DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO

Io sottoscritta …, nata a … il … e residente a …, nel caso in cui avessi perso irreversibilmente la capacità di esprimere le mie volontà relativamente a cure mediche che dovessero rendersi necessarie, avendo acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle mie scelte, dispongo e chiedo che siano rispettate le disposizioni di trattamento che sono qui di seguito indicate.

PREMESSA

Per un'adeguata comprensione delle disposizioni che intendo siano seguite, premetto che considero per me una vita dignitosa ed accettabile, e per la quale chiedo ai miei cari ed a chi è responsabile della mia cura l'avvio o la prosecuzione di trattamenti medici, quella che mi permette di avere coscienza di me e di quanto mi circonda, di provare affetti, di potere pensare e pregare, interagire con il mondo esterno e di comunicare con le persone che mi circondano, potendo esprimere i miei sentimenti e la mia volontà.

Sulla base di tale premessa, dispongo che, qualora dovessi perdere irreversibilmente ed in maniera significativa tali capacità, vengano non iniziati o interrotti i supporti vitali artificiali volti a prolungare il mio mantenimento in vita.

Per maggior chiarezza, **procedo ad indicare le situazioni che si potrebbero prospettare.**

Se a seguito di avanzato processo degenerativo cerebrale (per esempio, demenza), perdessi irreversibilmente la capacità di interagire in maniera significativa con il mondo esterno e di comunicare con le persone che mi circondano, dispongo che le persone che si prenderanno cura di me programmino la mia assistenza definendo in anticipo cosa fare e cosa non fare in caso del sopravvenire di fatti acuti che possano mettere a rischio la mia sopravvivenza, prevedendo in tal caso un accompagnamento attento e premuroso e senza attuazione di interventi invasivi.

Qualora giungessi a non essere più in grado di assumere autonomamente alimenti solidi e liquidi oppure rifiutassi di alimentarmi, ma fossi ancora in grado di deglutire, dispongo che - solo finché ciò è possibile - una persona fidata mi porga e offra pazientemente il cibo, senza obbligarmi a mangiare, tenendo presenti le mie personali preferenze alimentari.

Dispongo che quanto sopra venga fatto compatibilmente con un utilizzo attento ed adeguato delle risorse, sia umane (presenza, disponibilità, possibilità delle persone) che materiali (senza usare significativamente i fondi dei miei cari o di altre persone).

Dispongo che la fame e la sete vengano placate solo in maniera naturale.

Dispongo che in tali condizioni vengano non iniziate o sospese tutte le misure di sostegno vitale (ad esempio intubazione, ventilazione artificiale, nutrizione artificiale, antibiotico-terapia, trasfusioni, dialisi).

Nell'ipotesi in cui, in seguito a danni cerebrali acuti o subacuti, diretti (per esempio in seguito a incidente, ictus cerebrale o patologia infiammatoria) o indiretti (per esempio in seguito ad arresto cardiaco, rianimazione cardiopolmonare, shock o insufficienza respiratoria), perdessi la capacità di intendere, decidere e comunicare e risultasse l'improbabilità (anche se non la certezza assoluta) di un recupero significativo, dispongo che vengano attuate tutte le misure clinicamente indicate (intubazione, ventilazione artificiale, diuretici, nutrizione artificiale, antibiotico-terapia, trasfusioni, dialisi) solo ed esclusivamente fino al momento in cui venga esclusa con ragionevole certezza la possibilità di un recupero significativo della mia capacità di coscienza e di relazione.
Da quel momento in poi, e comunque non oltre novanta giorni dal fatto acuto (in assenza di prognosi favorevole per il recupero a breve termine di tali capacità), dispongo che vengano non iniziate o sospese tutte le misure di sostegno vitale, compresa l'alimentazione e l'idratazione artificiale, a prescindere dalla forma di somministrazione (per esempio sondino nasogastrico, sonda PEG o accesso venoso).
Sono consapevole del fatto che in situazioni analoghe non può essere completamente esclusa la possibilità di un parziale recupero di rudimentali forme di percezione (Minimal Conscious State, stato di minima coscienza), che non mi permetterebbero comunque di relazionarmi in maniera significativa; confermo quindi le mie disposizioni.
Desidero in ogni caso ricevere adeguate cure del cavo orale e delle mucose, una sistemazione dignitosa e la cura e l'igiene fisica del corpo.
Dispongo inoltre che vengano contrastati il dolore, la dispnea, l'agitazione e altri sintomi gravosi. A questo proposito, se sono state esaurite tutte le altre possibilità di controllo del dolore e della sintomatologia, accetto che mi vengano somministrati i farmaci indicati in una adeguata condotta palliativa; al proposito, accetto la possibilità, peraltro remota e clinicamente infondata, che il ricorso a trattamenti per il controllo della sintomatologia determini il non intenzionale anticipo della fine della mia vita.

In caso di situazioni di vita o di trattamento non esplicitamente disciplinate dalle presenti Dichiarazioni anticipate di trattamento, dispongo che la mia volontà sia ricostruita facendo riferimento alla premessa che ho posto alle presenti Dichiarazioni.
Mi è chiaro che la mia decisione di rifiutare le misure mediche descritte nelle sopra elencate situazioni significa rifiutare trattamenti che potrebbero prolungare la mia esistenza, ma in condizioni che non ritengo accettabili.
Con tale affermazione, non intendo chiedere di essere uccisa. Ritengo però in coscienza che la situazione di incapacità del mio organismo di sostenersi autonomamente quando avrò perso irreversibilmente coscienza e capacità di interagire con le persone che mi circondano, rappresenti per me il compimento del mio cammino su questa terra. Dispongo quindi che non siano intrapresi interventi di supporto artificiale tesi a ritardare tale conclusione.

Fiduciario: nomino come mio fiduciario ….[amico medico]
Con lui ho discusso i contenuti delle presenti Direttive anticipate di trattamento ed ho chiesto adeguate informazioni in ordine a tutte le conseguenze delle mie decisioni.

Chiedo che tutte le decisioni vengano prese dal fiduciario e dai medici curanti, previa informazione e discussione con i miei figli, che sono stati messi a conoscenza del contenuto delle presenti Direttive.
Preciso che ho piena fiducia nella capacità di … [FIDUCIARIO] di farsi interprete delle mie volontà e dispongo che, in tutti i casi di dubbi sull'interpretazione di quanto qui indicato o sulla ricostruzione della mia volontà presunta rispetto a casi non espressamente indicati in questo documento, il suo parere sia considerato come dirimente.

So che posso in qualsiasi momento modificare o revocare in toto le presenti Dichiarazioni anticipate di trattamento.

Sottoscrivo queste Dichiarazioni dopo attenta riflessione e nella piena consapevolezza della responsabilità verso me stessa. Sono cosciente del loro significato e delle loro conseguenze, ed in particolare del fatto che esse impegnano i miei medici curanti ed i miei congiunti.

Firma

Io sottoscritto, … [NOME COGNOME], nato il a e residente
dichiaro di avere discusso adeguatamente con la disponente riguardo ai suoi valori ed alla sue volontà riguardo a cure mediche che dovessero rendersi necessarie nel caso in cui avesse perso irreversibilmente la capacità di esprimere le proprie volontà.
Dichiaro di avere letto il documento e di accettare l'incarico di fiduciario.

Data
Firma