

**COMUNE DI CASARGO**  
**PROVINCIA DI LECCO**  
Via Roma N.1/A 23831 Casargo (LC)  
Tel. N.0341/840.123 – Fax N.0341/840.673  
segreteria@comune.casargo.lc.it  
www.comune.casargo.lc.it

**REGOLAMENTO COMUNALE  
PER IL REGISTRO DELLE  
DICHIARAZIONI  
ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (D.A.T.)**

Approvato con deliberazione di Consiglio comunale n. \_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_.

## **INDICE**

Art. 1 – Definizioni

Art. 2 - Natura e scopo del registro

Art. 3 - Soggetti legittimati a presentare la D.A.T.

Art. 4 - Istituzione e contenuti del Registro delle D.A.T.

Art. 5 - Registrazione delle D.A.T.

Art. 6 - Revoca, modifica, rinnovo delle D.A.T.

Art. 7 - Modalità di accesso al Registro delle D.A.T.

Art. 8 - Norma finale

Allegato "A"

Allegato "B"

Allegato "C"

Allegato "D"

## **Art. 1**

### **Definizioni**

Ai fini del presente documento si intende per:

- a) **TESTAMENTO / DICHIARAZIONE DI VOLONTA'** un documento contenente le dichiarazioni rese da un soggetto residente nel Comune di Casargo relative alle volontà di essere o meno sottoposto a trattamenti sanitari in caso di malattia, lesione cerebrale irreversibile o patologia invalidante, che costringano a trattamenti permanenti con macchine o sistemi artificiali in una fase in cui la persona non sia più in grado di manifestare il proprio consenso o il proprio rifiuto della terapia, del trattamento o della cura cui è sottoposta;
- b) **DICHIARANTE** il soggetto residente che rende la dichiarazione relativa al Testamento / Dichiarazione di volontà;
- c) **FIDUCIARIO** 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;
- d) **REGISTRO DELLE DICHIARAZIONI ANTICIPATE DI VOLONTA' RELATIVE AI TRATTAMENTI SANITARI – TESTAMENTO BIOLOGICO** registro riportante il numero progressivo delle dichiarazioni di avvenuta redazione del Testamento / Dichiarazione di volontà e l'elenco dei soggetti dichiaranti oltre che dei fiduciari (fiduciario e eventuale fiduciario supplente) e del luogo in cui viene depositato il testamento biologico;
- e) **FUNZIONARIO ACCETTANTE** Funzionario comunale incaricato della tenuta e dell'aggiornamento del registro; il Funzionario accettante rilascerà al dichiarante l'attestazione relativa alla presentazione della dichiarazione di avvenuta predisposizione del testamento biologico; il Funzionario accettante non conosce il contenuto del Testamento / Dichiarazione di volontà che è un atto strettamente personale e non risponde pertanto dei contenuti dello stesso.

## **Art. 2**

### **Natura e scopo del registro**

1. Il presente Regolamento disciplina le modalità relative alla istituzione, alla manutenzione e all'utilizzo del Registro (cartaceo ed informatizzato) delle Dichiarazioni anticipate di trattamento (di seguito denominato Registro delle D.A.T.).
2. Il presente Regolamento definisce le procedure necessarie per la registrazione delle Dichiarazioni Anticipate di Trattamento (D.A.T.), per la loro conservazione e per garantire la loro effettiva disponibilità di utilizzo al momento dell'insorgere delle relative condizioni di applicabilità.

## **Art. 3**

### **Soggetti legittimati a presentare la D.A.T.**

1. Ai sensi del presente Regolamento, sono soggetti legittimati a presentare la D.A.T., nelle forme e secondo le modalità ivi previste, tutti i residenti nel territorio del Comune di Casargo, che abbiano compiuto il diciottesimo anno di età, abbiano la capacità giuridica e non siano stati sottoposti a provvedimenti restrittivi della capacità di agire.
2. I soggetti legittimati dichiarano nella D.A.T. di non averne reso dichiarazioni analoghe e assumono specifico impegno a non renderne altre successivamente in luogo diverso dal Comune di Casargo.

**Art. 4**  
**Istituzione e contenuti del Registro delle D.A.T.**

1. Il Registro informatico delle D.A.T. è istituito dal Comune presso il Servizio Segreteria Generale, che provvede alla creazione di una banca dati con accesso protetto da password, limitato al dichiarante, al/ai fiduciario/i ed al medico di famiglia, se indicato all'attivazione del Registro delle D.A.T., in coerenza con la finalità di rendere disponibili i relativi dati secondo quanto previsto dall'art. 7 del presente Regolamento.
2. Contestualmente, ed in attesa della costituzione del registro informatico, viene istituito un registro cartaceo, previa sua vidimazione e numerazione, che sarà accessibile ai medesimi soggetti.
3. Il Registro delle D.A.T. contiene l'indicazione, numerata progressivamente sulla base della data e dell'ora di inserimento della D.A.T., dei seguenti dati:
  - a) nome, cognome e dati anagrafici relativi al soggetto che ha reso la D.A.T.;
  - b) luogo e data in cui è resa la D.A.T.;
  - c) nome, cognome e dati anagrafici relativi al/i fiduciario/i, indicati nella D.A.T.;
  - d) nome, cognome e dati anagrafici relativi al medico di famiglia, qualora nominato nella D.A.T.
4. Il Servizio Segreteria Generale istituisce l'archivio per la conservazione delle D.A.T. che sarà tenuto in apposito armadio protetto da meccanismi di sicurezza specifici per la conservazione dei dati sensibili.

**Art. 5**  
**Registrazione delle D.A.T.**

1. Le D.A.T. sono redatte in forma scritta. L'interessato deve sottoscrivere la dichiarazione che deve essere controfirmata dal/i fiduciario/i per accettazione. E' possibile la sottoscrizione per conoscenza del medico di famiglia.
2. Per mero scopo esemplificativo in allegato al presente Regolamento rispettivamente sotto la lettere A, B e C , vengono forniti tre moduli per facilitare la dichiarazione unitamente al glossario ed una nota illustrativa. Si precisa che la dichiarazione può comunque essere presentata secondo ogni altra dichiarazione in forma libera validamente resa.
3. Le D.A.T. devono essere consegnate al Segretario comunale o a chi ne fa le veci in busta chiusa, firmata dal dichiarante sui lembi di chiusura. In una busta più grande andrà inserita la busta chiusa contenente la D.A.T., oltre ad una copia fotostatica dei documenti di identità del dichiarante e del/i fiduciario/i nominato/i. La busta grande contenente la busta al cui interno è conservata la D.A.T. e la fotocopia dei documenti di cui sopra viene chiusa, numerata, timbrata e firmata dagli intervenuti e sulla stessa viene apposto il medesimo numero di annotazione nel Registro delle D.A.T.
4. Il dichiarante, di fronte al funzionario del Comune, compila e sottoscrive la dichiarazione sostitutiva di atto notorio allegata al presente Regolamento sotto la lettera D, dalla quale si evince la sua consapevolezza delle conseguenze derivanti dall'iscrizione al registro delle D.A.T., il nominativo del soggetto/i fiduciario/i, nonché il nominativo dei soggetti autorizzati ad accedere al Registro e, conseguentemente, alla documentazione collegata.
5. Il/i fiduciario/i presenti di fronte al funzionario del Comune, compilano e sottoscrivono la dichiarazione sostitutiva di atto notorio nella quale dichiarano di aver controfirmato la D.A.T. consegnata dal dichiarante.
6. Le dichiarazioni di atto notorio vengono numerate con lo stesso numero di quello assegnato alla busta chiusa e spillate esternamente alla busta.

7. Al dichiarante viene rilasciata una fotocopia della dichiarazione dell'atto notorio completa di numero e firma del funzionario del Comune come ricevuta di avvenuta consegna.

8. La busta chiusa e numerata e le dichiarazioni di atto notorio numerate vengono annotate nel registro ed archiviate dal servizio Segreteria Generale.

9. L'iscrizione nel registro è soggetta al rimborso spese di € 20,00.=.

#### **Art. 6**

#### **Revoca, modifica, rinnovo delle D.A.T.**

1. Ai fini del presente Regolamento, la D.A.T. può essere in qualsiasi momento revocata o modificata dal dichiarante, secondo le stesse modalità previste dall'art. 4 del presente Regolamento per la sua presentazione. Resta inteso che ogni revoca o modifica della D.A.T. da parte del dichiarante, avrà effetto immediato per il dichiarante e per i medici che lo avranno in cura e renderà non più valida la precedente versione della D.A.T.

2. Eventuali revoche della D.A.T., sempre ammesse secondo la volontà del dichiarante, ma rese in forma diversa dalle modalità previste dall'art. 4 e non comunicate al Comune esimono l'Ente da ogni responsabilità.

3. La validità della D.A.T. è illimitata.

4. Nel caso in cui il dichiarante trasferisca la residenza in altro comune dovrà ritirare la D.A.T. entro un congruo termine comunicato dal Servizio Segreteria. In difetto, il servizio provvederà automaticamente alla cancellazione della D.A.T. dal Registro e alla sua materiale distruzione.

#### **Art. 7**

#### **Modalità di accesso al Registro delle D.A.T.**

1. L'accesso al Registro delle D.A.T. e, conseguentemente, alla documentazione collegata è consentito, oltre che al dichiarante, al/i fiduciario/i, ad altri soggetti autorizzati dal Dichiarante nella dichiarazione sostitutiva di atto notorio prevista al comma 3 del precedente articolo 5.

2. Per ottenere l'accesso al Registro il richiedente, dovrà indicare i dati identificativi registrati nell'apposita sezione del Registro delle D.A.T.

3. La richiesta di accesso al Registro delle D.A.T. sarà esente da qualsiasi onere economico, fiscale e contributivo per il richiedente.

#### **Art. 8**

#### **Norma finale**

1. Il presente Regolamento entra in vigore il giorno successivo all'intervenuta sua pubblicazione all'Albo pretorio per giorni quindici consecutivi.

2. Il presente Regolamento sarà oggetto di revisione obbligatoria qualora una disposizione di Legge provvederà a regolamentare diversamente la materia.

## Glossario

### **Accanimento diagnostico-terapeutico**

Sebbene sia, allo stato attuale, estremamente difficile fornire una definizione esatta e puntuale di accanimento terapeutico, l'art. 16 del vigente Codice di deontologia medica dispone che *«il medico, anche tenendo conto delle volontà del paziente laddove espresse, deve astenersi dall'ostinazione in trattamenti diagnostici e terapeutici da cui non si possa fondatamente attendere un beneficio per la salute del malato e/o un miglioramento della qualità della sua vita»*.

### **Allimentazione artificiale**

Insieme di metodi che consentono la nutrizione di pazienti che, per ragioni varie, non sono in grado di assumere alimenti solidi e liquidi per bocca.

### **Autodeterminazione terapeutica (diritto di)**

Il diritto di autodeterminazione è sancito, a livello costituzionale, all'art. 13 Cost., ove si prevede che *«la libertà personale è inviolabile»* e che non è ammessa nessuna forma di restrizione della libertà personale, se non per atto motivato dell'autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla Legge. Il diritto di autodeterminazione terapeutica è, poi, più in particolare riconosciuto dall'art. 32, secondo comma, Cost., ove si stabilisce che *«nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di Legge»*. Tale diritto, infine, è ulteriormente specificato nel Codice di deontologia medica all'art. 35 ed all'art. 38. Esercitando il proprio diritto di autodeterminazione terapeutica, il paziente può decidere, in piena libertà ed autonomia, a quali interventi diagnostici e/o a quali trattamenti sanitari sottoporsi o non sottoporsi, senza che la sua volontà possa essere disattesa da parte del personale medico.

### **Consenso informato**

Il principio del consenso informato è strettamente collegato al principio di autodeterminazione terapeutica; rilasciando il proprio consenso o il proprio dissenso informato all'atto medico, infatti, il paziente esercita il proprio diritto di autodeterminazione terapeutica. Il consenso (ed il dissenso), per essere valido ed efficace, deve essere *«informato»*, ossia deve essere rilasciato dopo che il paziente ha ricevuto ampia, chiara e completa informazione circa i vantaggi, gli svantaggi e, in generale, le conseguenze che l'accettazione o il rifiuto dell'intervento diagnostico e/o del trattamento sanitario potranno comportare.

### **Dichiarazione Anticipata di Trattamento**

Dichiarazione con la quale si esprime anticipatamente la propria volontà in ordine ai trattamenti sanitari ai quali si desidera o non si desidera essere sottoposti nel caso in cui, a causa di un infortunio o dell'evoluzione di una patologia invalidante, non si sia più in grado di esprimere il proprio consenso o il proprio dissenso informato all'atto medico.

### **Idratazione artificiale**

Somministrazione di acqua ed elettroliti per vie artificiali atta ad impedire la disidratazione.

### **Locked – in**

In questa condizione il paziente è paralizzato ai quattro arti (tetraplegia), senza compromissione della coscienza e delle attività mentali: il paziente è, pertanto, vigile e cosciente, ma privo di motilità, espressioni facciali e possibilità di vocalizzazione.

### **Sedazione**

Riduzione intenzionale della vigilanza con mezzi farmacologici, fino alla perdita di coscienza, allo scopo di ridurre o abolire la percezione di un sintomo, altrimenti intollerabile per il paziente, nonostante siano stati messi in opera i mezzi più adeguati per il controllo del sintomo, che risulta, quindi, refrattario.

### **Stato di minima coscienza**

Si distingue dallo stato vegetativo per la presenza di comportamenti associati alle attività di coscienza che, pur se apparentemente inconsistenti, sono tuttavia riproducibili e vengono mantenuti sufficientemente a lungo per essere differenziati da semplici comportamenti riflessi.

#### **Stato vegetativo permanente**

Tale terminologia, oggi controversa, è stata proposta dalla Multi-Society Task Force nel 1994 ed indica il limite massimo delle possibilità di recupero delle persone che potrebbero emergere da uno stato vegetativo post-traumatico o post-anossico. Il concetto di permanenza, applicato allo stato vegetativo, non ha, in ogni caso, valore di certezza, trattandosi pur sempre di una valutazione di tipo probabilistico.

#### **Stato vegetativo persistente**

Il documento della Multi-Society Task Force del 1994 definiva lo stato vegetativo persistente come uno stato di incoscienza sveglia che duri più di alcune settimane. Alcuni studiosi sconsigliano l'utilizzo dei termini «*persistente*» e «*permanente*» e consigliano di sostituirli con l'indicazione della durata della condizione.

#### **Terapia del dolore**

Insieme di interventi diagnostici e terapeutici volti ad approfondire i meccanismi patogenetici di forme morbose croniche così da scegliere le relative terapie farmacologiche, chirurgiche, strumentali, psicologiche, riabilitative tra loro variamente integrate più adeguate per il controllo di tale sintomatologia. Nel caso della persona affetta da malattia inguaribile in fase avanzata e terminale, l'approccio della terapia del dolore si integra nell'insieme degli interventi di palliazione.

#### **Trattamento sanitario**

È il complesso degli atti diagnostici e/o terapeutici che il medico applica per curare il paziente, previa corretta informazione sul trattamento da praticare, sugli eventuali rischi connessi e le eventuali alternative possibili, e acquisizione del consenso informato da parte del paziente stesso.

#### **Ventilazione meccanica artificiale**

Sistema di sostegno della funzionalità respiratoria, che mediante apposite apparecchiature (ventilatori) vicaria la respirazione autonoma in soggetti in cui essa risulta alterata, compromessa o artificialmente inibita. La ventilazione meccanica artificiale può essere effettuata con modalità non invasiva (maschera facciale ecc.) o con modalità invasiva (intubazione tracheale, tracheotomia).

**Allegato "A" al Regolamento per l'istituzione e la manutenzione di un registro delle dichiarazioni anticipate di trattamento (registro delle D.A.T.)**

**DICHIARAZIONE DI VOLONTA' ANTICIPATA PER I TRATTAMENTI SANITARI**

Nel pieno rispetto dell'art. 13 della Costituzione, che stabilisce che non è ammessa nessuna forma di restrizione della libertà personale, se non per atto motivato dell'autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla Legge;

nel pieno rispetto dell'art. 32 della Costituzione, che stabilisce la tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo, e prevede che nessuno possa essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di Legge, e comunque nel rispetto della persona umana;

visto l'art. 9 della Convenzione per la protezione dei Diritti dell'Uomo e della dignità dell'essere umano nei confronti delle applicazioni della biologia e della medicina (Convenzione di Oviedo) del 4 aprile 1997, ratificata con Legge n. 145/2001, in cui si prevede che debbano essere presi in considerazione i desideri precedentemente espressi a proposito di un intervento medico da parte di un paziente che, al momento dell'intervento, non sia in grado di esprimere la sua volontà;

visto l'art. 38 del Codice di deontologia medica, adottato in data 16 dicembre 2006 dalla Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, il quale stabilisce che il medico, se il paziente non è in grado di esprimere la propria volontà, deve tenere conto nelle proprie scelte di quanto precedentemente manifestato dallo stesso in modo certo e documentato;

viste le raccomandazioni bioetiche formulate nel documento avente ad oggetto le Dichiarazioni anticipate di trattamento, elaborato dal Comitato nazionale per la bioetica, Presidenza del Consiglio dei ministri, in data 18 dicembre 2003,

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_, indirizzo \_\_\_\_\_,  
documento di identità \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_  
in data \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_

**DICHIARO**

- di voler esercitare, con il presente documento, il mio diritto di autodeterminazione terapeutica anche per l'ipotesi in cui, per una qualsiasi causa (infortunio, evoluzione di una patologia invalidante o altro) dovessi divenire, temporaneamente o permanentemente, incapace di intendere e di volere, o mi dovessi trovare comunque nell'impossibilità di esprimere il mio consenso o il mio dissenso informato all'atto medico;

- di essere stato compiutamente ed adeguatamente informato, con linguaggio per me chiaro e comprensibile, circa la portata, le finalità, la natura e la valenza di questo

documento, nonché circa le conseguenze che dalla redazione di questo documento potranno scaturire con riferimento alla mia persona;

- di essere stato compiutamente ed adeguatamente informato da personale medico, con linguaggio per me chiaro e comprensibile, circa la causa, la natura, la portata, e le conseguenze dei seguenti fenomeni (**spuntare solo le patologie per le quali si è effettivamente ricevuta completa informazione**):

- Accanimento diagnostico-terapeutico
- Alimentazione artificiale
- Idratazione artificiale
- Locked – in
- Sedazione
- Stato di minima coscienza
- Stato vegetativo persistente
- Stato vegetativo permanente
- Terapia antalgica
- Trattamento sanitario
- Ventilazione artificiale.

In seguito a quanto sopra dichiarato, dopo ampia riflessione, nel pieno delle mie facoltà mentali, consapevole di quanto dichiaro e libero da costrizioni, per i casi in cui mi trovassi in una delle seguenti condizioni:

- stato vegetativo permanente
- stato vegetativo persistente
- stato di minima coscienza
- locked-in

#### FORMULO LE SEGUENTI DISPOSIZIONI

1

- mi siano praticati trattamenti sanitari;
- in ogni caso non mi siano praticati trattamenti sanitari, ad eccezione di

---

---

---

2

- mi sia praticata ogni forma di ventilazione meccanica;
- mi siano praticate forme di ventilazione meccanica non invasive;
- mi siano praticate forme di ventilazione meccanica invasive, ad eccezione di

---

---

---

- in ogni caso non mi sia praticata alcuna forma di ventilazione meccanica;

- mi siano praticate l'idratazione e la nutrizione artificiale;
- in ogni caso non mi siano praticate l'idratazione e la nutrizione artificiale;
- in ogni caso mi sia praticata la sola \_\_\_\_\_.

Dispongo altresì:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Consapevole del fatto che la situazione clinica nella quale potrò venire concretamente a trovarmi potrebbe richiedere una successiva ed ulteriore valutazione nomino

il/la Sig/Sig.ra. \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_, prov. \_\_\_\_\_,  
 residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_,  
 indirizzo \_\_\_\_\_

e  
 il/la Sig/Sig.ra. \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_, prov. \_\_\_\_\_,  
 residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_,  
 indirizzo \_\_\_\_\_

quale soggetto/i legalmente autorizzato/i ad essere messo/i a conoscenza da parte del medico delle informazioni riguardanti il mio stato di salute, ad agire secondo le indicazioni contenute nella presente dichiarazione, e a vigilare su tutto ciò che concerne le attività terapeutiche e di cura nei miei confronti prestate, nei casi di cui sopra.

Rimetto inoltre allo/agli stesso/i il compito di vigilare sull'operato del medico che mi avrà in cura, e del collegio medico eventualmente chiamato ad esprimersi sulla presente Dichiarazione, i quali, nell'agire in scienza e coscienza, dovranno comunque tenere in considerazione le dichiarazioni contenute nel presente documento.

Dichiaro, altresì, che il mio medico curante è il Dott. \_\_\_\_\_ con studio in \_\_\_\_\_, che è a perfetta conoscenza della presente dichiarazione / che non è a conoscenza della presente dichiarazione.

Dichiaro, infine, di non aver reso altre D.A.T. in luogo diverso da quello apposto in calce alla presente.

Autorizzo al trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione ed all'inserimento degli stessi nel Registro delle Dichiarazioni Anticipate di Trattamento, ai sensi del D.Lgs 30 giugno 2003 n. 196, Codice in materia di protezione dei dati personali.

Casargo, \_\_\_\_\_

**In fede**  
**Firma del dichiarante**

\_\_\_\_\_

Il/la Sig/Sig.ra. \_\_\_\_\_ nato/a il  
\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_, prov. \_\_\_\_\_, residente a  
\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_, indirizzo  
\_\_\_\_\_

e  
il/la Sig/Sig.ra. \_\_\_\_\_ nato/a il  
\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_, prov. \_\_\_\_\_, residente a  
\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_, indirizzo  
\_\_\_\_\_

autorizzano al trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione ed all'inserimento degli stessi nel Registro delle Dichiarazioni Anticipate di Trattamento, ai sensi del D. Lgs. 30 giugno 2003 n. 196, Codice in materia di protezione dei dati personali.

Casargo, \_\_\_\_\_

**In fede**  
**Firma dei fiduciari**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Il/la Sig/Sig.ra. \_\_\_\_\_ nato/a il  
\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_, prov. \_\_\_\_\_, residente a  
\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_, indirizzo  
\_\_\_\_\_

autorizza al trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione ed all'inserimento degli stessi nel Registro delle Dichiarazioni Anticipate di Trattamento, ai sensi del D. Lgs. 30 giugno 2003 n. 196; Codice in materia di protezione dei dati personali.

**In fede**  
**Firma del medico di famiglia**

\_\_\_\_\_

**Allegato "B" al Regolamento per l'istituzione e la manutenzione di un registro delle dichiarazioni anticipate di trattamento (registro delle D.A.T.)**

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

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_, indirizzo \_\_\_\_\_,  
documento di identità \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_  
in data \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_,

nel pieno possesso delle mie facoltà mentali, in totale libertà di scelta, dispongo quanto segue in merito alle decisioni da assumere nel caso necessiti di cure mediche, trattamenti e assistenza sanitaria.

**CONSENSO INFORMATO (barrare la casella per esprimere la scelta)**

Voglio  NON voglio  
essere informata/o sul mio stato di salute e sulle mie aspettative di vita, anche se fossi affetta/o da malattia grave e non guaribile

Voglio  NON voglio  
essere informata/o sui vantaggi e sui rischi degli esami diagnostici e delle terapie.

Autorizzo i medici curanti ad informare la seguente persona: \_\_\_\_\_

(cognome \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ nome)  
nata/o il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_  
tel \_\_\_\_\_

**DISPOSIZIONI GENERALI (barrare la casella per esprimere la scelta)**

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 detti 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 non suscettibile 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 non suscettibile di recupero

Siano

iniziati e continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di paralisi permanente 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 permanente con incapacità totale di comunicare verbalmente, per iscritto o grazie all'ausilio di mezzi tecnologici.

### **DISPOSIZIONI PARTICOLARI (barrare la casella per esprimere la scelta)**

Qualora io avessi una malattia o una lesione traumatica cerebrale invalidante e irreversibile, o una malattia che necessiti dell'utilizzo permanente di macchine o sistemi artificiali che impediscano una normale vita di relazione 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 e le cure palliative 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.

Sia  Non sia

praticata su di me la rianimazione cardiopolmonare se ritenuta possibile dai curanti in caso di arresto cardiorespiratorio

Voglio  NON voglio

che mi siano praticate forme di respirazione meccanica

Voglio  NON voglio

essere idratata/o o nutrita/o artificialmente

Voglio  NON voglio

essere dializzata/o

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.

### **NOMINA FIDUCIARIO**

Qualora io perdessi la capacità di decidere o di comunicare le mie decisioni, nomino mia/o rappresentante fiduciaria/o che si impegna a garantire lo scrupoloso rispetto delle mie volontà espresse nel presente documento:

(cognome

e

nome)

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

Nel caso in cui la/il mia/o rappresentante fiduciaria/o sia nell'impossibilità di esercitare la sua funzione delego a sostituirla/o in questo compito (**inserimento facoltativo**):

(cognome \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ nome)

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

**ASSISTENZA SPIRITUALE, PSICOLOGICA, UMANITARIA (barrare la casella per esprimere la scelta)**

Desidero:

assistenza laica \_\_\_\_\_  
 assistenza religiosa \_\_\_\_\_  
 nessuna assistenza né contatti con personale che non siano medici/infermieri/inservienti.

Desidero:

funerale civile \_\_\_\_\_  
 funerale religioso \_\_\_\_\_

**DISPOSIZIONI DOPO LA MORTE (barrare la casella per esprimere la scelta)**

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.

**ALTRE DISPOSIZIONI**

LA/IL DICHIARANTE

Documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ rilasciato  
da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
(luogo) \_\_\_\_\_ (data) \_\_\_\_\_

In fede, \_\_\_\_\_

per accettazione

LA/IL FIDUCIARIA/O

Documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ rilasciato  
da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

(luogo) \_\_\_\_\_ (data) \_\_\_\_\_  
In fede, \_\_\_\_\_

**LA/IL FIDUCIARIA/O SUPPLENTE**

Documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ rilasciato

da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

(luogo) \_\_\_\_\_ (data) \_\_\_\_\_

In fede, \_\_\_\_\_

**Allegato "C" al Regolamento per l'Istituzione e la manutenzione di un registro delle dichiarazioni anticipate di trattamento (registro delle D.A.T.)**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_, indirizzo \_\_\_\_\_,  
documento di identità n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_  
in data \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_,

nel pieno possesso delle mie facoltà mentali, e allo scopo di salvaguardare la dignità della mia persona, intendo con la presente esercitare in forma anticipata – ai sensi della Convenzione di Oviedo del 4 aprile 1997, resa esecutiva con la Legge di autorizzazione alla ratifica 28 marzo 2001, n. 145, e in applicazione della sentenza della Suprema Corte di Cassazione n. 21748-07 - il diritto di autodeterminazione delle cure sanitarie sancito dall'art. 32 dalla Costituzione (*"Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di Legge"*).

**PREMESSO CHE**

- intendo anzitutto riaffermare con questo documento, che deve essere considerato come una vera e propria dichiarazione di volontà, il mio diritto, in caso di malattia, di essere adeguatamente informato delle diverse possibilità di cura e di poter scegliere fra di esse e al caso anche di rifiutarle, nel rispetto dei miei principi, della Costituzione e delle scelte di seguito indicate;
- intendo inoltre che le dichiarazioni contenute in questo documento abbiano valore anche nell'ipotesi in cui in futuro mi accada di perdere la capacità di decidere o di comunicare le mie decisioni ai medici curanti sulle scelte da fare riguardo ai trattamenti sanitari proposti;
- a tali fini prevedo la nomina di un fiduciario che si impegna a garantire lo scrupoloso rispetto delle mie volontà e, se necessario, a sostituirsi a me in tutte le decisioni,

**DICHIARO CHE**

qualora io divenga incapace di intendere e di volere in modo permanente e fossi affetto da una malattia allo stadio terminale; o da una malattia o lesione cerebrale invalidante e irreversibile:

1. non voglio essere sottoposto ad alcun intervento chirurgico o trattamento terapeutico se il loro risultato fosse, a giudizio di due medici, dei quali uno specialista nominato da me o dal mio fiduciario:
  - prolungamento del mio morire
  - mantenimento di uno stato d'incoscienza permanente
  - mantenimento di uno stato di demenza avanzata;
2. egualmente in tali casi non voglio essere sottoposto ad interventi comunemente definiti "di sostegno vitale" quali, ad esempio, l'alimentazione, l'idratazione e la ventilazione artificiale, interventi che se già iniziati debbono essere interrotti;

3. siano intrapresi tutti i provvedimenti atti ad alleviare le mie sofferenze, compreso l'uso di farmaci oppiacei, anche se essi dovessero avere come conseguenza l'anticipo della fine della mia vita.

### DICHIARO INOLTRE CHE

- al momento della mia morte voglio/non voglio l'assistenza religiosa;
- voglio che il mio funerale avvenga con le seguenti forme:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- il mio corpo può/non può essere utilizzato per trapianti e per scopi scientifici e didattici;
- voglio/non voglio essere cremato/a e le mie ceneri, permettendolo la Legge, siano/non siano disperse come segue:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- voglio/non voglio essere lasciato/a morire nella mia abitazione;
- altre eventuali:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### NOMINA DEL FIDUCIARIO

Ai fini della attuazione delle volontà espresse nel presente documento nomino mio rappresentante fiduciario:

(cognome \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ nome)

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

il quale accetta la nomina e si impegna a garantire le volontà sopra espresse e a sostituirsi a me per tutte le decisioni che io non potessi prendere qualora perdessi la capacità di decidere per me stesso.

### DISPOSIZIONI FINALI

Queste mie volontà, vincolanti per i medici, ai sensi di quanto disposto dalla citata sentenza n. 21748-07 della Cassazione, finché non saranno da me annullate o modificate con successiva dichiarazione anche verbale, sono depositate in originale presso il Comune di Casargo e in copia presso \_\_\_\_\_

LA/IL DICHIARANTE

Documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

(luogo) \_\_\_\_\_ (data) \_\_\_\_\_  
In fede, \_\_\_\_\_

per accettazione  
LA/IL FIDUCIARIA/O

Documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ rilasciato  
da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

(luogo) \_\_\_\_\_ (data) \_\_\_\_\_  
In fede, \_\_\_\_\_

**Allegato "D" al Regolamento per l'istituzione e la manutenzione di un registro delle dichiarazioni anticipate di trattamento (registro delle D.A.T.)**

**COMUNE DI CASARGO  
Provincia di Lecco**

**Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà  
(art. 47 D.P.R. 28.12.2000 n. 445)**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_, residente a  
\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_, indirizzo  
\_\_\_\_\_, documento di identità  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ rilasciato da  
\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_, codice fiscale  
\_\_\_\_\_.

consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. n. 445/2000) sotto la propria responsabilità,

**DICHIARA**

- 1)  di avere redatto, nei modi di Legge, un documento (Testamento / Dichiarazione di volontà) contenente le proprie dichiarazioni relative alla volontà di essere o meno sottoposto a trattamenti sanitari in caso di malattia, lesione cerebrale irreversibile o patologia invalidante, che costringano a trattamenti permanenti con macchine o sistemi artificiali in una fase in cui la persona non sia più in grado di manifestare il proprio consenso o il proprio rifiuto della terapia, del trattamento o della cura cui è sottoposta;
- 2)  che l'originale del Testamento / Dichiarazione di volontà redatto è conservato presso il Comune di Casargo;
- 3)  che il/i nominativi de/i soggetto/i fiduciario/i delegato/i che avrà/avranno il compito di dare fedele esecuzione alla sua volontà, ove si trovasse nell'incapacità di intendere e di volere, in ordine ai trattamenti medici da eseguire, è/sono il/i seguente/i:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 4) che i soggetti autorizzati ad accedere al Registro e, conseguentemente, alla documentazione collegata, relativamente alla posizione afferente il sottoscritto, sono, oltre che quelli legittimati da disposizioni di Legge o regolamentari, esclusivamente i seguenti:  
**(barrare l'alternativa prescelta)**  
Soggetto/i fiduciario/i;  
Medico curante;  
Altri \_\_\_\_\_ soggetti \_\_\_\_\_ (specificare \_\_\_\_\_ quali)
- 5)  di essere informato come da specifica in calce, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Casargo,

data \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE

.....  
(firma per esteso)

**RISERVATO ALL'UFFICIO**  
**Autentica di sottoscrizione**

Ai sensi dell'art. 21 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, attesto che la sottoscrizione della sopraesposta dichiarazione è stata apposta in mia presenza dal dichiarante, identificato previa esibizione di valido documento di identità \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, rilasciato il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_.

Casargo,

Il Funzionario ricevente

Timbro e firma

**Informativa resa ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali".**

In adempimento agli obblighi di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, l'Amministrazione comunale La informa che:

- a) il trattamento dei dati conferiti con la presente dichiarazione è finalizzato allo sviluppo del procedimento amministrativo per l'istituzione del Registro delle dichiarazioni anticipate di volontà relative ai trattamenti sanitari – Testamento Biologico del Comune di Casargo di cui alle deliberazioni Consiglio Comunale n. \_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ e delle attività ad esso correlate e conseguenti;
- b) il trattamento avviene con o senza l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati; secondo principi e modalità volti ad assicurare la certezza del dato immesso, la sicurezza del dato raccolto, la correttezza formale e logica dei dati immessi e prodotti, la garanzia dell'accessibilità degli stessi;
- c) il conferimento dei dati è obbligatorio per il corretto sviluppo degli ulteriori adempimenti procedurali;
- d) il mancato conferimento di alcuni dati o di tutti i dati richiesti comporta l'impossibilità di procedere alla definizione del procedimento;
- e) i dati conferiti saranno trattati dal personale dipendente e incaricato dal Comune secondo principi di correttezza, liceità e trasparenza, in modo da tutelare in ogni momento la riservatezza ed i dati dell'interessato. Oltre che a soggetti a cui la facoltà di accedere sia riconosciuta da disposizioni di Legge o regolamentari, i dati potranno essere portati a conoscenza esclusivamente delle figure individuate dal dichiarante al punto 4) della dichiarazione che precede. I dati personali conferiti con la presente dichiarazione non saranno oggetto di diffusione;
- f) il dichiarante può esercitare i diritti di cui all'articolo 7 del D.Lgs. 196/2003 che di seguito integralmente si riporta (accesso ai propri dati personali, rettifica, aggiornamento,

cancellazione dei dati se incompleti, erronei o raccolti in violazione di Legge) avendo come riferimento il Responsabile del trattamento degli stessi per il Comune al quale è rivolta la dichiarazione, individuato nel Segretario comunale o di chi ne fa le veci;

g) la richiesta di cancellazione dei dati comporta l'annullamento dell'annotazione nel "Registro";

h) il titolare del trattamento è il Comune di Casargo, con sede in Via Roma n. 1/A, Casargo (Lecco); il Responsabile del trattamento per il Comune è il Segretario comunale.

### **Art. 7 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti**

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:
  - a) dell'origine dei dati personali;
  - b) delle finalità e modalità del trattamento;
  - c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
  - d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;
  - e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
3. L'interessato ha diritto di ottenere:
  - a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
  - b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di Legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
  - c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:
  - a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
  - b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.