

**REGOLAMENTO**  
**REGISTRO DELLE DICHIARAZIONI**  
**ANTICIPATE DI VOLONTÁ DI TRATTAMENTI**  
**SANITARI E DI FINE VITA (DAT)**  
*Testamento Biologico*

**ART. 1 – Istituzione del Registro**

**ART. 2 – Dichiarazione di volontà Anticipata di Trattamento o Testamento biologico**

**ART. 3 – Registro dei Testamenti Biologici. Finalità**

**ART. 4 – Soggetti legittimati a presentare il testamento biologico (Dichiarante)**

**ART. 5 – Fiduciario**

**ART. 6 – Modalità di deposito e di iscrizione del Testamento Biologico nel relativo Registro**

**ART. 7 – Soggetti che possono ritirare il testamento biologico**

**ART. 8 – Ritiro**

**ART. 9 – “Apertura” delle volontà per trattamenti medici**

**ART. 10 – “Apertura” delle volontà per fine vita**

**ART. 11 – Informativa “Codice in materia di protezione dei dati personali”**

### **ART. 1 – Istituzione del Registro**

Il Comune di Piano di Sorrento, nell’ambito della propria autonomia e facoltà amministrativa, tutela la piena dignità delle persone e ne promuove il pubblico rispetto anche in riferimento alla fase terminale della vita umana. A tal fine istituisce il Registro per la raccolta delle Dichiarazioni di volontà Anticipata di Trattamento (DAT) denominato nel prosieguo anche REGISTRO DEI TESTAMENTI BIOLOGICI.

Le direttive anticipate di trattamento sono uno strumento a tutela della persona che consentono al soggetto incapace, di esercitare il suo diritto all’autodeterminazione terapeutica, l’esplicazione della sua personalità e l’invulnerabilità della sua libertà individuale. L’anticipata disposizione futura, raccolta e conservata attraverso l’istituto del Registro consente di attuare quel sistema di tutela espresso sul piano del diritto sostanziale dagli artt. 2, 13 e 32 della Costituzione.

### **ART. 2 – Dichiarazione di volontà Anticipata di Trattamento o Testamento biologico**

a) Con l’espressione Dichiarazione Anticipata di volontà di Trattamento o “*Testamento Biologico*” si fa riferimento ad un documento scritto, contenente la manifestazione di una persona che, capace di intendere e di volere, indica in anticipo e liberamente i trattamenti medici e di fine vita cui essere/non essere sottoposta nel caso in cui si trovasse nella condizione di incapacità per malattie o traumasmi cerebrali che determinino una perdita di coscienza definibile come permanente ed irreversibile.

b) Nel Testamento Biologico la persona può descrivere le sue volontà anche per quanto riguarda il fine vita: la donazione degli organi, le funzioni religiose ed il rito funerario, la cremazione o la inumazione del proprio corpo.

### **ART. 3 – Registro dei Testamenti Biologici. Finalità**

a) Consentire a tutti i cittadini personali, libere e inviolabili manifestazioni di volontà, circa le scelte di fine vita e il rispetto dell’identità della persona.

b) L’iscrizione nominativa e numerata, mediante autodichiarazione, di tutti i cittadini che hanno redatto liberamente e nel pieno delle facoltà mentali una dichiarazione anticipata di trattamento intende garantire la certezza della data di presentazione e la fonte di provenienza delle disposizioni: un’esigenza di certezza che il registro presso il Comune soddisfa (quale testimonianza qualificata) con criteri formali semplici e pratici.

c) Il Registro non è pubblico e l’iscrizione è gratuita.

### **ART. 4 – Soggetti legittimati a presentare il testamento biologico (Dichiarante)**

a) Sono soggetti legittimati a presentare il testamento biologico, nelle forme e secondo le modalità previste dal presente regolamento, gli iscritti nell’anagrafe della popolazione residente nel Comune di Piano di Sorrento, i quali abbiano compiuto il diciottesimo anno di età e che non siano sottoposti a provvedimenti restrittivi della capacità di agire.

b) La persona che lo redige definita Dichiarante, utilizzando esclusivamente l’apposito modulo approvato dal Consiglio Comunale, nomina un/a Fiduciario/a che diviene, nel caso in cui la persona diventi incapace di comunicare consapevolmente con i medici, il soggetto chiamato a dare fedele esecuzione alla volontà della stessa per ciò che concerne le decisioni riguardanti i trattamenti sanitari da eseguire.

- c) Il Dichiarante nomina anche un/a Fiduciario/a Supplente che assolverà alle funzioni sopra indicate qualora il Fiduciario si trovi nell'impossibilità di assolvere alle sue funzioni.
- d) Il venir meno della situazione di residenza del Dichiarante non comporta la cancellazione dal Registro.

#### **ART. 5 – Fiduciario**

- a) Il Fiduciario (o il Supplente Fiduciario), maggiorenne capace di intendere e di volere, nominato nel Testamento Biologico e che può conoscerne il contenuto, è il soggetto che avrà il compito di dare fedele rappresentazione della volontà del Dichiarante per le decisioni riguardanti i trattamenti da eseguire ove lo stesso si trovasse nell'incapacità di intendere e di volere.
- b) Il Fiduciario nominato nel Testamento Biologico è tenuto a rendere edotti i medici curanti dell'esistenza del testamento biologico medesimo.

#### **ART. 6 – Modalità di deposito e di iscrizione del Testamento Biologico nel relativo Registro**

I residenti a Piano di Sorrento potranno depositare la propria dichiarazione di testamento biologico secondo le seguenti modalità:

- a) La persona interessata può rivolgersi al Responsabile dell'Ufficio Stato Civile per avere informazioni ed acquisire la relativa modulistica sul testamento biologico (disponibile anche all'indirizzo internet del Comune). La dichiarazione anticipata di trattamento va redatta utilizzando esclusivamente il modello predisposto dal Consiglio Comunale e deve essere debitamente compilata dal Dichiarante.
- b) La persona interessata prende appuntamento direttamente con il Responsabile dell'Ufficio Stato Civile per l'iscrizione nell'apposito Registro e per la conservazione degli atti.
- c) Occorre presentarsi all'appuntamento accompagnati dalla persona nominata Fiduciaria nel proprio testamento biologico e dal Supplente del Fiduciario. Il Dichiarante e il suo Fiduciario e il Supplente del Fiduciario dovranno presentarsi con il proprio documento di identità, in corso di validità, in originale.
- d) Al Testamento biologico, redatto attentamente, deve essere allegata copia dei documenti di identità del Dichiarante e del Fiduciario e del Supplente Fiduciario.
- e) Il Testamento biologico firmato dal Dichiarante e gli allegati documenti di identità fotocopiati, vengono inseriti in una busta, sigillata con timbratura a umido del comune e siglatura del responsabile, con la firma del Dichiarante e dei Fiduciari, il tutto sui lembi di chiusura della busta, davanti al Responsabile dell'Ufficio Stato Civile, numerata con lo stesso numero che viene annotato sul Registro predisposto.
- f) Il Dichiarante e i Fiduciari, di fronte al Responsabile dell'Ufficio Stato Civile, compilano e sottoscrivono la dichiarazione di atto di notorietà nella quale notificano di essere consapevoli di tale registrazione.
- g) Qualora il cittadino dichiarante che intende presentare Dichiarazione Anticipata di Volontà al Trattamento Sanitario sia impossibilitato per cause fisiche a sottoscrivere il documento, potrà dichiarare la propria volontà all'incaricato del Comune il quale attesterà che la dichiarazione è stata resa in sua presenza, in forma diretta, attraverso ausili multimediali o anche tramite un interprete specializzato iscritto agli appositi albi, messo a disposizione dal Comune.
- h) La dichiarazione di atto di notorietà viene contrassegnata con lo stesso numero di quello attribuito alla "busta chiusa", firmata dal Responsabile dell'Ufficio Stato Civile, protocollata (per attestarne data e luogo di consegna) e spillata esternamente alla "busta chiusa". Al Dichiarante e ai Fiduciari viene rilasciata una copia della dichiarazione di atto di notorietà quale ricevuta di avvenuta consegna.
- i) La "busta chiusa" e la dichiarazione di atto di notorietà in egual modo numerate, vengono archiviate dal Responsabile dell'Ufficio Stato Civile all'interno di una cassaforte del Comune.
- l) Il Responsabile Comunale deve dare comunicazione dell'avvenuta registrazione al Medico di Medicina di base del Dichiarante.

#### **ART. 7 – Soggetti che possono ritirare il testamento biologico**

Il Dichiarante;

Il Fiduciario indicato dal dichiarante nella dichiarazione di atto di notorietà qualora il dichiarante sia nell'incapacità di intendere e di volere;

Il Fiduciario Supplente indicato dal dichiarante nella dichiarazione di atto di notorietà qualora il Fiduciario si trovi nell'impossibilità di assolvere alle sue funzioni.

#### **ART. 8 – Ritiro**

a) Il Dichiarante in qualunque momento può ritirare la personale Dichiarazione Anticipata di Trattamento, dietro avanzata richiesta che verrà protocollata. Su appuntamento il Responsabile dell'Ufficio Stato Civile di fronte

al Dichiarante procede alla riconsegna della “busta chiusa” e annota sul Registro l’avvenuto ritiro. Il Responsabile dell’Stato Civile deve darne comunicazione al medico di base.

b) Il Dichiarante può modificare il proprio Testamento Biologico in qualunque momento, seguendo la stessa procedura iniziale sopra riportata al pari di una nuova Dichiarazione Anticipata di Trattamento, che andrà ad annullare e sostituire la precedente. Per modifica si intende ad esempio la sostituzione dei nominativi del Fiduciario e del Supplente Fiduciario o per integrare e cambiare le proprie volontà.

c) Se entro 5 anni dalla morte certificata del Dichiarante, il Fiduciario o il supplente Fiduciario non inoltrano richiesta di ritiro della “busta chiusa” contenente la dichiarazione, il Responsabile dell’Ufficio Stato Civile procede alla sua triturazione senza apertura della busta, trascrivendo sul registro l’avvenuta distruzione.

#### **ART. 9 – “Apertura” delle volontà per trattamenti medici**

a) Nel caso in cui si debbano far valere le volontà espresse dal Dichiarante nella Dichiarazione Anticipata di Trattamento, il Fiduciario è tenuto:

- a fare richiesta di appuntamento per il ritiro del Testamento Biologico depositato dal Dichiarante,
- a presentarsi alla convocazione accompagnato dal Medico di Base del Dichiarante, per dare espressione alle disposizioni, a garanzia del rispetto delle volontà.

b) Su convocazione, il Fiduciario insieme al Medico di base del Dichiarante o in caso di sua indisponibilità o impedimento da un Medico incaricato a sostituirlo, di fronte al Responsabile dell’Ufficio Stato Civile, procedono all’apertura della “busta chiusa” e dietro sottoscrizione al ritiro della Dichiarazione Anticipata di Trattamento, il Responsabile dell’Stato Civile trascrive sul Registro l’avvenuto ritiro.

#### **ART. 10 – “Apertura” delle volontà per fine vita**

a) Nel caso in cui si debbano far valere le volontà espresse dal Dichiarante nella Dichiarazione Anticipata di Trattamento, il Fiduciario è tenuto:

- a fare richiesta di appuntamento per il ritiro del Testamento Biologico depositato dal Dichiarante,
- a presentarsi alla convocazione per dare espressione alle disposizioni, a garanzia del rispetto delle volontà.

b) Su convocazione, il Fiduciario, di fronte al Responsabile dell’Ufficio Stato Civile, procede all’apertura della “busta chiusa” e dietro sottoscrizione al ritiro della Dichiarazione Anticipata di Trattamento, il Responsabile comunale trascrive sul Registro l’avvenuto ritiro.

#### **ART. 11 – Informativa “Codice in materia di protezione dei dati personali”**

In adempimento agli obblighi di cui all’art. 13 del D.Lgs. 196/2003, si informa che:

a) il trattamento dei dati conferiti con la presente dichiarazione è finalizzato al procedimento amministrativo per l’istituzione del Registro dei cittadini che hanno depositato una Dichiarazione di volontà Anticipata di Trattamento o Testamento Biologico nel Comune di Piano di Sorrento e delle attività ad esso correlate e conseguenti previste dal suddetto Regolamento;

b) il trattamento avviene con o senza l’ausilio di mezzi elettronici, secondo principi e modalità volti ad assicurare la certezza del dato immesso, la sicurezza del dato raccolto, la correttezza formale e garanzia dei dati immessi e prodotti;

c) il conferimento dei dati come previsto dal Regolamento 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 dagli incaricati dal Comune secondo principi di correttezza, liceità e trasparenza, in modo da tutelare in ogni momento la riservatezza ed i dati dell’interessato. Oltre 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/la dichiarante nella dichiarazione depositata e registrata. 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 (accesso ai propri dati personali, rettifica, aggiornamento, cancellazione dei dati, ecc);

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

h) il titolare e responsabile del presente Registro è il Comune di Piano di Sorrento (NA).

# DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ ANTICIPATA PER I TRATTAMENTI SANITARI e DI FINE VITA

## Compilazione del modulo.

- Si consiglia di compilare il modulo con calma, prendendo tutto il tempo necessario a riflettere sulle domande che vengono poste. Si suggerisce inoltre di consultare il proprio medico di base per avere tutte le informazioni necessarie ad indicare nel formulario la propria autodeterminazione.
- Il fiduciario nominato deve essere una persona che sappia interpretare il volere dell'interessato di fronte a situazioni mediche di vario tipo, che rispetti i bisogni, preferenze, aspirazioni, convinzioni e di quanto caratterizza ed esprime l'identità personale del Dichiarante.
- Il formulario deve essere compilato in tutte le sue parti, barrando solo una libera scelta per ogni condizione, inoltre, nelle indicazioni aggiuntive aperte scrivere in forma leggibile. Se tale spazio non viene impiegato va obbligatoriamente e visibilmente cassato da impedire aggiunte successive all'apertura.
- La firma in calce al modulo avverrà in presenza del Responsabile dell'Ufficio Stato Civile. I fiduciari non deve/ono firmare questo modulo.
- E' fatto obbligo allegare al presente modulo copia dei documenti d'identità validi del Dichiarante, Fiduciario e Supplente Fiduciario.

## A) DATI ANAGRAFICI (dichiarante)

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nata/o il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_  
Documento di identità n. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

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

## B) CONSENSO INFORMATO

1.  Voglio essere informato sul mio stato di salute e sulle mie aspettative di vita, anche se fossi affetto da malattia grave e non curabile.

Non voglio essere informato sul mio stato di salute e sulle mie aspettative di vita, anche se fossi affetto da malattia grave e non curabile

2.  Nel caso decidessi di non essere informato sul mio stato di salute e sugli esami diagnostici e le terapie da adottare, delego a essere informato e a decidere in mia vece la signora/il signor:

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

3.  Voglio essere informato sui vantaggi e sui rischi degli esami diagnostici e delle terapie.

Non voglio essere informato sui vantaggi e sui rischi degli esami diagnostici e delle terapie.

4.  Non autorizzo i medici curanti ad informare persone

Autorizzo i medici curanti ad informare le seguenti persone: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### C) DISPOSIZIONI GENERALI

In caso di perdita della capacità di decidere o nel caso di impossibilità di comunicare le mie decisioni ai medici, formulo le seguenti disposizioni riguardo i trattamenti sanitari.

Disposizioni che perderanno di validità se, ripresa la piena coscienza, decidessi di annullarle o sostituirle.

Dispongo che i trattamenti:

1.  Siano iniziati e continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di incoscienza  
 Non siano continuati se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di incoscienza permanente non suscettibile di recupero e senza possibilità di recupero.
2.  Siano iniziati e continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di demenza avanzata non suscettibile di recupero.  
 Non siano continuati se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di demenza avanzata senza possibilità di recupero.
3.  Siano iniziati e continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di paralisi con incapacità totale di comunicare verbalmente, per iscritto o grazie all'ausilio di mezzi tecnologici.  
 Non siano continuati 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.

### D) DISPOSIZIONI PARTICOLARI

Qualora io avessi una malattia allo stadio terminale, o una lesione cerebrale invalidante e irreversibile, o una malattia che necessiti l'utilizzo permanente di macchine o se fossi in uno stato di permanente incoscienza (coma o persistente stato vegetativo) considerata irreversibile dai medici dispongo che:

1.  Voglio  Non voglio *che 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 idratato o nutrito artificialmente.*
4.  Voglio  Non voglio *essere dializzato.*
5.  Voglio  Non voglio *che mi siano praticati interventi di chirurgia d'urgenza.*
6.  Voglio  Non voglio *che mi siano praticate trasfusioni di sangue.*
7.  Voglio  Non voglio *che mi siano somministrate terapie antibiotiche.*
8.  Altre disposizioni personali (non possono essere rifiutate misure di assistenza e accudimento indispensabili alla tutela della dignità della persona, come a titolo di esempio la pulizia e la prevenzione e cura delle piaghe)

---

---

---

E) NOMINA DEL FIDUCIARIO

Qualora io perdessi 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 la signora/il signor:

\_\_\_\_\_

nata/o il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_

Documento di identità \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

nata/o il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_

Documento di identità \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

F) ASSISTENZA RELIGIOSA

1.  Desidero l'assistenza religiosa della seguente confessione: \_\_\_\_\_
2.  Non desidero assistenza religiosa.
3.  Desidero  
 Non desidero un funerale.
4.  Desidero un funerale religioso secondo la confessione da me professata.  
 Desidero un funerale non religioso.

G) DISPOSIZIONI DOPO LA MORTE

1.  Autorizzo  Non autorizzo la donazione dei miei organi per trapianti.
2.  Autorizzo  Non autorizzo la donazione del mio corpo per scopi scientifici o didattici.
3.  Dispongo che il mio corpo sia inumato.  Non dispongo che il mio corpo sia inumato.
4.  Dispongo che il mio corpo sia cremato.  Non dispongo che il mio corpo sia cremato.

In fede,

.....  
*firma del dichiarante*

Piano di Sorrento, ...../...../.....

dati anagrafici del pubblico ufficiale che raccoglie l'eventuale dichiarazione di volontà del dichiarante impossibilitato da cause fisiche a sottoscrivere il documento (come previsto dall'art. 6 comma f bis regolamento registro delle dichiarazioni anticipate di volontà di trattamenti sanitari e di fine vita "DAT" testamento biologico):

Nome/cognome \_\_\_\_\_

nata/o il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

dipendente del Comune di Piano di Sorrento (NA) con funzioni di \_\_\_\_\_

Documento di identità n. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_