

# Direttive anticipate CRS

Nome:

Cognome:

**Croce Rossa Svizzera**



## Modulo 1

► Per la stesura delle Sue direttive anticipate CRS La preghiamo di servirsi della guida ►.

Per la compilazione del seguente documento può scegliere tra le seguenti possibilità:

### Indicazioni minime (obbligatorie) – modulo 1

Dati personali, medico di famiglia, procura, obiettivi terapeutici, rianimazione e valori

### Indicazioni più dettagliate (facoltative) – modulo 2

Prescrizioni mediche dettagliate

**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.**

---

## 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

Sì      No

Il mio medico di famiglia deve essere informato in caso di un mio ricovero in ospedale.

## 3. Procura

### La persona con diritto di rappresentanza

Autorizzo le persone con diritto di rappresentanza ➤ per 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 ➤ dnei 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

Le persone con diritto di rappresentanza sono state informate dello scopo e del contenuto delle mie direttive anticipate.

Sì      No

---

### 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.

🗨 **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), agonia e 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

🗨️ Scelga **una** delle risposte possibili:

Desidero che mi vengano somministrate solo **cure palliative** ↗ destinate ad attenuare i sintomi della malattia (p.es. dolore, insufficienza respiratoria, nausea, ansia, ecc.) ma nessuna misura volta a mantenermi in vita.

**oppure**

Desidero che vengano intraprese **tutte** le misure mediche destinate a mantenermi in vita, incluse quelle volte ad attenuare il dolore. Accetto i disturbi che potranno derivare da una terapia destinata a mantenermi in vita.

---

### 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

Sì

No

Deposito le mie direttive anticipate presso la CRS (soggetto a spese [↗](#))  
(inviare a: Croce Rossa Svizzera, Direttive anticipate CRS,  
Werkstrasse 18, 3084 Wabern)

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

## 8. Firma

**Confermo di avere preso visione delle condizioni generali (CG [↗](#)) e di accettarle.**

**Apponendo la mia firma confermo il carattere vincolante delle volontà da me espresse riguardo alle misure mediche e altre prescrizioni in caso di mia incapacità di discernimento.**

Data

Firma

.....



## Ventilazione artificiale ↗

🗨️ 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:

---

## Ulteriori trattamenti

Sì

No

Decisione della  
persona con diritto  
di rappresentanza

Chemioterapia ↗, radioterapia ↗

Interventi chirurgici ↗

Trasfusioni di sangue ↗

Dialisi ↗

Osservazioni:

---

## 10. Altre disposizioni

### Luogo del trattamento

🗨️ Le seguenti indicazioni sono facoltative.

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

Ricovero in un istituto (istituto medico-sociale, ospedale per malattie acute, istituto per cure palliative) solo se le cure palliative non possono essere prodigate a domicilio.



### 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):

---

### 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 funerarie 🏠, donazione del corpo 🏠, ecc.):

No

Sì, depositati 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. Firma

Confermo di avere preso visione delle condizioni generali (CG [↗](#)) e di accettarle.

Apponendo la mia firma confermo il carattere vincolante delle volontà da me espresse riguardo alle misure mediche e altre prescrizioni in caso di mia incapacità di discernimento.

Data

Firma

.....