

Il/La sottoscritto/a .....  
nato/a a ..... (.....) il .....  
residente a ..... CAP ..... Prov. ....  
Via/Pza..... n .....  
Documento d'identità: .....

#### DICHIARAZIONE

Alla mia famiglia, ai medici curanti e a tutti coloro che sono e saranno coinvolti nella mia assistenza.

Io sottoscritto/a, essendo attualmente in pieno possesso della mia capacità decisionale, dispongo quanto segue in merito alle decisioni da assumere:

Sono consapevole che potrebbe accadermi in futuro di perdere la capacità di decidere o di comunicare le mie decisioni ma, poiché voglio esercitare comunque il mio diritto di scelta, formulo qui di seguito alcune disposizioni che desidero siano rispettate.

Resta inteso che queste disposizioni perdono il loro valore qualora io liberamente decida di annullarle o di sostituirle con altre.

1) Dispongo che i curanti informino le seguenti persone:

.....

#### DISPOSIZIONI GENERALI

So che si definiscono oggi 'provvedimenti di sostegno vitale' le misure senza le quali il processo della malattia porterebbe in tempi brevi alla morte.

Sono consapevole che, qualora venissero iniziati e proseguiti su di me tutti i possibili interventi capaci di mantenermi in vita, potrebbe accadere che il risultato sia solo il prolungamento del mio morire o il mio mantenimento in uno stato di incoscienza.

Formulo perciò le seguenti scelte a riguardo dei provvedimenti di sostegno vitale.

2) Consapevole che le mie attuali condizioni patologiche potrebbero condurmi in una condizione di incapacità di intendere e volere (pur potenzialmente reversibile), e altrettanto consapevole che l'evoluzione di tale condizione mi porterà inevitabilmente a morte, laddove non corretta, dispongo di:

rifiutare tutti gli interventi terapeutici urgenti che la pratica clinica possa mettere a disposizione

3) Dispongo che questi trattamenti di sostegno vitale NON siano praticati: rianimazione cardiopolmonare

ventilazione polmonare

dialisi

chirurgia d'urgenza

trasfusioni di sangue

terapia antibiotica

alimentazione artificiale

4) Dispongo che questi interventi:

siano

non siano

iniziati e continuati se il loro risultato fosse il prolungamento del mio morire

5) Dispongo che questi interventi:

siano

non siano

iniziati e continuati se il loro risultato fosse il mio mantenimento in uno stato di incoscienza prolungato e privo di ragionevoli possibilità di recupero

#### DISPOSIZIONI PARTICOLARI

6) Dispongo che siano intrapresi tutti i provvedimenti volti ad alleviare le mie sofferenze fisiche e/o psichiche con l'uso di farmaci anche praticati attraverso qualsiasi via di somministrazione:

sì

no

7) Dispongo che, in caso di arresto cardiorespiratorio, nelle situazioni descritte sopra ai punti 4 e 5 sia praticata su di me la rianimazione cardiopolmonare:

sì

no

8) Dispongo che, nelle situazioni descritte sopra ai punti 4 e 5 e pertanto non sia in grado di alimentarmi in modo naturale, sia proseguita la somministrazione artificiale di acqua e sostanze nutritive:

sì

no

9) Altre disposizioni personali:

.....  
.....

#### DISPOSIZIONI RIGUARDANTI L'ASSISTENZA RELIGIOSA E POST-MORTEM

10) Desidero l'assistenza religiosa di confessione:

sì (specificare quale: .....)

no

11) Desidero un funerale:

laico

religioso

12) Disposizioni dopo la morte:

dispongo di donare i miei organi e miei tessuti a scopo di trapianto

dispongo di donare il mio corpo a scopi scientifici o didattici

13) Dispongo che il mio corpo sia:

inumato

cremato

#### NOMINA DEL FIDUCIARIO

Consapevole del fatto che le disposizioni suddette riguardano situazioni complesse, non prevedibili in anticipo, e in cui non sempre è agevole per i curanti esprimere una chiara valutazione del rapporto tra sofferenza e benefici di ogni singolo atto medico, nomino mio rappresentante fiduciario:

.....

che si impegna a garantire lo scrupoloso rispetto delle mie volontà espresse nella presente Carta e a sostituirsi a me per tutte le decisioni non contemplate sopra, qualora io perdessi la capacità di decidere o di comunicare le mie decisioni.

Nel caso che il mio rappresentante fiduciario sia nell'impossibilità di esercitare la sua funzione, delego a sostituirlo in tale compito:

.....

Questo atto avviene il \_\_\_\_\_ in presenza del/la Sig./ra

.....

che attesta la veridicità della presente dichiarazione e testimonia che i Sigg.ri sopra indicati hanno accettato la delega.

Firma del sottoscrittore.....

Firma del primo fiduciario .....

Firma del secondo fiduciario.....