

# Testamento Biologico

Disposizioni anticipate di trattamento



**Fondazione  
Umberto Veronesi**  
– per il progresso  
delle scienze

# Istruzioni per la compilazione

**Il Testamento Biologico** (detto anche **“Disposizioni Anticipate di Trattamento”, o DAT**) è un documento attraverso il quale è possibile indicare **in anticipo** i trattamenti e gli accertamenti sanitari che si desiderano **ricevere o rifiutare**, in previsione di un’eventuale futura incapacità di autodeterminarsi, per esempio a causa di una malattia o di un trauma.

In particolare, la LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219, ha sancito che ogni persona **maggiorenne e capace di intendere e di volere** può, attraverso le DAT, esprimere le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari, compresi **l'idratazione e l'alimentazione artificiale e la sedazione palliativa profonda e continua**.

Le DAT possono essere compilate sia ricorrendo a un **notaio di fiducia**, sia redigendole di **proprio pugno** e consegnandole poi **all'ufficio dello stato civile** del proprio **comune di residenza**.

Chi sceglie di redigere le DAT in questa seconda modalità deve sapere che:

- › l'ufficio dello stato civile può ricevere solo le DAT consegnate **personalmente dai disponenti** che sono **residenti in quel Comune**;
- › l'ufficiale **non partecipa** alla redazione delle DAT, né fornisce informazioni sul loro contenuto, ma deve limitarsi a verificarne i presupposti formali;
- › all'atto della consegna l'ufficiale fornisce al disponente **formale ricevuta**, con l'indicazione dei suoi dati anagrafici, data, firma e timbro dell'ufficio.

Per facilitare la compilazione delle proprie DAT la **Fondazione Umberto Veronesi** mette a disposizione:

- › una **breve guida di facile lettura**, scaricabile gratuitamente dall'area download del sito [www.fondazioneveronesi.it](http://www.fondazioneveronesi.it);
- › un apposito **modulo pre-compilato**;
- › questo modulo offre solo una traccia e può essere modificato a piacere;
- › si può compilare il modulo in tutte le sue parti, oppure solo in alcune, lasciando le altre in bianco (cioè, senza barrare alcuna opzione);
- › si possono aggiungere altre disposizioni più specifiche oltre a quelle previste nel modulo: è sufficiente redigerle su un foglio a parte che va allegato e firmato al momento della consegna delle proprie DAT.
- › un **contatto personale con un esperto** per chiarire eventuali dubbi
- › per ulteriori informazioni scrivere a [marco.annoni@fondazioneveronesi.it](mailto:marco.annoni@fondazioneveronesi.it)

**IN ITALIA,  
1 PERSONA SU 3  
RISCHIA  
IL CANCRO.**

**CON IL TUO AIUTO,  
POSSIAMO SALVARLA.**



**DESTINA IL TUO 5X1000  
a Fondazione Umberto Veronesi**

Con la tua firma sostieni la ricerca scientifica d'eccellenza e puoi cambiare il futuro di migliaia di persone.

**NELLA TUA DICHIARAZIONE DEI REDDITI INSERISCI IL  
CODICE FISCALE DI FONDAZIONE UMBERTO VERONESI**

Finanziamento della ricerca scientifica e dell'università

Firma ..... *La tua firma* .....

Codice fiscale del beneficiario (eventuale) **97298700150**

# Disposizioni Anticipate di Trattamento

IO SOTTOSCRITT\_

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_

Documento di identità \_\_\_\_\_

Nel pieno delle mie facoltà mentali, in totale autonomia e libertà di scelta, consapevole delle conseguenze delle mie decisioni e in accordo con l'art. 32 della Costituzione Italiana, la Convenzione di Oviedo e la Legge 219/2017

## DICHIARO SOLENNEMENTE:

**1** > di  **volere**  **non volere** ricevere informazioni veritiere, chiare e complete riguardo alle mie condizioni di salute, alla mia aspettativa di vita e alle opzioni terapeutiche disponibili, anche qualora fossi affetto/a da una malattia grave e/o incurabile;

**2** > che, nel caso in cui mi trovassi in una condizione di incoscienza permanente e irreversibile (coma o stato vegetativo persistente) a causa di una malattia o di un trauma, desidero  **rinunciare**  **accettare** trattamenti sanitari di supporto vitale (come la respirazione, l'idratazione o la nutrizione artificiale), pienamente consapevole che un loro rifiuto potrebbe accelerare la fine della mia vita;

**3** > che, nel caso in cui fossi prossimo/a alla morte,  **desidero**  **non desidero** che si utilizzino tutte le procedure necessarie per alleviare il mio dolore e le mie sofferenze, compresa la sedazione palliativa profonda e continua associata alla terapia del dolore.

## DICHIARO INOLTRE DI:

**autorizzare**  **non autorizzare** la donazione dei miei organi per fini di trapianto

**volere**  **non volere** l'assistenza religiosa al momento della morte

**volere**  **non volere** un funerale religioso

**volere**  **non volere** cremato/a

**volere**  **non volere** donare il mio corpo alla ricerca scientifica



**Fondazione  
Umberto Veronesi**  
– per il progresso  
delle scienze

**IN PARTICOLARE, DISPONGO CHE:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**NOMINO**

come mio fiduciario, a garanzia del rispetto delle mie volontà, il signore/la signora

Nome

Cognome

Data di nascita

Luogo di nascita

Residente in

n.

CAP

Città

Documento di identità

Telefono

E come suo eventuale sostituto il signore/la signora

Nome

Cognome

Data di nascita

Luogo di nascita

Residente in

n.

CAP

Città

Documento di identità

Telefono

Le presenti volontà potranno essere da me revocate  
o modificate in qualsiasi momento con successiva dichiarazione

Luogo e data

Il Dichiarante

(firma per esteso e leggibile)

I Fiduciari

(per conoscenza e accettazione)

(firma per esteso e leggibile)



**Fondazione  
Umberto Veronesi**  
– per il progresso  
delle scienze