



COMMISSIONE CONSILIARE PERMANENTE IGIENE E SANITÀ, PREVIDENZA E
SICUREZZA SOCIALE, POLITICHE SOCIALI, SPORT; TERRITORIO, AMBIENTE E
AGRICOLTURA

LA COMMISSIONE CONSILIARE PERMANENTE IGIENE E SANITÀ, PREVIDENZA E SICUREZZA SOCIALE, POLITICHE SOCIALI, SPORT; TERRITORIO, AMBIENTE E AGRICOLTURA nelle sedute dell'11 e 12 giugno 2026 ha esaminato ed approvato in sede referente il Progetto di Legge "DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO SANITARIO E PROCESSO DECISIONALE NELLA CURA DELLE MALATTIE INVALIDANTI E DELLA PERSONA MALATA IN FINE DI VITA" accogliendo gli emendamenti riportati nel seguente testo evidenziati in grassetto o interlineati:

~~"DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO SANITARIO E PROCESSO
DECISIONALE NELLA CURA DELLE MALATTIE INVALIDANTI E DELLA PERSONA
MALATA IN FINE DI VITA"~~

**"TESTAMENTO BIOLOGICO E DIGNITÀ DELLA PERSONA NELLA FASE FINALE
DELLA VITA"**

TITOLO I
CONSENSO INFORMATO

Art. 1
(*Finalità*)

1. La presente legge, nel rispetto dei principi e delle garanzie di cui alla Legge 8 luglio 1974 n.59 **e successive modifiche**, tutela il diritto alla salute, alla dignità e all'integrità fisica e psichica e all'autodeterminazione della persona. ~~Stabilisce che nessun trattamento sanitario possa essere iniziato o continuato senza il consenso libero e consapevole della persona interessata.~~

2. La presente legge non autorizza né disciplina condotte dirette a provocare intenzionalmente la morte della persona mediante somministrazione di farmaci o altri trattamenti, né pratiche di aiuto al suicidio. ~~Il consenso informato ai trattamenti sanitari è inteso come l'atto finale di una relazione di cura fondata sulla fiducia e sul dialogo con il medico, nonché su un piano terapeutico concordato.~~

3. La presente legge stabilisce che nessun trattamento sanitario possa essere iniziato o continuato senza il consenso libero e consapevole della persona interessata, fatti salvi i casi previsti dalla legge o di stato di necessità.

Art. 2
(*Diritto della persona malata ad essere informata*)



COMMISSIONE CONSILIARE PERMANENTE IGIENE E SANITÀ, PREVIDENZA E
SICUREZZA SOCIALE, POLITICHE SOCIALI, SPORT; TERRITORIO, AMBIENTE E
AGRICOLTURA

1. Ad integrazione di quanto già previsto dalla Legge 28 aprile 1989 n.43, la presente legge stabilisce che ogni persona ha il diritto di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informata in modo completo e aggiornato sullo stato della sua malattia, sui trattamenti sanitari proposti, **e** sulle possibili alternative, sui rischi terapeutici e sulle eventuali conseguenze in caso di rifiuto o rinuncia **a tali trattamenti.**
2. La persona ha il diritto di rifiutare le informazioni, in tutto o in parte, e di incaricare un familiare o una persona di sua fiducia di riceverle in **sua** vece ~~sua~~.
3. Il rifiuto o la rinuncia alle informazioni e ~~la~~ l'eventuale designazione di un incaricato devono essere registrati nel fascicolo sanitario elettronico.
4. **Il paziente e, con il suo consenso, i suoi familiari, il coniuge non separato o una persona di sua fiducia hanno diritto ad essere informati sulla possibile evoluzione della patologia in atto e sulle conseguenti possibilità di cura.**
5. **Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura.**

Art. 3

(Consenso ai trattamenti sanitari)

1. **L'espressione del consenso deve essere l'atto finale di una relazione di cura fondata sulla fiducia e sul dialogo con il medico, tale da consentire anche di anticipare possibili decisioni future in relazione a situazioni che possono sopraggiungere nell'evoluzione della patologia.** ~~Il consenso informato è acquisito in forma scritta ovvero, qualora le condizioni fisiche del paziente non lo permettano, attraverso video registrazione o altro sistema che consenta al paziente stesso di comunicare. Del consenso così acquisito è eseguita la verbalizzazione.~~
2. **Il consenso informato è acquisito in forma scritta ovvero, qualora le condizioni fisiche del paziente non lo permettano, attraverso videoregistrazione o altra modalità idonea a consentire al paziente stesso di comunicare in maniera chiara e comprensibile la propria volontà.** ~~Il documento attestante il consenso è inserito nel fascicolo sanitario del paziente a cura del medico che lo riceve.~~
3. **Del consenso così acquisito è eseguita la verbalizzazione dal medico.** ~~Il paziente e, con il suo consenso, i suoi familiari o la parte dell'unione civile, il convivente, o una persona di sua fiducia hanno diritto ad essere informati sulla possibile evoluzione della patologia in atto e sulle conseguenti possibilità di cura.~~
4. ~~Il documento attestante il consenso è inserito nel fascicolo sanitario del paziente a cura del medico che lo riceve.~~

Art.4

(Revoca del consenso ai trattamenti sanitari)



COMMISSIONE CONSILIARE PERMANENTE IGIENE E SANITÀ, PREVIDENZA E
SICUREZZA SOCIALE, POLITICHE SOCIALI, SPORT, TERRITORIO, AMBIENTE E
AGRICOLTURA

1. Con le stesse modalità con le quali è stato prestato, il consenso può essere in qualunque momento revocato anche quando la revoca comporti l'interruzione del trattamento sanitario.
2. ~~Ai fini della presente legge sono da intendersi trattamenti sanitari anche l'idratazione e la nutrizione artificiali.~~ **Qualora il paziente autonomamente esprima la rinuncia o il rifiuto di trattamenti sanitari appropriati e proporzionati a portare un beneficio alla sua condizione clinica, il medico è tenuto ad informarlo con linguaggio comprensibile sulle conseguenze di tale decisione e sulle possibili alternative.**
3. ~~Qualora il paziente autonomamente esprima la rinuncia o il rifiuto di trattamenti sanitari necessari alla propria sopravvivenza, il medico è tenuto ad informarlo con linguaggio comprensibile sulle conseguenze di tale decisione e sulle possibili alternative, parimenti,~~ **Allo stesso modo** se il paziente acconsente, **il medico** è tenuto ad informare i suoi familiari **e a promuovere** inoltre ogni azione di sostegno medico e psicologico al paziente medesimo.
4. Della rinuncia e del rifiuto dei trattamenti sanitari deve essere eseguita apposita annotazione nel fascicolo sanitario del paziente, il quale conserva la possibilità, in qualsiasi momento, di modificare la propria volontà.
5. Nelle situazioni di emergenza e di urgenza il medico o l'equipe sanitaria assicurano le cure necessarie nel rispetto della volontà del paziente ove le condizioni cliniche e le circostanze consentano di recepirla.

Art.5
(Nutrizione e idratazione artificiali)

1. **La nutrizione e l'idratazione artificiali, qualora somministrate mediante presidi medici, sono considerate trattamenti sanitari ai fini della presente legge.**
2. **La loro somministrazione, prosecuzione o eventuale interruzione è effettuata nel rispetto dei principi di appropriatezza clinica, proporzionalità delle cure, non maleficenza, beneficiabilità e autonomia della persona, nell'ambito della relazione di cura e fiducia tra medico e paziente.**
3. **Il medico, nel rispetto della volontà libera e consapevole del paziente, valuta le condizioni cliniche, i benefici attesi, i possibili aggravamenti della sofferenza e l'eventuale configurabilità di accanimento terapeutico o al contrario di abbandono terapeutico, assicurando in ogni caso la dignità della persona, il sostegno assistenziale e l'accesso alle cure palliative.**

Art. 5-6
(Cure palliative)



COMMISSIONE CONSILIARE PERMANENTE IGIENE E SANITÀ, PREVIDENZA E
SICUREZZA SOCIALE, POLITICHE SOCIALI, SPORT, TERRITORIO, AMBIENTE E
AGRICOLTURA

1. Le cure palliative sono un diritto della persona e possono essere somministrate in strutture sanitarie pubbliche e private e al domicilio del paziente.
2. ~~È~~ **Le cure palliative sono** parte integrante del diritto alla salute, ~~risparmiare il dolore e la sofferenza evitabili al paziente cronico o terminale fino a permettergli di morire~~ **utili al sollievo dalla sofferenza delle persone affette da condizioni croniche degenerative inguaribili, per accompagnarle nelle fasi del fine vita** con dignità presso il proprio domicilio, in hospice o in spazi o strutture dedicate, coinvolgendo e sostenendo la famiglia.
3. In presenza di ~~valido~~ consenso informato, il sollievo dalla sofferenza in pazienti terminali può comprendere anche il ricorso alla sedazione palliativa **profonda continua**. ~~per il controllo di sintomi refrattari ad altri mezzi farmacologici.~~

Art. 7

(Pianificazione Condivisa delle Cure –PCC)

1. In presenza di una patologia cronica invalidante con evoluzione a prognosi infausta, che possa comportare la perdita della capacità di esprimere validamente il proprio consenso, il medico e la persona interessata possono definire congiuntamente una Pianificazione Condivisa delle Cure, di seguito brevemente PCC.
2. La ~~PCC pianificazione condivisa delle cure~~ **pianificazione condivisa delle cure** è il risultato di un percorso di informazione e dialogo tra il medico e la persona interessata, volto a definire in modo anticipato e concordato gli obiettivi terapeutici, i trattamenti sanitari ritenuti appropriati, le eventuali limitazioni o interruzioni dei trattamenti medesimi, il ricorso alle cure palliative e ogni altro aspetto rilevante del percorso assistenziale.
3. Con il consenso della persona interessata, al processo di pianificazione possono partecipare i familiari, il coniuge non separato o una persona di sua fiducia.
4. La ~~PCC pianificazione condivisa delle cure~~ **PCC** è redatta in forma scritta ovvero, qualora le condizioni fisiche della persona non lo consentano, mediante videoregistrazione o altra modalità idonea a consentire alla persona stessa di comunicare in maniera chiara e comprensibile la propria volontà.
5. La ~~PCC pianificazione condivisa delle cure~~ **PCC** è inserita nel fascicolo sanitario elettronico.
6. La ~~PCC pianificazione condivisa delle cure~~ **PCC** costituisce riferimento per il personale sanitario qualora la persona non sia più in grado di esprimere il proprio consenso informato e deve essere rispettata secondo i principi e le modalità previsti dalla presente legge.



COMMISSIONE CONSILIARE PERMANENTE IGIENE E SANITÀ, PREVIDENZA E
SICUREZZA SOCIALE, POLITICHE SOCIALI, SPORT, TERRITORIO, AMBIENTE E
AGRICOLTURA

(Obblighi e diritti del medico)

1. Il medico, operante in strutture sanitarie pubbliche e private, è tenuto al rispetto della volontà espressa dal paziente di rifiutare o rinunciare ~~al trattamento sanitario proposto~~ **ai trattamenti sanitari proposti** e, in conseguenza di ciò, è esente da responsabilità civile e penale.
2. Il paziente non può pretendere dal medico trattamenti sanitari contrari alla legge e alle buone pratiche clinico-assistenziali.

Art. ~~79~~

*(Consenso informato di persone incapaci **dei minori e delle persone sottoposte a misure di protezione**)*

1. ~~Le persone incapaci di esprimere la propria volontà o di rilasciare valido consenso agiscono secondo le regole della rappresentanza. Il coniuge non separato o il convivente, i genitori, i figli e i fratelli (nell'ordine) possono esprimere volontà o valido consenso per conto di persone che per condizioni biopsichiche siano di fatto incapaci di esprimersi validamente. In caso di contrasto fra le persone legittimate ogni decisione è rimessa al giudice al quale spetta la tutela dei minori e degli incapaci, la difesa della dignità delle persone e del diritto di ognuno. Il consenso informato del minore di età, della persona incapace, inabilitata o soggetta ad amministrazione di sostegno è espresso o rifiutato, rispettivamente:~~
 - a) ~~per i minori di età, dagli esercenti la potestà genitoriale o dal tutore;~~
 - b) ~~per le persone interdette, dal tutore;~~
 - c) ~~per le persone inabilite, dal curatore in accordo con lo stesso inabilitato;~~
 - d) ~~per le persone soggette ad amministrazione di sostegno, dallo stesso paziente ovvero dall'amministratore, la cui nomina preveda l'assistenza necessaria o la rappresentanza esclusiva in materia sanitaria.~~
2. **In caso di contrasto fra le persone legittimate, ogni decisione è rimessa al giudice al quale spetta la tutela dei minori e degli incapaci, la difesa della dignità delle persone e la garanzia dei diritti di ciascuno.**

TITOLO II

DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO SANITARIO —DATS

Art. **810**

(Disposizioni della persona in previsione di futura incapacità)

1. La persona maggiorenne e capace di intendere e **di** volere, in previsione di futura



COMMISSIONE CONSILIARE PERMANENTE IGIENE E SANITÀ, PREVIDENZA E
SICUREZZA SOCIALE, POLITICHE SOCIALI, SPORT; TERRITORIO, AMBIENTE E
AGRICOLTURA

incapacità **di esprimere consenso informato**, ~~di autodeterminarsi~~ e dopo avere acquisito dal medico adeguate informazioni sulle conseguenze delle sue scelte, **può esprimere** attraverso le **proprie** Disposizioni Anticipate di Trattamento Sanitario **di seguito brevemente DATS, indicando** le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari, di accertamenti diagnostici e di scelte terapeutiche **future**.

2. Il sottoscrittore ~~disponente~~ delle DATS può indicare **una** persona di sua **propria** fiducia, di seguito **denominato** anche "fiduciario", maggiorenne e capace di intendere e di volere, che ne faccia le veci e lo rappresenti nelle relazioni con il medico e le strutture sanitarie. ~~Il fiduciario deve accordare la propria accettazione o contestualmente alla redazione delle DATS o con atto successivo, da allegare comunque all'atto dispositivo.~~

3. Il fiduciario deve accettare l'incarico contestualmente alla redazione delle DATS o con atto successivo da allegare comunque all'atto dispositivo.

4. Il sottoscrittore ~~disponente~~, permanendo lo stato di capacità di intendere e di volere, può in ogni momento modificare o revocare le proprie disposizioni. ~~Parimenti il fiduciario può rinunciare all'incarico affidato. Le rispettive decisioni devono essere comunicate all'altra parte e annotate negli appositi registri con le stesse formalità previste per la redazione delle DATS.~~

5. Parimenti, il fiduciario può rinunciare all'incarico affidato.

6. In tali casi, le rispettive decisioni devono essere comunicate all'altra parte e annotate negli appositi registri con le stesse formalità previste per la redazione delle DATS.

7. Ferme restando le disposizioni di cui all'articolo ~~68~~, il medico è tenuto al rispetto delle **DATS**, le quali possono essere disattese, in tutto o in parte, dal medico stesso, in accordo con il fiduciario, **ove nominato**, qualora sussistano terapie non prevedibili ~~all'atto al momento~~ della sottoscrizione delle DATS, ~~capaci di offrire funzionali a~~ concrete possibilità di miglioramento delle condizioni di vita della persona.

Art. 911

(Efficacia delle DATS)

1. Le DATS producono effetto dal momento in cui interviene lo stato di incapacità di intendere e di volere o **la persona non sia più in grado di esprimere validamente il proprio consenso informato o di comunicare la perdita della facoltà di comunicare autonomamente in maniera comprensibile la propria volontà o versi in stato di incoscienza.**

2. Lo stato di incapacità **incoscienza** è accertato e certificato da un collegio composto da tre medici, di cui un neurologo, uno psichiatra e un medico specializzato nella patologia di cui è affetto il **sottoscrittore delle DATS** ~~disponente~~, designati dalla ~~Direzione Sanitaria dell'Ospedale di Stato~~ **Direzione Attività Sanitarie e Socio Sanitarie dell'Istituto per la Sicurezza Sociale.**

3. Il medico curante non fa parte del collegio, che è tenuto ad acquisirne il parere.



COMMISSIONE CONSILIARE PERMANENTE IGIENE E SANITÀ, PREVIDENZA E
SICUREZZA SOCIALE, POLITICHE SOCIALI, SPORT, TERRITORIO, AMBIENTE E
AGRICOLTURA

4. Lo stato di incapacità **incoscienza** deve essere notificato al fiduciario, **ove presente**.

~~Art. 10-~~**12**

(Disposizioni da valere post mortem)

1. Le DATS possono ~~contemplare~~ anche contenere volontà del ~~disponente~~ **dispositive riguardanti la destinazione ed il trattamento** sull'uso del proprio corpo o parti di esso dopo la morte, inclusa la donazione **dello stesso**, di organi e tessuti a scopo di trapianto, ricerca e didattica in conformità all'**articolo** 1 della Legge 21 gennaio 2010 n. 7 "~~Legge quadro in materia di utilizzo di sangue, cellule, tessuti ed organi dell'essere umano~~".

2. Apposito **decreto delegato** dovrà ~~regolamentare~~ **disciplinare** il prelievo di organi e tessuti da soggetto di cui sia stata accertata la morte ai sensi della Legge 26 luglio 2016 n.95.

~~Art. 11-~~**13**

*(~~Modi~~ **Modalità** di redazione delle DATS e conseguenti formalità)*

1. Le DATS sono redatte su apposito modulo **predisposto dalla Direzione Generale dell'Istituto per la Sicurezza Sociale**, previo confronto con i proponenti della presente legge, e adottato con decreto delegato entro **sessanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge medesima** e può essere aggiornato e modificato con l'**adozione di un nuovo decreto delegato** di cui all'allegato A della presente legge o su analogo documento compilato dal disponente. ~~La firma del dichiarante e del fiduciario deve essere autenticata dall'Ufficiale di Stato Civile o suo delegato oppure da un notaio.~~

23. La firma del sottoscrittore e del fiduciario deve essere autenticata dall'Ufficiale dell'UO Stato Civile, Servizi Demografici ed Elettorali o suo delegato, oppure da un notaio.

34. Le DATS, redatte da persona capace di intendere e di volere, ~~libera quindi da ogni costrizione psicologica~~, devono essere consegnate all'~~Ufficio di~~ **all'UO** Stato Civile, **Servizi Demografici ed Elettorali** che ne dà comunicazione all'Istituto per la Sicurezza Sociale.

45. L'~~Ufficio di~~ **UO** Stato Civile, **Servizi Demografici ed Elettorali** provvede all'istituzione di apposito registro, nel quale conserva, in ordine cronologico, l'originale delle DATS ~~dichiarazioni~~ ricevute e ne trasmette copia all'Istituto per la Sicurezza Sociale per l'inserimento nei Fascicoli Sanitari Elettronici dei **rispettivi sottoscrittori** dichiaranti.

56. Gli atti delle DATS sono esenti dall'~~obbligo di registrazione~~, dall'**applicazione dell'imposta** di bollo e da qualsiasi altro tributo, imposta o tassa.

67. Le DATS sono rese **all'Ufficiale dell'UO Stato Civile, Servizi Demografici ed**



COMMISSIONE CONSILIARE PERMANENTE IGIENE E SANITÀ, PREVIDENZA E
SICUREZZA SOCIALE, POLITICHE SOCIALI, SPORT, TERRITORIO, AMBIENTE E
AGRICOLTURA

Elettorali in qualità di pubblico ufficiale o a pubblico notaio. ~~la prestazione si intende a titolo gratuito.~~

78. Il disponente **sottoscrittore** ha diritto, in qualsiasi momento, di richiedere copia degli atti di consenso informato da lui sottoscritti e copia delle DATS.

Art. ~~12~~-14

*(Copertura **finanziaria** di spesa)*

1. La spesa per l'istituzione del registro di cui all'articolo **13** ~~è precedente~~ andrà imputata sul capitolo 2-11-6480 "Acquisto macchinari, attrezzature e procedure piano informatico" del Bilancio dello Stato.

Art.15

*(**Coordinamento tra PCC e DATS** ~~pianificazione condivisa delle cure e disposizioni anticipate di trattamento sanitario~~)*

1. Le ~~DATS~~ ~~disposizioni anticipate di trattamento sanitario~~ e la ~~pianificazione condivisa delle cure~~ **PCC** si integrano reciprocamente quali espressioni della volontà della persona.

2. In caso di contrasto, prevale la manifestazione di volontà successiva nel tempo.

Art. ~~13~~16

(Entrata in vigore)

1. La presente legge entra in vigore il quindicesimo giorno successivo a quello della sua legale pubblicazione.



COMMISSIONE CONSILIARE PERMANENTE IGIENE E SANITÀ, PREVIDENZA E
SICUREZZA SOCIALE, POLITICHE SOCIALI, SPORT; TERRITORIO, AMBIENTE E
AGRICOLTURA

ALLEGATO A

DISPOSIZIONI DI VOLONTÀ ANTICIPATA PER I TRATTAMENTI SANITARI

Io

sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____ / _____ / _____ a _____

residente _____ a _____

indirizzo _____ nr _____
_____ Cap _____

recapito _____ telefonico _____

e-mail _____

~~nel pieno delle mie facoltà mentali, in totale libertà di scelta, dispongo quanto segue in merito
alle decisioni da assumere nel caso necessiti di cure mediche.~~

CONSENSO INFORMATO



COMMISSIONE CONSILIARE PERMANENTE IGIENE E SANITÀ, PREVIDENZA E
SICUREZZA SOCIALE, POLITICHE SOCIALI, SPORT, TERRITORIO, AMBIENTE E
AGRICOLTURA

~~1. Non voglio ☐ Voglio ☐ essere informato sul mio stato di salute e sulle mie aspettative di vita, anche se fossi affetto da malattia grave e non guaribile~~

~~2. Nel caso decidessi di non essere informato sul mio stato di salute e sugli esami diagnostici e le terapie da adottare, delego a essere informato e a decidere in mia vece~~

~~il _____ signor/la _____ signora~~

~~_____~~

~~nato/a _____ il ____/____/____ a~~

~~_____~~

~~residente _____ a~~

~~_____~~

~~indirizzo _____ nr _____~~

~~Cap _____~~

~~recapito _____ telefonico~~

~~_____~~

~~e-mail~~

~~_____~~

~~_____~~

~~3. Voglio essere informato sui vantaggi e sui rischi degli esami diagnostici e delle terapie~~

~~4. Autorizzo i medici curanti ad informare le seguenti persone:~~

~~_____~~

DISPOSIZIONI GENERALI



COMMISSIONE CONSILIARE PERMANENTE IGIENE E SANITÀ, PREVIDENZA E
SICUREZZA SOCIALE, POLITICHE SOCIALI, SPORT; TERRITORIO, AMBIENTE E
AGRICOLTURA

~~In caso di perdita della capacità di decidere o nel caso di impossibilità di comunicare, temporaneamente o permanentemente le mie decisioni ai medici, formulo le seguenti disposizioni riguardo i trattamenti sanitari.~~

~~Disposizioni che perderanno di validità se, in piena coscienza, decidessi di annullarle o sostituirle.~~

~~Dispongo che i trattamenti:~~

~~☐ Siano iniziati e continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di incoscienza permanente non suscettibile di recupero.~~

~~☐ Non siano iniziati e continuati se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di incoscienza permanente e senza possibilità di recupero.~~

~~☐ Siano iniziati e continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di demenza avanzata non suscettibile di recupero.~~

~~☐ Non siano iniziati e continuati se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di demenza avanzata senza possibilità di recupero.~~

~~☐ Siano iniziati e continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di paralisi con incapacità totale di comunicare verbalmente, per iscritto o grazie all'ausilio di mezzi tecnologici.~~

~~☐ Non siano iniziati e continuati se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di paralisi con incapacità totale di comunicare verbalmente, per iscritto o grazie all'ausilio di mezzi tecnologici.~~

~~☐ Voglio ☐ Non voglio che mi siano praticate forme di respirazione meccanica.~~

~~☐ Voglio ☐ Non voglio essere idratato o nutrito artificialmente.~~

~~☐ Voglio ☐ Non voglio essere dializzato.~~

~~☐ Voglio ☐ Non voglio che mi siano praticati interventi di chirurgia d'urgenza.~~



COMMISSIONE CONSILIARE PERMANENTE IGIENE E SANITÀ, PREVIDENZA E
SICUREZZA SOCIALE, POLITICHE SOCIALI, SPORT, TERRITORIO, AMBIENTE E
AGRICOLTURA

☐ Voglio ☐ Non voglio che mi siano praticate trasfusioni di sangue

☐ Voglio ☐ Non voglio che mi siano somministrate terapie antibiotiche.

DISPOSIZIONI PARTICOLARI

~~Qualora io avessi una malattia allo stadio terminale, o una lesione cerebrale invalidante e irreversibile, o una malattia che necessiti dell'utilizzo permanente di macchine o se fossi in uno stato di permanente incoscienza (coma o persistente stato vegetativo) che secondo i medici sia irreversibile dispongo che:~~

☐ Siano ☐ Non siano intrapresi tutti i provvedimenti volti ad alleviare le mie sofferenze (come l'uso di farmaci oppiacei) anche se il ricorso a essi rischiasse di anticipare la fine della mia vita.

~~In caso di arresto cardiorespiratorio (nelle situazioni sopra descritte):~~

☐ sia ☐ non sia praticata su di me la rianimazione cardiopolmonare se ritenuta possibile dai curanti.

NOMINA FIDUCIARIO

~~Qualora io perdessi la capacità di decidere o di comunicare le mie decisioni, nomino mio rappresentante fiduciario che si impegna a garantire lo scrupoloso rispetto delle mie volontà espresse nel presente documento,~~

il _____ signor/la _____ signora

nato/a _____ il ____/____/____ a



COMMISSIONE CONSILIARE PERMANENTE IGIENE E SANITÀ, PREVIDENZA E
SICUREZZA SOCIALE, POLITICHE SOCIALI, SPORT; TERRITORIO, AMBIENTE E
AGRICOLTURA

residente _____ a

indirizzo _____ nr _____

Cap _____

recapito _____ telefonico

e-mail

==

Nel caso in cui il mio rappresentante fiduciario sia nell'impossibilità di esercitare la sua
funzione delego a sostituirlo in questo compito:

il _____ signor/la _____ signora

nato/a _____ il ____/____/____ a

residente _____ a

indirizzo _____ nr _____

Cap _____

recapito _____ telefonico

e-mail

==



COMMISSIONE CONSILIARE PERMANENTE IGIENE E SANITÀ, PREVIDENZA E
SICUREZZA SOCIALE, POLITICHE SOCIALI, SPORT; TERRITORIO, AMBIENTE E
AGRICOLTURA

~~Conferisco al fiduciario, in caso di incapacità, il potere di rappresentarmi in ogni controversia giudiziaria o amministrativa scaturente dal presente atto e la procura per promuovere ricorsi, in ogni competente sede giudiziaria o amministrativa, in caso di rigetto o mancata considerazione della volontà da me espressa, con facoltà, ove necessario, di sollevare, nei relativi giudizi, eccezione di incostituzionalità delle norme di legge eventualmente invocate per giustificare il rifiuto.~~

DISPOSIZIONI DOPO LA MORTE

☐ Autorizzo ☐ Non autorizzo la donazione dei miei organi per trapianti.

☐ Autorizzo ☐ Non autorizzo la donazione del mio corpo per scopi scientifici o didattici.

~~Dispongo che il mio corpo sia~~ ☐ inumato ☐ cremato.

San Marino, lì __/__/____

Fi