



REGOLAMENTO PER L'ISTITUZIONE DEL REGISTRO DELLE DICHIARAZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTI SANITARI

(Approvato con deliberazione del Consiglio Comunale n. 21 del 09 settembre 2009)

ART. 1 - Istituzione

Il Registro dei Testamenti Biologici ha lo scopo di rendere accessibili a tutti, in maniera inequivoca, le manifestazioni di volontà dei cittadini circa le scelte di fine vita, quando se ne ravvisi la necessità.

E' possibile depositare presso l'Ufficio Anagrafe e Stato Civile il proprio testamento biologico, per lo scopo di certezza dei rapporti giuridici nonché per l'archiviazione.

Art. 2 - Modalità di tenuta del registro

1. L'iscrizione al Registro può essere richiesta da tutti i residenti del Comune di Giffoni Valle Piana.
2. Le iscrizioni nel Registro avvengono sulla base di un'istanza, alla quale è allegata una dichiarazione con firma autenticata che raccoglie le dichiarazioni anticipate di volontà circa i trattamenti di natura medica.
3. Ogni cittadino interessato può esprimere la propria volontà di essere o meno sottoposto a trattamenti sanitari in caso di malattia o lesione cerebrale irreversibile o invalidante, o in caso di malattia che costringa a trattamenti permanenti con macchine o sistemi artificiali che impediscano una normale vita di relazione.
4. Il venir meno della situazione di residenza nel Comune non comporta la cancellazione dal registro.
5. Per i fini consentiti dalla legge e dalla normativa comunale l'Ufficio Comunale competente, a richiesta degli interessati, attesta l'iscrizione nel registro e rilascia copia del testamento biologico ricevuto dal cittadino.
6. L'Ufficio comunale preposto cura la tenuta del Registro sia su supporto informatico che cartaceo.
7. L'Ufficio Comunale preposto trasmette periodicamente le dichiarazioni raccolte ai Soggetti Istituzionali nelle more dell'entrata in vigore di una normativa nazionale e regionale che regolamenti la materia, in particolare:
 - a. al Ministero del Welfare e della Salute;
 - b. al Comitato Nazionale di Bioetica;
 - c. all'ARSAN e all'Assessorato Regionale alla Sanità della Regione; ad istituire un registro provvisorio regionale, nelle more dell'entrata in vigore di una legislazione nazionale e regionale in materia;
 - d. all'ASL competente per territorio;
 - e. al medico di famiglia della persona che ha sottoscritto la Dichiarazione anticipata di volontà, affinché ne tenga debito conto in ogni momento del percorso medico-assistenziale della persona che ha espresso la volontà.

Articolo 3 – Attività di pubblicizzazione ed informazione

L'Amministrazione comunale si attiva affinché le disposizioni della presente delibera siano pubblicizzate in tutto il territorio comunale, nelle forme ritenute più opportune.

Allegato

DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ ANTICIPATA PER I TRATTAMENTI SANITARI

Io sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____ prov. _____
residente a _____ prov. _____
indirizzo _____

nel pieno delle mie facoltà mentali, in totale libertà di scelta, dispongo quanto segue in merito alle decisioni da assumere nel caso necessiti di cure mediche.

CONSENSO INFORMATO

1. Non voglio Voglio essere informato sul mio stato di salute e sulle mie aspettative di vita, anche se fossi affetto da malattia grave e non guaribile

2. Nel caso decidessi di non essere informato sul mio stato di salute e sugli esami diagnostici e le terapie da adottare, delego a essere informato e a decidere in mia vece il signor _____

nato/a il _____ a _____ prov. _____
residente a _____ prov. _____
indirizzo _____

3. Voglio essere informato sui vantaggi e sui rischi degli esami diagnostici e delle terapie

4. Autorizzo i medici curanti ad informare le seguenti persone:

DISPOSIZIONI GENERALI

In caso di perdita della capacità di decidere o nel caso di impossibilità di comunicare, temporaneamente o permanentemente le mie decisioni ai medici, formulo le seguenti disposizioni riguardo i trattamenti sanitari.

Disposizioni che perderanno di validità se, in piena coscienza, decidessi di annullarle o sostituirle.

Dispongo che i trattamenti:

1. Siano iniziati e continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di incoscienza permanente non suscettibile di recupero.
 Non siano iniziati e continuati se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di incoscienza permanente e senza possibilità di recupero.
2. Siano iniziati e continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di demenza avanzata non suscettibile di recupero.
 Non siano iniziati e continuati se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di demenza avanzata senza possibilità di recupero.
3. Siano iniziati e continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di paralisi con incapacità totale di comunicare verbalmente, per iscritto o grazie all'ausilio di mezzi tecnologici.
 Non siano iniziati e continuati se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di paralisi con incapacità totale di comunicare verbalmente, per iscritto o grazie all'ausilio di mezzi tecnologici.

DISPOSIZIONI PARTICOLARI

Qualora io avessi una malattia allo stadio terminale, o una lesione cerebrale invalidante e irreversibile, o una malattia che necessiti l'utilizzo permanente di macchine o se fossi in uno stato di permanente incoscienza (coma o persistente stato vegetativo) che secondo i medici sia irreversibile dispongo che:

1. Siano Non siano intrapresi tutti i provvedimenti volti ad alleviare le mie sofferenze (come l'uso di farmaci oppiacei) anche se il ricorso a essi rischiasse di anticipare la fine della mia vita.
2. In caso di arresto cardiorespiratorio (nelle situazioni sopra descritte) sia non sia praticata su di me la rianimazione cardiopolmonare se ritenuta possibile dai curanti.
3. Voglio Non voglio che mi siano praticate forme di respirazione meccanica.
4. Voglio Non voglio essere idratato o nutrito artificialmente.
5. Voglio Non voglio essere dializzato.
6. Voglio Non voglio che mi siano praticati interventi di chirurgia d'urgenza.

7. Voglio Non voglio che mi siano praticate trasfusioni di sangue
8. Voglio Non voglio che mi siano somministrate terapie antibiotiche.

NOMINA FIDUCIARIO

Qualora io perdessi la capacità di decidere o di comunicare le mie decisioni, nomino mio rappresentante fiduciario che si impegna a garantire lo scrupoloso rispetto delle mie volontà espresse nella presente carta:

il signor _____
nato/a il _____ a _____ prov. _____
residente a _____ prov. _____
indirizzo _____

Nel caso in cui il mio rappresentante fiduciario sia nell'impossibilità di esercitare la sua funzione delego a sostituirlo in questo compito

il signor _____
nato/a il _____ a _____ prov. _____
residente a _____ prov. _____
indirizzo _____

ASSISTENZA RELIGIOSA

1. Desidero Non desidero l'assistenza religiosa della seguente confessione:

2. Desidero Non desidero un funerale.
3. Desidero un funerale religioso secondo la confessione da me professata.
4. Desidero un funerale non religioso.

DISPOSIZIONI DOPO LA MORTE

1. Autorizzo Non autorizzo la donazione dei miei organi per trapianti.
2. Autorizzo Non autorizzo la donazione del mio corpo per scopi scientifici o didattici.
3. Dispongo che il mio corpo sia inumato/cremato.

Luogo e data

In fede,

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del decreto legislativo 196/2003, al solo fine dell'iniziativa pubblica "sottoscrivi il tuo Testamento biologico".

