

**PRESENTAZIONE DELLA**  
**BIOCARD**  
**CARTA DI**  
**AUTODETERMINAZIONE**

---

*Caro lettore*

il documento che stai per leggere è stato pensato dalla Consulta di Bioetica, associazione fondata nel 1989 per lo studio dei difficili problemi che si pongono nella medicina di oggi e in particolare nelle situazioni della nascita e della morte, allo scopo di permetterTi di manifestare le Tue volontà riguardo alle cure di cui in futuro potresti avere bisogno.

Naturalmente la miglior cosa sarebbe poter decidere di volta in volta, dopo che la malattia si dichiarasse. Ma purtroppo accade abbastanza spesso che, specie in caso di malattia grave, il malato perda del tutto o in parte la capacità di comprendere o di comunicare e che perciò non sia più in grado di decidere per sé. Ora, va detto che la medicina di oggi, in caso di malattia grave e non guaribile, consente di prolungare la vita del paziente in condizioni non dignitose. Ciò può portare ad una conseguenza paradossale: prolungando la vita, si prolungano e si aumentano le sofferenze della fase avanzata della malattia. È questo il cosiddetto ‘accanimento terapeutico’, che oggi anche il corpo medico riconosce come sbagliato e si impegna, almeno in linea di principio, ad evitare. Tuttavia in molte circostanze i medici non sono in grado di stabilire, da soli, se il rapporto fra beneficio e danno di una terapia sia favorevole, senza sentire il parere del diretto interessato.

Utilizzando lo strumento della Carta di Autodeterminazione (o un documento analogo), Tu puoi dare delle disposizioni ai Tuoi futuri curanti, disposizioni che saranno certo di grande utilità nel momento delle decisioni difficili, qualora Tu non fossi più in grado di partecipare attivamente.

Un’obiezione che Ti sarà già venuta in mente è se una dichiarazione come questa abbia o non un valore legale. Ti rispondiamo che per il momento **essa non ha valore legale** e che la nostra Associazione si sta adoperando perché una proposta di legge in tal senso sia presentata in Parlamento. **Tuttavia già oggi le indicazioni che Tu decidessi di dare ai Tuoi medici sarebbero preziose per loro.** Infatti il principio che l’ultima parola in fatto di cure spetta sempre al malato (principio del consenso informato) è ora da tutti

accettato, anche nell’ultima formulazione del Codice Deontologico dell’Ordine dei Medici.

La maggior parte di coloro che sottoscriveranno la Carta (o documenti analoghi) lo faranno per porre dei limiti all’agire dei medici, cioè per evitare l’accanimento terapeutico, ma qualcuno al contrario può decidere diversamente, ad esempio rinunciando allo stesso diritto di essere informati dal medico (naturalmente in caso di informazioni su malattie gravi e non guaribili) oppure chiedendo che siano presi tutti i possibili provvedimenti atti a prolungare la vita, anche se di cattiva qualità. Abbiamo perciò previsto una serie di scelte, anche del tutto opposte fra loro.

Se deciderai di sottoscrivere la Carta, dovrai barrare le caselle delle disposizioni con le quali sei d’accordo. Non c’è però nessun obbligo di prendere una decisione su tutte le eventualità che abbiamo previsto: puoi lasciare in bianco quanto non Ti interessa o Ti lascia perplesso. Abbiamo lasciato inoltre uno spazio libero per disposizioni diverse da quelle elencate, che Tu volessi dare.

Il nostro lavoro sarebbe utile anche se Tu decidessi, dopo aver letto la Carta, di scrivere in forma libera delle disposizioni diverse che Ti sembrano più appropriate. Il nostro scopo è solo quello di aiutarTi a mantenere il controllo sulla Tua situazione in caso di futura malattia.

*Se desiderassi informazioni ulteriori,  
puoi prendere contatto con la:*

**Consulta di Bioetica**

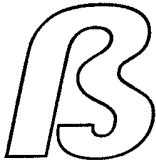
**via Cosimo del Fante, 13**

**20122 Milano (I)**

**Tel. e fax 02/58300423**

**segreteria@consultadibioetica.org**

**www.consultadibioetica.org**



# CONSULTA DI BIOETICA

Via Cosimo del Fante, 13 - 20122 MILANO (I)  
Tel. e Fax 02-58.300.423

## BIOCARD

CARTA DI AUTODETERMINAZIONE .....  
N° .....

Sig/ra .....  
nato/a a ..... il .....  
residente ..... cap .....  
via ..... tel. ....

### DICHIARAZIONE

Alla mia famiglia, ai medici curanti e a tutti coloro che saranno coinvolti nella mia assistenza. Io sottoscritto/a, essendo attualmente in pieno possesso delle mie facoltà mentali, dispongo quanto segue in merito alle decisioni da assumere qualora mi ammalassi :

	SI	NO
1 Voglio essere informato sul mio stato di salute, anche se fossi affetto da malattia grave e in guaribile		
2 Voglio essere informato sui vantaggi e sui rischi degli esami diagnostici e delle terapie		
3 Autorizzo i curanti ad informare, anche senza il mio consenso, le seguenti persone:		

*Chi ha scelto 'No' riguardo alla disposizione 1 può terminare qui la compilazione apponendo una firma.*

Firma ..... Data .....

Chi invece ha scelto 'Si' riguardo alla disposizione 1 è opportuno che prosegua la lettura in modo da formulare altre **disposizioni** di carattere generale e particolare.

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 vengano rispettate. Resta inteso che queste disposizioni perdono il loro valore qualora, in piena coscienza, io decida di annullarle o di sostituirle con altre.

### DISPOSIZIONI GENERALI

So che si definiscono oggi "provvedimenti di sostegno vitale" le misure urgenti senza le quali il processo della malattia porta in tempi brevi alla morte. Esse comprendono la rianimazione cardiopolmonare in caso di arresto cardiaco, la ventilazione assistita, la dialisi (rene artificiale), la chirurgia d'urgenza, le trasfusioni di sangue, le terapie antibiotiche e l'alimentazione artificiale.

Sono consapevole che, qualora venissero iniziati e proseguiti su di me tutti i possibili interventi capaci di sostenere la mia vita, potrebbe accadere che il risultato sia solo il prolungamento del mio morire o il mio mantenimento in uno stato di incoscienza o di demenza. Formulo perciò le seguenti scelte riguardo ai provvedimenti di sostegno vitale.

DISPONGO CHE QUESTI INTERVENTI:

4	<input type="checkbox"/> SIANO <input type="checkbox"/> NON SIANO	iniziati e continuati se il loro risultato fosse il <b>prolungamento del mio morire</b>
5	<input type="checkbox"/> SIANO <input type="checkbox"/> NON SIANO	iniziati e continuati se il loro risultato fosse il mio <b>mantenimento in uno stato di incoscienza permanente</b> e privo di possibilità di ricupero
6	<input type="checkbox"/> SIANO <input type="checkbox"/> NON SIANO	iniziati e continuati se il loro risultato fosse il mio <b>mantenimento in uno stato di demenza avanzata</b> non suscettibile di ricupero

*Chi ha scelto 'SIANO iniziati' in tutte queste tre ipotesi, può concludere qui la compilazione apponendo una firma.*

Firma ..... Data .....

*Chi ha scelto 'NON siano iniziati' in almeno una di queste tre situazioni, è opportuno che continui la compilazione delle seguenti Disposizioni Particolari, che ribadiscono in modo esplicito la rinuncia o la richiesta di alcuni interventi a proposito dei quali è più facile che nascano controversie.*

### DISPOSIZIONI PARTICOLARI

	SI	NO
7		
8		
9		
1	Altre disposizioni personali	
0		

Firma ..... Data .....

*Le disposizioni seguenti possono essere sottoscritte indipendentemente dalle precedenti, anche se non si è eseguito alcuna scelta.*

### DISPOSIZIONI RIGUARDANTI L'ASSISTENZA

#### RELIGIOSA

	SI	NO
1		
1	Desidero l'assistenza religiosa di confessione .....	
1	religioso	Laico
2		

#### DISPOSIZIONI DOPO LA MORTE

	SI	NO
1		
3		
1		
4		
1	inumato	Cremato
5		

Firma ..... Data .....

### NOMINA DEL FIDUCIARIO

Consapevole del fatto che le disposizioni suddette riguardano situazioni complesse, imprevedibili, dove 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:**

il/la Sig/ra .....

nato/a a ..... il .....

residente a ..... cap .....

via ..... tel. ....

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:

il/la Sig/ra .....

nato/a a ..... il .....

residente a ..... cap .....

via ..... tel. ....

Questo atto avviene il ..... in presenza del/la Sig/ra ..... nato/a ..... il .....

residente a ..... cap .....

via ..... tel. ....

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 .....

Firma del testimone .....