

Egregio Signor

SINDACO

Oggetto: Dichiarazione anticipata di trattamento sanitario e nomina del rappresentante.

Con la presente affido alla Sua Autorità l'allegata dichiarazione anticipata di trattamento sanitario e di nomina del fiduciario della funzione di cura della mia persona, nel caso non sia più capace di esprimere consenso o dissenso alle cure, accettando ora per allora il rischio della sua eventuale cattiva interpretazione delle mie direttive anticipate.

Invoco la Sua funzione in forza della nuova rappresentatività assegnata al Comune dalla Costituzione (Art. 114, commi 1 e 2) e a garanzia di diritti già esistenti (Artt. 3, 13, 32.), riconfermati dalla Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea (Art. 3) e dalla Convenzione di Oviedo, ma troppo spesso disapplicati nelle prassi mediche sui soggetti incapaci rispetto a chi è in grado di intendere e volere.

Questa realtà incostituzionale e ingiusta, presente anche nei nostri presidi sanitari, è di pubblico dominio. Più volte denunciata dalle drammatiche vicende inflitte a Eluana Englaro, ora incatenate nella disumana spirale giudiziaria, è una realtà insopportabile e ormai paurosa oltre che per la sua famiglia per l'intera nostra comunità (si pensi ai troppi anni trascorsi e ai numerosi e cavillosi gradi di giudizio del caso, alle fiaccolate di solidarietà, ai pubblici dibattiti locali e nazionali e alle numerose inconcludenti proposte legislative di attuazione giacenti in Parlamento). Perciò, nella malaugurata ipotesi di violazione della mia libertà e della integrità della mia persona, il fiduciario da me nominato nella dichiarazione allegata si appellerà alla Sua Autorità e alla Sua testimonianza per fare interrompere analoghi soprusi.

Oltre alla dovuta registrazione nel protocollo comunale, con debita conservazione di questo mio atto, auspico la Sua azione diretta, di sussidiarietà verticale, in sede di Conferenza Provinciale dei Sindaci a favore della piena applicazione del diritto di libertà di cura e per la urgente rimozione dalle organizzazioni sanitarie territoriali delle incombenti e arbitrarie prassi mediche/amministrative contrarie o elusive del diritto positivo.

Distinti saluti

Luogo e data

firma

N. 1 allegato: Dichiarazione anticipata di trattamento sanitario

DICHIARAZIONE ANTICIPATA DI TRATTAMENTO SANITARIO

Io sottoscritto/a
(Nome e Cognome).....
nato/a a (Luogo di nascita) il (Data di nascita).....
Residenza/Domicilio
Carta d'identità

DELEGO

come mio fiduciario il signore/la signora

Nome e cognome
Nato/a a il
Recapito telefonico
Residente a

cui affido, in caso di mia incapacità, il compito di accettare o rifiutare cure mediche per la mia persona e, in particolare, di rendere edotti i medici curanti dell'esistenza di questo mio *testamento biologico*, con il quale 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 né a idratazione e alimentazione forzate e artificiali in caso di impossibilità ad alimentarmi autonomamente.

Disposizioni particolari:

- autorizzo la donazione dei miei organi per trapianti
- autorizzo l'uso del mio corpo per scopi scientifici e didattici

Le presenti volontà potranno essere da me revocate o modificate in ogni momento con successiva/e dichiarazione/i.

Acconsento espressamente al trattamento dei miei dati personali, alla registrazione e riproduzione del presente atto al fine della attuazione della mia volontà.

Luogo e data
firma.....