

Direttive anticipate CRS

Nome

Cognome

Attenzione: per la stesura delle Sue direttive anticipate CRS
La preghiamo di servirsi della guida (↗).

Scaricare il modulo «Direttive anticipate CRS» e salvarlo sul
proprio dispositivo prima di compilarlo. Grazie!

previdenza.redcross.ch/documenti

Croce Rossa Svizzera



Ho redatto le presenti direttive anticipate nel pieno possesso delle mie facoltà mentali e dopo matura riflessione, per il caso in cui perdessi la capacità di discernimento (⚡) e non fossi più in grado di esprimere la mia volontà.

Modulo 1 Indicazioni minime (obbligatorie)

1. Dati personali

Signora Signor

Nome Cognome

Data di nascita Numero di sicurezza sociale, ex n. AVS

Via, numero Codice postale, località

Telefono privato Cellulare

Indirizzo e-mail

2. Medico di famiglia

Nome/cognome/ambulatorio Telefono

Via, numero Codice postale, località

Il mio medico di famiglia deve essere informato in caso di un mio ricovero in ospedale Sì No

3. Procura

La persona con diritto di rappresentanza

Autorizzo le persone con diritto di rappresentanza (↗) a far applicare e rispettare le decisioni contenute nelle presenti direttive anticipate di fronte a medici e personale curante. Sollevo i medici e il personale curante dall'obbligo di rispettare il segreto professionale (↗) nei confronti di queste persone.

Signora	Signor	Rapporto (p. es. partner)
Nome, cognome		Data di nascita
Via, numero		Codice postale, località
Telefono privato		Telefono professionale
Cellulare		Indirizzo e-mail

Il sostituto con diritto di rappresentanza

Signora	Signor	Rapporto (p. es. partner)
Nome, cognome		Data di nascita
Via, numero		Codice postale, località
Telefono privato		Telefono professionale
Cellulare		Indirizzo e-mail

Si No

Ho informato le persone con diritto di rappresentanza dello scopo delle mie direttive anticipate e ne ho discusso con loro il contenuto.

Rinuncia alla procura

Rinuncio a designare delle persone con diritto di rappresentanza.

4. I miei valori personali

I valori e le considerazioni espresse qui di seguito dovranno servire come orientamento per il personale medico curante nel caso di situazioni decisionali difficili.

Per la stesura dei Suoi valori personali La invitiamo a consultare (↗) la guida. La preghiamo di esprimere la Sua opinione in particolare riguardo agli aspetti seguenti:

- I motivi che mi inducono a redigere le presenti direttive anticipate
- Convinzioni personali, religione, valori, desideri e paure nei confronti della salute e della malattia
- Qualità di vita: cosa è importante per me nella vita
- Il mio stato di salute attuale, esperienze con la malattia, bisogno di cure (limitazioni per me ipotizzabili)
- Esperienze personali con la morte

5. Disposizioni relative alle decisioni mediche

Misure di rianimazione in caso di arresto cardiocircolatorio (rianimazione (↗))

Scelga **una** delle risposte possibili.

Autorizzo la rianimazione fundamentalmente in ogni situazione, cioè anche se la prognosi è sfavorevole, ad esempio in caso di malattia incurabile preesistente che rappresenta un rischio per la vita.

Autorizzo la rianimazione solo in caso di prognosi favorevole, ad esempio quando l'arresto cardiocircolatorio avviene all'ospedale, nell'ambito di un esame diagnostico o di un intervento terapeutico (operazione), in caso di disturbi improvvisi del ritmo cardiaco o di buone condizioni di salute precedenti, ecc.

Sono contrario/a ogni tentativo di rianimazione.

Obiettivi terapeutici in caso di buone possibilità di guarigione

In caso di prognosi favorevole, saranno adottate tutte le misure mediche e terapeutiche necessarie affinché possa tornare a condurre una vita autonoma e autodeterminata.

Obiettivi terapeutici in caso di scarse possibilità di guarigione in base ai miei valori personali e alla prognosi

Scelga **una** delle risposte possibili:

Desidero che mi vengano somministrate solo **cure palliative** (↗) destinate ad attenuare i sintomi più gravi (p. es. dolore, insufficienza respiratoria, nausea, ansia, ecc.). Non desidero più essere sottoposto a misure volte a mantenermi in vita.

Desidero che vengano intraprese **tutte le misure mediche** destinate a mantenermi in vita e accetto gli eventuali disturbi che ne potranno derivare. I sintomi più gravi dovranno essere attenuati come meglio possibile.

Campo di applicazione

Le disposizioni mediche enunciate nelle presenti direttive anticipate saranno applicate in tutte le **situazioni di incapacità di discernimento**, a meno che Lei non desideri che siano limitate ai casi seguenti:

Ulteriori osservazioni:

6. Consulenza

Le seguenti indicazioni sono facoltative.

Per la redazione delle presenti direttive anticipate ho ricevuto la consulenza di:

Istituzione, nome Data

7. Deposito delle mie direttive anticipate CRS

Deposito le mie direttive anticipate presso la CRS (soggetto a spese (↗)) Sì No

Inviare a: **Croce Rossa Svizzera, Direttive anticipate CRS,
Werkstrasse 18, 3084 Wabern**

Desidero ricevere fotocopie delle mie direttive anticipate. Quantità (al massimo 3)

8. Data e firma

Apponendo la mia firma accetto il trattamento dei miei dati personali e confermo di avere preso visione delle condizioni generali (CG al sito previdenza.redcross.ch (↗)) e di accettarle. Confermo il carattere vincolante delle volontà da me espresse riguardo alle misure mediche e ad altre prescrizioni vincolanti in caso di mia incapacità di discernimento.

Data

Firma

.....

Modulo 2 Indicazioni più dettagliate (facoltative)

9. Altre disposizioni relative alle decisioni mediche

Il modulo 2 Le permette di scegliere gli interventi medici e le misure da impiegare in caso di incapacità di discernimento. Sono volontà che entrano in vigore solamente quando il personale medico ritiene ci siano scarse possibilità che Lei possa tornare a condurre una vita in accordo con **i Suoi valori personali** (p. 3).

Concretizzo la mia volontà di trattamento in caso di **scarse possibilità di guarigione** fornendo le seguenti indicazioni:

Farmaci	Sì	No	Decisione della persona con diritto di rappresentanza
----------------	----	----	---

Farmaci per il trattamento di nuove malattie.....

Antibiotici (↗) per il trattamento di un'infezione acuta.....

Sedativi (↗) in caso di sintomi difficilmente controllabili, p. es. stati d'ansia.....

Farmaci per il trattamento di malattie preesistenti.....

Osservazioni:

Ulteriori trattamenti	Sì	No	Decisione della persona con diritto di rappresentanza
------------------------------	----	----	---

Chemioterapia (↗), radioterapia (↗).....

Interventi chirurgici (incl. le misure ad essi collegate) (↗).....

Trasfusioni di sangue (↗).....

Dialisi (↗).....

Osservazioni:

Apporto artificiale di liquidi e alimentazione artificiale (↗)

Scelga **una** delle risposte possibili:

Alimenti Liquidi

No.....

Decisione della persona con diritto di rappresentanza.....

Sì – A breve termine, nella prospettiva che, più tardi, io possa assumere di nuovo normalmente alimenti e liquidi (fino a un mese).....

 – A lungo termine (più di un mese).....

 – Sulla durata dovrà decidere la persona con diritto di rappresentanza.....

Osservazioni:

Ventilazione artificiale (↗), incl. le misure ad essi collegate

Scelga **una** delle risposte possibili:

No.....

Decisione della persona con diritto di rappresentanza.....

Sì – A breve termine (fino a 1 settimana).....

 – A lungo termine.....

 – Sulla durata dovrà decidere la persona con diritto di rappresentanza.....

Osservazioni:

10. Altre disposizioni

Luogo del trattamento

Il trattamento in un reparto di cure intensive (↗) deve essere possibilmente evitato.....

Durante l'ultima fase della mia vita desidero essere assistito a domicilio. Qualora questa opzione non sia possibile, sono favorevole ad essere ricoverato in un istituto (istituto medicosociale, ospedale per malattie acute, istituto per cure palliative).....

Altre indicazioni concernenti le cure, l'accompagnamento e l'assistenza psicosociale

Nel caso in cui io perdessi la capacità di discernimento, gli aspetti che mi stanno a cuore per quanto riguarda le cure e l'accompagnamento (assistenza psicosociale, desideri particolari, p. es. assistenza spirituale o rituali) sono i seguenti:

Donazione di organi

Scelga **una** delle risposte possibili:

Proibisco qualsiasi prelievo di organi, tessuti e cellule del mio corpo.

La decisione spetta alla persona con diritto di rappresentanza.

In caso di decesso, autorizzo il prelievo di tutti gli organi, tessuti o cellule del mio corpo nonché l'esecuzione delle misure preparatorie necessarie.

In caso di decesso, autorizzo il prelievo degli organi specificati qui di seguito, nonché l'esecuzione delle misure preparatorie necessarie.

Può selezionare **più** organi:

Cuore	Pancreas	Reni
Polmoni	Cornee	Intestino tenue
Fegato	Pelle	Altri tessuti e cellule

Autopsia medica (clinica) (↗)

Scelga **una** delle risposte possibili.

Autorizzo l'autopsia.

Sì No Decisione della persona con diritto di rappresentanza

Consultazione del rapporto di autopsia

Se ha risposto «no» sotto «autopsia medica (clinica)» non deve compilare questa rubrica.

Nessuno è autorizzato a consultare il mio rapporto di autopsia, ad esclusione del mio medico curante.

Autorizzo la/le seguente/i persona/e a consultare il mio rapporto di autopsia:

la persona con diritto di rappresentanza

la seguente persona:

Persona

Signora

Signor

Nome, cognome

Indirizzo

Consultazione della mia cartella clinica dopo il decesso

Scelga **una** delle risposte possibili.

Nessuno è autorizzato a consultare la mia cartella clinica, ad esclusione del mio medico curante.

Autorizzo la/le seguente/i persona/e a consultare la mia cartella clinica:

la persona con diritto di rappresentanza

la seguente persona:

Persona

Signora

Signor

Nome, cognome

Indirizzo

Oltre alle presenti direttive anticipate, ho stilato altri documenti previdenziali

(p. es. mandato precauzionale (↗), disposizioni in caso di morte (↗), donazione del corpo (↗), ecc.):

Mandato precauzionale:

No

Sì, depositato presso:

Disposizioni in caso di morte:

No

Sì, depositato presso:

Depositato presso:

11. Conferma medica

Le seguenti indicazioni sono facoltative.

Attestazione medica della capacità di discernimento al momento della stesura

Elaborata da:

Signora Signor Nome, cognome:

Via, numero

Codice postale, località

Data

Firma, timbro

12. Data e firma

Apponendo la mia firma accetto il trattamento dei miei dati personali e confermo di avere preso visione delle condizioni generali (CG al sito previdenza.redcross.ch (↗)) e di accettarle. Confermo il carattere vincolante delle volontà da me espresse riguardo alle misure mediche e ad altre prescrizioni vincolanti in caso di mia incapacità di discernimento.

Data

Firma

Per garantire che, nel caso dovessero essere impiegate, le disposizioni contenute nelle direttive anticipate corrispondano sempre alle volontà del diretto interessato, questo documento dovrebbe sempre riportare una data recente. La CRS consiglia di aggiornare le direttive anticipate ogni due/tre anni.