

Direttive psichiatriche anticipate in caso di mia incapacità di discernimento

Dati personali:

Cognome:

Nome:

Data di nascita:

Indirizzo:

Cassa malati:

Indice:

Gli aspetti più importanti in caso di ricovero ospedaliero	2
Terapie ed altre forme di sostegno	4
Farmaci	7
Gestione di situazioni di pericolo gravi.....	9
Rappresentante.....	11
Persone o istituzioni autorizzate a fornire informazioni	12
Persone e istituzioni autorizzate a ricevere informazioni.....	13
Dichiarazione intesa a far rispettare le mie direttive anticipate.....	14
Dichiarazione di validità della mia volontà	14
Allegato riguardante i farmaci attuali (fuori dell'ospedale).....	16

Nota per la compilazione della direttiva:

Non occorre compilare tutti i punti indicati nella presente direttiva, ma solo gli aspetti importanti per lei!

Gli aspetti più importanti in caso di ricovero ospedaliero

Segni dell'incapacità di discernimento (Quali sono i segni per una persona esterna che io non sono più in grado di discernere per quanto riguarda il mio trattamento)?

Sostegno o protezione durante la fase d'ingresso può essere offerto dalle seguenti condizioni quadro/aiuti:

Si dovrebbe rinunciare a:

Organizzazione a casa:

- **Di chi e di che cosa occorre che ci si occupi urgentemente** (figli, con indicazione dell'anno di nascita, altri parenti, animali, piante)

- **Accesso all'appartamento / alla casa** (posta, fatture) solo tramite:

- **Chiavi dell'appartamento / della casa** depositate presso:

Data:

Firma:

2

Rappresentante (vedi pagina 10)

Altre persone autorizzate a fornire informazioni: (vedi pagina 11)

Oltre al/alla mio/mia rappresentante le seguenti persone vanno **informate il più presto possibile** (Indicare solo il nome. La funzione e l'indirizzo vanno indicate alle pagine 11 e 12):

Nessuna informazione a (nome, relazione con il paziente):

Nessun contatto con (nome, relazione con il paziente):

Da osservare in ogni caso in merito a malattie fisiche

(diagnosi somatiche rilevanti, diabete, malattie da dipendenza, allergie, farmaci, altri tipi di aiuto, terapie):

Esiste una **direttiva anticipata riguardante le malattie fisiche** ?
In caso affermativo, **dov'è** depositata?

Medicazione psichiatrica: vedi pagine 6-7

Attuale trattamento farmacologico: vedi pagina 15

Data:

Firma:

Terapie ed altre forme di sostegno

Cos'è importante per me nella vita ? Come percepisco il mio disturbo psichiatrico
(se desiderato, si può indicare la malattia):

Il mio **trattamento** deve perseguire i seguenti **obiettivi**:

Nel mio trattamento si deve tenere conto delle mie seguenti **capacità, punti di forza e talenti**:

Cosa deve essere **chiarito e organizzato** per me **prima della mia dimissione dall'ospedale?**

Delega di decisioni

Nel caso in cui dovesse rendersi necessaria una terapia (farmaci inclusi) o un'altra forma di sostegno medico o infermieristico, di cui alle pagine 5-7 non do né la mia approvazione né il mio rifiuto, **delego al/alla mio/mia rappresentante** di approvare o respingere a mio nome queste forme di sostegno (vedi pagina 10).

Se non è stato/a nominato/a nessun rappresentante,

delego al dottore / alla dottoressa responsabile della clinica la facoltà di prendere decisioni in compatibilità con le mie convinzioni personali (pagina 4 e 6 di cui sopra)?

- Sì
- No, devono essere rispettati tutti i punti da me approvati o respinti alle pagine 5-7.

Terapie / Forme di sostegno (senza trattamento farmacologico)

Quali sono le **terapie, procedure e condizioni che** mi fanno bene e a cui do **la mia approvazione** ? (se possibile, spiegarne i motivi)

Quali sono le **terapie, procedure e condizioni** che **non** mi fanno bene e che **rifiuto** di conseguenza? (se possibile spiegarne i motivi):

Farmaci

Il mio atteggiamento personale nei confronti dei farmaci (cos'è importante per me? esperienze):

In caso di mia incapacità di discernimento approvo le seguenti terapie farmacologiche (per i medicinali assunti fino ad ora al di fuori della clinica vedi allegato):

Nome del farmaco	Forma di somministrazione desiderata	Distribuzione giornaliera del dosaggio (indicazione in mg)				Dose singola massima	Dose giornaliera massima
		mattina	pranzo	sera	notte		

Motivi e osservazioni:

Data:

Firma:

Rifiuto i seguenti farmaci:

1.

Motivo:

2.

Motivo:

3.

Motivo:

Nel caso in cui nonostante l'uso dei farmaci e delle misure da me approvate dovessi **mettere seriamente in pericolo** la mia salute o la vita / l'integrità fisica di altre persone, allo scopo di scongiurare questo pericolo mi dichiaro **d'accordo*** con l'uso dei seguenti altri farmaci o con l'aumento del dosaggio degli stessi ★:

Nome del farmaco	Forma di somministrazione desiderata	Distribuzione giornaliera del dosaggio (indicazione in mg)				Dose singola massima	Dose giornaliera massima
		mattina	pranzo	sera	notte		

★ Sono consapevole del fatto che queste indicazioni possono eventualmente non essere osservate. In questo caso, come previsto dalla legge, devo essere informato/a per iscritto sui corrispondenti motivi e ho il diritto di farli esaminare giuridicamente.

Data:

Firma:

Gestione di situazioni di pericolo gravi

Segnali per una situazione di grave pericolo:

((Quali sono i segnali che indicano che sto per mettere in grave pericolo la mia salute o l'integrità fisica / la vita di altre persone?))

Come e con che cosa possono essere **evitate misure coercitive?**

Se nel caso d'incapacità di discernimento e di grave situazione di pericolo non **si possono evitare misure coercitive come l'assunzione di medicinali, isolamento o fissaggio**, considero la seguente misura come **la meno invasiva**: ★

1.

Motivo:

Di cosa bisogna tener conto (durata, frequenza del contatto, persone di contatto, in caso di isolamento o fissaggio l'uso di ulteriori calmanti o no?):

2.

Motivo:

Di cosa bisogna tener conto:

3.

Motivo:

Di cosa bisogna tener conto:

★ Sono consapevole del fatto che queste indicazioni possono eventualmente non essere osservate. Come previsto dalla legge, ho il diritto di essere informato/a per iscritto in merito ai motivi che hanno portato alla non osservanza delle mie disposizioni e sono autorizzato/a a verificare tali motivi giuridicamente.

Farmaci: vedi pagina 7

Una volta conclusa la misura di contenzione per me è importante:

Rappresentante

Con la presente nomino la persona indicata qui di seguito come mia rappresentante. Questa persona è **autorizzata a rappresentare le mie indicazioni contenute nella presente direttiva anticipata e ad approvare o rifiutare in mia vece quesiti in sospeso** durante il periodo di mia incapacità di discernimento. Questa persona deve essere informata il più presto possibile in merito al mio ricovero in ospedale.

Cognome, nome:

- Ha il diritto di accedere a tutte le informazioni legate **al mio attuale ricovero in ospedale** relative allo stato di salute, il trattamento, i termini legali e sociali (incl. copia degli atti). Corrispondente esonero dal segreto professionale

Funzione / relazione:

Indirizzo:

- Ha il diritto di accedere **a tutte le informazioni e di visionare gli atti** (esonero dal segreto professionale)

Telefono durante il giorno:

Telefono durante la notte:

Sostituto

Nel caso in cui la persona sopraindicata non fosse in grado di svolgere le sue mansioni, nomino la seguente persona come mia rappresentante con gli stessi diritti:

Cognome, Nome:

Funzione / relazione:

Indirizzo:

Telefono durante il giorno:

Telefono durante la notte:

Data:

Firma:

11

Persone o istituzioni autorizzate a fornire informazioni

I seguenti specialisti, cliniche, parenti o persone vicine sono informate su di me e sui trattamenti che ho ricevuto fino ad oggi. A queste persone o istituzioni possono / devono essere richieste informazioni (inclusa copia degli atti) riguardanti la malattia e il trattamento all'attenzione di medici, psicologi e personale infermieristico (esonero dal segreto professionale).

- **Nome, cognome:**

Funzione:

Indirizzo:

Telefono durante il giorno:

Telefono durante la notte:

- **Nome, cognome:**

Funzione:

Indirizzo:

Telefono durante il giorno:

Telefono durante la notte:

- **Nome, cognome:**

Funzione:

Indirizzo:

Telefono durante il giorno:

Telefono durante la notte:

Na Cognome, nome e data di nascita del / della paziente che dispone le direttive:

Persone e istituzioni autorizzate a ricevere informazioni

Nome, cognome:

- Ha diritto di accedere a **tutte le informazioni** (esonero dei medici dal loro segreto professionale)

Relazione / funzione:

Oppure solo:

Indirizzo:

- Informazioni riguardanti il ricovero in ospedale
 Descrizione generale dello stato di salute
 Diagnosi concreta
 Tipo di trattamento
 Prevista dimissione dall'ospedale
 Previsto inizio della capacità lavorativa (totale o parziale)

Telefono durante il giorno:

Telefono durante la notte:

Nome, cognome:

- Ha diritto di accedere a **tutte le informazioni** (esonero dei medici dal loro segreto professionale)

Relazione / funzione:

Oppure solo:

Indirizzo:

- Informazioni riguardanti il ricovero in ospedale
 Descrizione generale dello stato di salute
 Diagnosi concreta
 Tipo di trattamento
 Prevista dimissione dall'ospedale
 Previsto inizio della capacità lavorativa (totale o parziale)

Telefono durante il giorno:

Telefono durante la notte:

Nome, cognome:

- Ha diritto di accedere a **tutte le informazioni** (esonero dei medici dal loro segreto professionale)

Relazione / funzione:

Oppure solo:

Indirizzo:

- Informazioni riguardanti il ricovero in ospedale
 Descrizione generale dello stato di salute
 Diagnosi concreta
 Tipo di trattamento
 Prevista dimissione dall'ospedale
 Previsto inizio della capacità lavorativa (totale o parziale)

Telefono durante il giorno:

Telefono durante la notte:

Data:

Firma:

Dichiarazione intesa a far rispettare le mie direttive anticipate

Se, nel caso di mia incapacità di discernimento io dovessi ostacolare l'adempimento della mia volontà così come è definita in questo modulo, si deve agire come segue:

Dichiarazione di validità della mia volontà

Al momento della redazione di queste direttive anticipate io sono in possesso della mia capacità di discernimento per quanto riguarda la mia volontà qui dichiarata e le sue conseguenze.

Conferma (facoltativa) di questa capacità di discernimento da parte di uno/una psichiatra o da parte di una persona esperta:

Luogo e data:

Firma e indirizzo dello/a psichiatra o della persona esperta che effettua la certificazione:

Allegato riguardante i farmaci attuali (fuori dell'ospedale)

Dati personali:

Nome, cognome:

Data di nascita:

Indirizzo:

Cassa malati:

Farmaci psichiatrici:

Nome del farmaco	Forma di somministrazione	Ripartizione giornaliera del dosaggio (dati in mg)				Dose singola massima	Dose giornaliera massima
		mattina	pranzo	sera	notte		

Motivi e osservazioni:

Farmaci somatici:

Nome del farmaco	Forma di somministrazione	Ripartizione giornaliera consueta del dosaggio (indicazione in mg)				Dose singola massima	Dose giornaliera massima
		mattina	pranzo	sera	notte		

Motivi e osservazioni:

Data:

Firma: