

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

(Art. 4, Legge 22 dicembre 2017, n. 219)

## SOMMARIO

- Art. 1 – Oggetto e finalità del Regolamento.
- Art. 2 – Definizioni.
- Art. 3 – Soggetti legittimati a depositare le D.A.T.
- Art. 4 – Finalità del registro delle D.A.T. tenuta del registro: custodia e conservazione.
- Art. 5 – Modalità di deposito del testamento biologico e di iscrizione nel relativo Registro
- Art. 6 - Accessibilità delle informazioni contenute nel “Registro”
- Art. 7 - Cancellazione e modifica dell’iscrizione
- Art. 8 – Iscrizione/cancellazione: modalità particolari
- Art. 9 – Norme finali

## MODULISTICA

**Modello 1-** Disposizione di Volontà Anticipata di Trattamento.

**Modello 2** –Iscrizione al Registro comunale delle dichiarazioni anticipate di volontà relative ai trattamenti sanitari - Testamento Biologico

**Modello 3** - Iscrizione al registro delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT) - Accettazione della nomina del Fiduciario e del Fiduciario supplente-

\*\*\*\*\*

### Art. 1 – Oggetto e finalità del Regolamento

1- Il Comune di San Zenone al Po, nell’ambito della propria autonomia e potestà amministrativa, tutela la piena dignità delle persone e ne promuove il rispetto anche in riferimento alla fase terminale della vita umana.

2- Il presente regolamento disciplina le modalità di ricevimento e registrazione delle disposizioni anticipate di trattamento previste dalla L. 22 dicembre 2017, n. 219 recante “*Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*”.

3- Al fine di cui ai commi 1 e 2 del presente articolo, il Comune di San Zenone al Po istituisce il Registro delle Dichiarazioni Anticipate di Trattamento (D.A.T.) presso l’Ufficio Elettorale in ottemperanza alle prescrizioni di cui alla citata Legge n. 219/2017.

### Art. 2 – Definizioni

1- Ai fini del presente Regolamento si intende per:

- **“Dichiarazioni Anticipate di Trattamento – D.A.T.”** (detto anche Testamento Biologico): il 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.
- **“Registro delle dichiarazioni anticipate di volontà relative ai trattamenti sanitari”**: il Registro riportante il numero progressivo attribuito alle dichiarazioni di volontà/testamento biologico consegnate al Comune. Il numero è consecutivo e crescente, e viene attribuito in base alla data di consegna del testamento biologico. Ha come finalità di consentire l’iscrizione nominativa, mediante dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, di tutte quelle persone che hanno redatto una D.A.T.
- **“Dichiarante”**: - detto anche Disponente – colui che sottoscrive le DAT.

- **“Fiduciario”**: colui che – nell’ipotesi in cui lo stesso dichiarante non sia più in grado di comunicare consapevolmente con i medici ed i familiari – diviene il soggetto chiamato a dare fedele esecuzione della volontà del dichiarante, per ciò che concerne proprio le decisioni riguardanti i trattamenti sanitari da eseguire o non eseguire.
- **“Fiduciario supplente”**: colui che assolve la funzione propria del Fiduciario – sopra descritta – in assenza o impossibilità di quest’ultimo.
- **“Funzionario accettante”**: è il Responsabile del Servizio Elettorale, o un suo delegato, incaricato della tenuta e dell’aggiornamento del registro.
- **“Luogo di deposito del Testamento Biologico”**: il luogo posto all’interno dell’Ufficio Elettorale del Comune di San Zenone al Po dove verranno fisicamente conservate le D.A.T. consegnate.

### **Art. 3 – Soggetti legittimati a depositare le D.A.T.**

Sono legittimati a chiedere l’iscrizione nel “Registro delle disposizioni anticipate di trattamento” i cittadini che abbiano compiuto il 18 anno di età, che siano residenti in Comune e che non siano sottoposti a provvedimenti restrittivi della capacità di agire.

### **Art. 4 – Finalità del registro delle D.A.T. tenuta del registro: custodia e conservazione.**

1 - Presso l’Ufficio di Stato civile è istituito un registro riservato ai cittadini iscritti nell’Anagrafe del Comune di San Zenone al Po ed ha come finalità la gestione della banca dati dei Dichiaranti, che hanno redatto una D.A.T., e dei loro Fiduciari.

2 - L’Ufficio competente a ricevere le D.A.T. consegnate dai soggetti in possesso dei requisiti di cui all’art. 3 del presente Regolamento è l’Ufficio dello Stato civile.

3 - L’Ufficio dello Stato civile ha il solo compito di ricevere, registrare e conservare le D.A.T., dovendosi limitare a verificare i presupposti delle consegna, con particolare riguardo all’identità ed alla residenza del dichiarante nel Comune di San Zenone al Po. L’Ufficio dello Stato civile non è tenuto a dare informazioni sul contenuto delle D.A.T.

4 – Il Registro delle Disposizioni Anticipate di trattamento D.A.T. consente l’iscrizione nominativa, mediante autodichiarazione, della persona che ha redatto una Dichiarazione anticipata di trattamento.

5 - Il fine del Registro è quello di garantire la certezza della data di presentazione e la fonte di provenienza, nel rispetto del diritto del dichiarante ed in linea con la normativa vigente.

6 - L’iscrizione delle D.A.T. nel Registro avverrà in ordine cronologico di presentazione registrando il numero d’ordine, il numero di protocollo, la data di presentazione, le generalità del Disponente e del Fiduciario nonché - all’interno della Sezione, rubricata “Annotazioni” anche l’eventuale nomina del Fiduciario supplente, i mutamenti del Fiduciario e le eventuali variazioni delle D.A.T.

6 - L’iscrizione al Registro è volontaria e gratuita. In particolare, le D.A.T. sono esenti dall’obbligo di registrazione, dell’imposta di bollo e da qualsiasi altro tributo, imposta, diritto e tassa.

### **Art. 5 – Modalità di deposito del testamento biologico e di iscrizione nel relativo Registro**

1 - Tutti cittadini maggiorenni residenti nel Comune di San Zenone al Po, non sottoposti a provvedimenti restrittivi della capacità di agire, potranno consegnare il proprio testamento biologico secondo le seguenti modalità:

- la persona interessata dovrà presentarsi accompagnata dalla persona o dalle persone indicate come *Fiduciario* e da quella eventualmente, indicata quale *Fiduciario supplente* nel proprio testamento biologico. Il dichiarante ed il fiduciario/i dovranno presentarsi in Ufficio muniti del proprio documento di identità in originale e del Codice Fiscale;

- il Dichiarante dovrà portare con sé la propria dichiarazione di testamento biologico, rispetto alla quale sussiste piena libertà di contenuti e di forma; a titolo meramente esemplificativo, è possibile tener conto del documento allegato al presente Regolamento.

2 - La Dichiarazione di testamento biologico:

- va redatta in un numero di copie pari al numero delle persone alle quali deve essere consegnata, tenendo presente che una copia spetta al Comune, una al dichiarante ed una a ciascun fiduciario;
- deve essere debitamente compilata e sottoscritta dal dichiarante e controfirmata per accettazione dal/i fiduciario/i scelto/i liberamente dal dichiarante stesso, allo scopo di garantire l'autenticità e la provenienza;
- deve avere come allegato una copia fotostatica del documento di identità del dichiarante e del fiduciario/i;
- deve essere inserita in una busta chiusa.

3 - La busta contenente il testamento biologico viene sigillata e numerata dal funzionario accettante, il quale procede a riportare il numero apposto sulla busta nel registro dei Testamenti biologici debitamente predisposto. La busta deve riportare la dicitura "*Contiene le Disposizioni Anticipate di Trattamento – D.A.T. del/della Sig./Sig.ra ...nato /a.....il.....*".

4 - All'atto della consegna del proprio testamento biologico, il *Dichiarante* a compilerà e firmerà davanti all'impiegato comunale una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ai sensi dell'art.47 del DPR 28 dicembre 2000, n.445, utilizzando il modulo all'uopo predisposto dal Comune di San Zenone al Po ed allegato al presente Regolamento.

5 - Il Fiduciario procederà, a sua volta, a compilare e firmare una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ai sensi dell'art.47 del DPR 28 dicembre 2000, n.445, utilizzando il modulo all'uopo predisposto dal Comune di San Zenone al Po ed allegato al presente Regolamento.

6 - Le dichiarazioni di atto notorio vengono numerate con lo stesso numero di quello assegnato alla busta chiusa e spillate esternamente alla busta contenente le D.A.T. del Dichiarante.

7 - Al dichiarante viene rilasciata una fotocopia della dichiarazione dell'atto notorio riportante il numero progressivo attribuito e annotato sul registro e la firma del funzionario del Comune come ricevuta di avvenuta consegna.

8 - La busta contenente il Testamento biologico, unitamente alle dichiarazioni sostitutive di atto notorio, richiamate nei commi precedenti, sottoscritte in originale, sono ritirati e conservati nell'Ufficio di Stato civile in un apposito armadio che dovrà sempre essere chiuso a chiave e che dovrà essere utilizzato solo ed esclusivamente ai fini del deposito.

9 - Il Comune non assume alcuna responsabilità o onere in relazione al valore giuridico ed al contenuto del testamento biologico, oltre che all'effettivo comportamento del Fiduciario, essendo il proprio compito limitato alla gestione del registro e alla conservazione dei Testamento Biologico.

10 - Nel caso in cui il Dichiarante abbia già depositato il proprio testamento biologico presso un Notaio di fiducia, può chiedere l'iscrizione al Registro attraverso la presentazione dell'atto notarile comprovante tale azione.

## **Art. 6 - Accessibilità delle informazioni contenute nel "Registro"**

1-Il Registro delle D.A.T. non è pubblico.

2- Il Funzionario responsabile dell'Ufficio consentirà l'accesso alle informazioni contenute nel "Registro" ed alla documentazione collegata: al disponente, al fiduciario ed in caso di assenza/impossibilità di quest'ultimo al fiduciario supplente, sempre se nominato, il medico curante.

3- Al di fuori dei casi di cui al comma 9 del presente articolo si applica la disciplina sull'accesso alla documentazione amministrativa e l'accesso potrà essere esercitato dal parente più prossimo individuato ai sensi degli articoli 74, 75,76 e 77 del Codice civile.

## **Art. 7 - Cancellazione e modifica dell'iscrizione**

- 1 - L'iscrizione nel Registro delle D.A.T. potrà essere revocata dal dichiarante in qualunque momento.
- 2 - Il Dichiarante potrà, altresì, richiedere la modifica delle D.A.T., attraverso il ritiro della busta chiusa originariamente consegnata in Comune ed il ripristino di una nuova iscrizione al Registro seguendo la stessa procedura descritta negli articoli precedenti.
- 3 - In caso di trasferimento del Dichiarante in un altro Comune, l'Ufficio di Stato civile assicurerà il costante raccordo organizzativo con il corrispettivo Ufficio Anagrafe.

## **Art. 8 – Iscrizione/cancellazione: modalità particolari**

- 1 - La raccolta della richiesta di iscrizione nel Registro o di cancellazione, con la relativa documentazione, potrà avvenire anche presso il domicilio indicato dal dichiarante, o presso la struttura presso la quale il dichiarante si trovi, purché situata nel territorio comunale, nel caso di comprovata impossibilità a recarsi personalmente presso l'ufficio di Stato Civile per gravi impedimenti (malattia, invalidità, impedimenti fisici).
- 2 - Nei casi in cui ragioni di emergenza e urgenza impedissero di procedere alla revoca delle D.A.T. con le forme previste dagli articoli precedenti, queste possono essere revocate con dichiarazione verbale raccolta o videoregistrata da un medico, con l'assistenza di due testimoni.

## **Art. 9 – Norme finali**

- 1-E' demandata alla Giunta comunale la facoltà di integrare il contenuto del presente regolamento con norme operative e gestionali di dettagli nel rispetto dei criteri e principi generali nello stesso contenuti.
- 2 - Per quanto non previsto nel presente regolamento trovano applicazione le disposizioni di Legge, di regolamento nonché le circolari ministeriali vigenti in materia.
- 3 - Sono abrogate tutte le disposizioni regolamentari in contrasto con quelle del presente regolamento.
- 4 - Il presente Regolamento entra in vigore il giorno successivo all'esecutività della deliberazione di approvazione.
- 5 - Il presente regolamento è reso pubblico mediante pubblicazione sul sito internet del Comune unitamente alla modulistica.

## MODELLO 1

Al Sindaco del Comune di

San Zenone al Po (PV)

### DISPOSIZIONE DI VOLONTÀ ANTICIPATA DI TRATTAMENTO

FAC-SIMILE

Io sottoscritto/a .....  
nato/a il ..... a ..... prov. ....  
residente a ..... prov. ....  
indirizzo ..... tel. ....

nel pieno possesso delle mie facoltà mentali, in totale libertà di scelta, nel caso di perdita della capacità di decidere o di impossibilità di comunicare, temporaneamente o permanentemente, le mie decisioni ai medici o qualora io avessi una malattia allo stadio terminale, o una lesione cerebrale invalidante e irreversibile, o una malattia che necessiti dell'utilizzo permanente di macchine o se fossi in uno stato di permanente incoscienza (coma o persistente stato vegetativo) che secondo i medici sia irreversibile, dispongo quanto segue:

#### SCELTA PER I TRATTAMENTI SANITARI, DI ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI O SCELTE TERAPEUTICHE

*(barrare la casella per esprimere la scelta)*

- Siano  Non siano  
iniziati e continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di incoscienza permanente non suscettibile di recupero.
- Siano  Non siano  
iniziati e continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di demenza avanzata non suscettibile di recupero.
- Siano  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.
- 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 a 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 (nelle situazioni sopra descritte).

6.  **Voglio**  **NON voglio**  
che mi siano praticate forme di respirazione meccanica.

7.  **Voglio**  **NON voglio**  
essere idratato o nutrito artificialmente.

8.  **Voglio**  **NON voglio**  
essere dializzato.

9.  **Voglio**  **NON voglio**  
che mi siano praticati interventi di chirurgia d'urgenza.

10.  **Voglio**  **NON voglio**  
che mi siano praticate trasfusioni di sangue.

11.  **Voglio**  **NON voglio**  
che mi siano somministrate terapie antibiotiche.

Altre eventuali disposizioni:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

...I... sottoscritt... dichiara di essere informat... a norma del D.Lgs. n. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito della finalità per la quale viene resa la presente dichiarazione.

(luogo) ..... (data) .....

In fede, .....

### NOMINA FIDUCIARIO

Qualora io dovessi perdere 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 disposizione:

(cognome e nome) .....  
nato/a il ..... a ..... prov. ....  
residente a ..... prov. ....  
indirizzo ..... tel. ....

...I... sottoscritt... dichiara di essere informat... a norma del D.Lgs. n. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito della finalità per la quale viene resa la presente dichiarazione.

(luogo) ..... (data) .....

In fede, .....

### NOMINA FIDUCIARIO SUPPLENTE

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

(cognome e nome) .....

nato/a il ..... a ..... prov. ....

residente a ..... prov. ....

indirizzo ..... tel. ....

...I... sottoscritt... dichiara di essere informat... a norma del D.Lgs. n. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito della finalità per la quale viene resa la presente dichiarazione.

(luogo) ..... (data) .....

In fede, .....

Allegati: copie del documento d'identità, in corso di validità, del dichiarante, del fiduciario e del fiduciario supplente.

**COMUNE DI SAN ZENONE AL PO**

*PROVINCIA DI PAVIA*

**Iscrizione al registro  
delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT)  
(art. 4, L. 22 dicembre 2017, n. 219)**

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome) .....

Sesso M  F

nato/a a .....

(specificare anche lo Stato, se estero) il .....

attualmente residente a ....., in

Via ..... n. ....

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**

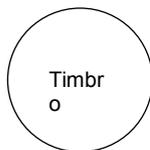
- 1)  di consegnare la propria disposizione anticipata di trattamento (di seguito DAT) contenente le proprie dichiarazioni relative alla volontà di essere o meno sottoposto a trattamenti sanitari in caso di malattia, lesione cerebrale irreversibile o patologia invalidante, che costringano a trattamenti 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, nonché altre manifestazioni di volontà correlate;
- 2)  che il nominativo del soggetto fiduciario delegato che avrà 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 ed alle altre dichiarazioni manifestate, è il seguente:

.....  
.....

- 3)  che il nominativo del soggetto fiduciario supplente che assolverà alle funzioni riportate al punto 2) che precede, qualora il fiduciario si trovasse nell'impossibilità di adempiere, è il seguente:  
 .....  
 .....
- 4)  di aver consegnato al  fiduciario -  fiduciario supplente una copia della DAT;
- 5)  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;
- 6)  di essere a conoscenza che le DAT possono essere rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento;
- 7)  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;
- 8)  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;
- 9)  Di aver utilizzato il modello predisposto dall'Amministrazione comunale;
- 10)  Di aver inserito nella busta, insieme alla DAT, copia del mio documento di identità valido e copia del documento di identità del Fiduciario, Sig./Sig.ra .....  
 .....; (e, se nominato, del Fiduciario supplente, Sig./Sig.ra .....)  
 e che tale busta è stata sigillata alla mia presenza.
- 11)  di essere informato, 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.

....., li .....

(luogo e data)



**IL DICHIARANTE**

.....  
 (firma per esteso leggibile)

**Numero progressivo assegnato alla DAT e riportato sul registro comunale:**

**N.** ..... **del** .....

**RISERVATO ALL'UFFICIO**

La presente dichiarazione è stata sottoscritta dal:

Sig./Sig.ra .....  
 di fronte al sottoscritto incaricato dal Comune intestato, mediante presentazione di valido documento di identità .....

....., li .....

.....  
Visto: il Funzionario ricevente

**MODELLO 3**

**COMUNE DI SAN ZENONE AL PO**

*PROVINCIA DI PAVIA*

**Iscrizione al registro  
delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT)**  
*(Accettazione della nomina del Fiduciario e del Fiduciario supplente)*  
*(Art. 4, L. 22 dicembre 2017, n. 219)*

Il/La sottoscritto/a .....  
nato/a a ..... (specificare anche lo Stato, se estero)  
il ....., residente a .....,  
in Via/Piazza ..... n. ....  
tel. .... – e-mail: .....

**DICHIARA**

sotto la Sua responsabilità e consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi e agli effetti di cui all'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000;

Di essere stato nominato  fiduciario -  fiduciario supplente delle disposizioni anticipate di trattamento redatte dal Sig./Sig.ra .....

Di essere consapevole del trattamento delle informazioni che lo riguardano ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali);

....., li .....

**Firma del Dichiarante**

.....  
Estremi del documento .....

**Numero progressivo assegnato alla DAT e riportato sul registro comunale:**

**N.** ..... **del** .....

**RISERVATO ALL'UFFICIO**

La presente dichiarazione è stata sottoscritta dal:

Sig./Sig.ra .....  
di fronte al sottoscritto incaricato dal Comune intestato, mediante presentazione di valido documento di  
identità, come sopra riportato.

....., li .....

.....  
Visto: il Funzionario ricevente