

TESTAMENTO BIOLOGICO

**Scegliere in modo consapevole come affrontare
le incognite del futuro è una forma di libertà.**

La legge Italiana sancisce il diritto per ogni paziente di conoscere la verità sulla propria malattia e il diritto di acconsentire o non acconsentire alle cure proposte (consenso informato). In condizioni molto gravi, tuttavia il paziente potrebbe non essere in grado di esprimere la propria volontà.

È nato quindi in molti Paesi il principio delle "DIRETTIVE ANTICIPATE" o "TESTAMENTO BIOLOGICO", con cui una persona dichiara, in perfetta lucidità mentale, quali terapie accettare o non accettare nel caso si trovasse in condizioni di incapacità.

Nel 2001 l'Italia ha ratificato la convenzione di Oviedo del 1997, che stabilisce che "i desideri precedentemente espressi a proposito di un intervento medico da parte di un paziente che, al momento dell'intervento non è in grado di esprimere la propria volontà, saranno tenuti in considerazione". Inoltre, secondo il Comitato per la Bioetica, "i medici dovranno non solo tenere in considerazione le direttive anticipate scritte su un foglio firmato dall'interessato, ma anche giustificare per iscritto le azioni che violeranno tale volontà"

Nell'attesa di una legge sul "testamento biologico", che ne regoli compiutamente l'istituzione, la Fondazione Umberto Veronesi desidera che ogni cittadino possa comunque esprimere la propria volontà anticipata.

La dichiarazione, debitamente sottoscritta, deve essere interamente redatta di proprio pugno in due copie:

- una per il firmatario
- una da consegnare a un fiduciario (parente, amico, conoscente)

Una terza copia inoltre può essere depositata presso un notaio o un legale di fiducia.

PER INFORMAZIONI:
02 76 01 81 87
www.fondazioneveronesi.it

TESTAMENTO BIOLOGICO IO SOTTOSCRITTO/A

Nome

Cognome

Luogo di nascita

Data di nascita

Domicilio

Documento di identità

**NEL PIENO DELLE MIE FACOLTÀ MENTALI
E IN TOTALE LIBERTÀ DI SCELTA DISPONGO QUANTO SEGUE:**

IN CASO DI:

- malattia o lesione traumatica cerebrale irreversibile e invalidante
- malattia che mi costringa a trattamenti permanenti con macchine o sistemi artificiali che impediscano una normale vita di relazione.

**CHIEDO DI NON ESSERE SOTTOPOSTO
AD ALCUN TRATTAMENTO TERAPEUTICO O DI SOSTEGNO**

DISPOSIZIONI PARTICOLARI.

- Autorizzo la donazione dei miei organi per trapianti SÌ NO

**NOMINO MIO RAPPRESENTANTE FIDUCIARIO
IL SIGNORE/LA SIGNORA:**

Nome

Cognome

Luogo di nascita

Data di nascita

Reasidente a

Recapito telefonico

**LE PRESENTI VOLONTÀ POTRANNO ESSERE
DA ME REVOCATE O MODIFICATE IN OGNI MOMENTO CON
SUCCESSIVA/E DICHIARAZIONE/I.**

Luogo e data

Firma del sottoscrittore

Documento di identità

Firma del fiduciario

Documento di identità