari siano iniziati e continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di demenza avanzata non suscettibile di recupero

Si

No

- 3) I trattamenti sanitari siano iniziati e continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di paralisi non suscettibile di recupero con incapacità totale di comunicare verbalmente, per iscritto o tramite mezzi tecnologici

Si

No

## C) DISPOSIZIONI PARTICOLARI

In particolare, nelle 3 situazioni su indicate nelle Disposizioni Generali, qualora l'équipe curante ritenga proporzionato attuare particolari interventi diagnostici e/o terapeutici, desidero precisare che:

- Accetto     Non voglio che mi sia praticata la rianimazione cardio-polmonare
- Accetto     Non voglio mi siano praticate forme di respirazione meccanica assistita
- Accetto     Non voglio essere idratato o nutrito artificialmente
- Accetto     Non voglio essere dializzato
- Accetto     Non voglio che mi siano praticati interventi di chirurgia d'urgenza
- Accetto     Non voglio che mi siano praticate trasfusioni di sangue

## D) ULTERIORI PRECISAZIONI

Desidero che mi vengano erogate in ogni caso le cure palliative previste dalla legge n. 38/2010, per eliminare e/o ridurre il più possibile tutti i sintomi, con particolare attenzione ai sintomi che incidono sulla qualità di vita, come il dolore, e ciò fino alla sedazione profonda se necessario.

Richiedo di poter ricevere le cure palliative a domicilio ove desidero rimanere finché ciò sia compatibile con il mio stato di salute e/o con le necessità di assistenza.

Richiedo che dove possibile mi sia consentito di pianificare la cura secondo quanto previsto dall'art. 5 della legge 219/2017.

Preciso inoltre:

---

---

---

---

## E) ASSISTENZA RELIGIOSA

- Desidero** l'assistenza religiosa della seguente confessione: \_\_\_\_\_
- Non desidero** alcuna assistenza religiosa
- Desidero** un funerale religioso secondo la confessione da me professata.
- Non desidero** un funerale religioso.
- Non desidero** un funerale.

## F) DISPOSIZIONI SULLA MIA SALMA

- Autorizzo** la donazione dei miei organi per trapianti.
- Non autorizzo** la donazione dei miei organi per trapianti.
  
- Autorizzo** la donazione del mio corpo per scopi scientifici o didattici.
- Non autorizzo** la donazione del mio corpo per scopi scientifici o didattici.
  
- Dispongo** che il mio corpo sia inumato.

**Dispongo** che il mio corpo sia cremato.

**Sono consapevole** che le presenti volontà potranno essere da me **revocate o modificate in ogni momento** con una successiva dichiarazione e dovranno essere ritenute valide solo se crocetate, compilate e sottoscritte a mano, e prive di abrasioni o correzioni

**Sono consapevole** che in caso di **emergenza e urgenza** potrò revocare e/o modificare le mie dichiarazioni anche verbalmente avanti ad un medico e alla presenza di due testimoni senza altra formalità. Il medico potrà videoregistrare la dichiarazione.

## **G) CONSERVAZIONE:**

consegnerò il presente documento in originale in busta chiusa personalmente presso l'Ufficio di Stato civile del Comune di mia Residenza e vi inserirò copia della mia carta di identità e di quella dei fiduciari che sottoscrivono il presente documento.

Sono consapevole che l'Ufficiale di Stato civile, verificata la mia identità, provvederà a registrare le D.A.T. in un elenco cronologico e che le D.A.T. sono esenti dall'obbligo di registrazione, dall'imposta di bollo e da qualsiasi altro tributo, imposta, diritto e tassa.

consegnerò il presente documento in originale personalmente presso la struttura sanitaria perché sia inserito nel fascicolo sanitario elettronico o in altra banca dati a ciò deputata ovvero utilizzerò altra modalità telematica di gestione della cartella clinica qualora attivata.

Sono consapevole che nella Regione Veneto è stato attivato il fascicolo sanitario elettronico e che è possibile a ciascun utente mediante il sito della Regione attivare il relativo servizio.

Le suindicate Disposizioni Anticipate di Trattamento sono state redatte in tre originali di cui uno è stato consegnato a \_\_\_\_\_(Comune o ULSS), uno al medico di base dott. \_\_\_\_\_ e uno ciascuno ai fiduciari sigg. \_\_\_\_\_

## **H) EFFICACIA**

Sono consapevole che il medico è tenuto al rispetto delle D.A.T., che possono essere disattese, in tutto o in parte, dal medico stesso, in accordo con il fiduciario qualora:

- esse appaiano palesemente incongrue o non corrispondenti alla condizione clinica attuale del paziente;
- sussistano terapie non prevedibili all'atto della sottoscrizione, capaci di offrire concrete possibilità di miglioramento delle condizioni di vita.

Sono consapevole che nel caso di conflitto tra il fiduciario e il medico, la decisione sarà rimessa al giudice tutelare.

Al fine di aiutare il fiduciario o i medici o il Giudice Tutelare nella valorizzazione delle mie volontà su espresse specifico ulteriormente quanto segue:

---

---

---

---

---

---

**Luogo** \_\_\_\_\_ **Data** \_\_\_\_\_

**In fede il dichiarante sig.** \_\_\_\_\_

Autorizzo espressamente il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.lgs. 196 del 30 giugno 2003 come successivamente modificato e al GDPR 2016/679 e successive modifiche e normative applicative.

**Luogo** \_\_\_\_\_ **Data** \_\_\_\_\_

**In fede il dichiarante sig.** \_\_\_\_\_

**Firma per accettazione del FIDUCIARIO/A nella relazione terapeutica ex art. 1 legge 219/2017:**

**Luogo** \_\_\_\_\_ **il** \_\_\_\_\_ **sig.** \_\_\_\_\_

**Firma per accettazione del SOSTITUTO/A del fiduciario/a nella relazione terapeutica**

**Luogo** \_\_\_\_\_ **il** \_\_\_\_\_ **sig.** \_\_\_\_\_

**Firma per accettazione del FIDUCIARIO/A per le DAT ex art. 4 legge 219/2017:**

**Luogo** \_\_\_\_\_ **il** \_\_\_\_\_ **sig.** \_\_\_\_\_

**Firma per accettazione del SOSTITUTO/A del fiduciario/a per le DAT ex art. 4 legge 219/2017**

**Luogo** \_\_\_\_\_ **il** \_\_\_\_\_ **sig.** \_\_\_\_\_

### **Note**

Una copia della presente dichiarazione potrà eventualmente essere conservata unitamente al documento personale di riconoscimento (patente o carta di identità).

L'art. 4 comma 7 della legge 219/2017 consente la videoregistrazione delle DAT e l'utilizzazione di dispositivi tecnologici che consentono alle persone con disabilità di comunicare. In tal caso lo strumento identificato come migliore per consentire l'esercizio del diritto alla persona deve garantire anche la documentazione della manifestazione di volontà.