

## **REGOLAMENTO COMUNALE PER IL REGISTRO DEI TESTAMENTI BIOLOGICI**

### ART. 1

Il Comune di Oristano, nell'ambito della propria autonomia e potestà amministrativa, tutela la piena dignità delle persone e ne promuove il pubblico rispetto anche in riferimento alla fase terminale della vita umana. A tal fine istituisce il Registro dei Testamenti biologici.

### ART. 2

Con l'espressione "*testamento biologico*" (detto anche: testamento di vita, dichiarazione anticipata di trattamento) si intende un documento contenente la manifestazione di volontà di una persona che 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. La persona che lo redige 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.

### ART. 3

Il Registro è riservato ai cittadini residenti nel Comune di Oristano ed ha come finalità di consentire l'iscrizione nominativa, mediante autodichiarazione, di tutti i cittadini che hanno redatto una dichiarazione anticipata di trattamento con indicazione del fiduciario o notaio o altro depositario, con lo scopo di garantire la certezza della data di presentazione e la fonte di provenienza.

Il Dichiarante (testatore) nomina un Fiduciario. Il Fiduciario è il soggetto che avrà il compito di dare fedele esecuzione alla volontà del Dichiarante ove lo stesso si trovasse nell'incapacità di intendere e di volere, in ordine ai trattamenti medici da eseguire.

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

Il Registro deve riportare il numero progressivo delle dichiarazioni di avvenuta predisposizione del cosiddetto testamento biologico e l'elenco dei soggetti dichiaranti e dei fiduciari o altri depositari presso cui viene depositato il testamento biologico. 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.

Il funzionario comunale accettante ed incaricato della tenuta e dell'aggiornamento del registro rilascerà al Dichiarante ed al Fiduciario l'attestazione relativa alla dichiarazione di avvenuta predisposizione del testamento biologico. Il funzionario accettante non conosce il contenuto del testamento biologico che è un atto strettamente personale e non risponde pertanto dei contenuti del testamento stesso.

La dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà con la quale viene dato atto di aver compilato e sottoscritto una dichiarazione anticipata di trattamento avrà un numero progressivo e verrà annotata sul Registro. Sul Registro verranno altresì annotati i riferimenti relativi al Fiduciario o altro Depositario.

Agli interessati sarà rilasciata attestazione e copia della dichiarazione di avvenuta predisposizione e deposito del testamento biologico riportante il numero progressivo attribuito e annotato sul registro.

Attraverso successiva dichiarazione, da rendersi secondo le modalità sopra riportate, sarà in ogni momento possibile modificare o revocare le precedenti volontà.

## DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ ANTICIPATA PER I TRATTAMENTI SANITARI

### A) DATI ANAGRAFICI

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nata/o il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
residente  
a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ N. Documento d'Identità \_\_\_\_\_  
nel pieno delle mie facoltà mentali, in totale libertà di scelta dispongo quanto segue in merito alle decisioni da assumere nel caso necessiti cure mediche.

### B) 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 curabile.
- 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 la signora/il signor:

\_\_\_\_\_ nata/o il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ 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:

### C) DISPOSIZIONI GENERALI

In caso di perdita della capacità di decidere o nel caso di impossibilità di comunicare le mie decisioni ai medici, formulo le seguenti disposizioni riguardo i trattamenti sanitari.  
Disposizioni che perderanno di validità se, ripresa la 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.  
 Non siano continuati se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di incoscienza permanente non suscettibile di recupero 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 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 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.

### D) ALTRE EVENTUALI DISPOSIZIONI

**ATTENZIONE:** è libertà del dichiarante inserire o non inserire nello spazio ulteriori dichiarazioni. L'elenco è esclusivamente esemplificativo

## D.2

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) considerata irreversibile dai medici 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.  Voglio  Non voglio che mi siano praticate forme di respirazione meccanica.
3.  Voglio  Non voglio essere idratato o nutrito artificialmente.
4.  Voglio  Non voglio essere dializzato.
5.  Voglio  Non voglio che mi siano praticati interventi di chirurgia d'urgenza.
6.  Voglio  Non voglio che mi siano praticate trasfusioni di sangue.
7.  Voglio  Non voglio che mi siano somministrate terapie antibiotiche.
8.  Vorrei morire a casa mia.  Desidererei morire in una struttura di cura.

## D.2

1.  Desidero l'assistenza religiosa della seguente confessione: \_\_\_\_\_
2.  Non desidero assistenza religiosa.
3.  Desidero  Non desidero un funerale.
4.  Desidero un funerale religioso secondo la confessione da me professata.
5.  Desidero un funerale non religioso.

## D.3

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.  Dispongo che il mio corpo sia cremato.

## E) NOMINA DEL FIDUCIARIO/I

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 la signora/il signor:

\_\_\_\_\_ nata/o il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_

Firma del fiduciario \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ nata/o il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_

Firma del fiduciario \_\_\_\_\_

**F) FIRME**

**IN FEDE**

, Li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(la firma deve essere apposta in presenza del funzionario delegato)

Ai sensi dell'art.13 D.lgs 196/03 dichiaro di prestare il consenso al trattamento dei dati personali al fine dell'attività  
espletata nel mio interesse Firma \_\_\_\_\_

NOTA: ALLA DICHIARAZIONE ALLEGARE COPIA DOCUMENTO IDENTITA'

**G) SPAZIO PER GLI UFFICI COMUNALI**

Registro dei testamenti biologici n° \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

IL FUNZIONARIO DELEGATO