

TESTAMENTO BIOLOGICO
ovvero DIRETTIVE o DICHIARAZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO

IO SOTTOSCRITTO/A, _____, nato/a a _____, il ___/___/_____, e residente a _____ (_____) in via _____, nel pieno delle mie facoltà mentali, e allo scopo di salvaguardare la dignità della mia persona,

affermo solennemente

con questo documento, che deve essere considerato come una vera e propria dichiarazione di volontà, il mio diritto, in caso di malattia, di scegliere tra le diverse possibilità di cura disponibili e al caso anche di rifiutarle tutte, nel rispetto dei miei principi e delle scelte di seguito indicate.

Intendo inoltre che le dichiarazioni contenute in questo documento abbiano valore anche nell'ipotesi in cui in futuro mi accada di perdere la capacità di decidere o di comunicare le mie decisioni ai miei medici curanti sulle scelte da fare riguardo ad una malattia.

A questi fini prevedo la nomina di un fiduciario che si impegna a garantire lo scrupoloso rispetto delle mie volontà e, se necessario, a sostituirsi a me in tutte le decisioni.

Premessa - Il valore della vita e la dignità della Persona

Considero prive di valore e lesive della mia dignità di persona tutte le situazioni in cui non fossi capace di un'esistenza razionale e/o fossi impossibilitato da una malattia irreversibile a condurre una vita di relazioni; e quindi considero non dignitose tutte le situazioni in cui le cure mediche non avessero altro scopo che quello di un mero prolungamento della vita vegetativa. Perciò, dato che in tali circostanze la vita sarebbe per me molto peggiore della morte, voglio che tutti i trattamenti destinati a prostrarla siano sospesi o cessati.

Considero egualmente non accettabili, in quanto anch'esse peggiori della morte e in contrasto con il mio concetto di valore della vita e dignità della persona umana, situazioni in cui malattie senza prospettive di guarigione siano inutilmente prolungate attraverso cure e metodi artificiali.

PER QUESTI MOTIVI DISPONGO QUANTO SEGUE

Disposizioni generali

Dispongo che interventi oggi comunemente definiti "provvedimenti di sostegno vitale" e che consistono in misure urgenti quali, ad esempio, la rianimazione cardiopolmonare, la ventilazione assistita, la dialisi, la chirurgia d'urgenza, le trasfusioni di sangue, l'alimentazione artificiale, terapie antibiotiche, non siano messi in atto, qualora il loro risultato fosse, a giudizio di due medici, dei quali uno specialista:

- il prolungamento del mio morire
- il mantenimento di uno stato d'incoscienza permanente
- il mantenimento di uno stato di demenza
- totale paralisi con incapacità a comunicare

In particolare, nel caso io fossi affetto/a da una malattia allo stadio terminale, da una malattia o una lesione cerebrale invalidante e irreversibile, da una malattia implicante l'utilizzo permanente di macchine o altri sistemi artificiali, incluso ogni forma di alimentazione artificiale, e tale da impedirmi una normale vita di relazione, rifiuto qualsiasi forma di rianimazione o continuazione dell'esistenza dipendente da macchine e non voglio più essere sottoposto/a ad alcun trattamento terapeutico.

Chiedo inoltre formalmente che nel caso fossi affetto/a da una delle malattie sopra indicate siano intrapresi tutti i provvedimenti atti ad alleviare le mie sofferenze, compreso in particolare l'uso di farmaci oppiacei, anche se essi rischiassero di anticipare la fine della mia vita.

Disposizioni particolari

Nella prospettiva, inoltre, di un'auspicata depenalizzazione, anche nel nostro paese, dell'eutanasia, nel caso in cui anche la sospensione di ogni trattamento terapeutico non determini la morte, chiedo che mi sia praticato il trattamento eutanasi, nel modo che sarà ritenuto più opportuno per la conclusione serena della mia esistenza.

Altre disposizioni particolari

Detto infine le seguenti disposizioni (inserire le proprie disposizioni, qui alcuni esempi)

- voglio/non voglio l'assistenza religiosa (la mia confessione è: _____)
- il mio corpo può/non può essere donato per trapianti
- il mio corpo può/non può essere utilizzato per scopi scientifici e didattici
- voglio/non voglio funerale o altra cerimonia funebre
- voglio/non voglio essere cremato e che le mie ceneri vengano:
 - tumulate
 - conservate presso _____
 - disperse in natura
 - trasformate in diamante
- altro: _____

Nomina del fiduciario

Ai fini della attuazione delle volontà espresse nel presente documento nomino mio rappresentante fiduciario _____, nato/a a _____ il ___/___/_____, residente a _____ (___), in via _____, il/la quale accetta la nomina e si impegna a garantire le volontà sopra espresse e a sostituirsi a me per tutte le decisioni che io non potessi prendere qualora perdessi la capacità di decidere per me stesso/a.

Nel caso che il mio rappresentante fiduciario sia nell'impossibilità di esercitare la sua funzione, delego a sostituirlo in tale compito _____, nato/a a _____ (___) il ___/___/_____, residente a _____ (___), in via _____.

Testimoni

I testimoni del presente atto sono:

I. (Nome e cognome) _____, nato/a a _____ (___) il ___/___/_____, residente a _____ (___), in via _____.

II. (Nome e cognome) _____, nato/a a _____ (___) il ___/___/_____, residente a _____ (___), in via _____.

Resta inteso che queste mie volontà potranno essere da me revocate o modificate in ogni momento con una successiva dichiarazione a loro consegnata da me personalmente. In caso di dichiarazione sopravvenuta, varranno le mie più recenti disposizioni.

Deposito la presente dichiarazione ai fiduciari e testimoni sopra indicati.

Luogo e data _____

Firma del sottoscrittore _____
(Nome _____)

Firma del fiduciario _____
(Nome _____)

Firma del fiduciario sostituto _____
(Nome _____)

Firma del testimone I _____
(Nome _____)

Firma del testimone II _____
(Nome _____)