Casa San Giorgio
Istituto per anziani
6614 Brissago

Via San Giorgio 4 - Casella postale 361
Tel. + 41 091 786 11 00 - fax 091 786 11 11
e-mail: *info@casasangiorgio.ch*
internet: *www.casasangiorgio.ch*

DIRETTIVE DEL RESIDENTE

Dati personali della persona deliberante

Nome: _____ Cognome: _____

Via: _____ Domicilio: _____

Data di nascita: _____ Coniuge: _____

Telefono: _____ Cellulare: _____

Nel pieno possesso delle mie facoltà mentali esprimo qui di seguito le mie direttive da applicare unicamente nel caso in cui io non fossi più in grado di decidere autonomamente o di comunicare le mie decisioni a causa di **incapacità di discernimento** e/o **grave danno cerebrale.**

Le seguenti disposizioni, nei limiti delle prescrizioni legali, sono vincolanti ai sensi degli art. 370 CCS e seguenti.

Luogo, Data: _____ **Firma:** _____

1) Disposizioni in caso di prognosi di danno irreversibile a seguito di malattia o infortunio

Se dovessi essere vittima di un grave danno cerebrale con perdita durevole e irreversibile delle mie capacità mentali/comunicative (stato vegetativo permanente, stadio avanzato di una grave malattia degenerativa del cervello) o se il processo della morte fosse già iniziato, **rifiuto ogni misura diagnostica o terapeutica finalizzata all'allungamento della vita.**

☐ si (andare al punto 2) ☐ no (andare al punto 1.1)

1.1) In caso di bisogno desidero i seguenti trattamenti:

In caso di bisogno desidero trattamenti farmacologici che allungano la vita.

☐ si . ☐ no

In caso di bisogno desidero l'apporto di liquidi mediante sondino o infusione.

☐ si . ☐ no

In caso di bisogno desidero un'alimentazione mediante sondino o infusione.

☐ si . ☐ no

In caso d' infezione desidero un trattamento con antibiotico.

☐ si . ☐ no

In caso di emergenza desidero la rianimazione.

☐ si . ☐ no

Altri desideri.

☐ si . ☐ no

_____

_____

2) Medicina palliativa

Desidero siano adottati tutti i trattamenti palliativi possibili (trattamenti medici, cure infermieristiche e di fisioterapia, ecc.) per favorire il maggior benessere possibile, in particolare in caso di dolori, difficoltà di respirazione o sofferenze psichiche.

☐ si . ☐ no

Luogo, Data: **Firma:**

3) Rappresentanza nelle questioni riguardanti i trattamenti medici e di cura

La persona statuente può anche designare una persona fisica che discuta i provvedimenti medici con il medico curante e decida in suo nome nel caso in cui divenga incapace di discernimento (art. 370 cpv. 2 CCS). Le direttive del Residente rimangono giuridicamente applicabili sia nel caso di nomina di un rappresentante, sia senza la nomina di un rappresentante.

- ☐ NON ho designato nessuna persona come mio / mia rappresentante per le questioni mediche.
- ☐ Ho conferito mandato alla persona di fiducia sotto indicata di rappresentare la mia volontà in merito ai trattamenti medici e di cura come espressi nella più recente versione delle mie direttive del paziente:

Nome : Cognome:

Via: NAP, luogo:

Telefono: Cellulare:

Email: Data di nascita:

Tipo di relazione con lo / la statuente:

Con le presenti direttive del paziente esonero dal segreto professionale / segreto medico tutti i medici coinvolti, i loro collaboratori e le loro collaboratrici nonché il restante personale sanitario affinché possano dare tutte le informazioni del caso alle persone che mi rappresentano.

Ho piena fiducia che i mandati da me conferiti saranno esercitati coscienziosamente. Se dovesse instaurarsi una situazione che non ho previsto chiedo che gli orientamenti e i valori che ho espresso nelle presenti direttive o scritto nell' allegato al punto 4 possano servire da orientamento. In caso di dubbio la mia persona di fiducia ha la facoltà di decidere nel senso della mia presumibile volontà.

Luogo, Data: **Firma:**

Nel caso la signora / il signor _____

non potesse o non volesse rappresentarmi (a causa d' assenza, incapacità di discernimento, conflitto d' interessi, malattia ecc.) conferisco mandato per gli stessi impegni alla persona di fiducia qui indicata:

Nome : Cognome:

Via: NAP, luogo:

Telefono: Cellulare:

Email: Data di nascita:

Tipo di relazione con lo / la statuente:

4) Valori e scelte di vita

Un allegato separato contiene l'espressione dei miei principali valori, scelte e convinzioni che potrebbero servire da orientamento nel caso si instaurasse una situazione per la quale non ho dato nessuna istruzione specifica.

☐ si ☐ no

Ho redatto delle disposizioni di morte che possono servire a comprendere il mio orientamento in caso di dubbio.

☐ si ☐ no

5) Prelievo di organi, tessuti e cellule a fini di trapianto (donazione)

☐ Alla mia morte **NON autorizzo** il prelievo di organi, tessuti e cellule.

☐ Alla mia morte **autorizzo** il prelievo di organi, tessuti e cellule nonché i preparativi necessari allo scopo.

☐ Alla mia morte **autorizzo il prelievo dei seguenti organi**, tessuti e cellule nonché i preparativi necessari allo scopo:

☐ cuore	☐ reni	☐ cornea
☐ polmoni	☐ intestino tenue	☐ cute (pelle)
☐ fegato	☐ pancreas	☐ altri tessuti e cellule

☐ Alla mia morte la mia persona di fiducia ha mandato di decidere su eventuali prelievi di organi, tessuti e cellule alla mia morte

Luogo, Data: **Firma:**

6) Autopsia

- ☐ NON autorizzo l'autopsia.
- ☐ Autorizzo l'autopsia.
- ☐ NON metto il mio corpo a disposizione delle ricerca.
- ☐ Metto il mio corpo a disposizione della ricerca questa istruzione esclude il prelievo di organi a fini di trapianto).

Ho affidato copia delle presenti direttive a:

Persona no. 1:

Nome : Cognome:

Via: NAP, luogo:

Telefono: Cellulare:

Email: Data di nascita:

Persona no. 2:

Nome : Cognome:

Via: NAP, luogo:

Telefono: Cellulare:

Email: Data di nascita:

Luogo, Data: **Firma:**

Raccomandazione: è molto importante verificare almeno ogni due anni queste direttive del Residente per adeguarle se e laddove necessario.

Modifica per mano della persona che ha costituito le direttive:

Luogo: _____

Data: _____

Firma: _____

Luogo: _____

Data: _____

Firma: _____

Luogo: _____

Data: _____

Firma: _____

Luogo: _____

Data: _____

Firma: _____

Luogo: _____

Data: _____

Firma: _____

Luogo: _____

Data: _____

Firma: _____

Luogo: _____

Data: _____

Firma: _____

Luogo: _____

Data: _____

Firma: _____

Luogo: _____

Data: _____

Firma: _____

Luogo: _____

Data: _____

Firma: _____