

Disposizioni del paziente della FMH

Versione dettagliata



Sommario

Dati personali, rappresentante, medico curante	3
Parte 1: Opinioni sulla vita	6
Parte 2: Obiettivo terapeutico e misure mediche Situazione 1: emergenza – improvvisa incapacità di discernimento Situazione 2: malattia grave - incapacità di discernimento prolungata Situazione 3: incapacità di discernimento permanente	8
Parte 3: Trattamento del dolore e di altri sintomi gravosi	10
Parte 4: Fine vita	11
Parte 5: Donazione di organi e autopsia	13
Tessera da compilare	14



Avvertenze

Struttura modulare della versione dettagliata

In questa versione vanno inseriti innanzitutto i dati relativi alla sua persona, al suo rappresentante e al medico curante. Seguono 5 diverse parti. Può scegliere liberamente quante parti desidera compilare.

Consulenza

Per la redazione delle Disposizioni del paziente si raccomanda vivamente di ricorrere alla consulenza di un professionista esperto.

Conservazione

Conservi le sue Disposizioni del paziente in modo che possano essere trovate in caso di necessità. Ne può depositare una copia presso il suo medico curante o presso il suo rappresentante. Le consigliamo di compilare la relativa tessera e di portarla con sé. Se dispone di una cartella informatizzata del paziente (CIP), può salvare in quella sede una copia delle Disposizioni del paziente.

Aggiornamento delle Disposizioni del paziente

Può modificare o revocare le sue Disposizioni del paziente in qualsiasi momento. Le raccomandiamo di verificare, ridatare e rifirmare le Disposizioni del paziente ogni due anni.

Ulteriori informazioni

Sul sito: www.fmh.ch/disposizioni-del-paziente può trovare le spiegazioni concernenti le Disposizioni del paziente e la relativa tessera.

Disposizioni del paziente della FMH – Versione dettagliata

Dati personali

Creato da:

Cognome	Nome
Data di nascita	Nazionalità
Indirizzo	NPA/Località

Redigo le presenti Disposizioni del paziente nel caso dovessi perdere la capacità di discernimento in seguito a malattia o incidente. Incapacità di discernimento significa non essere in grado di comunicare la mia volontà riguardo alle misure mediche da adottare.

Rappresentante per le questioni mediche

Qui di seguito ha la possibilità di nominare un rappresentante. Se non può o non vuole nominare un rappresentante, non deve obbligatoriamente compilare questa sezione.



Guida p. 3

☐ Ho nominato mio rappresentante la seguente persona:

Cognome	Nome
Indirizzo	NPA/Località
Telefono	E-mail
Tel. cellulare	Legame o relazione

Autorizzo questa persona a rappresentare la mia volontà nei confronti dell'équipe curante. Questa persona deve essere informata sul mio stato di salute. Al momento di prendere decisioni mediche questa persona deve essere sempre coinvolta. L'autorizzo a consultare l'intera cartella clinica. Nei suoi confronti esonero completamente dal segreto professionale medico tutti i medici curanti, i loro ausiliari e l'intera équipe curante.

Ho discusso le Disposizioni del paziente con il mio rappresentante:

☐ Sì ☐ No

Persona sostitutiva

Se la persona che ho nominato come mio rappresentante non può essere contattata o non può svolgere tale compito per altri motivi, nomino il seguente sostituto:

Cognome	Nome
Indirizzo	NPA/Località
Telefono	E-mail
Tel. cellulare	Legame o relazione

Autorizzo questa persona a rappresentare la mia volontà nei confronti dell'équipe curante. Questa persona deve essere informata sul mio stato di salute. Al momento di prendere decisioni mediche questa persona deve essere sempre coinvolta. L'autorizzo a consultare l'intera cartella clinica. Nei suoi confronti esonero completamente dal segreto professionale medico tutti i medici curanti, i loro ausiliari e l'intera équipe curante.

Ho discusso le Disposizioni del paziente con il sostituto:

☐ Sì	Data	☐ No
-----------------------------	-----------------------------------	-----------------------------

Accesso alla mia cartella clinica dopo il mio decesso



In vita la persona da lei designata come rappresentante o sostituto prende le decisioni mediche secondo la sua volontà qualora lei non fosse più capace di discernimento. Inoltre questa persona ha diritto di consultare la sua cartella clinica.

Dopo il suo decesso i medici sono legittimati a dare informazioni soltanto se possono supporre che ciò corrisponda al suo desiderio o se quando era in vita ne ha conferito il suo consenso. È importante che indichi il nome, nonché l'indirizzo, la data di nascita e il tipo di relazione con lei, di tutte le persone che dopo il suo decesso possono accedere alla sua cartella clinica.

- ☐ Con la presente esonero oltre la mia morte tutti i medici curanti, i loro ausiliari e l'intera équipe curante dal segreto professionale medico nei confronti delle persone indicate qui di seguito:

Cognome	Nome
Indirizzo	NPA/Località
Data di nascita	Legame o relazione

Cognome	Nome
Indirizzo	NPA/Località
Data di nascita	Legame o relazione

Cognome	Nome
Indirizzo	NPA/Località
Data di nascita	Legame o relazione

Medico curante

Cognome	Nome
Indirizzo	NPA/Località
Telefono (cellulare)	E-mail

Ho discusso le disposizioni del paziente con il mio medico curante:

☐ Sì	Data	☐ No
-----------------------------	-----------------------------------	-----------------------------

Opinioni sulla vita

Le affermazioni da lei formulate, aiuteranno a conoscerla come persona. In questa sezione può esporre le sue idee sulle seguenti questioni:

Perché ha deciso di redigere le Disposizioni del paziente?

Come giudica il suo stato di salute attuale?

- ☐ Cattivo
- ☐ Notevoli limitazioni
- ☐ Considerando l'età soddisfacente
- ☐ Buono
- ☐ Ottimo

Se pensa alla sua salute, quali aspetti sono più importanti per lei?

Che cosa le dà gioia nella vita?

Che cosa la preoccupa o le fa paura nella vita?

Che cosa si aspetta, desidera o spera per il suo futuro?

Quali esperienze vorrebbe assolutamente ancora fare nella sua vita?

Se immagina di ammalarsi gravemente, che cosa le viene in mente?

Se immagina di morire presto, che cosa le viene in mente?

Mediante una crocetta sul Sì o sul No, qui può inoltre indicare quali affermazioni ritiene pertinenti. In tal modo fornirà all'équipe curante importanti indicazioni per agire nel suo interesse.

	Sì	No
Per me è importante avere vicino familiari/amici	☐	☐
Ho ancora molti desideri da realizzare per la mia vita futura	☐	☐
I miei desideri:		
Ho ancora molti progetti per la mia vita futura	☐	☐
I miei progetti:		
La fede, la religione o la spiritualità per me sono importanti	☐	☐
Le mie opinioni e i miei desideri a questo proposito:		



Avvertenza: inserisca qui una data e la sua firma per completare la parte 1. Ora può procedere con la parte 2.

Luogo, data

Firma

Aggiornamento: le raccomandiamo di verificare, ridatare e rfirmare le Disposizioni del paziente ogni due anni.

La parte 1 è ancora conforme alla mia volontà. Lo confermo apponendo nuovamente la mia firma.

Luogo, data

Firma

Luogo, data

Firma

Obiettivo terapeutico e misure mediche

Questa parte si riferisce al trattamento in una situazione in cui lei non abbia più la possibilità di esprimersi. Ciò può accadere in **tre diverse situazioni**. Per ciascuna situazione può scegliere **un obiettivo terapeutico**: o il **prolungamento della vita** o l'**alleviamento delle sofferenze**.



Guida p. 5

Situazione 1:

Si tratta di una situazione di emergenza in cui lei, improvvisamente, non ha più la possibilità di esprimersi. L'esito è incerto; in linea di principio ci si può tuttavia attendere una ripresa (esempi: lesione alla testa a seguito di un incidente stradale; arresto cardiaco dopo un infarto).

—► **Emergenza – improvvisa incapacità di discernimento**

Situazione 2:

Per giorni o settimane lei non è in grado di prendere decisioni sulle misure mediche da adottare. L'esito è incerto; in linea di principio ci si può tuttavia attendere una ripresa (esempi: stato di incoscienza prolungata (coma) dovuta a incidente o malattia).

—► **Malattia grave – incapacità di discernimento prolungata**

Situazione 3:

A causa di una malattia o di un infortunio, è molto probabile o addirittura certo che non potrà mai più esprimersi riguardo alle misure mediche da adottare (esempi: conseguenze di una grave lesione cerebrale senza possibilità di interazione sociale; demenza in fase avanzata).

—► **Incapacità di discernimento permanente**

Per queste 3 situazioni può scegliere un obiettivo terapeutico con le relative misure mediche da adottare:

Obiettivo terapeutico «prolungamento della vita»

Se l'obiettivo terapeutico è il prolungamento della vita e a tale scopo desidera che vengano adottate terapie massimali (rianimazione, terapia intensiva), apponga una crocetta sull'obiettivo terapeutico **A**.

—► **Obiettivo terapeutico A**

Obiettivo terapeutico «prolungamento della vita con limitazioni»

Se l'obiettivo terapeutico è il prolungamento della vita con determinate limitazioni delle misure mediche da adottare, apponga a sua scelta una crocetta sull'obiettivo terapeutico **B0** o **B1** o **B2** o **B3**.

—► **Obiettivi del trattamento B0 B1 B2 B3**

Obiettivo terapeutico «alleviamento delle sofferenze»

Se l'obiettivo primario del trattamento non è più il prolungamento della vita, bensì l'alleviamento delle sofferenze, apponga una crocetta sull'obiettivo terapeutico **C**.

—► **Obiettivo terapeutico C**



Per le situazioni 1, 2 e 3 può apporre una sola crocetta, in corrispondenza dell'obiettivo terapeutico A, B0, B1, B2, B3 o C.

	Situazione 1 Situazione di emergenza improvvisa incapacità discernimento	Situazione 2 Malattia grave incapacità di discernimento prolungata	Situazione 3 Incapacità di discernimento permanente
A – Prolungamento della vita Inizio della terapia d'urgenza e intensiva senza limitazioni, compresa la rianimazione			
B0 – Prolungamento della vita con limitazioni Rinuncia alla rianimazione Altrimenti, inizio della terapia d'urgenza e della terapia intensiva senza limitazioni			
B1 – Prolungamento della vita con limitazioni Rinuncia alla rianimazione Rinuncia alla ventilazione invasiva Altrimenti, inizio della terapia d'urgenza e della terapia intensiva senza limitazioni			
B2 – Prolungamento della vita con limitazioni Rinuncia alla rianimazione Rinuncia alla ventilazione invasiva Rinuncia al trattamento in terapia intensiva Altrimenti, inizio della terapia d'urgenza senza limitazioni			
B3 – Prolungamento della vita con limitazioni Rinuncia alla rianimazione Rinuncia alla ventilazione invasiva Rinuncia al trattamento in terapia intensiva Rinuncia al trasporto in ospedale/pronto soccorso Altrimenti, inizio della terapia d'urgenza senza limitazioni			
C – Alleviamento delle sofferenze Esclusivamente misure palliative Se possibile permanenza nell'ambiente domestico			



Avvertenza: inserisca qui una data e la sua firma per completare la parte 2. Ora può procedere con la parte 3.

Luogo, data

Firma

Aggiornamento: le raccomandiamo di verificare, ridatare e rfirmare le Disposizioni del paziente ogni due anni.

La parte 2 è ancora conforme alla mia volontà. Lo confermo apponendo nuovamente la mia firma.

Luogo, data

Firma

Luogo, data

Firma

Trattamento del dolore e di altri sintomi gravi

Che tipo di trattamento desidera in caso di dolori e altri sintomi gravi come difficoltà respiratorie, ansia e nausea.

Scelga la **variante 1**, se desidera un trattamento completo con farmaci efficaci per alleviare il dolore e altri sintomi gravi come difficoltà respiratorie, ansia e nausea. È possibile che tale trattamento comporti un offuscamento della coscienza e, eventualmente, anche una riduzione della durata della vita residua.

Scelga la **variante 2**, se desidera essere cosciente il più a lungo possibile e se desidera percepire la presenza di altre persone. A fronte di ciò, deve essere disposto/a a sopportare in una certa misura sintomi gravi come dolori, difficoltà respiratorie, ansia e nausea.

Può apporre una sola crocetta o sulla **variante 1** o sulla **variante 2**:

Variante 1 Desidero un trattamento completo per alleviare il dolore e altri sintomi gravi come difficoltà respiratorie, ansia e nausea. Sono consapevole che ciò può comportare un offuscamento della coscienza e, eventualmente, anche ridurre la durata della mia vita residua.

Variante 2 Essere cosciente e avere la capacità di percepire la presenza di altre persone sono per me più importanti rispetto a un trattamento completo per alleviare il dolore e altri sintomi gravi come difficoltà respiratorie, ansia e nausea. A fronte di ciò, sono disposto/a sopportare in una certa misura alcuni sintomi.



Avvertenza: inserisca qui una data e la sua firma per completare la parte 3. Ora può procedere con la parte 4.

Luogo, data

Firma

Aggiornamento: le raccomandiamo di verificare, ridatare e rfirmare le Disposizioni del paziente ogni due anni.

La parte 3 è ancora conforme alla mia volontà. Lo confermo apponendo nuovamente la mia firma.

Luogo, data

Firma

Luogo, data

Firma

Fine vita

Se durante l'ultima fase della sua vita non dovesse essere più in grado di prendere decisioni personalmente, è importante che le sue volontà siano note, in modo da poterle garantire il trattamento e le cure migliori.

Qui di seguito può esprimere la sua opinione sull'alimentazione artificiale e l'apporto artificiale di liquidi durante tale fase. Può inoltre indicare eventuali desideri specifici.

Alimentazione artificiale

L'alimentazione artificiale è un trattamento atto a prolungare la vita che viene praticato qualora lei non sia in grado di nutrirsi per diversi giorni. Di norma, durante l'ultima fase della vita non si avverte più la sensazione di fame.

Può apporre una sola crocetta o sulla **variante 1** o sulla variante **2**:

Variante 1 Acconsento all'alimentazione artificiale.

Variante 2 Non acconsento all'alimentazione artificiale.

Apporto artificiale di liquidi

L'apporto artificiale di liquidi (ad esempio tramite infusione) è una misura di prolungamento della vita a lungo termine. I liquidi possono essere somministrati nel caso lei non sia in grado di deglutire oppure per alleviare sintomi gravi come sete o stato confusionale.

Può apporre una crocetta su una sola delle **varianti 1, 2 o 3**:

Variante 1 Acconsento all'apporto artificiale di liquidi.

Variante 2 Acconsento all'apporto artificiale di liquidi solo se utile per alleviare sintomi gravi.

Variante 3 Non acconsento all'apporto artificiale di liquidi.

Ulteriori volontà

Qui può indicare ciò che conta di più per lei relativamente all'ultima fase della vita:

Familiari/amici che desidero avere vicino:

Desidero trascorrere l'ultima fase della mia vita nel seguente luogo:

Per le mie cure mediche e l'assistenza desidero le seguenti persone (ad es. parenti, Spitex, ecc.):

Convinzioni religiose o spirituali o desideri che mi stanno a cuore:

Ulteriori volontà per l'ultima fase della mia vita:

Desidero ricevere assistenza spirituale:

☐ Sì

☐ No

de parte di



Avvertenza: inserisca qui una data e la sua firma per completare la parte 4. Ora può procedere con la parte 5.

Luogo, data

Firma

Aggiornamento: le raccomandiamo di verificare, ridatare e rfirmare le Disposizioni del paziente ogni due anni.

La parte 4 è ancora conforme alla mia volontà. Lo confermo apponendo nuovamente la mia firma.

Luogo, data

Firma

Luogo, data

Firma

Donazione di organi

Può dare il suo consenso alla donazione di organi oppure opporvisi. Se opta per la donazione degli organi, dichiara di accettare anche le relative misure preparatorie per la conservazione degli organi.



Guida p. 6

Può apporre una crocetta su una sola delle tre varianti **1, 2 o 3**:

Variante 1 Desidero donare i miei organi. Acconsento al prelievo dal mio corpo di qualsiasi organo, tessuto o tipo di cellule.

Variante 2 Desidero donare i miei organi eccetto:

Variante 3 Non desidero donare i miei organi.

Autopsia

Può dare il suo consenso all'autopsia clinica.



Guida p. 6

☐ Acconsento all'autopsia clinica

☐ Non acconsento all'autopsia clinica



Avvertenza: Termina la parte 5 delle Disposizioni del paziente inserendo in questo punto la data e la sua firma.

Luogo, data

Firma

Aggiornamento: le raccomandiamo di verificare, ridatare e rifirmare le Disposizioni del paziente ogni due anni.

La parte 5 è ancora conforme alla mia volontà. Lo confermo apponendo nuovamente la mia firma

Luogo, data

Firma

Luogo, data

Firma

Tessera

Ha compilato le disposizioni del paziente? Allora compili anche la relativa tessera e le tenga nel suo portafoglio. Ci sono due possibilità per compilare la tessera:

Compilazione elettronica

- Clicchi sui campi con sfondo azzurro che trova qui sotto e compili la tessera con i suoi dati. Eccetto la firma, tutti gli altri dati possono essere inseriti in formato elettronico.
- Può anche indicare l'obiettivo del trattamento che preferisce in caso di emergenza e le relative misure mediche. Per caso di emergenza si intende la situazione 1 a pagina 9 delle disposizioni del paziente.
- Salvi il documento e lo stampi.
- Ritagli la tessera, la incolli e la pieghi.
- **Importante: non dimentichi di firmare la tessera.**
- Tenga la tessera nel suo portafoglio.

Compilazione manuale

- Stampi il documento.
- Ritagli la tessera, la incolli e la pieghi.
- Compili i lati esterni della tessera con i suoi dati.
- Sui lati interni può anche indicare l'obiettivo del trattamento che preferisce in caso di emergenza e le relative misure mediche. Per caso di emergenza si intende la situazione 1 a pagina 9 delle disposizioni del paziente.
- **Importante: non dimentichi di firmare la tessera.**
- Tenga la tessera nel suo portafoglio.

Lati esterni

Le mie disposizioni del paziente sono depositate

- ☐ presso il mio rappresentante*
- ☐ presso il mio medico curante*

☐ a casa, dove

☐ altrove

*Dati del rappresentante o del medico curante

Cognome, nome

NPA/Città

Telefono



Versione dettagliata

Ho compilato le disposizioni del paziente

Cognome, nome

NPA/Città

Data di nascita

Data

Firma

Lati interni

Emergenza – improvvisa incapacità di discernimento

Si tratta di una situazione di emergenza in cui lei, improvvisamente, non ha più la possibilità di esprimersi. Può apporre una crocetta su una sola variante:

A – Prolungamento della vita

Inizio della terapia d'urgenza e intensiva senza limitazioni, compresa la rianimazione



B0 – Prolungamento della vita con limitazioni

Rinuncia alla rianimazione



B1 – Prolungamento della vita con limitazioni

Rinuncia alla rianimazione

Rinuncia alla ventilazione invasiva



B2 – Prolungamento della vita con limitazioni

Rinuncia alla rianimazione

Rinuncia alla ventilazione invasiva

Rinuncia al trattamento in terapia intensiva



B3 – Prolungamento della vita con limitazioni

Rinuncia alla rianimazione

Rinuncia alla ventilazione invasiva

Rinuncia al trattamento in terapia intensiva

Rinuncia al trasporto in ospedale/pronto soccorso



C – Alleviamento delle sofferenze

Esclusivamente misure palliative

Se possibile permanenza nell'ambiente domestico

