

Direttive anticipate di trattamento

Artt. 2, 13 e 32 della Costituzione italiana
Sentenza della Corte costituzionale n. 438 del 23.12.2008

Io, sottoscritto/a

Nome	Cognome
nato a	(Prov)
il	
residente in	Via/Piazza

nel caso non sia in grado di formare o manifestare adeguatamente la mia volontà, dispongo le seguenti direttive:

(ho barrato o descritto l'evento)

<input type="checkbox"/>	qualora mi trovo con tutta probabilità secondo valutazione medica nel processo irreversibile di morte
<input type="checkbox"/>	qualora sono nel processo finale di una malattia non trattabile e con esito mortale, anche se il momento preciso del mio decesso non è ancora prevedibile
<input type="checkbox"/>	qualora io ho perso probabilmente in modo definitivo (coma vigile), a causa di un grave danno cerebrale (a es. trauma cranico, ictus grave, emorragia cerebrale) la mia capacità di comprendere, decidere e di entrare in relazione con altre persone, anche se il momento preciso del mio decesso non è ancora prevedibile. Sono cosciente che un risveglio da questa condizione non è completamente da escludere ma è molto improbabile.
<input type="checkbox"/>	qualora a causa di una demenza o per l'avanzato decadimento delle mie funzioni intellettive non sono in grado di nutrirmi e di assumere liquidi autonomamente o tramite l'aiuto di terzi, ma solo tramite alimentazione artificiale
<input type="checkbox"/>	

Qualora mi trovi in una delle situazioni di vita o di trattamento da me sopra descritte, chiedo che (ho barrato o descritto l'evento)

<input type="checkbox"/>	non siano messi in atto provvedimenti atti a prolungare la vita, compresa la respirazione artificiale.
<input type="checkbox"/>	non sia sottoposto ad alimentazione o idratazione artificiale. La fame e la sete dovranno essere placate con mezzi naturali.
<input type="checkbox"/>	non sia sottoposto a rianimazione in caso di arresto cardio-respiratorio.
<input type="checkbox"/>	

In caso che, in una delle situazioni di vita o di trattamento sopra descritte siano state già state avviate le misure sopra elencate, revoco il mio consenso alla misura e pretendo la sua interruzione.

In caso di situazioni di vita o di trattamento non concretamente regolate da queste direttive di trattamento, la mia volontà presunta va ricostruita cercando la condivisione di tutte le persone interessate.

Si deve fare riferimento a queste indicazioni: sono d'accordo con i trattamenti atti a prolungare la vita finché, a parere di terze persone, in particolare quelle da me autorizzate, sono in grado di godere la vita e finché le opportunità di cura dei trattamenti raccomandati siano maggiori dei disagi e dei rischi.

In ogni caso chiedo una cura appropriata delle mucose e adeguato sostegno, un allettamento umano, la cura del corpo e la sedazione del dolore, di difficoltà respiratorie, nausea, paura, agitazione e altri sintomi che mettono in pericolo il mio benessere. Accetto la probabilità remota che l'attuazione di misure di attenuazione del dolore e dei sintomi potrebbe comportare l'accorciamento non voluto della mia vita.

Sottoscrivo queste direttive dopo una attenta riflessione e nella piena consapevolezza della responsabilità verso me stesso. Sono consapevole del significato e delle conseguenze di queste direttive, specialmente del fatto che esse impegnano i miei medici curanti, i miei rappresentanti legali e i miei congiunti. Mi è anche chiaro che la mia decisione di negare le misure mediche descritte nelle sopra elencate situazioni di vita o di trattamento potrebbe portare a un accorciamento della mia vita.

Queste direttive vanno messe a disposizione del personale sanitario addetto alla mia assistenza e cura.

Data	Firma
------	-------

Con la presente delego la seguente persona a rappresentarmi in tutte le questioni riguardanti la cura e l'assistenza, compresa l'esecuzione di queste direttive anticipate di trattamento:

Nome	Indirizzo
------	-----------

Data	Firma
------	-------

Dichiarazione medica e certificazione della capacità di intendere e volere

La signora/ il signor _____ è stato/a da me informata/o in data __ / __ / 20__ rispetto ai contenuti ed alle conseguenze delle presenti direttive anticipate di trattamento ed è in pieno possesso delle sue facoltà mentali.

Data	Firma e timbro del medico
------	---------------------------

Per una successiva conferma delle direttive anticipate di trattamento:

Di seguito confermo, con la mia firma, di aver preso visione del contenuto delle direttive anticipate di trattamento da me in precedenza definite e che la mia volontà non è mutata.

Data	Firma
------	-------

Data	Firma
------	-------

Data	Firma
------	-------