

Comitato etico per le attività sanitarie

PIANIFICAZIONE CONDIVISA DELLE CURE (legge 22/12/2017 n.219, art. 5)

Io sottoscritta/o
nata/o a (prov. di) il .../.../.....,
residente a in via, n.

informata/o dalla/dal dott.ssa/dott. della malattia da cui sono affetta/o e della sua ragionevolmente presumibile evoluzione clinica, e di quanto possa realisticamente attendermi in termini di tempo e qualità di vita, esprimo e sottoscrivo, con il presente documento, il mio consenso/diniego ai trattamenti sanitari sotto specificati. Sono stata/o informata/o che in base all'art. 5, comma 1 della legge 219 del 22 dicembre 2017 questa pianificazione condivisa delle cure verrà inserita nel mio fascicolo sanitario elettronico e nella mia cartella clinica.

Il presente documento sarà inserito inoltre nell'apposita banca dati dell'Azienda provinciale per i Servizi sanitari di Trento. Il medico e l'équipe sanitaria sono tenuti a rispettarne le indicazioni anche qualora non si tratti delle stesse persone che hanno partecipato alla compilazione.

La presente pianificazione condivisa può essere tuttavia modificata in base all'evolversi della malattia, su mia richiesta o suggerimento del medico, sempre e soltanto con il mio consenso scritto o documentato in base ai criteri della suddetta legge 219, art. 5, comma 4. Nel caso in cui le mie condizioni fisiche non lo consentano, il consenso potrà essere espresso attraverso video-registrazione o dispositivi che consentano a persona con disabilità di comunicare, e saranno inseriti nella mia cartella clinica e nel mio fascicolo sanitario elettronico.

Io sottoscritta/o dichiaro, in particolare:

- di aver ricevuto dal medico un'informazione chiara ed esauriente sull'evoluzione della mia malattia, sulle diverse opzioni di cura che il progresso medico ha al momento disponibili e sugli effetti (benefici e rischi) delle stesse;
- di aver compreso le informazioni che mi sono state date;
- di aver avuto il tempo per poter serenamente riflettere sulle possibili scelte di cura che mi sono state prospettate, anche consultando le persone di mia fiducia;
- di aver avuto la possibilità di esprimere, di discutere e di fugare i miei dubbi con il medico;
- di aver redatto questo documento in modo libero e consapevole;
- di essere stato rassicurata/o dal medico che le mie decisioni mai potranno essere motivo di emarginazione o di abbandono assistenziale.

Dispongo così che, nel momento in cui io, a causa della malattia, non sarò più in grado di esprimere in alcuna maniera la mia volontà riguardo alle scelte ed alle decisioni terapeutiche possibili

- sia / non sia praticata la rianimazione in caso di arresto cardio-respiratorio
- sia / non sia praticata alcuna forma di respirazione artificiale invasiva
- sia /non sia praticata la nutrizione artificiale a prescindere dalla modalità di somministrazione dei nutrienti
- sia/non sia praticata l'idratazione artificiale a prescindere dalle modalità di somministrazione dei liquidi
- sia/non sia praticato il trattamento terapeutico dialitico nel caso in cui dovesse manifestarsi un'insufficienza renale conclamata

- sia/non sia praticata la somministrazione di sangue intero o di derivati del sangue
- siano/non siano praticate terapie antibiotiche o altre terapie di sostegno vitale di seguito specificate:...
- sia/non sia effettuata una analgesia/sedazione profonda allo scopo di alleviare e di controllare il dolore e la sofferenza refrattari alla terapia medica convenzionale, anche se ciò dovesse comportare una perdita reversibile o irreversibile di coscienza
- sia/non sia disposta, ove possibile, la mia ospedalizzazione nell'ultima fase della vita (specificare il luogo: es. hospice, domicilio, ecc)
- sia/non sia prevista un'assistenza religiosa (la mia religione/confessione è:)
- Altro:.....
.....
.....
.....
.....
- Preciso che la volontà da me espressa deve/non deve estendersi anche a eventi acuti ed improvvisi, ancorché indipendenti dall'evoluzione clinica della malattia da cui sono affetto.

Confermo che questo documento è stato da me redatto e sottoscritto liberamente e consapevolmente nella pienezza delle mie facoltà mentali, senza forzature né suggestioni, in piena ed assoluta libertà avendo piena consapevolezza del fatto che questa pianificazione potrà essere da me aggiornata al progressivo evolversi della malattia e revocata in qualsiasi momento.

Indico inoltre nella persona della/del Signora/Signor nata/o a (prov. di) il .../.../....., residente a in via n., tel., il mio fiduciario che, sottoscrivendo assieme a me la presente pianificazione condivisa delle cure, accetta la nomina impegnandosi responsabilmente a coadiuvare il team curante per tutto ciò che riguarda la mia assistenza e la mia cura, agendo nel mio solo ed unico interesse, nel rispetto dei miei valori identitari, della mia volontà e della mia stessa dignità.

Firma del/la delegante

.....

Firma del/la fiduciario/a

.....

Luogo e data,

Firma della persona

.....

Firma del medico

.....