

Direttive anticipate per i trattamenti sanitari
(Testamento biologico)

Io sottoscritto/a..... codice fiscale
. nato/a a il
residente in via n., nel
pieno delle mie facoltà mentali, in totale libertà di scelta, avvalendomi di
quanto previsto dall'articolo 32 della Costituzione della Repubblica Italiana e
dalle disposizioni collegate,

a f f e r m o

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 delle mie scelte di
seguito indicate. Intendo inoltre che le dichiarazioni contenute in questo
documento abbiano valore anche nel caso in cui in futuro mi accada di
perdere la capacità di decidere o di comunicare le mie decisioni ai medici
curanti. Per tale ipotesi nomino un mio fiduciario che si impegna a garantire
lo scrupoloso rispetto delle mie volontà e, se necessario, a sostituirsi a me in
tutte le decisioni.

E s p r i m o

questa mia volontà per il caso di malattia o lesione traumatica cerebrale
dichiarata irreversibile e invalidante o in caso di malattia non curabile, che mi
costringa a trattamenti permanenti con macchine o sistemi artificiali che mi
impediscono una vita di relazione da me considerata accettabile,

e c h i e d o

di non essere sottoposto, in questi casi specifici, ad alcun trattamento
terapeutico, nonché a forme di alimentazione artificiale; chiedo e consento che
mi venga somministrata la "terapia del dolore".

Su di me non sia presa alcuna misura di prolungamento della vita, se
secondo scienza e coscienza medica venga verificato che qualsiasi misura di
sostegno sarebbe senza prospettive di miglioramento.

Voglio poter morire con dignità e in pace, possibilmente vicino ai miei cari e con il sostegno spirituale della mia fede religiosa.

N o m i n o

mio fiduciario il signore/la signora
nato/a a il, residente in via
.n. e per l'ipotesi di suo
impedimento il signore/la signora
nato/a a il, residente in via
.n.

Il mio fiduciario è da me autorizzato ad assumere in mia vece tutte le decisioni necessarie per il mio trattamento medico ed esprimerle al medico curante, tenendo sempre in considerazione i miei desideri e le mie visioni della vita, che ho lasciati per iscritto in questo documento. Può dare il consenso anche a tutte le misure di indagine sul mio stato di salute, ad interventi medici ed a trattamenti di cura, così come può negarlo, anche se per una tale cura potessi morire o subire un grave o prolungato danno alla salute. Il fiduciario da me nominato può collaborare, anche tramite un medico di sua fiducia, con il medico curante nel decidere secondo le informazioni cliniche coperte dal segreto professionale in rispetto della volontà ivi descritta.

Per questa ragione il mio fiduciario accetta e si impegna a non presentare nei confronti dei miei medici curanti e del personale paramedico eventuali esposti o denunce per omissione di soccorso.

Autorizzo espressamente il trattamento dei miei dati per l'attuazione delle volontà da me espresse in questo documento, nonché la conservazione dello stesso presso la Chiesa Valdese di Roma, *piazza Cavour*.

Le presenti volontà possono essere da me revocate o modificate in ogni momento con successiva dichiarazione scritta.

Letto attentamente, confermato in ogni sua parte e sottoscritto.

Note -

Roma,

Firma del dichiarante

Firma dei fiduciari 1°

2°