

CINQUE[®] DESIDERI FIVE[®] WISHES

LE MIE VOLONTÀ PER:

1
La persona che desidero prenda decisioni per mio conto sulle cure di cui necessito nel caso non potessi prenderle personalmente

2
Il genere di trattamento medico che desidero o che non desidero

3
Il livello di benessere cui aspiro

4
Come desidero che le persone mi trattino

5
Come desidero che le persone mi trattino

nome in stampatello

print your name

data di nascita

birthdate

Cinque Desideri

Numerose sono le cose della vita che non possiamo controllare. Questo documento Cinque Desideri consente di controllare qualcosa di molto importante: il tipo di trattamento da ricevere nel caso dovesse ammalarsi gravemente. Si tratta di una documentazione facile da compilare che le consente di esprimere esattamente le Sue volontà. Una volta compilata e firmata, la documentazione diventa valida dal punto di vista legale nella maggior parte degli Stati Uniti.

Cosa è Cinque Desideri?

Cinque Desideri rappresenta il primo testamento biologico che si preoccupa delle Sue esigenze personali, emotive e spirituali oltre alle Sue volontà a livello medico. Le consente di scegliere la persona che dovrà prendere le decisioni sui trattamenti medici al Suo posto nel caso Lei non fosse più in grado di prenderle autonomamente. Cinque Desideri le consente di chiarire con precisione qual è il trattamento che desidera

ricevere nel caso dovesse ammalarsi gravemente. Il documento è stato scritto con l'aiuto della Commission on Law and Aging della American Bar Association e dei migliori esperti statunitensi per le cure cliniche dei malati terminali. È anche facile da utilizzare: è sufficiente barrare una casella, porre un cerchio attorno a una direttiva o scrivere poche frasi.

Come Cinque Desideri può aiutare Lei e la Sua famiglia

- Le consente di parlare con la Sua famiglia, con gli amici e con il Suo medico del modo in cui desidera essere trattato/a nel caso dovesse ammalarsi gravemente.
- I membri della Sua famiglia non dovranno provare a indovinare ciò che desidera. Il documento li protegge nel caso Lei dovesse ammalarsi gravemente, in quanto non dovranno prendere decisioni difficili senza conoscere le Sue volontà.
- Avrà modo di conoscere quello che desiderano la Sua mamma, il Suo papà, il Suo coniuge o i Suoi amici. Potrà essere lì per loro quando hanno più bisogno di Lei. Comprenderà quello che desiderano realmente.

Come nasce Cinque Desideri

Per 12 anni, Jim Towe ha lavorato in stretta collaborazione con Madre Teresa e, per un anno, ha vissuto in un ospizio per infermi terminali che dirigeva a Washington, DC. Ispirato da questa esperienza pratica, il Sig. Towe ha cercato di trovare un metodo affinché i pazienti e le loro famiglie potessero avere un piano per far fronte alle malattie gravi. Il risultato è rappresentato dal documento

Cinque Desideri che è stato accolto particolarmente bene. È stato presentato dalla CNN e nella trasmissione Today della NBC nonché nelle pagine delle riviste *Time* e *Money*. I giornali hanno definito Cinque Desideri il primo "testamento biologico dettato dal cuore e dall'anima". Oggi, Cinque Desideri è disponibile in 23 lingue.

Chi dovrebbe utilizzare Cinque Desideri

Cinque Desideri è destinato a tutti coloro che abbiano almeno 18 anni di età: sposati, celibi/nubili, genitori, figli adulti e amici. Oltre 13 milioni di americani di ogni età li hanno già utilizzati. Grazie alla loro

estrema praticità, avvocati, medici, ospedali e ospizi per infermi terminali, comunità religiose, dipendenti e gruppi di pensionati stanno distribuendo questo documento.

Stati che riconoscono Cinque Desideri

Qualora Lei viva nel **District of Columbia** o in uno dei **42 stati** elencati qui di seguito, può già utilizzare Cinque Desideri in tutta tranquillità in quanto tale documentazione risponde sostanzialmente alle esigenze giuridiche del Suo stato:

Alaska	Iowa	Nevada	Vermont
Arizona	Kentucky	New Jersey	Virginia
Arkansas	Louisiana	New Mexico	Washington
California	Maine	New York	West Virginia
Colorado	Maryland	North Carolina	Wisconsin
Connecticut	Massachusetts	North Dakota	Wyoming
Delaware	Michigan	Oklahoma	
Florida	Minnesota	Pennsylvania	
Georgia	Mississippi	Rhode Island	
Hawaii	Missouri	South Carolina	
Idaho	Montana	South Dakota	
Illinois	Nebraska	Tennessee	

Se il Suo stato non è compreso in questo elenco di 42 stati, Cinque Desideri non risponde ai requisiti tecnici della legislazione del Suo stato. Per questo motivo, alcuni medici del Suo stato potrebbero essere riluttanti nell'accettare Cinque Desideri. Ad ogni modo, sono molte le persone provenienti dagli stati non compresi in questo elenco che completano Cinque Desideri in parallelo al modulo legalmente valido nel proprio stato. Essi sostengono che Cinque Desideri li aiuta a esprimere tutto ciò che desiderano, fornendo una guida utile per i membri della loro famiglia, per gli amici, per gli infermieri e per i medici. La maggior parte dei medici e dei professionisti sanitari sa perfettamente che deve prestare ascolto alle Sue volontà a prescindere dal modo in cui vengono espresse.

Come posso passare a Cinque Desideri?

Lei potrebbe già essere in possesso di un testamento o di una procura permanente per le Sue cure mediche. Qualora desiderasse utilizzare invece Cinque Desideri, sarà sufficiente compilare e firmare un nuovo documento Cinque Desideri come richiesto. Nel momento in cui viene firmato, questo sostituisce ogni altra direttiva anticipata di trattamento indicata in precedenza. Proceda come segue per accertarsi che venga utilizzata la documentazione corretta:

- Distrugga tutte le copie del Suo precedente testamento biologico o della procura permanente per le Sue cure mediche. Oppure scriva “revoked” (revocato) a grandi caratteri in diagonale sulla copia in Suo possesso. Comunichi il fatto al Suo avvocato nel caso l'abbia aiutata a preparare i vecchi moduli. *E*
- Informi il Suo Agente sanitario, i membri della Sua famiglia e il Suo medico che Lei ha preparato un nuovo documento Cinque Desideri. Si accerti che essi vengano a conoscenza delle Sue nuove volontà.

VOLONTÀ 1 — WISH 1

La persona che desidero prenda decisioni per me sulle cure di cui necessito nel caso non possa farlo direttamente.

The Person I Want To Make Health Care Decisions For Me When I Can't Make Them For Myself.

Qualora non fossi più in grado di prendere decisioni per mio conto sulle mie cure mediche, questo documento nomina la persona da me scelta per prendere tali decisioni al mio posto. Questa persona sarà il mio Agente sanitario (o altro termine utilizzato eventualmente nel mio stato, quale procuratore, rappresentante o tutore). Questa persona prenderà le decisioni relative alle cure mediche di cui ho bisogno nel caso si verificano le due circostanze seguenti:

- Il mio medico curante si rende conto che io non sono più in grado di prendere decisioni sulle cure mediche a me necessarie, E*
- Un altro professionista sanitario conferma che questa valutazione è corretta.*

Se il mio stato utilizza un metodo diverso per giudicare la mia incapacità a prendere decisioni sulle cure mediche di cui ho bisogno, in questo caso deve prevalere il metodo invocato dal mio stato.

Come scegliere la persona che sarà il Suo Agente sanitario Picking The Right Person To Be Your Health Care Agent

Scelga qualcuno che la conosce molto bene, che si preoccupa per Lei e che sia in grado di prendere decisioni difficili. Un coniuge o un membro della famiglia potrebbe non essere la scelta migliore poiché troppo coinvolto emotivamente. A volte, comunque, **rappresenta** la scelta migliore. Sta a Lei giudicare. Scelga qualcuno che sia in grado di difendere i Suoi diritti affinché le Sue volontà vengano rispettate. Inoltre, scelga qualcuno che probabilmente si troverà nelle vicinanze e che possa aiutarla in caso di necessità. Qualora decidesse di scegliere un coniuge, un parente o un amico come Agente sanitario, si accerti di comunicare le Sue volontà a tale persona che dovrà accettare di rispettarle e di metterle in pratica. Il Suo Agente sanitario deve avere **almeno 18 anni di età** (in Colorado, almeno 21 anni) e **non** deve essere:

- Il Suo prestatore di cure mediche, compreso il proprietario o il direttore di una casa di cura, centro medico o azienda sanitaria che si prende cura di Lei.*
- Un dipendente o il coniuge di un dipendente del Suo prestatore di cure mediche*
- Al servizio di 10 o più persone come agente o procuratore, a meno che tale persona non sia il Suo coniuge o un parente prossimo.*

If I am no longer able to make my own health care decisions, this form names the person I choose to make these choices for me. This person will be my Health Care Agent (or other term that may be used in my state, such as proxy, representative, or surrogate). This person will make my health care choices if both of these things happen:

- My attending or treating doctor finds I am no longer able to make health care choices, AND*
- Another health care professional agrees that this is true.*

If my state has a different way of finding that I am not able to make health care choices, then my state's way should be followed.

Choose someone who knows you very well, cares about you, and who can make difficult decisions. A spouse or family member may not be the best choice because they are too emotionally involved. Sometimes they **are** the best choice. You know best. Choose someone who is able to stand up for you so that your wishes are followed. Also, choose someone who is likely to be nearby so that they can help when you need them. Whether you choose a spouse, family member, or friend as your Health Care Agent, make sure you talk about these wishes and be sure that this person agrees to respect and follow your wishes. Your Health Care Agent should be **at least 18 years or older** (in Colorado, 21 years or older) and should **not** be:

- Your health care provider, including the owner or operator of a health or residential or community care facility serving you.*
- An employee or spouse of an employee of your health care provider.*
- Serving as an agent or proxy for 10 or more people unless he or she is your spouse or close relative.*

La persona che scelgo come mio Agente sanitario è: The Person I Choose As My Health Care Agent Is:

Nome della prima persona scelta *First Choice Name*

Telefono *Phone*

Indirizzo *Address*

Città/Stato/Cap *City/State/Zip*

Se questa persona non è in grado o non intende prendere tali decisioni a mio nome, *OPPURE* se siamo divorziati o legalmente separati, *OPPURE* se questa persona è deceduta, allora le seguenti persone sono le mie scelte alternative:

If this person is not able or willing to make these choices for me, *OR* is divorced or legally separated from me, *OR* this person has died, then these people are my next choices:

Nome della seconda persona scelta *Second Choice Name*

Nome della terza persona scelta *Third Choice Name*

Indirizzo *Address*

Indirizzo *Address*

Città/Stato/Cap *City/State/Zip*

Città/Stato/Cap *City/State/Zip*

Telefono *Phone*

Telefono *Phone*

Qualora cambiassi idea sul disporre di un Agente sanitario, mi impegno a

If I Change My Mind About Having A Health Care Agent, I Will

- Distruggere tutte le copie di questa sezione del documento Cinque Desideri. *OPPURE*
- Comunicare a qualcuno, ad esempio al mio medico curante o alla mia famiglia, che desidero annullare o modificare il mio Agente sanitario. *OPPURE*
- Scrivere la parola “Revoked” (Revocato) a grandi lettere sul nome di ciascun agente la cui autorità desidero annullare. Firmare il mio nome su tale pagina.

- Destroy all copies of this part of the Five Wishes form. *OR*
- Tell someone, such as my doctor or family, that I want to cancel or change my Health Care Agent. *OR*
- Write the word “Revoked” in large letters across the name of each agent whose authority I want to cancel. Sign my name on that page.

Comprendo che il mio Agente sanitario può prendere decisioni sanitarie a mio nome. Desidero che possa essere in grado di: **(Barrare ogni voce tra quelle elencate qui di seguito non applicabile al Suo agente sanitario).**

I understand that my Health Care Agent can make health care decisions for me. I want my Agent to be able to do the following: **(Please cross out anything you don't want your Agent to do that is listed below.)**

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Prendere decisioni al posto mio sulle cure o sui servizi medici, quali test, farmaci o interventi chirurgici che devo ricevere. Tali cure o servizi potrebbero essere destinati a ricercare la causa del mio problema di salute o a comprendere come trattarlo. Possono inoltre includere le cure per mantenermi in vita. Se il trattamento o le cure sono già state avviate, il mio Agente sanitario può decidere se continuarle o sospenderle. | <ul style="list-style-type: none"> • Make choices for me about my medical care or services, like tests, medicine, or surgery. This care or service could be to find out what my health problem is, or how to treat it. It can also include care to keep me alive. If the treatment or care has already started, my Health Care Agent can keep it going or have it stopped. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Interpretare le eventuali istruzioni che ho indicato in questo documento o in corso di altre conversazioni, in funzione della sua comprensione delle mie volontà e dei miei valori. | <ul style="list-style-type: none"> • Interpret any instructions I have given in this form or given in other discussions, according to my Health Care Agent's understanding of my wishes and values. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Consentire il mio ricovero in una casa di cura, ospedale, ospizio o casa di riposo assistita. Il mio Agente sanitario può assumere qualsiasi tipo di personale sanitario di cui possa avere bisogno per aiutarmi o per prendersi cura di me. Il mio agente sanitario può anche licenziare un operatore sanitario, se necessario. | <ul style="list-style-type: none"> • Consent to admission to an assisted living facility, hospital, hospice, or nursing home for me. My Health Care Agent can hire any kind of health care worker I may need to help me or take care of me. My Agent may also fire a health care worker, if needed. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Prendere la decisione di richiedere, interrompere o non somministrare trattamenti medici, compresa la somministrazione artificiale di cibo e acqua e di ogni altro tipo di trattamento teso a mantenermi in vita. | <ul style="list-style-type: none"> • Make the decision to request, take away or not give medical treatments, including artificially-provided food and water, and any other treatments to keep me alive. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Controllare e approvare il rilascio della mia cartella clinica e dei miei archivi personali. Qualora sia necessaria la mia firma per ottenere tali archivi, il mio Agente sanitario può firmare al mio posto. | <ul style="list-style-type: none"> • See and approve release of my medical records and personal files. If I need to sign my name to get any of these files, my Health Care Agent can sign it for me. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Spostarmi in un altro stato per ottenere le cure di cui ho bisogno o per eseguire le mie volontà. | <ul style="list-style-type: none"> • Move me to another state to get the care I need or to carry out my wishes. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Autorizzare o rifiutare di autorizzare eventuali farmaci o procedure necessarie per alleviare il dolore. | <ul style="list-style-type: none"> • Authorize or refuse to authorize any medication or procedure needed to help with pain. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Intraprendere eventuali azioni legali necessarie per il rispetto delle mie volontà. | <ul style="list-style-type: none"> • Take any legal action needed to carry out my wishes. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Donare i miei organi o tessuti utilizzabili come consentito dalla legge. | <ul style="list-style-type: none"> • Donate useable organs or tissues of mine as allowed by law. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Fare richiesta a mio nome per la partecipazione a Medicare, Medicaid o altri programmi o benefici assicurativi. Il mio Agente sanitario può consultare i miei archivi personali, i miei conti bancari per trovare tutto ciò che possa essere necessario per compilare tali moduli. | <ul style="list-style-type: none"> • Apply for Medicare, Medicaid, or other programs or insurance benefits for me. My Health Care Agent can see my personal files, like bank records, to find out what is needed to fill out these forms. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Qui di seguito sono elencate alcune modifiche, aggiunte o limitazioni ai poteri del mio Agente sanitario. | <ul style="list-style-type: none"> • Listed below are any changes, additions, or limitations on my Health Care Agent's powers. |

VOLONTÀ 2 — WISH 2

Le mie volontà sul tipo di trattamento medico che desidero o non desidero ricevere.

My Wish For The Kind Of Medical Treatment I Want Or Don't Want.

Credo che la mia vita sia preziosa e che meriti di essere trattato/a con dignità. Quando arriverà il momento in cui sarò molto malato/a e non sarò più in grado di parlare autonomamente, desidero che le seguenti volontà e ogni altra istruzione che ho dato al mio Agente sanitario vengano rispettate ed eseguite.

I believe that my life is precious and I deserve to be treated with dignity. When the time comes that I am very sick and am not able to speak for myself, I want the following wishes, and any other directions I have given to my Health Care Agent, to be respected and followed.

Cosa tenere presente in qualità di mio prestatore di cure mediche

- Desidero non provare dolore. Desidero che il mio medico mi somministri medicine sufficienti a lenire il dolore, anche se ciò significa che sarò più assonnato/a o che dormirò di più.
- Non desidero che i miei medici e infermieri facciano o omettano di fare qualcosa con l'intenzione di porre fine alla mia vita.
- Desidero che mi vengano offerti cibo e liquidi per bocca e che venga tenuto/a in condizioni di buona igiene personale e al caldo.

What You Should Keep In Mind As My Caregiver

- I do not want to be in pain. I want my doctor to give me enough medicine to relieve my pain, even if that means that I will be drowsy or sleep more than I would otherwise.
- I do not want anything done or omitted by my doctors or nurses with the intention of taking my life.
- I want to be offered food and fluids by mouth, and kept clean and warm.

In caso di emergenza In Case Of An Emergency

In caso di urgenza medica, il personale di soccorso al suo arrivo potrebbe mettersi alla ricerca di un Suo eventuale modulo con l'ordine di **Non rianimare** o di un braccialetto analogo. In molti stati si richiede che venga compilato un modulo con l'ordine di **Non rianimare** con la firma di un medico. Questo documento indica al personale dell'ambulanza di soccorso che Lei non vuole ricevere il trattamento necessario per la sopravvivenza quando è in procinto di morire. Consulti il Suo medico per sapere se ha l'obbligo di compilare un modulo con l'ordine di **Non rianimare**.

If you have a medical emergency and ambulance personnel arrive, they may look to see if you have a **Do Not Resuscitate** form or bracelet. Many states require a person to have a **Do Not Resuscitate** form filled out and signed by a doctor. This form lets ambulance personnel know that you don't want them to use life-support treatment when you are dying. Please check with your doctor to see if you need to have a **Do Not Resuscitate** form filled out.

Cosa significa per me "Trattamento necessario per la sopravvivenza"

Trattamento necessario per la sopravvivenza significa ogni tipo di procedura medica, dispositivo o farmaco che riesca a mantenermi in vita. Il trattamento necessario per la sopravvivenza comprende: dispositivi medicali che mi aiutano a respirare; cibo e acqua forniti con strumenti medicali (sonde di alimentazione); rianimazione cardiopolmonare (CPR); interventi chirurgici importanti; trasfusioni di sangue; dialisi; antibiotici; e ogni altra cosa che contribuisca a mantenermi in vita. Se desidero limitare il significato del trattamento necessario per la sopravvivenza, a causa delle mie convinzioni religiose o personali, scrivo tale limitazione nello spazio qui di seguito. Questa scrittura ha il fine di puntualizzare le mie volontà e le condizioni che le disciplinano.

Ecco il genere di trattamenti medici che desidero o che non desidero ricevere nelle quattro situazioni elencate qui di seguito. Desidero che il mio Agente sanitario, la mia famiglia, i miei medici e gli altri prestatori di cure mediche, i miei amici e tutti gli altri conoscano queste istruzioni.

In prossimità della morte:

Se il mio medico curante e un altro professionista sanitario decidono entrambi che molto verosimilmente morirò entro un breve lasso di tempo, e che il trattamento necessario per la sopravvivenza non farebbe altro che ritardare il momento della mia morte (scegliere *una sola* delle seguenti possibilità):

- Desidero ricevere il trattamento necessario per la sopravvivenza.**
I want to have life-support treatment.
- Non desidero ricevere alcun trattamento necessario per la sopravvivenza. Se è stato avviato, desidero che venga interrotto.**
I do not want life-support treatment. If it has been started, I want it stopped.
- Desidero ricevere il trattamento necessario per la sopravvivenza se il mio medico crede che la cosa possa aiutarmi. Ma desidero che il mio medico sospenda la somministrazione del trattamento necessario per la sopravvivenza qualora questo non aiuti le mie condizioni di salute o i miei sintomi.**
I want to have life-support treatment if my doctor believes it could help. But I want my doctor to stop giving me life-support treatment if it is not helping my health condition or symptoms.

What "Life-Support Treatment" Means To Me

Life-support treatment means any medical procedure, device or medication to keep me alive. Life-support treatment includes: medical devices put in me to help me breathe; food and water supplied by medical device (tube feeding); cardiopulmonary resuscitation (CPR); major surgery; blood transfusions; dialysis; antibiotics; and anything else meant to keep me alive. If I wish to limit the meaning of life-support treatment because of my religious or personal beliefs, I write this limitation in the space below. I do this to make very clear what I want and under what conditions.

Here is the kind of medical treatment that I want or don't want in the four situations listed below. I want my Health Care Agent, my family, my doctors and other health care providers, my friends and all others to know these directions.

Close to death:

If my doctor and another health care professional both decide that I am likely to die within a short period of time, and life-support treatment would only delay the moment of my death (Choose *one* of the following):

In caso di coma senza previsione di risveglio o di recupero:

Se il mio medico curante e un altro professionista sanitario decidono entrambi che mi trovo in uno stato di coma senza previsione di risveglio o di recupero, e che ho già subito danni cerebrali e il trattamento di mantenimento in vita non farebbe altro che ritardare il momento della mia morte (scegliere *una sola* delle seguenti possibilità):

- Desidero ricevere il trattamento necessario per la sopravvivenza.**
I want to have life-support treatment.
- Non desidero ricevere alcun trattamento necessario per la sopravvivenza. Se è stato avviato, desidero che venga interrotto.**
I do not want life-support treatment. If it has been started, I want it stopped.
- Desidero ricevere il trattamento necessario per la sopravvivenza se il mio medico crede che la cosa possa aiutarmi. Ma desidero che il mio medico sospenda la somministrazione del trattamento necessario per la sopravvivenza qualora questo non aiuti le mie condizioni di salute o i miei sintomi.**
I want to have life-support treatment if my doctor believes it could help. But I want my doctor to stop giving me life-support treatment if it is not helping my health condition or symptoms.

Lesioni cerebrali gravi e permanenti senza previsione di recupero:

Se il mio medico curante e un altro professionista sanitario decidono entrambi che ho già subito danni cerebrali permanenti e gravi (ad esempio, posso aprire gli occhi ma non parlare o comprendere) e che non sono prevedibili eventuali miglioramenti e che il trattamento di mantenimento in vita non farebbe altro che ritardare il momento della mia morte (scegliere *una sola* delle seguenti possibilità):

- Desidero ricevere il trattamento necessario per la sopravvivenza.**
I want to have life-support treatment.
- Non desidero ricevere alcun trattamento necessario per la sopravvivenza. Se è stato avviato, desidero che venga interrotto.**
I do not want life-support treatment. If it has been started, I want it stopped.
- Desidero ricevere il trattamento necessario per la sopravvivenza se il mio medico crede che la cosa possa aiutarmi. Ma desidero che il mio medico sospenda la somministrazione del trattamento necessario per la sopravvivenza qualora questo non aiuti le mie condizioni di salute o i miei sintomi.**
I want to have life-support treatment if my doctor believes it could help. But I want my doctor to stop giving me life-support treatment if it is not helping my health condition or symptoms.

In A Coma And Not Expected To Wake Up Or Recover:

If my doctor and another health care professional both decide that I am in a coma from which I am not expected to wake up or recover, and I have brain damage, and life-support treatment would only delay the moment of my death (Choose *one* of the following):

Permanent And Severe Brain Damage And Not Expected To Recover:

If my doctor and another health care professional both decide that I have permanent and severe brain damage, (for example, I can open my eyes, but I can not speak or understand) and I am not expected to get better, and life-support treatment would only delay the moment of my death (Choose *one* of the following):

Altre condizioni nelle quali desidero non essere mantenuto/a in vita:

Se esiste un'altra condizione per la quale non desidero ricevere un trattamento necessario per la sopravvivenza, le descrivo qui di seguito. In tale condizione, credo che i costi e gli oneri del trattamento necessario per la sopravvivenza siano troppo alti rispetto ai benefici che questo potrebbe apportarmi. Pertanto, in tale condizione, non desidero ricevere alcun trattamento necessario per la sopravvivenza. (Ad esempio, si potrebbe scrivere "fase terminale". Questo significa che la Sua salute sta peggiorando. Lei non è più in grado di prendersi cura di sé in alcun modo, mentalmente o fisicamente. Il trattamento necessario per la sopravvivenza non le consentirà di ristabilirsi. Lasci vuoto questo spazio se non ha altre condizioni da descrivere).

In Another Condition Under Which I Do Not Wish To Be Kept Alive:

If there is another condition under which I do not wish to have life-support treatment, I describe it below. In this condition, I believe that the costs and burdens of life-support treatment are too much and not worth the benefits to me. Therefore, in this condition, I do not want life-support treatment. (For example, you may write "end-stage condition." That means that your health has gotten worse. You are not able to take care of yourself in any way, mentally or physically. Life-support treatment will not help you recover. Please leave the space blank if you have no other condition to describe.)

Le prossime tre volontà si riferiscono alle mie volontà personali, spirituali ed emotive. Sono molto importanti per me. Desidero essere trattato/a con dignità quando arriverò alla fine della mia vita, e per questo desidero che le persone rispettino quanto ho scritto nelle Volontà 3, 4 e 5 ove possano essere rispettate. Comprendo che la mia famiglia, i miei medici e gli altri prestatori di cure mediche, i miei amici e altri potrebbero non essere in grado di comportarsi in tal modo o che la legge potrebbe non obbligarli a rispettare le mie volontà. Non mi aspetto che le seguenti volontà impongano obblighi giuridici nuovi o supplementari ai miei medici o gli altri prestatori di cure mediche. Inoltre non mi aspetto che tali volontà dispensino il mio medico o gli altri prestatori di cure mediche dal fornirmi le cure idonee imposte dalla legge in vigore.

The next three wishes deal with my personal, spiritual and emotional wishes. They are important to me. I want to be treated with dignity near the end of my life, so I would like people to do the things written in Wishes 3, 4, and 5 when they can be done. I understand that my family, my doctors and other health care providers, my friends, and others may not be able to do these things or are not required by law to do these things. I do not expect the following wishes to place new or added legal duties on my doctors or other health care providers. I also do not expect these wishes to excuse my doctor or other health care providers from giving me the proper care asked for by law.

VOLONTÀ 3 — WISH 3

La mia volontà sul livello di benessere a cui aspiro.

My Wish For How Comfortable I Want To Be.

(Barrare le frasi con le quali non si è d'accordo.)

(Please cross out anything that you don't agree with.)

- Desidero non provare dolore. Desidero che il mio medico mi somministri medicine sufficienti a lenire il mio dolore, anche se ciò significa che sarò più assonnato/a o che dormirò di più.

- I do not want to be in pain. I want my doctor to give me enough medicine to relieve my pain, even if that means I will be drowsy or sleep more than I would otherwise.

- Qualora mostrassi segni di depressione, nausea, dispnea o allucinazioni, desidero che i miei prestatori di cure facciano tutto il possibile per aiutarmi.

- If I show signs of depression, nausea, shortness of breath, or hallucinations, I want my care givers to do whatever they can to help me.

- Desidero avere un panno fresco inumidito sulla testa in caso di febbre.

- I wish to have a cool moist cloth put on my head if I have a fever.

- Desidero che le mie labbra e la mia bocca vengano mantenute umide per combattere la secchezza.

- I want my lips and mouth kept moist to stop dryness.

- Desidero essere lavato/a spesso con acqua tiepida. Desidero essere tenuto/a sempre in condizioni fresche e pulite.

- I wish to have warm baths often. I wish to be kept fresh and clean at all times.

- Desidero essere massaggiato/a con oli tiepidi il più spesso possibile.

- I wish to be massaged with warm oils as often as I can be.

- Desidero ascoltare la mia musica preferita quando possibile fino al momento della mia morte.

- I wish to have my favorite music played when possible until my time of death.

- Desidero ricevere cure di igiene personale quali rasatura, taglio delle unghie, taglio dei capelli e spazzolatura dei denti se questo non mi provoca dolore e disagio.

- I wish to have personal care like shaving, nail clipping, hair brushing, and teeth brushing, as long as they do not cause me pain or discomfort.

- Desidero che mi vengano letti a voce alta testi religiosi e le mie poesie preferite in prossimità della morte.

- I wish to have religious readings and well-loved poems read aloud when I am near death.

- Desidero conoscere le opzioni che il centro di cura può proporre sul piano medico, emotivo e spirituale per me e per i miei cari.

- I wish to know about options for hospice care to provide medical, emotional and spiritual care for me and my loved ones.

VOLONTÀ 4 — WISH 4

La mia volontà per come desidero che le persone mi trattino.

My Wish For How I Want People To Treat Me.

(Barrare le frasi con le quali non si è d'accordo.)

(Please cross out anything that you don't agree with.)

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Desidero avere persone accanto a me quando possibile. Desidero che qualcuno stia con me quando sembra che la morte possa sopraggiungere da un momento all'altro. | <ul style="list-style-type: none">• I wish to have people with me when possible. I want someone to be with me when it seems that death may come at any time. |
| <ul style="list-style-type: none">• Desidero che qualcuno mi tenga la mano e che mi parli se possibile, anche se non sembrasse che sia in grado di rispondere alla voce o alla stimolazione tattile degli altri. | <ul style="list-style-type: none">• I wish to have my hand held and to be talked to when possible, even if I don't seem to respond to the voice or touch of others. |
| <ul style="list-style-type: none">• Desidero avere altri che preghino per me quando possibile. | <ul style="list-style-type: none">• I wish to have others by my side praying for me when possible. |
| <ul style="list-style-type: none">• Desidero che i membri della mia comunità religiosa sappiano che sono malato/a e che preghino per me e mi vengano a trovare | <ul style="list-style-type: none">• I wish to have the members of my faith community told that I am sick and asked to pray for me and visit me. |
| <ul style="list-style-type: none">• Desidero essere trattato con gentilezza e allegria e non con tristezza. | <ul style="list-style-type: none">• I wish to be cared for with kindness and cheerfulness, and not sadness. |
| <ul style="list-style-type: none">• Desidero avere le fotografie dei miei cari nella mia stanza, vicino al mio letto. | <ul style="list-style-type: none">• I wish to have pictures of my loved ones in my room, near my bed. |
| <ul style="list-style-type: none">• Qualora non fossi in grado di controllare le funzioni del mio intestino o della mia vescica, desidero che i miei vestiti e le lenzuola del mio letto siano tenuti puliti e che vengano sostituiti il prima possibile nel caso si sporcassero. | <ul style="list-style-type: none">• If I am not able to control my bowel or bladder functions, I wish for my clothes and bed linens to be kept clean, and for them to be changed as soon as they can be if they have been soiled. |
| <ul style="list-style-type: none">• Desidero morire a casa mia, se ciò sarà possibile. | <ul style="list-style-type: none">• I want to die in my home, if that can be done. |

VOLONTÀ 5 — WISH 5

Ciò che desidero che i miei cari sappiano.

My Wish For What I Want My Loved Ones To Know.

(Barrare le frasi con le quali non si è d'accordo.)

(Please cross out anything that you don't agree with.)

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Desidero che la mia famiglia e i miei amici sappiano che li amo. | <ul style="list-style-type: none">• I wish to have my family and friends know that I love them. |
| <ul style="list-style-type: none">• Desidero ottenere il perdono per tutte le volte che ho fatto del male alla mia famiglia, ai miei amici e ad altri. | <ul style="list-style-type: none">• I wish to be forgiven for the times I have hurt my family, friends, and others. |
| <ul style="list-style-type: none">• Desidero che la mia famiglia, i miei amici e tutti gli altri sappiano che io li perdono nel caso mi abbiano fatto del male durante la mia vita. | <ul style="list-style-type: none">• I wish to have my family, friends and others know that I forgive them for when they may have hurt me in my life. |
| <ul style="list-style-type: none">• Desidero che la mia famiglia e i miei amici sappiano che non ho paura della morte. Penso che la morte non sia la fine, ma un nuovo inizio per me. | <ul style="list-style-type: none">• I wish for my family and friends to know that I do not fear death itself. I think it is not the end, but a new beginning for me. |
| <ul style="list-style-type: none">• Desidero che tutti i membri della mia famiglia si riappacificino tra loro prima della mia morte, se potranno. | <ul style="list-style-type: none">• I wish for all of my family members to make peace with each other before my death, if they can. |
| <ul style="list-style-type: none">• Desidero che la mia famiglia e i miei amici pensino a com'ero prima di ammalarmi gravemente. Voglio che mi ricordino così dopo la mia morte. | <ul style="list-style-type: none">• I wish for my family and friends to think about what I was like before I became seriously ill. I want them to remember me in this way after my death. |
| <ul style="list-style-type: none">• Desidero che la mia famiglia e i miei amici e prestatori di cure rispettino le mie volontà anche se non concordano con le stesse. | <ul style="list-style-type: none">• I wish for my family and friends and caregivers to respect my wishes even if they don't agree with them. |
| <ul style="list-style-type: none">• Desidero che la mia famiglia e i miei amici considerino la mia morte come un momento di crescita personale per ognuno, me compreso/a. Questo mi aiuterà a dare significato ai miei ultimi giorni. | <ul style="list-style-type: none">• I wish for my family and friends to look at my dying as a time of personal growth for everyone, including me. This will help me live a meaningful life in my final days. |

- Desidero che la mia famiglia e i miei amici ottengano un sostegno psicologico nel caso la mia morte crei loro problemi. Desidero che i ricordi della mia vita rechino loro gioia e non tristezza.

- I wish for my family and friends to get counseling if they have trouble with my death. I want memories of my life to give them joy and not sorrow.

- Dopo la mia morte, desidero che il mio corpo venga (cerchiare una opzione): interrato o cremato.

- After my death, I would like my body to be (circle one): buried or cremated.

- Il mio corpo o le mie spoglie mortali devono essere sistemate nel seguente luogo

_____.

- My body or remains should be put in the following location

_____.

- La seguente persona conosce le mie volontà per quanto riguarda il mio funerale:

_____.

- The following person knows my funeral wishes:

_____.

Nel caso qualcuno chiedesse come voglio essere ricordato/a, rispondere quanto segue da parte mia:

If anyone asks how I want to be remembered, please say the following about me:

In caso di celebrazione di un funerale o altro servizio commemorativo in mia memoria, desidero che vengano compresi i seguenti elementi (elencare musica, canzoni, letture o eventuali altre richieste specifiche):

If there is to be a memorial service for me, I wish for this service to include the following (list music, songs, readings or other specific requests that you have):

(Utilizzare lo spazio qui di seguito per eventuali altre volontà. Ad esempio, potrebbe voler donare parti del Suo corpo o l'intero corpo dopo il decesso. Lei può anche indicare che le donazioni in sua memoria vengano elargite ad un determinato ente di beneficenza. Allegare un foglio separato qualora servisse più spazio.)

(Please use the space below for any other wishes. For example, you may choose to donate any or all parts of your body when you die. You may also wish to designate a charity to receive memorial contributions. Please attach a separate sheet of paper if you need more space.)

Firma del documento Cinque Desideri

Si accerti di firmare il Suo documento Cinque Desideri in presenza di due testimoni.

Io, _____, chiedo che la mia famiglia, i miei medici e gli altri prestatori di cure mediche, i miei amici e ogni altra persona, rispettino le mie volontà come comunicate dal mio Agente sanitario (se ne possiedo uno e se questi è disponibile), o altrimenti espresse in questo documento. Questo documento diventa valido nel momento in cui io non sia più in grado di prendere decisioni o di parlare per me stesso/a. Qualora una qualsiasi parte del presente documento non sia giuridicamente valida, chiedo che tutte le altre parti del presente documento vengano rispettate. Revoco inoltre qualsiasi altra direttiva anticipata che abbia rilasciato in precedenza.

Firma *Signature*: _____

Indirizzo *Address*: _____

Telefono *Phone*: _____ Data *Date*: _____

Dichiarazione dei testimoni • (sono richiesti 2 testimoni):

Io sottoscritto, testimone, dichiaro che la persona che ha firmato o riconosciuto questo documento (da qui in poi la "persona") è a me personalmente nota, che ha firmato o riconosciuto questo [documento dell'Agente sanitario e/o testamento biologico] in mia presenza, e che appare sano di mente e non trovarsi sotto alcuna minaccia, frode o indebito condizionamento.

Dichiaro inoltre di aver superato i 18 anni di età e di NON essere:

- la persona nominata come (agente/procuratore legale/delegato/tutore/avvocato esperto in diritti del paziente/rappresentante) nel presente documento, o il Suo successore,
- il prestatore di cure mediche per questa persona, o il proprietario o l'operatore di un centro sanitario di lungodegenza, o altro centro medico o struttura sanitaria che presta cure alla persona,
- un dipendente del prestatore di cure mediche della persona,
- finanziariamente responsabile per le cure mediche di questa persona,
- un dipendente di una compagnia di assicurazioni sulla vita o sulla salute per questa persona,
- imparentato a questa persona per legami di sangue, matrimonio o adozione, e,
- per quanto io ne sappia, un creditore di questa persona o un avente diritto a una qualsiasi parte del Suo patrimonio come da testamento o codicillo, in virtù della legge.

(Alcuni stati potrebbero imporre un minor numero di limitazioni su chi possa svolgere il ruolo di testimone. Fatto salvo il caso in cui Lei conosca la regolamentazione in vigore nel Suo stato, la preghiamo di seguire le regole generali indicate sopra.)

Signing The Five Wishes Form

Please make sure you sign your Five Wishes form in the presence of the two witnesses.

I, _____, ask that my family, my doctors, and other health care providers, my friends, and all others, follow my wishes as communicated by my Health Care Agent (if I have one and he or she is available), or as otherwise expressed in this form. This form becomes valid when I am unable to make decisions or speak for myself. If any part of this form cannot be legally followed, I ask that all other parts of this form be followed. I also revoke any health care advance directives I have made before.

Witness Statement • (2 witnesses needed):

I, the witness, declare that the person who signed or acknowledged this form (hereafter "person") is personally known to me, that he/she signed or acknowledged this [Health Care Agent and/or Living Will form(s)] in my presence, and that he/she appears to be of sound mind and under no duress, fraud, or undue influence.

I also declare that I am over 18 years of age and am NOT:

- The individual appointed as (agent/proxy/surrogate/patient advocate/representative) by this document or his/her successor,
- The person's health care provider, including owner or operator of a health, long-term care, or other residential or community care facility serving the person,
- An employee of the person's health care provider,
- Financially responsible for the person's health care,
- An employee of a life or health insurance provider for the person,
- Related to the person by blood, marriage, or adoption, and,
- To the best of my knowledge, a creditor of the person or entitled to any part of his/her estate under a will or codicil, by operation of law.

(Some states may have fewer rules about who may be a witness. Unless you know your state's rules, please follow the above.)

Firma del testimone N.1 *Signature of Witness #1*

Nome in stampatello del testimone
Printed Name of Witness

Indirizzo *Address*

Telefono *Phone*

Firma del testimone N.2 *Signature of Witness #2*

Nome in stampatello del testimone
Printed Name of Witness

Indirizzo *Address*

Telefono *Phone*

Autenticazione • Notarization •

Obbligatoria solo per i residenti in Missouri, North Carolina, South Carolina e West Virginia

Only required for residents of Missouri, North Carolina, South Carolina and West Virginia

- *Se Lei vive nello stato del Missouri, solo la Sua firma deve essere autenticata da un notaio.*
- *Se vive in North Carolina, South Carolina o West Virginia, la Sua firma e le firme dei Suoi testimoni, devono essere autenticate da un notaio.*
- *If you live in Missouri, only your signature should be notarized.*
- *If you live in North Carolina, South Carolina or West Virginia, you should have your signature, and the signatures of your witnesses, notarized.*

STATE OF _____

COUNTY OF _____

On this ____ day of _____, 20____, the said _____, _____, and _____, known to me (or satisfactorily proven) to be the person named in the foregoing instrument and witnesses, respectively, personally appeared before me, a Notary Public, within and for the State and County aforesaid, and acknowledged that they freely and voluntarily executed the same for the purposes stated therein.

My Commission Expires: _____

Notary Public

I residenti nel WISCONSIN devono allegare a Cinque Desideri l'informativa del WISCONSIN.

Residents of WISCONSIN must attach the WISCONSIN notice statement to Five Wishes.

Maggiori informazioni nonché l'Informativa sono disponibili all'indirizzo www.agingwithdignity.org.
More information and the notice statement are available at www.agingwithdignity.org.

I residenti presso istituzioni in CALIFORNIA, CONNECTICUT, DELAWARE, GEORGIA, NEW YORK, NORTH DAKOTA, SOUTH CAROLINA, AND VERMONT devono seguire norme speciali sulla testimonianza.

Residents of Institutions In CALIFORNIA, CONNECTICUT, DELAWARE, GEORGIA, NEW YORK, NORTH DAKOTA, SOUTH CAROLINA, AND VERMONT Must Follow Special Witnessing Rules.

Qualora Lei vivesse in certi tipi di istituto (una casa di cura, altre strutture ufficiali per lungodegenza, una struttura di ricovero per portatori di deficit fisici o mentali o un ospedale psichiatrico) in uno degli stati sopra indicati, potrebbe dover seguire speciali "requisiti per la testimonianza" affinché il documento Cinque Desideri sia valido. Per ulteriori informazioni, contatti un assistente sociale o un avvocato esperto in diritti del paziente presso il Suo istituto.

If you live in certain institutions (a nursing home, other licensed long term care facility, a home for the mentally retarded or developmentally disabled, or a mental health institution) in one of the states listed above, you may have to follow special "witnessing requirements" for your Five Wishes to be valid. For further information, please contact a social worker or patient advocate at your institution.

Cosa fare dopo aver completato il documento Cinque Desideri

- Si accerti di firmare il documento davanti ai testimoni come indicato nelle istruzioni. Solo allora il suo documento Cinque Desideri avrà reale valore giuridico.
- Comunichi le Sue volontà al Suo agente sanitario, ai membri della Sua famiglia e a tutti coloro che le vogliono bene. Consegni a tutte le persone di cui sopra una copia del documento Cinque Desideri completato.
- Conservi la copia originale firmata da Lei in un posto speciale presso la Sua abitazione. NON la riponga in una cassetta di sicurezza. La custodisca in un posto vicino di modo che qualcuno possa trovarla in caso di necessità.
- Ho consegnato copie del mio documento Cinque Desideri completato alle seguenti persone:
- Compili la scheda formato tessera riportata qui di seguito. La porti con Lei. In questo modo le persone sapranno dove Lei conserva il Suo documento Cinque Desideri.
- Ne parli con il Suo medico durante la prossima visita. Dia anche al Suo medico una copia del Suo documento Cinque Desideri. Si accerti che venga inserita nella Sua cartella clinica. Si accerti che il Suo medico comprenda le Sue volontà e che si impegni a rispettarle. Chieda al Suo medico di informare anche gli altri operatori sanitari che la seguono affinché le onorino.
- Se Lei è ricoverato in un ospedale o in una casa di cura, porti con sé una copia del Suo documento Cinque Desideri. Chieda che venga inserita nella Sua cartella clinica.
- I have given the following people copies of my completed Five Wishes:

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Cinque Desideri vuole aiutarla a pianificare il futuro. Non ha lo scopo di fornirle consigli legali. Non si pone l'obiettivo di rispondere a tutti i dubbi che potrebbero sorgere. Ogni persona è diversa, come lo è ogni situazione. Le leggi cambiano nel tempo. In caso di dubbi o di un problema specifico, ne discuta con un professionista medico o con un legale.

Five Wishes is meant to help you plan for the future. It is not meant to give you legal advice. It does not try to answer all questions about anything that could come up. Every person is different, and every situation is different. Laws change from time to time. If you have a specific question or problem, talk to a medical or legal professional for advice.

Tessera Cinque Desideri

<p>Important Notice to Medical Personnel: I have a Five Wishes Advance Directive. Avviso importante per il personale medico: ho fornito istruzioni per iscritto mediante le direttive anticipate di trattamento Cinque Desideri.</p> <p>_____</p> <p>Signature Firma</p> <p>Please consult this document and/or my Health Care Agent in an emergency. My Agent is: Consultare questo documento e/o il mio Agente sanitario in caso di emergenza. Il mio Agente è:</p> <p>_____</p> <p>Name Nome</p> <p>_____</p> <p>Address Indirizzo _____ City/State/Zip Città/Stato/Cap</p> <p>_____</p> <p>Phone Telefono</p> <p>_____</p>	<p>My primary care physician is: Il mio medico curante è:</p> <p>_____</p> <p>Name Nome</p> <p>_____</p> <p>Address Indirizzo _____ City/State/Zip Città/Stato/Cap</p> <p>_____</p> <p>Phone Telefono</p> <p>_____</p> <p>My document is located at: La mia documentazione si trova presso:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
---	--

Tagliare la scheda, piegarla e plastificarla a scopo di protezione

Testimonianze sulla documentazione Cinque Desideri:

“È passato un anno dalla morte di mia madre. Abbiamo saputo ciò che desiderava perché aveva preparato il testamento Cinque Desideri. Quando è arrivata alla fine, mio fratello ed io non abbiamo avuto il minimo dubbio su cosa dovessimo fare. Ora siamo tranquilli”.

Cheryl K.
Longwood, Florida

“Devo dire che apprezzo moltissimo la vostra documentazione Cinque Desideri. È chiara, facile da comprendere e non si perde nei problemi pratici delle cure mediche, ma affronta problemi di importanza reale: la cura della persona. La abbiamo adottata sia io sia mio marito”.

Susan W.
Flagstaff, Arizona

“Non desidero che mio figlio un giorno debba prendere le decisioni che sto dovendo prendere per mia madre. Non avrei mai immaginato che ci sarebbero state tante opzioni di tipo medico da considerare. Grazie per aver redatto un documento con tanta sensibilità e premura. Posso compilarlo molto facilmente e conservarlo nei miei archivi per mio figlio.”

Diana W.
Hanover, Illinois

Cinque Desideri è stato creato da Aging with Dignity, un'organizzazione senza fini di lucro con la missione di aiutare le persone a pianificare e ricevere le cure che desiderano in caso di gravi malattie. Lo sviluppo di Cinque Desideri è stato possibile grazie a un finanziamento della Robert Wood Johnson Foundation.

Five Wishes was created by Aging with Dignity, a nonprofit organization with a mission to help people plan and receive the care they want in case of a serious illness. Development of Five Wishes was made possible by a grant from The Robert Wood Johnson Foundation.



P.O. Box 1661
Tallahassee, Florida 32302-1661
www.agingwithdignity.org
(888) 594-7437

Le traduzioni della documentazione Cinque Desideri sono rese possibili grazie al sostegno dei

Translations of Five Wishes made possible through support from



United Health FoundationSM

servizi professionali forniti da

Professional translation services provided by

Language Services Associates

Five Wishes (Cinque Desideri) è un marchio commerciale di Aging with Dignity. Tutti i diritti riservati. Il contenuto della presente pubblicazione è protetto da diritti d'autore accordati ad Aging with Dignity. Nessuna sezione della presente pubblicazione può essere riprodotta o trasmessa in alcuna forma o attraverso alcun mezzo, elettronico o meccanico, comprese fotocopie, registrazione o qualsiasi altro sistema di archiviazione e di recupero, senza l'autorizzazione scritta di Aging with Dignity. Benché il contenuto di questa documentazione sia protetto da diritti di autore, è consentita la fotocopiatura allo scopo di ottenere una copia del proprio Cinque Desideri completato per il proprio medico, prestatore di cure, Agente sanitario, per i propri familiari o altre persone care. Ogni altra forma di riproduzione o utilizzo del documento Cinque Desideri richiede l'autorizzazione da parte di Aging with Dignity. Aging with Dignity desidera ringraziare Oregon Health Decisions per il Suo contributo alla redazione della seconda volontà e Kate Callahan, Charles Sabatino e Tere Saenz per il loro aiuto.

Five Wishes is a trademark of Aging with Dignity. All rights reserved. The contents of this publication are copyrighted materials of Aging with Dignity. No part of this publication may be reproduced or transmitted in any form or by any means, electronic or mechanical, including photocopy, recording, or any information storage and retrieval system, without written permission from Aging with Dignity. While the contents of this document are copyrighted, you are permitted to photocopy them to provide a copy of your completed Five Wishes form to your physician, care provider, Health Care Agent, family members, or other loved ones. All other reproductions or uses of Five Wishes require permission from Aging with Dignity. Aging with Dignity wishes to thank Oregon Health Decisions for contributing to the drafting of wish number two, and Kate Callahan, Charles Sabatino, and Tere Saenz for their help.