

Alla c.a. Sig. Sindaco Dott. Marco Cavicchioli



e p.c. all'assessore competente

Mozione

Oggetto: ISTITUZIONE DEL REGISTRO COMUNALE DELLE DICHIARAZIONI ANTICIPATE DI VOLONTA' RELATIVE A TRATTAMENTI SANITARI

Premesso che:

- l'art. 32 comma 2 della Costituzione della Repubblica Italiana sancisce il principio per cui nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge, e comunque in nessun caso può violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana;
- la Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea sancisce che la dignità umana è inviolabile, che ogni individuo ha diritto alla vita e alla propria integrità fisica e psichica e che nell'ambito della medicina e della biologia deve essere in particolare rispettato il consenso libero e informato della persona interessata;
- i pronunciamenti della più recente giurisprudenza di legittimità e di merito riconoscono la rilevanza della volontà precedentemente espressa dal soggetto divenuto incapace in merito ai trattamenti sanitari cui essere sottoposto;
- la legge di ratifica della Convenzione di Oviedo sui Diritti dell'uomo e la Biomedicina è stata approvata in Italia con la legge n. 145 del 28 marzo 2001.

Considerato che:

- non si rinviene, nell'ordinamento giuridico italiano, uno strumento tecnico applicativo del principio costituzionale sopra richiamato;
- nell'assenza di una normativa nazionale in materia, al Comune ed al Sindaco, nella sua veste di massima autorità sanitaria, possono fare capo iniziative volte al riconoscimento formale delle dichiarazioni anticipate di volontà relative a trattamenti sanitari.

Si Impegna Sindaco e Giunta

A istituire il Registro comunale delle dichiarazioni anticipate di volontà sul fine vita.

Allegati

Allegato a) Facsimile di regolamento

Allegato b) Facsimile della dichiarazione del cittadino

Il gruppo consiliare MoVimento 5 Stelle Biella

Antonella Buscaglia

Giovanni Rinaldi

BIELLA, lì 20/06/2016

Allegato A

REGOLAMENTO COMUNALE PER IL REGISTRO DELLE DICHIARAZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (DAT)

ISTITUZIONE DEL REGISTRO COMUNALE DELLE DICHIARAZIONI ANTICIPATE DI VOLONTA' RELATIVE A TRATTAMENTI SANITARI

ART.1 ISTITUZIONE

Il Comune di Biella, 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 delle Dichiarazioni anticipate di Trattamento (DAT) presso l'Ufficio Anagrafe e Stato Civile.

ART.2 DEFINIZIONE

Con l'espressione "Dichiarazioni Anticipate di Trattamento" (DAT) si fa riferimento ad 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 lesioni cerebrali che determinino una perdita di coscienza definibile come permanente ed irreversibile.

La persona che lo redige (dichiarante), utilizzando esclusivamente l'apposito modulo approvato dall'Amministrazione Comunale, nomina uno o più Fiduciari che divengono, nel caso in cui la persona diventi incapace di comunicare consapevolmente con i medici, il/i soggetto/i chiamato/i a dare fedele esecuzione alla volontà della stessa per ciò che concerne le decisioni riguardanti i trattamenti sanitari da eseguire. Tale volontà sarà comunicata privatamente al fiduciario dal dichiarante.

ART.3 ISCRIZIONE

1. Sono soggetti legittimati a presentare il testamento biologico, nelle forme e secondo le modalità previste dal presente regolamento, gli iscritti nell'anagrafe della popolazione residente nel Comune di Biella, i quali abbiano compiuto il diciottesimo anno di età e che siano nella capacità di intendere e volere.

2. Le iscrizioni avvengono sulla base di un'istanza – dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà – nella quale l'interessato dichiara di aver nominato uno o più fiduciari, con lo specifico compito di dare fedele rappresentazione della volontà del dichiarante per ciò che concerne le decisioni riguardanti i trattamenti da eseguire ove lo stesso si trovasse nell'incapacità di intendere e di volere.

L'Ufficio comunale competente attesta l'iscrizione nel registro e rilascia copia dell'istanza con relativo numero progressivo e dichiarazione ricevuta dal cittadino. Rilascia altresì un tesserino con un numero univoco, che dovrà essere utilizzato dal personale sanitario, qualora ve ne fosse la necessità, per contattare i fiduciari.

3. Il comune trasmette per via telematica alla ASL il numero del tesserino e i fiduciari. La ASL metterà a disposizione un sito dove sarà possibile consultare in ogni momento l'archivio da parte del personale autorizzato.

ART 4 MODALITA' DI TENUTA DEL REGISTRO-INFORMAZIONE E MODULISTICA

- 1 Il venir meno della situazione di residenza nel Comune non comporta la cancellazione dal registro.
2. L'Ufficio Comunale preposto cura la tenuta del Registro su supporto informatico.
3. L'istanza-dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà con la quale viene dato atto di aver compilato e sottoscritto una dichiarazione anticipata di trattamento (DAT) avrà un numero progressivo e verrà annotata sul Registro. Sul registro verranno annotati il/i nominativi del/dei fiduciari.
4. Su richiesta del dichiarante le dichiarazioni possono essere revocate o modificate in qualunque momento.
5. L'Ufficio comunale preposto trasmette periodicamente le dichiarazioni raccolte ai Soggetti Istituzionali nelle more dell'entrata in vigore di una normativa nazionale e/o regionale che regolamenti in materia; in particolare:
 1. al Ministero del Welfare e della Salute;
 2. al Comitato Nazionale di Bioetica;
 3. all'Assessorato Regionale alla Sanità.
6. Dell'attivazione del servizio e della relativa modulistica viene data ampia informazione e diffusione attraverso il servizio URP e con qualunque altro mezzo disponibile.

Allegato B

**DICHIARAZIONE DI NOMINA FIDUCIARIO
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, dichiaro che, nel caso io divenga incapace di intendere e di volere, in modo permanente e irreversibile fossi affetto da una malattia allo stadio terminale, o da una malattia o lesione cerebrale invalidante e irreversibile, nomino mio rappresentante fiduciario che si impegna a garantire lo scrupoloso rispetto delle mie volontà, da me comunicate precedentemente al fiduciario stesso

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 _____

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del decreto legislativo 196/2003, al solo fine dell'attuazione del regolamento concernente DAT (Dichiarazioni Anticipate di Trattamento)