



**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](mailto:info@casasangiorgio.ch)  
internet: [www.casasangiorgio.ch](http://www.casasangiorgio.ch)

## Direttive del Paziente

### Dati personali della persona che ha emesso le disposizioni

Nome: ..... Cognome: .....  
Via: ..... Domicilio: .....  
data di nascita: ..... Paternità: .....  
Telefono: ..... Cellulare: .....

Nel pieno possesso delle mie facoltà mentali esprimo qui di seguito le mie volontà per il caso in cui non fossi più grado di decidere autonomamente o di comunicare le mie decisioni. Desidero che le istruzioni della persona cui ho dato mandato di rappresentarmi siano eseguite senza limitazione alcuna. Le volontà espresse nel presente documento hanno lo scopo di sollevare da dubbi e preoccupazioni i medici e il personale curante nonché la mia famiglia e gli amici.

### 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 .  no

Desidero trattamenti farmacologici che allungano la vita, ma non operazioni e neppure l'impiego di apparecchiature mediche.

si .  no

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

si .  no

In caso di bisogno desidero 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

Desidero siano adottate tutte le misure palliative possibili (mediche, infermieristiche, di fisioterapia ecc.) per favorire il maggior benessere possibile, in particolare in caso di dolori, difficoltà di respirazione o sofferenze psichiche.

si .  no

## **2. Confessione / indirizzo spirituale**

### **2.1 Appartenenza a una chiesa o comunità religiosa**

NON sono membro di nessuna chiesa / comunità religiosa

Sono membro della chiesa / della comunità religiosa

### **2.2 Accompagnamento religioso / spirituale**

NON desidero nessun accompagnamento religioso / spirituale

Desidero un accompagnamento religioso / spirituale secondo la mia religione / comunità religiosa

Desidero quanto segue :

---

---

---

---

## **3. La morte**

### **3.1 Luogo di morte**

NON ho desideri particolari.

Desidero morire a casa nel mio ambiente consueto; ne ho parlato con la mia famiglia.

Se le cure a casa non sono più possibili, desidero morire in un ospizio per morenti.

Se le cure a casa non sono più possibili, desidero morire all' ospedale.

Se le cure a casa non sono più possibili, desidero morire in un istituto (con l' opzione dell' ospedale se necessario).

### **3.2 Disposizione in caso di morte**

Altre indicazioni per la fine della vita e la morte sono contenute nelle mie disposizioni in caso di morte.

si .  no

#### 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

#### 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

La mia persona di fiducia ha mandato di decidere su eventuali prelievi di organi, tessuti e cellule alla mia morte.

#### 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 ).

## 7. Rappresentanza nelle questioni riguardanti i trattamenti medici e di cura

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 statuyente: \_\_\_\_\_

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 più indicata:

Nome : \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

Via: \_\_\_\_\_ NAP, luogo: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Cellulare: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_\_\_\_

Tipo di relazione con lo / la statuyente: \_\_\_\_\_

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.

**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 paziente 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: _____