



## **COMUNE DI CAPOTERRA**

### **REGOLAMENTO DEL REGISTRO DEI TESTAMENTI BIOLOGICI**

Approvato con delibera del Consiglio comunale n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## SOMMARIO

ARTICOLO 1 IL REGISTRO: OGGETTO, FINALITA' E AMBITO DI APPLICAZIONE DEL  
REGOLAMENTO – PAG. 3

ARTICOLO 2 LE DICHIARAZIONI DEL TESTAMENTARIO – PAG. 3

ARTICOLO 3 IL FIDUCIARIO – PAG. 3

ARTICOLO 4 ALTRI SOGGETTI CHE HANNO ACCESSO AL REGISTRO – PAG. 4

ARTICOLO 5 FORMA DEL TESTAMENTO – PAG. 4

ARTICOLO 6 FORMA DEL REGISTRO – PAG. 5

ARTICOLO 7 SOGGETTI LEGITTIMATI A PRESENTARE IL TESTAMENTO – PAG. 5

ARTICOLO 8 L'UFFICIO PREPOSTO – PAG. 6

ARTICOLO 9 DISPOSIZIONI FINALI – PAG. 6

ARTICOLO 10 GLI ALLEGATI – PAG. 6 - 11

## **ART. 1**

### **IL REGISTRO.**

1. Il Comune di Capoterra, nell'ambito della propria autonomia e potestà amministrativa, tutela la piena dignità delle persone e ne promuove il pubblico rispetto, la libera scelta dei trattamenti sanitari, anche in riferimento alla fase terminale della vita umana. A tal fine istituisce il Registro dei Testamenti Biologici o Dichiarazione Anticipata di Volontà (D.A.V.) e ne rende operativo il suo regolamento.

## **ART. 2**

### **IL TESTAMENTARIO. LE DICHIARAZIONI.**

1. Il Testamento Biologico (detto anche: Testamento di vita, Dichiarazione anticipata di trattamento o Dichiarazione anticipata di volontà) è un documento contenente le volontà, liberamente espresse da una persona - detta testamentario o dichiarante - in materia di trattamenti sanitari, presentate al Comune e registrate secondo ordine cronologico, per far valere tale diritto anche nel caso in cui essa si trovi nello stato di incapacità ad esprimere il proprio consenso o dissenso informato rispetto alle specifiche cure.
2. La manifestazione di volontà di una persona contenuta nella dichiarazione indica in anticipo i trattamenti medici cui essere/non essere sottoposta in caso di malattie o traumatismi cerebrali che determinino una perdita di coscienza definibile come permanente ed irreversibile.
3. Il Dichiarante dovrà rendere dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ai sensi dell'art. 47 del DPR. 445/2000 nella quale darà atto di aver compilato e sottoscritto la dichiarazione anticipata di trattamento. Tale dichiarazione sarà allegata al Registro di cui al presente Regolamento.

## **ART.3**

### **IL FIDUCIARIO.**

1. La persona che redige il Testamento nomina un Fiduciario che diviene, nel caso in cui la persona diventi incapace di comunicare consapevolmente con i medici, il soggetto chiamato a dare fedele esecuzione alla volontà della stessa per ciò che concerne le decisioni riguardanti i trattamenti sanitari da eseguire.
2. Il Fiduciario è l'unica persona alla quale l'Ufficio Comunale potrà consegnare la busta, contenente la Dichiarazione di Volontà, in proprio possesso.

3. Il Dichiarante può nominare anche un Fiduciario supplente che assolverà alle funzioni sopra riportate qualora il Fiduciario si trovi nell'impossibilità di assolvere alle sue funzioni.

#### **ART.4**

##### **ALTRI SOGGETTI CHE HANNO ACCESSO AL REGISTRO.**

1. L'Ufficio Comunale che detiene il Registro è autorizzato a dare informazioni relative all'iscrizione solo ai soggetti indicati e solo su loro richiesta scritta.
2. La persona che intende iscriversi nel Registro D.A.V. può scegliere tra certe categorie di soggetti a cui consente che l'Ufficio Comunale possa comunicare, su loro richiesta, l'avvenuta iscrizione nel Registro, tra le seguenti:
  - a) Coniuge e Parenti sino al 2° grado
  - b) Medico di famiglia
  - c) Direttore o legale rappresentante del luogo di ricovero, cura, casa di riposo
  - d) Il fiduciario titolare o supplente di cui all'art.3

#### **ART.5**

##### **FORMA DEL TESTAMENTO.**

1. Le dichiarazioni anticipate di trattamento devono essere redatte in forma scritta su carta semplice nel rispetto dei contenuti dello schema tipo, oppure compilando il modello prefissato dal Comune (Allegato A, B, C). In entrambi i casi esse sono da presentare in duplice copia originale.
2. Le dichiarazioni dovranno essere presentate esclusivamente dal dichiarante e conservate all'interno di una busta chiusa. Quest'ultima riporterà all'esterno il nome e cognome del testamentario, del fiduciario titolare e supplente, il numero di registro assegnato relativo e data del deposito.
3. La dichiarazione conservata presso il Comune garantisce l'autenticità delle dichiarazioni detenute dai Fiduciari.

## **ART.6**

### **FORMA DEL REGISTRO.**

1. Il Registro dei testamenti biologici contiene i seguenti dati:
  - a) Numero della registrazione attribuito in ordine progressivo
  - b) data della registrazione
  - c) nome e cognome e indirizzo del dichiarante
  - d) nome e cognome e indirizzo del fiduciario e del suo supplente
  - e) spazio per la eventuale revoca della DAV - data della revoca o cancellazione
  - f) spazio per l'eventuale rinuncia da parte dei fiduciari - data della rinuncia.

## **ART.7**

### **SOGGETTI LEGITTIMATI A PRESENTARE IL TESTAMENTO**

1. I requisiti generali per ottenere l'iscrizione al registro sono:
  - a) avere compiuto 18 anni;
  - b) essere residenti del Comune di Capoterra (CA);
  - c) essere in possesso di regolare permesso di soggiorno (per i cittadini stranieri);
  - d) avere sufficiente conoscenza della lingua italiana (per chi ha nazionalità straniera);
  - e) essere i dichiaranti del Testamento Biologico;
  - f) avere un fiduciario nominato;
  - g) allegare copia del documento d'identità, in corso di validità, del Dichiarante e Fiduciario;
2. Gli iscritti al Registro che trasferiscono la propria residenza in altro Comune sono automaticamente cancellati dallo stesso.

## **ART.8**

### **L'UFFICIO PREPOSTO.**

1. Il settore servizi demografici del Comune di Capoterra è individuato ai fini della gestione e conservazione del Registro dei Testamenti Biologici.
2. Il funzionario accettante ed incaricato della tenuta e dell'aggiornamento del registro è individuato nel responsabile del settore. Esso rilascerà al Dichiarante ed al Fiduciario l'attestazione relativa alla dichiarazione di avvenuta predisposizione del testamento biologico. Al momento del deposito e della firma da parte del Segretario, il testamento è a tutti gli effetti notificato.
3. Il funzionario non conosce il contenuto del testamento biologico che è un atto strettamente personale e non risponde pertanto dei contenuti del testamento stesso.
4. La conservazione del registro avviene in cassaforte, in modo da rispettare la norma in materia di privacy dettata dal Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196.

## **ART.9**

### **DISPOSIZIONI FINALI.**

Dal momento dell'approvazione di tale Regolamento, si dispone che vengano seguite tutte le procedure atte alla salvaguardia e tutela dei Diritti del Malato, considerando l'importanza della tempestività di tali azioni, soprattutto la diffusione agli organi competenti di tutte le volontà del malato in caso esso si trovi nell'incapacità di intendere e volere. Questo è l'obiettivo principale del Regolamento del Registro dei Testamenti Biologici e per una maggiore diffusione e sensibilizzazione sull'argomento è opportuno che le parti politiche organizzino periodicamente convegni e seminari sul delicato tema. È di fondamentale importanza tutelare oltremodo il cittadino economicamente svantaggiato che non può pagare un atto notarile ed il cittadino socialmente svantaggiato che non ha parenti e/o amici che detengano le sue volontà.

## **ART. 10**

### **ALLEGATI.**

1. Sono resi disponibili tre allegati, ovvero i prestampati per le dichiarazioni di volontà.
2. l'Allegato A, equivale in definitiva al Consenso Informato, ovvero a tutti i trattamenti sanitari che un individuo accetta o no, sulla propria persona;
3. L'Allegato B è il modello prestampato per la scelta del fiduciario;
4. L'Allegato C infine riguarda le disposizioni dopo la morte.

**DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ ANTICIPATA  
PER I TRATTAMENTI SANITARI – Allegato A**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
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**

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;

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 \_\_\_\_\_  
residente \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_.

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

Autorizzo i medici curanti ad informare le seguenti persone:

\_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

**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:

- 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.

- 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.
- 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:

- 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.
- Sia  Non sia praticata su di me, in caso di arresto cardiorespiratorio (nelle situazioni sopra descritte), la rianimazione cardiopolmonare se ritenuta possibile dai curanti.
- Voglio  Non voglio che mi siano praticate forme di respirazione meccanica.
- Voglio  Non voglio essere idratato o nutrito artificialmente.
- Voglio  Non voglio essere dializzato.
- Voglio  Non voglio che mi siano praticati interventi di chirurgia d'urgenza.
- Voglio  Non voglio che mi siano praticate trasfusioni di sangue.
- Voglio  Non voglio che mi siano somministrate terapie antibiotiche.

Capoterra (CA) lì \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

In Fede

\_\_\_\_\_

il Fiduciario

\_\_\_\_\_



**DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ ANTICIPATA**

**PER LA SCELTA DEL FIDUCIARIO – Allegato B**

**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 \_\_\_\_\_.

Capoterra (CA) li \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

In Fede

\_\_\_\_\_  
Il Fiduciario

**DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ ANTICIPATA  
IN SEGUITO ALLA MORTE – Allegato C**

**DISPOSIZIONI DOPO LA MORTE**

- Autorizzo  Non autorizzo la donazione dei miei organi per trapianti.
- Autorizzo  Non autorizzo la donazione del mio corpo per scopi scientifici o didattici.
- Dispongo che il mio corpo sia inumato/cremato ( Art. 3 - Legge n° 130/2001 ).

Capoterra (CA) li \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

In Fede

\_\_\_\_\_

Il Fiduciario

\_\_\_\_\_