

Associazione Luca Coscioni



PER IL DIRITTO ALLA SALUTE,

ALLA DIGNITÀ E ALL'AUTODETERMINAZIONE

DELLA PERSONA

Legge 219/2017 Norme in materia di Consenso informato e Disposizioni anticipate di trattamento



 **Chiama il Numero Bianco**

**BIOTESTAMENTO,
CURE PALLIATIVE,
EUTANASIA?**

**CHIAMA IL NUMERO BIANCO
06 9931 3409
PER FARE LUCE SUI TUOI DIRITTI**

ASSOCIAZIONE LUCA COSCIONI



BELLUNO

- 31 gennaio 2024
- Diego Silvestri
- Domenico Farano




Contenuti della Legge 219/2017


- Art 1 Consenso informato
- Art 2 Terapia del dolore, divieto di ostinazione irragionevole delle cure e dignità nella fase finale della vita
- Art. 3 Minori e incapaci
- Art. 4 Disposizioni anticipate di trattamento
- Art. 5 Pianificazione condivisa delle cure
- Art. 6 Norma transitoria
- Art. 7 Clausola di invarianza finanziaria
- Art. 8 Relazione alle Camere



Art. 1 comma 8 Legge 219/2017

**“Il tempo della comunicazione
tra medico e paziente
costituisce tempo di cura”**





Art. 1 comma 2 Legge 219/2017

“E’ promossa e valorizzata

la relazione di cura e di fiducia ...

nella quale si incontrano

l’autonomia decisionale del paziente

**e la competenza, l’autonomia professionale e la responsabilità
del medico.”**



Art. 1 comma 5 Legge 219/2017

“Ogni persona capace di agire ha il diritto di rifiutare, in tutto o in parte

- qualsiasi accertamento diagnostico**
- trattamento sanitario indicato dal medico per la sua patologia**
- singoli atti del trattamento stesso.”**

Legge 219/2017

- **Consenso informato**
- **Disposizioni anticipate di trattamento DAT**
- **Pianificazione condivisa delle cure**



Legge 219/2017



- Stabilisce che nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero della persona interessata



- Legge «gentile»

Legge 219/2017

□ Promuove e valorizza la **relazione di cura** tra il paziente e il medico



□ Introduce la figura del **fiduciario**

- Ricevere informazioni al posto dell'interessato
- Partecipare alla pianificazione condivisa delle cure
- Rappresentare le volontà espresse nelle DAT

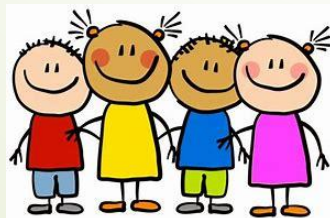




Legge 219/2017



- ❑ Stabilisce in modo chiaro i **diritti** che garantiscono alla persona dignità nel fine vita: terapia del dolore, rifiuto di trattamento sproporzionato, espressione delle volontà in caso di incapacità
- ❑ Afferma il **diritto della persona minore di età o incapace** di essere informata e messa in condizione di esprimere la propria volontà



Legge 219/2017

art. 5 pianificazione condivisa delle cure

In caso di patologia cronica, inarrestabile, invalidante, prognosi infausta si può realizzare una **pianificazione condivisa delle cure**

- il paziente dà il consenso informato
- I medici devono attenersi alle scelte fatte dal paziente
- Il paziente può indicare che i familiari o persona di sua fiducia siano informati
- Il paziente può nominare in forma scritta o video un fiduciario
- La pianificazione può sempre essere aggiornata

Legge 22 dicembre 2017, n. 219

Art. 4

DAT

DISPOSIZIONI

ANTICIPATE

DI TRATTAMENTO



➤ Ogni **persona maggiorenne e capace** di intendere e di volere *disponente*



➤ in previsione di un'eventuale **futura incapacità di autodeterminarsi** rispetto a **trattamenti sanitari**

➤ dopo avere acquisito **adeguate informazioni** mediche sulle alternative, sui rischi e sulle conseguenze delle proprie scelte

DAT

Puó esprimere



- ✓ le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari, cioè
- ✓ il consenso o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari



- ✓ Si può indicare una *persona di fiducia*, denominata «**fiduciario**», che faccia le veci del disponente e lo rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie



DAT ***Il fiduciario***

- Persona maggiorenne, capace di intendere e di volere
- Sottoscrive le DAT
- Può rinunciare
- Può essere revocato dal disponente



Le DAT valgono anche
senza l'indicazione di un fiduciario

Valore delle DAT

- Il medico **é tenuto a rispettare la volontà espressa dal disponente**

tranne quando

- le DAT esigono trattamenti sanitari contrari a norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche
- se incongrue o non rispondenti alla condizione clinica attuale del paziente
- se nuove terapie le rendessero inattuali



DAT



Le DAT devono essere redatte:

- per *atto pubblico* o per *scrittura privata* autenticata presso un notaio
- per *scrittura privata* depositata dal disponente presso l'ufficio dello Stato Civile del Comune di residenza, senza oneri
- sono modificabili, rinnovabili, e revocabili in *qualsiasi momento*

➤ Le DAT possono essere espresse con videoregistrazione o dispositivi idonei qualora la persona non sia in grado di redigerle in forma scritta

DAT

L'**ufficio dello Stato Civile** del Comune di residenza o il notaio provvedono

- all'annotazione in un apposito registro
- all'invio alla Banca Dati Nazionale previo consenso del disponente

La **Banca Dati Nazionale** garantisce

- ✓ la raccolta delle DAT e il tempestivo aggiornamento
- ✓ La piena accessibilità da parte del medico, del disponente e del fiduciario

[Home](#)

Consultazione della Banca dati nazionale delle Disposizioni anticipate di trattamento (DAT)

Disponente

Il disponente può accedere alla Banca dati nazionale per consultare le proprie informazioni, la copia delle proprie DAT oppure, in caso non abbia prestato il consenso alla trasmissione di copia delle proprie DAT alla Banca dati nazionale, consultare l'indicazione del luogo dove è possibile reperire l'originale.

[PROSEGUI ➔](#)

Fiduciario

Il fiduciario che ha accettato la nomina da parte di un disponente può accedere alla Banca dati nazionale per consultare le informazioni del disponente, la copia delle DAT oppure conoscere, in caso di mancato consenso alla trasmissione alla Banca dati nazionale da parte del disponente, dove reperire l'originale.

[PROSEGUI ➔](#)

Medico

Il medico che ha in cura un paziente in situazione di incapacità ad autodeterminarsi può accedere alla Banca dati nazionale per verificare se lo stesso abbia depositato le proprie DAT, e, nel caso, consultare le informazioni del disponente, la copia delle DAT oppure conoscere, in caso di mancato consenso alla trasmissione alla Banca dati nazionale da parte del disponente, dove reperire l'originale.

[PROSEGUI ➔](#)

COMUNE DI BELLUNO

- **Testamento biologico - Iscrizione al registro comunale delle Disposizioni anticipate relative ai trattamenti sanitari (DAT)**

Dove rivolgersi

Area Servizi Demografici - Servizio Cimiteriali

- **Attenzione! L'accesso agli uffici avviene solo su appuntamento. Si invita, quindi, a verificare con attenzione gli orari e le modalità di accesso ai diversi uffici a questo link:** https://www.comune.belluno.it/myportal/C_A757/dettaglio/contenuto/modalita-di-accesso-a-uffici-e-servizi-comunali
- **Se nella descrizione di seguito riportata, relativa allo specifico servizio erogato, si trovassero riferimenti a presentazione di modulistica o contatti da avere direttamente con gli uffici, si faccia riferimento alle altre modalità di contatto, ovvero email o telefono.**
- Per informazioni e per la consegna della documentazione, **che deve essere obbligatoriamente effettuata previo appuntamento**, chiamare i numeri 0437 913485 o 0437 913483 oppure scrivere all'email: cimiteriali@comune.belluno.it.
- **Ambito di applicazione: come scegliere**
Il 31 gennaio 2018 è entrata in vigore la Legge n. 219/2017 "Norme in materia di consenso informato e di **disposizioni anticipate di trattamento**", composta da 8 articoli.
- All'articolo 1, la legge **«tutela il diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all'autodeterminazione della persona»** e stabilisce che nessun trattamento sanitario possa essere iniziato o proseguito senza il consenso **«libero e informato»** della persona interessata. Ogni persona ha il diritto di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informata, in modo completo, aggiornato e a lei comprensibile, riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari, nonché riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto degli stessi. Ogni persona ha il diritto di rifiutare, in tutto o in parte, qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario proposto. Il medico curante è tenuto a rispettare la volontà del paziente di rifiutare il trattamento o l'accertamento proposto ed è esente da ogni responsabilità civile o penale. In ogni caso il paziente non può esigere trattamenti sanitari contrari a norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico assistenziali. Il consenso informato trova il suo presupposto nella **relazione di cura** tra paziente e medico ed è in questo rapporto di fiducia che si incontrano l'autonomia decisionale del paziente e la competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità del medico. Nella relazione di cura vengono coinvolti, se il paziente lo desidera, anche i suoi familiari o la parte dell'unione civile, o il convivente oppure una persona di sua fiducia.
- **Le disposizioni anticipate di trattamento DAT**
Ogni persona maggiorenne e capace di intendere e di volere, in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi e dopo avere acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle sue scelte, può, attraverso Disposizioni anticipate di trattamento (DAT), esprimere le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari.

COMUNE DI BELLUNO

- ▶ E' possibile indicare una persona di propria fiducia, denominata «**fiduciario**», che faccia le veci nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie. Il fiduciario deve rappresentare le decisioni prese dalla persona che l'ha indicato quando quella stessa persona non sarà in grado di esprimersi. Si tratta di un'indicazione che può essere revocata in qualsiasi momento e il fiduciario stesso può rinunciare alla nomina attraverso un atto scritto. L'eventuale nomina del fiduciario, che deve essere maggiorenne, deve essere fatta contestualmente alle DAT. L'accettazione della nomina da parte del fiduciario avviene attraverso la sottoscrizione anche da parte sua delle DAT, o con atto successivo, da allegare alle DAT. Al fiduciario è rilasciata una copia delle DAT. Il fiduciario può rinunciare alla nomina con atto scritto, che è comunicato al disponente. 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. Nel caso in cui le DAT non contengano l'indicazione del fiduciario o questi vi abbia rinunciato o sia deceduto o sia divenuto incapace, le DAT mantengono efficacia in merito alle volontà di chi le ha sottoscritte. I minorenni sono esclusi da tutto questo: il consenso informato è espresso da chi ha la responsabilità genitoriale o dal tutore. Va comunque sempre tenuto conto della volontà della persona minore, «in relazione alla sua età e al suo grado di maturità, avendo come scopo la tutela della salute psicofisica e della vita del medesimo, nel pieno rispetto della sua dignità».
- ▶ **Modalità di dichiarazione**
Le **Disposizioni anticipate di trattamento** possono essere scritte a mano, al computer o video-registrate. Negli stessi modi possono essere rinnovate, modificate e revocate in ogni momento. In caso di emergenza o di urgenza «la revoca può avvenire anche oralmente davanti ad almeno due testimoni».
- ▶ Le DAT, per ora, possono essere rese:
 - ▶ tramite atto pubblico o con scrittura privata autenticata, entrambe da redigersi presso un notaio;
 - ▶ tramite scrittura privata da consegnare presso i Servizi Demografici del Comune, che provvede all'iscrizione nell'apposito registro;
 - ▶ prossimamente, anche presso il Servizio Sanitario Nazionale.
- ▶ I documenti sono **esenti** dall'obbligo di registrazione, dall'imposta di bollo e da qualsiasi altro tributo, imposta, diritto e tassa.
- ▶ Per quanto riguarda la dichiarazione in Comune di Belluno, l'ufficio di riferimento è quello dei Servizi Demografici, che ne curerà la conservazione in apposito registro. A tale proposito, si precisa che le dichiarazioni già registrate restano valide.
- ▶ **Visto il carattere personale della dichiarazione, il Comune non ha predisposto specifici modelli o fac-simili.**
- ▶ **Per la consegna della documentazione è necessario fissare un appuntamento, chiamando i numeri 0437 913485 o 0437 913483 oppure scrivendo all'email: cimiteriali@comune.belluno.it.**
- ▶ **Documenti da presentare**
Per depositare le Dat (previo appuntamento) è necessario compilare e presentare in due copie l'apposito modulo di iscrizione al registro comunale delle dichiarazioni anticipate di trattamento, scaricabile dalla sezione "Modulistica e allegati" qui sotto.

COMUNE DI BELLUNO

Ci si deve presentare allo sportello con i moduli già compilati. Soltanto la firma del richiedente dovrà essere apposta in presenza dell'incaricato comunale.

Gli eventuali fiduciari indicati possono sottoscrivere prima i documenti, purché alleghino copia dei loro documenti di identità.

Il pubblico ufficiale provvederà ad annotare il deposito nell'apposito registro e ne rilascerà attestazione.

Altre informazioni

La legge considera trattamenti sanitari la nutrizione e l'idratazione artificiali (somministrazione di nutrienti o soluzioni idroelettrolitiche per via endovenosa o intragastrica su prescrizione medica).

Nel nostro Paese l'aiuto al suicidio e l'eutanasia sono vietati e non possono essere contenuti nelle Dat.

Ogni struttura sanitaria garantisce la piena e corretta attuazione dei principi di cui alla Legge 219/2017. La legge inoltre ribadisce che il rifiuto o la rinuncia al trattamento sanitario non possono comportare l'abbandono terapeutico. Sono sempre assicurati il coinvolgimento del medico di famiglia e l'erogazione delle cure palliative di cui alla legge n. 38/2010 (Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore).

Costi

Nessuno.

Tempi di erogazione

Immediati, una volta fissato l'appuntamento.

Normativa di riferimento

Legge n. 38/2010 - Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore

Legge n. 219/2017 - Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento

Segnalazioni, reclami, ricorsi e opposizioni

[Sportello dei Cittadini](#)

Responsabile del procedimento

Roberto Barattin

Responsabile aggiornamento scheda

Raffaella Da Ros

- Scheda n. 262 -

Modulistica e altri allegati

Iscrizione al registro comunale delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT)
ai sensi della Legge n. 219/2017

Io sottoscritto/a (cognome e nome) *.....
nato/a a *..... in data *..... residente a Belluno (BL) in via *.....
Codice fiscale *..... Recapito telefonico
indirizzo email **.....
(Note per la compilazione : * campi obbligatori ; ** campo obbligatorio solo se esiste consenso alla notifica via mail, vedi opzione qui sotto)

CHIEDO

dopo aver acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle mie scelte, **l'iscrizione nel registro comunale delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT)** e chiedo la **conservazione del qui allegato documento DAT**, redatto nel pieno possesso delle mie facoltà mentali e in totale libertà di scelta ;

() **Accenso**, apponendo il segno "x" nel campo fra parentesi che precede, all'invio di copia della DAT alla banca dati nazionale, istituita presso il Ministero della Salute dall'articolo 1, comma 418, della legge 27 dicembre 2017, n. 205 e regolamentata con Decreto Ministero della Salute in data 10 dicembre 2019, n. 168, nel seguito denominata " banca dati nazionale " ;

() **Non accenso**, apponendo il segno "x" nel campo fra parentesi che precede, all'invio di copia della DAT alla banca dati nazionale e sono a conoscenza che tale scelta comporterà la comunicazione alla suddetta banca dati solamente del luogo di conservazione del mio documento DAT originale ;

() **Accenso**, apponendo il segno "x" nel campo fra parentesi che precede, alla notifica al mio indirizzo email dell'avvenuta registrazione della DAT nella banca dati nazionale ** ;

() **Non accenso**, apponendo il segno "x" nel campo fra parentesi che precede, alla notifica al mio indirizzo email dell'avvenuta registrazione della DAT nella banca dati nazionale ;

Indico qui di seguito la persona di mia fiducia che mi rappresenterà nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie e alla quale, in caso di bisogno, il Comune consegnerà il documento contenente le mie DAT :

il/la sig./ra (cognome e nome) *..... nato/a a *.....
in data *..... residente a *.....
in via *..... Codice fiscale *..... Recapito telefonico
indirizzo email

(Note per la compilazione : * campi obbligatori)

Il fiduciario potrà rinunciare al proprio incarico comunicandomelo con atto scritto. Sarà mia premura informarne l'Ufficiale di Stato Civile.

Sono consapevole che, in assenza di nomina o di rinuncia del fiduciario, le DAT potranno essere fatte valere con l'intervento del Giudice Tutelare e che la revoca del fiduciario dovrà essere fatta con le stesse modalità previste per la nomina, anche senza obbligo di motivazione.

L'accettazione della nomina da parte del fiduciario ed il suo consenso al trattamento dei dati personali secondo quanto previsto dal Regolamento Europeo 2016/679 (GDPR 2016/679) e successive modifiche ed integrazioni, risultano dalla sottoscrizione del qui allegato documento contenente le DAT e dalla sottoscrizione della qui allegata " *Informativa resa ai sensi degli articoli 13-14 del GDPR 2016/679*"; a tale fine si allega anche la fotocopia fronte e retro del documento di riconoscimento del fiduciario stesso .

Dichiaro di essere a conoscenza di quanto previsto dal Regolamento Europeo 2016/679 (GDPR 2016/679) e successive modifiche ed integrazioni, in materia di protezione dei dati personali ed **esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali** con la sottoscrizione della qui allegata " *Informativa resa ai sensi degli articoli 13-14 del GDPR 2016/679 (General Data Protection Regulation) per il trattamento dei dati raccolti nella Banca dati nazionali per le DAT* ", **informativa di cui trattengo una copia per mia personale conoscenza** .

Allegati : Documento DAT , Informativa GDPR n.679/2016, già sottoscritte dal fiduciario, con **copia suo documento d' identità** .

Data e Firma del dichiarante (da apporre davanti all'Ufficiale di Stato civile)

Belluno,

Informativa resa ai sensi degli articoli 13-14 del GDPR 2016/679 (General Data Protection Regulation) per il trattamento dei dati raccolti nella Banca dati nazionali per le DAT.

Gentile Signore/a,

il Ministero della salute, in qualità di titolare del trattamento dei dati da Lei forniti in relazione alla consegna, in qualità di disponente, delle Sue disposizioni anticipate di trattamento (DAT), La informa di quanto segue:

1. **Finalità del Trattamento:** Scopo della Banca dati nazionale delle DAT ¹ è quello di effettuare a livello nazionale la raccolta di copia delle DAT di cui all'articolo 4 della legge n.219 del 2017, e garantirne il tempestivo aggiornamento in caso di rinnovo, modifica o revoca, assicurando la piena accessibilità delle stesse al disponente, all'eventuale fiduciario dallo stesso nominato e al medico che ha in cura il disponente incapace di autodeterminarsi.
 2. **Tipologia dati :** all'atto della formazione, consegna o ricezione della DAT i soggetti abilitati alla trasmissione della stessa alla banca dati nazionale, indicati di seguito al punto 5), trasmettono:
 - a) i Suoi dati anagrafici e di contatto;
 - b) i dati anagrafici e di contatto del fiduciario, ove da Lei indicato, inclusa l'attestazione dell'accettazione della nomina da parte del fiduciario;
 - c) il Suo consenso alla trasmissione di copia della DAT presso la Banca dati nazionale o, in caso Lei non voglia renderla disponibile nella banca dati nazionale, l'indicazione di dove la stessa è reperibile;
 - d) la copia della Sua DAT, ove abbia prestato il consenso alla trasmissione.
 3. **Trattamenti dati:** il Ministero della salute effettua, limitatamente a quanto necessario rispetto al perseguimento delle finalità previste al punto 1 della presente informativa, i seguenti trattamenti dei dati da Lei forniti: raccolta, conservazione, consultazione, elaborazione e diffusione esclusivamente in forma anonima e aggregata, cancellazione. I Suoi dati sono trattati e conservati in conformità alle previsioni contenute nel regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 nell'ambito dei sistemi informativi del Ministero della salute.
 4. **Soggetti abilitati ai suddetti trattamenti:** i dati personali da Lei forniti sono trattati esclusivamente da personale appositamente designato dal titolare del trattamento. Detto titolare potrà avvalersi di soggetti abilitati ai suddetti trattamenti, previa designazione degli stessi quali Responsabili del Trattamento ai sensi dell'art. 28 del GDPR 2016/679. La consultazione dei Suoi dati nella banca dati nazionale DAT sarà consentita, tramite identificazione con il Sistema Pubblico di Identità Digitale (SPID), a Lei, al fiduciario da Lei indicato e ai medici che l'avranno in cura in caso di Sua incapacità ad autodeterminarsi.
 5. **Trasmissione dei Dati:** il conferimento dei dati alla banca dati nazionale DAT, per le finalità di cui al punto 1, può avvenire per il tramite dei seguenti soggetti alimentanti, titolari del trattamento di raccolta, conservazione e trasmissione dei dati:
 - gli ufficiali di stato civile dei comuni di residenza dei disponenti, o loro delegati, nonché e le rappresentanze diplomatiche o consolari italiane all'estero;
 - i notai e i Capi degli Uffici consolari italiani all'estero nell'esercizio delle funzioni notarili;
 - i responsabili delle unità organizzative competenti nelle regioni che abbiano adottato modalità di gestione della cartella clinica o del fascicolo sanitario elettronico o altre modalità di gestione informatica dei dati degli iscritti al Servizio sanitario nazionale, e che abbiano, con proprio atto, regolamentato la raccolta di copia delle DAT ai sensi dell'articolo 4, comma 7, della legge n. 219 del 2017.Copia delle DAT depositate precedentemente al 1 febbraio 2020 sarà acquisita alla banca dati nazionale entro il 31 luglio 2020 in assenza di una esplicita contraria volontà espressa dal disponente.
 6. **Conservazione dei dati:** i dati da Lei forniti saranno conservati all'interno della Banca dati nazionale delle DAT per i dieci anni successivi alla Sua morte.
 7. **Diritti dell'interessato:** in ogni momento, Lei e il fiduciario da Lei nominato potrete esercitare, ai sensi degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, il diritto di:
 - a) chiedere la conferma dell'esistenza o meno dei propri dati personali;
 - b) ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
 - c) ottenere la cancellazione di copia della DAT, ove non già utilizzata per scelte terapeutiche, indicando comunque dove la DAT è reperibile;
 - d) chiedere al Ministero della salute l'accesso ai dati personali che lo riguardano nonché la rettifica o cancellazione degli stessi ove non già utilizzati per scelte terapeutiche;
 - e) proporre reclamo a un'autorità di controllo.
- La informiamo che può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata all'indirizzo postale della sede: "Ministero della Salute - Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica - viale Giorgio Ribotta, n. 5 - 00144 Roma" o all'indirizzo mail: direzionesistemainformativo@sanita.it, ovvero tramite PEC a "DGSI@postacert.sanita.it. Il Responsabile della protezione dei dati può essere contattato all'indirizzo mail: rpd@sanita.it .**

¹ istituita presso il Ministero della salute dall'articolo 1, commi 418 e 419 della legge del 27 dicembre 2017, n. 205 e disciplinata dal decreto del Ministro della Salute n.168 del 10 dicembre 2019

Per presa visione :

Belluno,
(Luogo e data)	(Cognome e Nome del disponente)	(firma del disponente)
.....
(Luogo e data)	(Cognome e Nome del fiduciario)	(firma del fiduciario)



Spunti

per la redazione delle

***Disposizioni Anticipate di
Trattamento***



A) DATI ANAGRAFICI

Io sottoscritto/a _____

nata/o il _____ a _____ prov. _____

residente a _____ prov. _____

indirizzo _____

Codice Fiscale _____

N. Documento d'Identità _____

*nel pieno possesso delle mie facoltà mentali, in totale libertà di scelta, ai sensi e per effetto delle normative vigenti in materia e avendo acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle mie scelte, dispongo quanto segue in merito alle decisioni da assumere **nel caso necessiti cure mediche e fossi incapace di autodeterminarmi.***

B) INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE

- *Autorizzo i medici curanti ad informare sul mio stato di salute, sulle mie aspettative di vita, sugli esami diagnostici e le terapie da adottare, le seguenti persone:*

Nominativo _____

Nominativo _____

- *Nel caso di mancata indicazione, lascio ogni decisione ai medici curanti.*

C) DISPOSIZIONI PARTICOLARI

In caso di *perdita della capacità di intendere e di volere* a seguito di una patologia cerebrale invalidante e irreversibile con esiti permanenti severi sulla coscienza e/o sul corpo, o se fossi in uno stato di permanente incoscienza (coma o stato vegetativo permanente) considerata irreversibile dai medici, formulo le seguenti disposizioni riguardo i trattamenti sanitari:



1. Siano Non siano

intrapresi tutti i provvedimenti volti ad alleviare le mie sofferenze (come l'uso di farmaci oppiacei) anche se il ricorso a essi rischiasse di anticipare la fine della mia vita.

2. Voglio Non voglio che mi siano praticate forme di *respirazione meccanica*.

3. Voglio Non voglio essere *nutrito artificialmente*.

4. Voglio Non voglio essere *idratato artificialmente*.

5. Voglio Non voglio essere *dializzato*.

6. Voglio Non voglio che mi siano praticati *interventi di chirurgia d'urgenza*.

7. Voglio Non voglio che mi siano *praticate trasfusioni di sangue*.

8. Voglio Non voglio che mi siano somministrate *terapie antibiotiche*.

D) ALTRE EVENTUALI DISPOSIZIONI

In particolare, in aggiunta o anche ad eccezione di quanto sopra, dispongo che ...

E) NOMINA DEL FIDUCIARIO/I

Qualora io perdessi la capacità di decidere o di autodeterminarmi, nomino mio rappresentante fiduciario, che si impegna a garantire lo scrupoloso rispetto delle mie volontà espresse nella presente

la signora/il signor: _____

nata/o il _____ a _____ prov. _____

residente a _____ CAP _____ prov. _____

indirizzo _____ Email _____

CF _____ Documento _____

Per accettazione (Firma del fiduciario) _____

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

nata/o il _____ a _____ prov. _____

residente a _____ CAP _____ prov. _____

indirizzo _____ Email _____

CF _____ Documento _____

Per accettazione (Firma del fiduciario) _____



□ Conferisco


□ Non conferisco

al fiduciario, in caso di mia incapacità, il potere di **rappresentarmi in ogni controversia giudiziaria o amministrativa** scaturente dal presente atto, nonché procura per promuovere ricorsi, in ogni competente sede giudiziaria o amministrativa, in caso di rigetto o mancata considerazione della volontà da me espressa, con facoltà, ove necessario, di sollevare, nei relativi giudizi, eccezione di incostituzionalità delle norme di legge eventualmente invocate per giustificare il rifiuto.

Data e Firma del disponente



DAT Soggetti interessati

- Esclusivamente i cittadini residenti nel Comune
 - Persona maggiorenne capace di intendere e di volere
- 

DAT Contenuti necessari

1. Dati anagrafici del dichiarante (cognome, nome, data di nascita);
 2. Indicazione delle situazioni in cui dovrà essere applicata la Dat
 3. Consenso o rifiuto di specifiche misure mediche
 4. Data e firma del dichiarante
- E' **consigliata** l'indicazione di una **persona di fiducia** (*fiduciario*), completa di dati anagrafici e di recapiti per eventuali contatti

Cosa si consegna

- ✓ 1 copia delle DAT
tenere copia per se e per il/i fiduciario/i
- ✓ copia del documento d'identità valido e del codice fiscale del **disponente**
- ✓ copia del documento d'identità valido e del codice fiscale del **fiduciario**
- ✓ Modulo di iscrizione al registro/banca dati delle DAT (scaricabile dalla pagina web del Comune)

Dove depositare le DAT

- Le DAT vanno consegnate personalmente all'ufficiale di stato civile del Comune
- Il pubblico ufficiale provvederà ad annotare il deposito nell'apposito registro, ad inviare le DAT alla Banca Dati Nazionale e rilascerà attestazione dell'avvenuto deposito
- Le DAT consegnate ed annotate nel registro istituito all'ufficio stato civile del Comune, **sono esenti da qualsiasi tributo**, imposta, diritto e tassa.
- Le DAT sono modificabili e revocabili.

Sentenza 242/2019 della Consulta

non si è punibili ai sensi dell'articolo 580 del codice penale, a determinate condizioni, chi agevola l'esecuzione del proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi, di un paziente

La Corte Costituzionale pone specifici limiti perché sia lecita l'agevolazione dell'esecuzione del proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi:

- a) il rispetto della procedura di cui alla legge 219 (consenso informato e prospettazione delle cure palliative);
- b) volontà libera ed autonoma di persona dipendente da trattamenti di sostegno vitale;
- c) presenza di una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che la persona reputa intollerabili;
- d) verifica delle condizioni e delle modalità di esecuzione da parte di una struttura sanitaria pubblica, previo parere del comitato etico territorialmente competente.



Sentenza della Corte costituzionale 242/2019

... sempre che tali condizioni e le modalità di esecuzione siano state verificate da una struttura pubblica del servizio sanitario nazionale, previo parere del comitato etico territorialmente competente».



**BIOTESTAMENTO,
CURE PALLIATIVE,
EUTANASIA?**

**CHIAMA IL NUMERO BIANCO
06 9931 3409
PER FARE LUCE SUI TUOI DIRITTI**