

Testamento biologico e disposizioni anticipate di trattamento

DAT



Fondazione
VERONESI

Istruzioni per la compilazione

Le Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT), dette anche “**Testamento Biologico**”, sono un documento che **permette di indicare in anticipo quali informazioni, accertamenti e trattamenti sanitari si desiderano ricevere o rifiutare nel caso di una eventuale e futura incapacità di decidere per sé** – per esempio, a seguito di una malattia o di un trauma.

In particolare, la LEGGE 219/2017, ha sancito che ogni persona maggiorenne e capace di intendere e di volere ha il diritto di compilare le proprie DAT e di indicare – tra le altre cose – se desidera rifiutare trattamenti sanitari quali l'idratazione, l'alimentazione e la ventilazione artificiale, oppure ricevere la sedazione palliativa profonda e continua.

Le DAT possono essere compilate sia **redigendole di proprio pugno** e consegnandole poi all'Ufficio dello Stato Civile del proprio Comune di residenza, sia **ricorrendo a un notaio**. Chi vuole depositare le proprie DAT presso il proprio Comune di residenza deve sapere che:

1. l'ufficio dello stato civile può ricevere solo le DAT consegnate personalmente dalla persona che le compila e solo se questa persona è residente in quello stesso Comune;
2. l'ufficiale del Comune non partecipa alla redazione delle DAT, né fornisce informazioni sul loro contenuto, ma deve limitarsi a verificarne i presupposti formali;
3. all'atto della consegna l'ufficiale fornisce al disponente formale ricevuta, con l'indicazione dei suoi dati anagrafici, data, firma e timbro dell'ufficio;
4. la registrazione delle DAT è esente da qualsiasi tassa o bollo.

Per facilitare la compilazione delle DAT la Fondazione Veronesi mette a disposizione:

1. **una breve guida di facile lettura** scaricabile gratuitamente dal sito fondazioneveronesi.it
2. Il presente modulo pre-compilato, rispetto al quale è utile sapere che:
 - è possibile **modificarlo a piacere e compilarlo solo in parte** (ad esempio, lasciando in bianco la sezione “Inoltre, dispongo che” oppure la nomina dei fiduciari)
 - è possibile **aggiungere disposizioni più specifiche rispetto alle proprie volontà** è sufficiente indicarle nella sezione “Inoltre, dispongo che”, oppure redigerle su un foglio libero a parte che va poi allegato e firmato al momento della consegna delle DAT.

Un **contatto diretto** con un esperto: per chiarire eventuali dubbi e sottoporre le proprie domande occorre inviare una mail a testamentobiologico@fondazioneveronesi.it

Disposizioni anticipate di trattamento

IO SOTTOSCRITT _____

Nome _____

Cognome _____

Codice Fiscale _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Residente in _____ n. _____

Città _____ CAP _____

Documento di identità _____ n. _____

Nel pieno delle mie facoltà mentali, in totale autonomia e libertà di scelta, consapevole delle conseguenze delle mie decisioni e in accordo con l'art. 32 della Costituzione Italiana, la Convenzione di Oviedo e la Legge 219/2017

Dichiaro solennemente

1. di ☐ volere ☐ non volere

ricevere informazioni veritiere, chiare e complete riguardo alle mie condizioni di salute, alla mia aspettativa di vita e alle opzioni terapeutiche disponibili, anche qualora fossi affetto/a da una malattia grave e/o incurabile;

2. che, nel caso in cui mi trovassi in una condizione di incoscienza permanente e irreversibile (coma o stato vegetativo persistente) a causa di una malattia o di un trauma, desidero

☐ ricevere ☐ rifiutare

i trattamenti sanitari di supporto vitale (respirazione, idratazione e nutrizione artificiale), pienamente consapevole che un loro rifiuto potrebbe accelerare la fine della mia vita;

3. che, nel caso in cui fossi prossimo/a alla morte, desidero

☐ ricevere ☐ rifiutare

tutti i trattamenti utili ad alleviare il mio dolore e le mie sofferenze, compresa la sedazione palliativa profonda e continua associata alla terapia del dolore.

Inoltre, dispongo che:

(Questa sezione può essere lasciata in bianco oppure usata per disposizioni più specifiche)

Nomino

Come mio fiduciario, a garanzia del rispetto delle mie volontà, il signore/ la signora

Nome _____
 Cognome _____
 Codice Fiscale _____
 Data di nascita _____ Luogo di nascita _____
 Residente in _____ n. _____
 Città _____ CAP _____
 Documento di identità _____ n. _____
 Telefono _____

e come suo eventuale sostituto il signore/la signora

Nome _____
 Cognome _____
 Codice Fiscale _____
 Data di nascita _____ Luogo di nascita _____
 Residente in _____ n. _____
 Città _____ CAP _____
 Documento di identità _____ n. _____
 Telefono _____

Le presenti volontà potranno essere da me revocate o modificate in qualsiasi momento con successiva dichiarazione

Luogo e data _____

Il/la disponente _____
 (firma per esteso e leggibile)

Ai fini dell'iscrizione nella banca dati nazionale delle DAT, la persona disponente:

☐ **acconsente** ☐ **non acconsente**

che la copia digitale della disposizione venga inviata al Ministero della salute, ed indica di seguito il proprio recapito di posta elettronica, autorizzando così il Ministero della salute all'invio delle previste comunicazioni:

Ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, dichiara di essere informato/a che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Firma del/la disponente _____
 (per conoscenza e accettazione)

I Fiduciari _____
 (firma per esteso e leggibile)