




Raccolta dichiarazioni anticipate di volontà relative ai trattamenti sanitari ("testamento biologico")

Ufficio competente


 Segreteria generale

Segui il link per conoscere indirizzo, recapiti e orari di apertura

Responsabile del procedimento

 Perosa Primo - Segretario generale - email: primo.perosa@comune.pordenone.it - tel.: 0434392220

Responsabile dell'istruttoria

-  Passaro Angela - Istruttore amministrativo contabile - email: angela.passaro@comune.pordenone.it - tel.: 0434392270

Descrizione sintetica del procedimento

Il testamento biologico (o dichiarazione anticipata di trattamento) è la dichiarazione che una persona in condizioni di piena capacità mentale può rendere, per disporre in merito ai trattamenti sanitari cui intende essere sottoposta o meno, nel caso in cui, in futuro, fosse colpita da una malattia o lesione cerebrale irreversibile o invalidante, o malattia che costringa a trattamenti con macchine o sistemi artificiali tali da impedire una normale vita di relazione, e non fosse più in grado di esprimere la propria volontà.

Il Comune e il Consiglio Notarile di Pordenone hanno sottoscritto una convenzione, per collaborare nella ricezione, conservazione e trattamento di tali dichiarazioni, e delle loro eventuali revoche o modifiche.

Un notaio, previo appuntamento e a titolo gratuito, sarà presente in Comune per fornire le opportune informazioni e ricevere le dichiarazioni.

Si suggerisce, prima di presentare la dichiarazione, di rivolgersi al proprio medico per gli opportuni approfondimenti, portando con sé il modulo.

In allegato alcune indicazioni utili, fornite dal Consiglio Notarile.

Riferimenti normativi

Deliberazione della Giunta comunale n. 30 del 27/02/2015 e n. 116 del 25/05/2017.

Legge n. 219 del 22/12/2017 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento"

Requisiti

Possono presentare la dichiarazione tutti i cittadini iscritti all'anagrafe di uno dei comuni ricompresi nel territorio Distretto Notarile di Pordenone, maggiorenni e in condizioni di piena capacità mentale.

Il Distretto comprende l'intera provincia di Pordenone e i comuni di Annone Veneto, Cinto Caomaggiore, Fossalta di Portogruaro, Gruaro, Pramaggiore, Teglio Veneto, Caorle, Portogruaro, San Michele al Tagliamento, San Stino di Livenza e Concordia Sagittaria.

Documenti da presentare




Previo appuntamento da fissare con l'ufficio (0434392270), il dichiarante dovrà presentarsi personalmente, con:

- La dichiarazione anticipata di trattamento, resa in forma libera oppure utilizzando la modulistica disponibile in questa pagina
- Documento di identità, codice fiscale e tessera sanitaria
- La fotocopia del documento di identità del fiduciario (qualora la persona individuata come fiduciario non possa accompagnare il dichiarante)

Costi

Nessun costo.

Modulistica

-  Suggestimenti del consiglio notarile – 150.5 kB
-  Modulo dichiarazione anticipata di volontà – 255.6 kB
-  Modulo dichiarazione anticipata di volontà – 26.5 kB

Ultimo aggiornamento: **12/02/2018 17:46**

Contatti

📍 Corso Vittorio Emanuele II, 64 33170 Pordenone

☎ tel. 0434 392111

✓ P.I. 00081570939

✓ C.F. 80002150938

@ Posta Elettronica Certificata comune.pordenone@certgov.fvg.it

🏛 Ufficio relazioni con il pubblico

🕒 Orari



**Consiglio Notarile
di Pordenone**

TESTAMENTO BIOLOGICO DIRETTIVE ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (DAT)

ISTRUZIONI PER L'USO

Cos'è l'autodeterminazione del paziente.

Gli sviluppi di scienza e medicina hanno consentito nuove possibilità di trattamento e cura dei malati gravi o terminali.

Nel frattempo si sono modificati anche gli orientamenti dei pazienti, i quali, oltre alle cure mediche più appropriate, chiedono ed hanno diritto di ottenere anche la considerazione ed il rispetto delle proprie idee ed opinioni: le decisioni del paziente si fondano sulla sua personale visione della vita, sulle sue aspettative, sui suoi bisogni, desideri ed opinioni religiose.

Non di rado questi desideri sono collegati al rifiuto di essere sottoposti a misure di mantenimento della vita che comportino la necessità di rimanere collegati a macchinari e tubi vari.

L'autodeterminazione del paziente è giuridicamente tutelata non solo dalla Costituzione, ma anche da una serie di altre norme, dalla cui applicazione discende la vincolatività giuridica delle DAT.

RUOLO DEL NOTAIO

E' necessario che le Dichiarazioni Anticipate di Trattamento (DAT) siano **consapevoli, attendibili ed attuali**: per questo **i notai del Distretto di Pordenone si sono attivati, istituendo, in collaborazione con il Comune, un sistema totalmente gratuito, di raccolta e conservazione delle dichiarazioni di volontà, reso particolarmente sicuro dall'intervento del notaio nella sua veste istituzionale di pubblico ufficiale.**

Cosa sono le direttive anticipate di trattamento (DAT)

Attraverso le direttive, una persona in grado di intendere e volere stabilisce anticipatamente quali trattamenti desidera acconsentire (o non acconsentire) in determinate situazioni di malattia che possano, eventualmente, sopraggiungere in futuro.

Le direttive del paziente entrano in vigore qualora:

a) - il paziente non sia più in grado di intendere e di volere o di esprimere verbalmente, o con l'ausilio di altri mezzi, le sue volontà: cioè non sia più capace di valutare o di comunicare;

b) - il paziente entri in una fase terminale della vita: cioè quando, di fronte ad una patologia mortale o di fronte al naturale processo di morte, e secondo le valutazioni mediche, avrà aspettative di vita limitate (e non sia più in grado di effettuare scelte ed esprimere la sua volontà).



Consiglio Notarile di Pordenone

Le DAT sono uno strumento che contribuisce all'esercizio del proprio diritto di autodeterminazione e aiuta i sanitari, i parenti e le persone più prossime al malato nel prendere le loro decisioni.

In particolare, contribuiscono a sollevare coloro che sono direttamente coinvolti nella situazione patologica del congiunto dall'onere di scelte decisive, in quanto, da una parte, devono tener presente il bene del paziente, e dall'altra devono fare i conti con i propri sentimenti.

Le DAT comportano quindi uno sgravio di responsabilità con riferimento alle decisioni di carattere medico da adottare.

Le DAT costituiscono un aiuto importante anche per gli stessi medici, poiché, in molti casi, solo consultando le direttive anticipate di trattamento può essere deciso se l'attivazione di determinate misure mediche corrisponde o meno all'interesse ed alla volontà del paziente.

AVVERTENZE E CONSIGLI

Quando è utile il testamento biologico?

Il testamento biologico NON CONTIENE DISPOSIZIONI RELATIVE AI TRATTAMENTI MEDICI DA RICEVERE NELL'IMMEDIATO in occasione di un incidente o di un evento improvviso: in questi casi il medico ha l'obbligo giuridico di prestare tutte le cure ed effettuare tutti gli interventi di carattere urgente destinati a preservare la vita del paziente.

Il testamento biologico, invece, contiene disposizioni relative ai trattamenti, da prestare/non prestare/interrompere, da attuarsi QUANDO IL PAZIENTE SIA STABILIZZATO E LA SUA CONDIZIONE SIA PERMANENTE E DESTINATA COME TALE A MANTENERSI NEL TEMPO.

Cosa non è il testamento biologico

Il testamento biologico ha come finalità di esprimere la volontà del paziente di ricevere o non ricevere o interrompere determinate terapie, **NON COSTITUISCE IN NESSUN MODO UNO STRUMENTO DI INCENTIVAZIONE ALL'EUTANASIA ATTIVA O PASSIVA**, ma è esclusivamente finalizzato alla scelta delle terapie da intraprendere o meno in funzione dell'interesse del paziente.

La nomina del fiduciario

E' sempre necessario indicare nelle DAT il nominativo di **almeno un fiduciario**: questo deve essere scelto possibilmente tra le persone che conoscono bene lo stile di vita, le idee, convinzioni, aspettative ed opinioni etiche, anche di carattere religioso, del paziente e che sono particolarmente in grado di rappresentarne la volontà ai parenti ed al personale sanitario, per averne avuto informazione o comunque comunicazione dall'infermo anche in precedenza.

E' consigliabile **nominare almeno 2 fiduciari** (cioè persone incaricate di assumere l'iniziativa per dare attuazione alle disposizioni) tra i quali, se possibile e se questo sia d'accordo, il medico curante "pro-tempore" (cioè il medico di base del momento) il quale è spesso in grado di conoscere anche le opinioni personali del paziente e i suoi orientamenti sul fine vita.



**Consiglio Notarile
di Pordenone**

Prima di incontrare il notaio per il deposito del testamento biologico, sarebbe opportuno recarsi dal proprio medico curante (o altro medico di fiducia) per **chiedere chiarimenti e delucidazioni** circa il contenuto ed il significato effettivo delle disposizioni contenute nel modulo di testamento che viene fornito unitamente alle presenti istruzioni.

Validità ed attualità del testamento

Per assicurare la validità del testamento sarebbe opportuno **confermare o rinnovare** i suoi contenuti periodicamente (almeno ogni tre/quattro anni) rendendo una dichiarazione di conferma avanti a un notaio presso il Comune o presso il luogo di deposito delle DAT (vedi sopra).

Occorre rammentare che permane sempre la possibilità di cambiare le proprie decisioni o di ritrarle in ogni momento.

In caso di necessità di utilizzo, il fiduciario nominato nel testamento potrà rivolgersi al Consiglio Notarile per il ritiro del documento allo scopo di dare impulso alla procedura finalizzata all'attuazione delle volontà in esso contenute.

Come e dove viene conservato il testamento biologico consegnato al notaio?

Il modulo DAT (testamento biologico) che viene depositato in copia al notaio, viene conservato, fino al suo eventuale ritiro, revoca o utilizzo, presso il **CONSIGLIO NOTARILE DI PORDENONE, Via Bertossi n. 7, Tel. 0434/29912**, ove è stato istituito il **REGISTRO GENERALE DEI TESTAMENTI BIOLOGICI** ricevuti in tutto il Distretto Notarile di Pordenone (Pordenone, Comuni della Provincia ed alcuni Comuni del Veneto).

DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ ANTICIPATA **PER I TRATTAMENTI SANITARI**

Io sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____
residente a _____
indirizzo _____
recapito telefonico _____
e-mail _____

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

In caso di

A) - perdita permanente ed irreversibile della capacità di decidere (secondo le conoscenze medico/scientifiche del momento)

e/o

B) - di permanente ed irreversibile impossibilità di comunicare le mie decisioni ai medici, in qualunque forma ed anche tramite l'ausilio di mezzi tecnologici,

formulo le seguenti disposizioni riguardo i trattamenti sanitari

N.B. dette disposizioni perderanno di validità se, in piena coscienza, decidessi di annullarle, modificarle o sostituirle.

N.B. Il concetto di "irreversibilità" deve essere riferito allo stato delle conoscenze medico-scientifiche attuali del momento in cui si dovesse dare applicazione alle volontà espresse nel presente documento.

AUTORIZZAZIONE AD INFORMARE

Autorizzo i medici curanti ad informare del mio stato di salute e delle mie aspettative di vita, sugli esami diagnostici e sulle possibili ed eventuali terapie da adottare, sui vantaggi e sui rischi degli esami diagnostici e delle terapie, anche nel caso in cui fossi affetto da malattia grave e non guaribile

le seguenti persone:

il/la signor/a _____
 nato/a il _____ a _____
 residente a _____
 indirizzo _____
 recapito telefonico/ e-mail _____

il/la signor/a _____
 nato/a il _____ a _____
 residente a _____
 indirizzo _____
 recapito telefonico/ e-mail _____

il/la signor/a _____
 nato/a il _____ a _____
 residente a _____
 indirizzo _____
 recapito telefonico/ e-mail _____

DISPOSIZIONI GENERALI

In relazione ai casi qui di seguito elencati, così dispongo in relazione ai trattamenti medico/scientifici **da praticare o non praticare:**

1. (in caso di incoscienza permanente non suscettibile di recupero)

- Siano iniziati e/o continuati** anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di incoscienza permanente non suscettibile di recupero.

- Non siano iniziati e/o continuati** se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di incoscienza permanente e senza possibilità di recupero.

2. (in caso di demenza avanzata non suscettibile di recupero)

- Siano iniziati e/o continuati** anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di demenza avanzata non suscettibile di recupero.
- Non siano iniziati e/o continuati** se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di demenza avanzata senza possibilità di recupero.

3. (nella situazione di paralisi con incapacità totale ed irreversibile di comunicare)

- Siano iniziati e continuati** anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di paralisi con irreversibile incapacità totale di comunicare verbalmente, per iscritto o in qualunque altra forma, grazie all'ausilio di mezzi tecnologici.
- Non siano iniziati e continuati** se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di paralisi con irreversibile incapacità totale di comunicare verbalmente, per iscritto o in qualunque altra forma, grazie all'ausilio di mezzi tecnologici.

Nelle ipotesi di cui sopra (punti 1, 2, 3)

- Voglio
- Non voglio

che mi siano praticate **forme di respirazione meccanica**.

- Voglio
- Non voglio

essere **nutrito artificialmente**.

- Voglio
- Non voglio

essere **idratato 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**.

DISPOSIZIONI PARTICOLARI

da valere in tutti i casi

dispongo inoltre 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.

NOMINA FIDUCIARIO/I

Qualora io perdessi in modo permanente ed irreversibile la capacità di decidere o di comunicare le mie decisioni, designo mio rappresentante fiduciario allo scopo di garantirmi lo scrupoloso rispetto delle mie volontà espresse nel presente documento,

il/la signor/a _____

nato/a il _____ a _____

residente a _____

indirizzo _____

recapito telefonico/ e-mail _____

Nel caso in cui il predetto rappresentante fiduciario sia nell'impossibilità di o non intendesse esercitare la sua funzione delego a sostituirlo in questo compito il signor

Il/la signor/a _____

nato/a il _____ a _____

residente a _____

indirizzo _____

recapito telefonico/ e-mail _____

In particolare, ed a titolo esemplificativo, il mio fiduciario potrà:

- rivolgersi all'autorità giudiziaria affinché provveda alla nomina di un amministratore di sostegno, possibilmente nella sua persona, che abbia la specifica funzione di tutelare i miei interessi di natura non patrimoniale e di dare attuazione a queste mie volontà;
- rappresentarmi in ogni controversia giudiziaria o amministrativa scaturente o connessa a queste mie volontà o relativa alla loro attuazione, ivi comprese tutte le eventuali impugnative e/o ricorsi, in ogni competente sede giudiziaria o amministrativa, in caso di rigetto o mancata considerazione della volontà da me espressa e da lui trasmessa, con facoltà, ove necessario, di sollevare eccezione di incostituzionalità delle norme di legge eventualmente invocate per giustificare il rifiuto.

DISPOSIZIONI DOPO LA MORTE

ASSISTENZA RELIGIOSA/FUNERALE

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.
- Desidero un funerale non religioso.

DONAZIONE ORGANI

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**.

SEPOLTURA / CREMAZIONE

1.

Dispongo che il mio corpo sia

- inumato/tumulato**
- cremato**

2. In caso di cremazione dispongo che **le mie ceneri** siano:

- tumulate
- conservate
- disperse

Luogo, Data _____

In fede _____(firma)

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Dlgs 196 del 30 giugno 2003 per i soli fini connessi all'attuazione della mia dichiarazione.

Luogo, Data _____

In fede _____(firma)