

Disposizioni del/della paziente | Versione dettagliata

Formulate da

Cognome, nome

Data di nascita

Domicilio

1. Queste disposizioni sono da applicare nelle seguenti situazioni

Dopo matura riflessione, redigo queste disposizioni nel caso in cui, causa malattia o infortunio, non avessi più la capacità di esprimere la mia volontà. Le disposizioni sono da applicare:

- in ogni situazione in cui io fossi incapace di discernimento e si dovessero prendere delle decisioni sul trattamento medico, cioè in caso di evento acuto inatteso, come un infarto cardiaco, un ictus, un infortunio e inoltre nello stadio finale di una malattia cronica.

oppure



2. La mia motivazione e il mio apprezzamento personale

La seguente descrizione della mia motivazione e del mio apprezzamento personale è il risultato di mature riflessioni da parte mia e deve agevolare la presa di decisioni delle persone che mi curano nel caso di eventuali difficoltà di interpretazione.

La seguente concreta situazione mi ha portato a redigere queste mie disposizioni:

- (ev. descrizione)

- Nessuna situazione particolare, ma desidero provvedere in anticipo nel caso in cui fossi incapace di discernimento.

Con le mie disposizioni desidero innanzitutto ottenere...

...che tutte le possibilità mediche per tenermi in vita siano applicate. La mia sofferenza deve però essere alleviata il meglio possibile. Sono cosciente del fatto che il tenermi in vita come da me desiderato potrebbe comportare dei gravosi inconvenienti.

- Coincide al meglio con la mia opinione.

oppure

...che il trattamento medico serva soprattutto ad alleviare le sofferenze. Il prolungamento della mia vita ad ogni costo per me non ha priorità. Sono cosciente del fatto che rinunciando a determinati trattamenti medici la mia vita potrebbe essere accorciata.

- Coincide al meglio con la mia opinione.

Descrivo con le mie proprie parole il motivo che mi ha portato alla stesura delle disposizioni del/della paziente:

La mia attuale situazione:

La mia opinione sulla vita:

Le mie esperienze, la mia opinione e le mie paure nei confronti della malattia, dell'agonia e della morte:

Cosa intendo per qualità della vita; quali limitazioni o dipendenze farei fatica ad accettare:

Le convinzioni personali e/o religiose che guidano la mia vita:

Desidero assistenza spirituale e appartengo alla seguente comunità religiosa:

Non desidero assistenza spirituale.

3. Spiegazioni in merito a obiettivi terapeutici e determinati trattamenti medici

Per la redazione di queste disposizioni mi sono fatto consigliare dal

medico di famiglia: dott. _____

oppure da _____

Non desidero esprimermi in modo esaustivo su ogni singolo trattamento medico, ma prego il gruppo di persone che mi cura di agire in modo tale che gli obiettivi terapeutici da me desiderati siano soddisfatti al meglio (vedi sopra cifra 2, «La mia motivazione e il mio apprezzamento personale»).

Desidero specificare la mia opinione sulle seguenti situazioni (cfr. lista I-IV).

I Evento acuto inatteso (per es. infortunio, ictus, infarto cardiaco)

Nel caso in cui in seguito ad un evento acuto inatteso perdessi la capacità di discernimento e che, dopo le prime misure urgenti di soccorso e accurata valutazione medica, fosse appurata l'impossibilità o l'improbabilità che io riacquisti la mia capacità di discernimento, chiedo che si rinunci a ogni misura destinata unicamente a ritardare il mio trapasso e tale da prolungare solo le mie sofferenze.

sì no

II Terapia del dolore e dei sintomi

In ogni caso, desidero un trattamento efficace dei dolori e altri sintomi gravosi come paura, irrequietezza, difficoltà respiratorie e nausea e accetto, quindi, un eventuale disturbo delle capacità cognitive dovuto alla terapia sedativa.

oppure

Lo stato di presenza cosciente e la capacità di comunicare sono per me più importanti di un alleviamento ottimale di dolori e di altri sintomi.

III Apporto artificiale di liquidi e alimentazione artificiale

a) Acconsento a un apporto artificiale di liquidi e all'alimentazione artificiale (mediante sonda gastrica, infusione, impianto chirurgico di una sonda per l'alimentazione) a *tempo indeterminato*.

sì no

b) [se la risposta è no al punto a)] Acconsento *temporaneamente* ad un apporto artificiale di liquidi e all'alimentazione artificiale, qualora ci si possa attendere che in questo modo vengano alleviati i dolori oppure che, più tardi, ev. mediante aiuto, io riesca ad ingerire liquidi e alimenti in modo naturale.

sì no

IV Rianimazione in caso di un arresto cardiocircolatorio e/o arresto respiratorio

Desidero essere rianimato.

sì no

Ulteriori osservazioni:

4. Persona di fiducia / persona subentrante per questioni mediche

- Non ho designato una persona di fiducia.
- Ho designato la seguente persona di fiducia e l'autorizzo a far valere la mia volontà presso le persone che mi curano. Dispongo che questa persona sia informata sul mio stato e coinvolta nelle decisioni e abbia pertanto accesso alla mia cartella medica; libero espressamente dal segreto medico nei suoi confronti tutti i medici e il personale curante.

Cognome, nome _____

Indirizzo _____

NPA/Località _____

Telefono P _____ U _____ Tel. port. _____

E-mail _____

Qualora la mia persona di fiducia non potesse essere contattata o per altri motivi non potesse assumere questo compito, designo la seguente persona come subentrante:

Cognome, nome _____

Indirizzo _____

NPA/Località _____

Telefono P _____ U _____ Tel. port. _____

E-mail _____

- Ho informato la persona di fiducia in merito alle mie disposizioni del/della paziente.

5. Istruzioni particolari in caso di decesso

Donazione d'organi

- Desidero donare i miei organi e do il mio consenso al prelievo di tutti gli organi, tessuti e cellule dal mio corpo e all'attuazione delle misure mediche preliminari necessarie in vista della donazione di organi.
- Autorizzo soltanto il prelievo di _____
- Non consento alla donazione di organi.

Autopsia: consento a un'autopsia

- sì no lascio la decisione alla mia persona di fiducia

Sono a conoscenza del fatto che la redazione di disposizioni del/della paziente è facoltativa e che in qualsiasi momento, finché sono capace di discernimento, posso revocarle o modificarle.

A complemento di queste disposizioni ho scritto un'aggiunta separata:

- no sì, in particolare _____

Luogo/Data _____ Firma _____

Nota bene: conservi le sue disposizioni del paziente in modo che si possano trovare in caso di necessità, **non** mandi, per favore, le sue disposizioni del paziente alla FMH/ASSM. Le Direttive ASSM in merito alle disposizioni del paziente si trovano sul sito www.samw.ch e per ulteriori informazioni sul tema disposizioni del paziente si consulti il sito www.fmh.ch > Servizi > Disposizioni del paziente.