



COMUNE DI RIFREDDO

PROVINCIA DI CUNEO

REGOLAMENTO
PER L'ISTITUZIONE E LA DISCIPLINA
DEL REGISTRO DELLE DICHIARAZIONI ANTICIPATE
DI TRATTAMENTO (DAT)

SOMMARIO

Art. 1 - Istituzione del registro

Art. 2 - Disposizioni anticipate di trattamento e nomina del fiduciario Art.

Art. 3 - Finalità del registro

Art. 4 - Iscrizione nel registro

Art. 5 - Compiti del funzionario accettante

Art. 6 - Modifica o revoca delle disposizioni anticipate di trattamento Art.

Art. 7 - Iscrizione a deposito delle disposizioni anticipate di trattamento Art.

Art. 8 - Accessibilità delle informazioni contenute nel registro

Art. 9 - Attività di pubblicizzazione e informazione

Art. 10 - Abrogazione di norme

Art. 11 - Rinvio

Art. 12 - Entrata vigore

Articolo 1 - Istituzione del Registro

1. Il Comune, 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, in attuazione della legge, istituisce il "Registro delle disposizioni anticipate di trattamento" (DAT).

Articolo 2 – Disposizioni anticipate di trattamento e nomina del fiduciario

- 1.** Ai sensi del presente regolamento si definisce "*disposizione anticipata di trattamento*" (o DAT), il documento contenente la manifestazione di volontà di una persona – il disponente
- 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.
- 2.** 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.
- 3.** Il disponente può nominare un fiduciario supplente con il compito di assolvere alle funzioni del fiduciario, qualora quest'ultimo si trovi nell'impossibilità di provvedere.

Articolo 3 - Finalità del registro

- 1.** Il Registro è riservato ai cittadini residenti nel Comune 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/fiduciario supplente, con lo scopo di garantire la certezza della data di presentazione e la fonte di provenienza.
- 2.** Il venir meno della situazione di residenza non comporta la cancellazione dal registro ma non consente l'eventuale aggiornamento delle dichiarazioni depositate.

Articolo 4 - Iscrizione nel registro

- 1.** Il Registro deve riportare il numero progressivo delle dichiarazioni di avvenuta predisposizione del testamento biologico e l'elenco dei soggetti dichiaranti e dei fiduciari.
- 2.** Il Dichiarante deve rendere dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000 nella quale dà atto di aver compilato e sottoscritto la dichiarazione anticipata di trattamento e l'indicazione dei fiduciari. Tale dichiarazione viene allegata al Registro di cui al presente Regolamento. Nella dichiarazione vanno anche indicati soggetti autorizzati ad accedere al registro ed alla documentazione eventualmente allegata. (All.1)
- 3.** La dichiarazione sostitutiva deve essere resa alla presenza del funzionario responsabile dell'ufficio di stato civile, il quale è competente a ricevere la documentazione. Il modulo di dichiarazione contiene anche l'informativa di cui al GDPR (General Data Protection Regulation) 2016/679.

Articolo 5 - Compiti del funzionario accettante

- 1.** 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 mediante il rilascio di copia della dichiarazione sostitutiva (All.1).
- 2.** 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.
- 3.** Il Funzionario dello Stato Civile, stando a quanto emana il DM 10 gennaio 2019, n. 168, deve acquisire il consenso informato di tutti i disponenti e fiduciari al fine del loro inserimento all'interno di una banca dati nazionale, effettuando la compilazione di espliciti moduli resi disponibili dal Ministero della Salute. Nel caso in cui il consenso non venga dato il Funzionario è tenuto a trasmettere al Ministero l'avvenuto deposito.
- 4.** Il funzionario accettante, nel caso in cui venga negato il consenso di cui sopra, non conosce il contenuto della disposizione anticipata di trattamento, che è un atto strettamente personale e non risponde pertanto dei contenuti della disposizione stessa; ha il solo compito di ricevere, registrare e conservare e trasmettere al Ministero della Salute le DAT, non deve partecipare alla redazione della scrittura né è tenuto a dare informazioni sul contenuto delle DAT. In caso contrario il Funzionario sarà tenuto ad aprire la busta e trasmetterne il contenuto alla Banca Dati Nazionale.

Articolo 6 - Modifica e revoca della disposizione anticipata di trattamento

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

Articolo 7 - Iscrizione e deposito della disposizione anticipata di trattamento

1. La persona interessata si presenta al responsabile dell'ufficio di stato civile, accompagnato dal fiduciario e dall'eventuale sostituto, se nominato, muniti di documento di identità in corso di validità per la consegna della busta contenente la disposizione anticipata di trattamento.
2. Qualora il dichiarante sia impossibilitato a depositare la busta contenente la D.A.T. allo sportello per motivi gravi di salute e previsti nella Legge 104/1992, potrà presentare istanza corredata da certificato medico dell'ASL che attesti l'impossibilità ad allontanarsi dall'abitazione perché:
 - affetto da gravissime infermità con prognosi superiori a 60 giorni tali che l'allontanamento dall'abitazione in cui dimora risulta impossibile anche con l'ausilio dei servizi di cui all'articolo 29 della L. 104/1992
 - l'infermità fisica comporta per il dichiarante la dipendenza continuativa da apparecchiature elettromedicali tali da impedirne l'allontanamento dalla propria abitazione
3. L'Ufficiale dello stato civile che riceve l'istanza è autorizzato a recarsi presso l'abitazione del dichiarante al fine di consentire allo stesso di consegnare la busta contenente la D.A.T. secondo le prescrizioni previste dal presente regolamento.
4. La busta viene sigillata e numerata con lo stesso numero di iscrizione sul Registro delle disposizioni anticipate di trattamento.
5. Il dichiarante compila e sottoscrive, davanti al funzionario incaricato la dichiarazione sostitutiva di atto notorio, dalla quale risulta l'espressa volontà di aver consegnato le proprie disposizioni anticipate di trattamento. (All. 1)
6. Il fiduciario e l'eventuale sostituto, se la nomina non è stata formalizzata nell'atto contenente le DAT, ma con atto separato da parte del disponente, (All. 2), compilano e sottoscrivono, davanti al funzionario incaricato, la dichiarazione sostitutiva di atto notorio contenente l'accettazione della nomina (All. 3).
7. Alla dichiarazione viene assegnato lo stesso numero attribuito alla busta chiusa e, ai fini della loro conservazione e archiviazione, sono inserite in un fascicolo unitamente alla busta chiusa contenente la disposizione anticipata di trattamento.

Articolo 8 - Accessibilità delle informazioni contenute nel “registro”

1. Il Funzionario responsabile dell'Ufficio stato civile consentirà l'accesso alle informazioni contenute nel “Registro” ed alla documentazione collegata, dietro presentazione di richiesta scritta motivata inoltrata dagli interessati legittimati in sede di presentazione della dichiarazione, per i fini consentiti dalla legge e dalla normativa comunale nonché nel rispetto della legislazione vigente in tema di diritto di accesso e di protezione dei dati personali.
2. Il richiedente/interessato legittimato ricevente la documentazione provvederà a rilasciare opportuna ricevuta degli atti acquisiti.

Articolo 9 - Attività di pubblicizzazione ed informazione

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

Articolo 10 - Abrogazione di norme

1. Sono abrogate tutte le disposizioni regolamentari in contrasto con quelle del presente regolamento.

Articolo 11 – Rinvio

1. Per quanto non previsto nel presente regolamento trovano applicazione le disposizioni di leggi e di regolamenti vigenti in materia.

Articolo 12 - Entrata in vigore

1. Il presente Regolamento entra in vigore il giorno in cui diviene esecutiva la relativa delibera di approvazione. Il presente regolamento è reso pubblico mediante pubblicazione sul sito internet del comune, unitamente alla modulistica.

Rifreddo, lì 20 giugno 2020

**OGGETTO: Istanza di consegna delle Disposizioni Anticipate di
Trattamento - DAT. (Art. 4, comma 6, della legge 22
dicembre 2017, n. 219).**

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a in _____ il _____
residente a _____ Via _____ n. _____
cittadino/a _____ codice fiscale _____ telefono _____
e-mail _____ pec _____
quale "*disponente*"

CHIEDE

- di consegnare la mia Dichiarazione Anticipata di Trattamento contenente la mia volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso informato o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche ed a singoli trattamenti sanitari, in busta chiusa e sigillata al Comune e di avere a tale scopo utilizzato l'apposito modello predisposto dal Comune stesso, integro in tutte le sue parti;

DICHIARA

- di aver inserito nella busta, insieme alla DAT, copia di un valido documento d'identità e copia di un valido documento di identità del fiduciario, di seguito indicato, che farà le mie veci e mi rappresenta nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie, che ha accettato la mia nomina;

e a tal fine

DICHIARA

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni anche penali conseguenti alle dichiarazioni false e mendaci:

- di essere persona maggiorenne e capace di intendere e volere;
- di essere residente nel Comune

che il fiduciario è il/la Sig./ra _____

che ha provveduto a sottoscrivere le DAT che vengono consegnate;

di aver consegnato a detto fiduciario una copia delle DAT;

di essere a conoscenza che l'incarico di fiduciario potrà essere revocato in qualsiasi momento, con le stesse modalità previste per la nomina e senza obbligo di motivazione;

di essere a conoscenza che le DAT possono essere rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento;

di essere a conoscenza che nel caso in cui il fiduciario indicato vi rinunci o sia divenuto incapace o sia deceduto, la DAT mantiene efficacia in merito alla mia volontà;

di non aver indicato alcun fiduciario e di essere informato che in caso di necessità il giudice tutelare provvederà alla nomina di un amministratore di sostegno, ai sensi del capo I del titolo XII del libro I del Codice civile;

di essere consapevole che ai sensi del D.lgs. 30 giugno 2003, n.196 (Codice in materia di protezione dei dati personali) il trattamento delle informazioni rese, effettuabile anche con strumenti informatici, sarà eseguito esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene da me rilasciata e sarà improntato a principi di correttezza, liceità, trasparenza, nella tutela del diritto alla riservatezza.

Tipo di istanza di registrazione, secondo la codifica della Banca Dati Nazionale (barrare quella interessata):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 00 – Mera comunicazione di avere sottoscritto una DAT | <input type="checkbox"/> 05 - Nomina fiduciario senza accettazione |
| <input type="checkbox"/> 01 - DAT senza indicazione fiduciario | <input type="checkbox"/> 06 - Accettazione nomina da parte del fiduciario |
| <input type="checkbox"/> 02 - DAT con indicazione e accettazione del fiduciario | <input type="checkbox"/> 07 - Rinuncia alla nomina da parte del fiduciario |
| <input type="checkbox"/> 03 - DAT con indicazione fiduciario non ancora accettata | <input type="checkbox"/> 08 - Revoca DAT |
| <input type="checkbox"/> 04 - Nomina fiduciario con accettazione | <input type="checkbox"/> 09 - Revoca della nomina del fiduciario |
| | <input type="checkbox"/> 10 - Revoca tutte le DAT precedentemente trasmesse |
| | <input type="checkbox"/> 99 - Caso non contemplato nei codici precedenti |

DICHIARA INOLTRE

di esprimere il proprio consenso informato:

- alla registrazione dell'istanza sul Registro Comunale;
- all'invio della registrazione effettuata in Comune alla Banca dati nazionale;
- all'invio di copia della DAT alla Banca dati nazionale;
- alla notifica tramite e-mail dell'avvenuta registrazione nella Banca dati nazionale

Allega:

- le proprie disposizioni anticipate di trattamento – DAT;
- fotocopia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità;
- “Nomina fiduciario” e “Accettazione incarico di fiduciario” (1);

Rifreddo, li _____

Firma del disponente (per esteso e leggibile)

(1) Se la nomina del fiduciario non è stata formalizzata nell'atto contenente le DAT.

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

La suddetta dichiarazione è stata resa e sottoscritta in mia presenza dal disponente della cui identità mi sono accertato mediante _____

Data _____

Timbro

L'ufficiale dello Stato Civile

RICEVUTA AVVENUTA PRESENTAZIONE

Si attesta che le DAT in epigrafe relative a _____ nato/a in _____ il _____ sono state registrate in data odierna al n. _____ dell'elenco cronologico delle DAT presentate e saranno conservate presso l'ufficio dello stato civile di questo Comune in conformità ai principi di riservatezza dei dati personali di cui al all'art. 13 del GDPR (General Data Protection Regulation) 2016/679

Data _____

Timbro

L'ufficiale dello Stato Civile

Allegato "2"

All'Ufficiale dello Stato Civile
del Comune di RIFREDDO

OGGETTO: Nomina fiduciario. (Art. 4, comma 2, della legge 22 dicembre 2017, n. 219). (1)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a in
_____ il _____ residente a
_____ Via _____ n. _____ cittadino/a
_____ codice fiscale _____ telefono _____ e-mail
_____ pec _____

N O M I N A

fiduciario il/la Sig./ra _____ nato/a in
_____ il _____ residente a
_____ in via _____ n. _____, per le finalità
connesse all'applicazione della legge 22 dicembre 2017, n.219 "Norme in materia di consenso informato e di
disposizioni anticipate di trattamento".

Rifreddo, li _____

Firma del disponente (per esteso e leggibile)

Informativa privacy

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del GDPR (General Data Protection Regulation) 2016/679, che i dati personali conferiti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data.....

Firma.....

Si informa che il titolare del trattamento è il Comune di Rifreddo e che il responsabile del trattamento è il Responsabile dell'Ufficio competente, secondo gli atti di organizzazione vigenti".

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

La suddetta dichiarazione di nomina è stata resa e sottoscritta in mia presenza dal disponente della cui identità mi sono accertato mediante _____
_____.

Rifreddo, lì

**L'ufficiale dello
Stato Civile**

All'Ufficiale dello Stato Civile
del Comune di RIFREDDO

OGGETTO: Accettazione della nomina di fiduciario. (Art. 4, comma 2, della legge 22 dicembre 2017, n. 219).

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a in _____
_____ il _____ residente a _____
_____ Via _____ n. _____ cittadino/a _____
_____ codice fiscale _____ telefono _____ e-mail _____
_____ pec _____

A C C E T T A

la nomina di fiduciario per il Sig./ra _____ nato/a in _____
_____ il _____ residente a _____
_____ in via _____ n. _____, per le finalità
connesse all'applicazione della legge 22 dicembre 2017, n.219 "Norme in materia di consenso informato e
di disposizioni anticipate di trattamento".

DICHIARA

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni anche penali conseguenti alle
dichiarazioni false e mendaci:

- di essere persona maggiorenne e capace di intendere e volere;

di essere a conoscenza che l'incarico del fiduciario può essere revocato dal disponente in qualsiasi momento,
con le stesse modalità previste per la nomina e senza obbligo di motivazione;

DICHIARA INOLTRE

il consenso informato:

- alla registrazione della sua nomina come fiduciario/a solo sul Registro Comunale;
- all'invio della sua nomina alla Banca dati nazionale;
- alla notifica tramite e-mail dell'avvenuta registrazione nella Banca dati nazionale

Data _____

Firma del fiduciario (per esteso e leggibile)

Informativa privacy

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del GDPR (General Data Protection Regulation) 2016/679, che i dati personali conferiti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data.....

Firma.....

Si informa che il titolare del trattamento è il Comune di Rifreddo e che il responsabile del trattamento è il Responsabile dell'Ufficio competente, secondo gli atti di organizzazione vigenti".

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

La suddetta dichiarazione di nomina è stata resa e sottoscritta in mia presenza dal disponente della cui identità mi sono accertato mediante _____

_____.

Rifreddo, lì

**L'ufficiale dello
Stato Civile**

Allegato “4”

All'Ufficiale dello Stato Civile
del Comune di RIFREDDO

**Testamento biologico DAT – Disposizioni anticipate di trattamento
(Art. 4 Legge 22 dicembre 2017 n. 2018)**

Il/la sottoscritta			
Nato/a a		Il	
Residente a			
Via			
telefono	Indirizzo mail		

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

- VOGLIO essere informato sul mio stato di salute e sulle mie aspettative di vita, anche se fossi affetto da malattia grave e non guaribile.
- NON VOGLIO essere informato sul mio stato di salute e sulle mie aspettative di vita, anche se fossi affetto da malattia grave e non guaribile.

- VOGLIO essere informato sui vantaggi e sui rischi degli esami diagnostici e delle terapie.
- NON VOGLIO essere informato sui vantaggi e sui rischi degli esami diagnostici e delle terapie.

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 Sig./la Sig.ra:

Nome e cognome			
Nato/a a		Il	
Residente a			
Via			
telefono	Indirizzo mail		

Nome e cognome			
Nato/a a		II	
Residente a			
Via			
telefono	Indirizzo mail		

Autorizzo, inoltre, 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 le mie decisioni ai medici, formulo le seguenti disposizioni riguardo ai trattamenti sanitari, disposizioni che perderanno validità se, ripresa la piena coscienza, decidessi di annullarle o sostituirle.

Dispongo che i trattamenti terapeutici:

- SIANO iniziati e continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di incoscienza permanente non suscettibile di recupero.
- NON SIANO continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di incoscienza permanente e senza possibilità 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 anche 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 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.

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) considerata irreversibile dai medici dispongo che:

- SIANO intrapresi tutti i provvedimenti volti ad alleviare le mie sofferenze (come l'uso di farmaci oppiacei) anche se il ricorso ad essi rischiasse di anticipare la fine della mia vita.
- NON SIANO intrapresi tutti i provvedimenti volti ad alleviare le mie sofferenze (come l'uso di farmaci oppiacei) anche se il ricorso ad essi rischiasse di anticipare la fine della mia vita.
- NON VOGLIO che mi siano praticate forme di respirazione meccanica, anche invasiva.
- VOGLIO essere libero/a di interrompere in qualsiasi momento forme di respirazione meccanica, anche invasiva.
- NON VOGLIO essere idratato/a o nutrito/a artificialmente.
- ALTRE disposizioni personali

--

Nomina del Fiduciario/a

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

Nome e cognome			
Nato/a a		Il	
Residente a			
Via			
telefono	Indirizzo mail		

Il/la quale dichiara di accettare la presente nomina a fiduciario/a

Data _____

Firma per accettazione del fiduciario/a

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

Nome e cognome			
Nato/a a		Il	
Residente a			
Via			
telefono	Indirizzo mail		

Il/la quale dichiara di accettare la presente nomina a fiduciario/a sostitutivo/a

Data _____

Firma per accettazione del fiduciario/a sostitutivo

Data _____

Firma del disponente

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del GDPR (General Data Protection Regulation) 2016/679

Data _____

Firma del disponente

Si autorizza la trasmissione del seguente atto alla **Banca dati nazionale DAT**, ai sensi del DM 10 gennaio 2019, n. 168:

SI NO

Data _____

Firma del disponente

Allegare copia dei documenti di identità del disponente e del/i fiduciario/i