



COMUNE di VALFURVA
(Provincia di Sondrio)

REGOLAMENTO

**MODALITA' OPERATIVE DI RICEVIMENTO E REGISTRAZIONE
DELLE DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO
(D.A.T.)**

Legge 22/12/2017, n. 219

Circolare Ministero Interno n. 1/2018 del 08/02/2018

(Approvato con delibera di C.C. n. 9 del 11 marzo 2019)

INDICE

Articoli

Art. 1 – Oggetto e finalità del regolamento

Art. 2 – Definizioni

Art. 3 – Modalità e consegna delle D.A.T.

Art. 4 – Elenco delle D.A.T. presentate

Art. 5 – Accesso

Art. 6 – Abrogazione di norme

Art. 7 – Rinvio

Art. 8 – Entrata in vigore

Modulistica

Mod. 1 – Istanza di consegna delle D.A.T.

Mod. 2 – Nomina Fiduciario

Mod. 3 – Accettazione della nomina a Fiduciario

Mod. 4 – Dichiarazione di volontà anticipata (D.A.T.) per i trattamenti sanitari

Art. 1
Oggetto e finalità del regolamento

1. Il presente regolamento disciplina le modalità di ricevimento e registrazione delle *"Disposizioni Anticipate di Trattamento – D.A.T."*, previste dalla legge 219/2017.
2. L'ufficio competente a ricevere le disposizioni anticipate di trattamento (DAT), consegnate dai disponenti maggiorenni e capaci di intendere e volere, è l'ufficio dello Stato Civile.
3. L'ufficio di Stato Civile ha il solo compito di ricevere, registrare e conservare le DAT, non deve partecipare alla redazione della scrittura né è tenuto a dare informazioni sul contenuto delle DAT.

Art. 2
Definizioni

1. *"Disposizioni Anticipate di Trattamento (D.A.T.)"*: la dichiarazione, resa di propria spontanea volontà, da parte di un cittadino, contenente la manifestazione di volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari, in previsione dell'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi.
2. *"Disponente"*: colui che sottoscrive le DAT e che può nominare un fiduciario.
3. *"Fiduciario"*: la persona di fiducia del disponente, che ne fa le veci e lo rappresenta, nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie, qualora il disponente si trovasse nell'incapacità di esprimere consapevolmente la propria volontà relativamente ai trattamenti proposti.

Art. 3
Modalità di consegna delle D.A.T.

1. La presentazione delle DAT dovrà essere effettuata personalmente dal Disponente negli orari di apertura al pubblico dell'Ufficio di Stato Civile. Al fine di esercitare i diritti riconosciuti dalla Legge n. 219/2017 (DAT) dovranno essere utilizzati gli appositi moduli predisposti e allegati al presente regolamento.
2. Il Disponente dovrà consegnare personalmente all'Ufficio di Stato Civile le DAT, redatte in forma scritta, con data certa e sottoscritte con firma autografa, assieme ad una *"Istanza di consegna"* (vedi allegato Mod.1) previa esibizione di Carta d'Identità in corso di validità.
3. Le DAT possono contenere la nomina di un Fiduciario maggiorenne e capace; nel qual caso l'accettazione della nomina da parte del Fiduciario avverrà attraverso la sottoscrizione delle DAT o con atto successivo allegato alle DAT.
4. Nel caso che le DAT non contengano la nomina di un Fiduciario, il Disponente potrà compilare la *"nomina Fiduciario"* (Mod.2) che a sua volta dovrà dare formale accettazione della nomina (Mod.3), firmando entrambi i suddetti moduli innanzi all'Ufficiale di stato Civile, previa esibizione di Carta d'Identità in corso di validità. L'accettazione della nomina da parte del Fiduciario viene allegata alle DAT per costituirne parte integrante. In assenza di esplicita accettazione da parte del Fiduciario, la nomina non produce effetti.
5. La busta contenente la DAT dovrà essere consegnata chiusa e verrà numerata e registrata unitamente all'istanza di consegna, di cui verrà rilasciata ricevuta, ed eventuali allegati.
6. Sulla busta chiusa si dovranno riportare i seguenti dati identificativi:
 - a) la dicitura *"D.A.T. di"* con le generalità del Disponente (cognome, nome, data e luogo di nascita).
 - b) le generalità del Fiduciario, se nominato (cognome, nome, data e luogo di nascita)
7. Il Disponente potrà modificare le DAT depositate mediante la consegna di altre DAT e contestuale ritiro delle precedenti, con le medesime modalità previste per la consegna.

Art. 4
Elenco della DAT presentate

1. Presso l'ufficio di Stato Civile è istituito un elenco, sia in forma cartacea che digitale, nel quale verranno numerate e registrate le DAT presentate dai cittadini che risultano residenti nel Comune di Valfurva all'atto della richiesta.
2. La registrazione nell'elenco avverrà in ordine cronologico di presentazione, registrando il numero d'ordine, il numero di protocollo, la data di presentazione, e generalità del Disponente e del Fiduciario nonché i mutamenti del Fiduciario e le variazioni delle DAT.

Art. 5
Accesso

1. All'elenco delle DAT potranno avere accesso: il Disponente, il Suo medico curante ed il Fiduciario.
2. Al di fuori dei tre casi sopracitati si applica la disciplina sull'accesso alla documentazione amministrativa (Legge 241/1990 e DPR 184/2006) e l'accesso potrà essere esercitato dal parente più prossimo individuato ai sensi degli articoli 74, 75, 76 e 77 del Codice Civile.

Art. 6
Abrogazione di norme

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

Art. 7
Rinvio

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

Art. 8
Entrata in vigore

1. Il presente regolamento entra in vigore il giorno in cui diviene esecutiva la relativa delibera di approvazione. Il presente regolamento è reso pubblico mediante affissione di appositi avvisi all'Albo pretorio comunale e nei consueti luoghi pubblici di affissione.
2. Il presente regolamento viene pubblicato altresì sul sito internet del Comune, unitamente alla modulistica.

(Mod.1)

All'Ufficio Stato Civile
del Comune di VALFURVA

OGGETTO: Istanza di consegna delle Disposizioni Anticipate di Trattamento – D.A.T. (art. 4, comma 6, della Legge 22/12/2017, n. 219).

Io sottoscritt _____, nat_ il ___/___/_____ a
_____ (___), C.F. _____,
cittadinanza _____, residente a _____ (___) in
_____ n. _____,
telefono _____, e-mail _____,
quale "Disponente",

CHIEDO

di consegnare le mie D.A.T. e a tal fine

DICHIARO

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

- di essere persona maggiorenne e capace di intendere e volere;
- di essere residente nel Comune di _____ (___);
- che Fiduciario è signor_ _____, nat_ il ___/___/___ a _____ quale ha provveduto a sottoscrivere le DAT che vengono consegnate;

- di aver consegnato a detto Fiduciario una copie delle DAT;
- di essere a conoscenza che l'incarico di Fiduciario potrà essere revocato in qualsiasi momento, con le stesse modalità previste per la nomina e senza obbligo di motivazione;
- di non aver indicato alcun Fiduciario e di essere informato che in caso di necessità il Giudice Tutelare provvederà alla nomina di un amministratore di sostegno, ai sensi del capo I del titolo XII del libro I del Codice Civile;
- di non aver indicato alcun Fiduciario nelle DAT ma di volervi provvedere ora con atto separato da allegare alle DAT;
- di essere informato che, ai sensi della vigente normativa in materia di tutela della privacy, i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del presente procedimento e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

ALLEGO:

- le mie DAT in busta chiusa;
- nomina ed accettazione incarico del Fiduciario (Mod.2);
- fotocopia del mio documento di riconoscimento in corso di validità;
- fotocopia del documento di riconoscimento del Fiduciario in corso di validità;
- fotocopia della mia tessera sanitaria in corso di validità;

Valfurva, ___/___/_____.

Il Disponibile _____
firma per esteso e leggibile

Autentica sottoscrizione

COMUNE DI VALFURVA (SO)
- Ufficio di Stato Civile -

La suesesa dichiarazione di presentazione delle DAT è stata resa e sottoscritta in mia presenza dal__ Disponibile, signor__ _____, della cui identità mi sono accertato mediante _____.
Valfurva, ___/___/_____.

L'Ufficiale di Stato Civile delegato

=====

RICEVUTA DI AVVENUTA PRESENTAZIONE

COMUNE DI VALFURVA (SO)
- Ufficio di Stato Civile -

Si attesta che le DAT relative a _____, sono state registrate in data odierna, con prot. n. _____, al n. _____ dell'elenco cronologico delle DAT presentate e saranno conservate presso questo Ufficio di Stato Civile del Comune di Valfurva (SO).
Valfurva, ___/___/_____.

L'Ufficiale di Stato Civile delegato

(Mod. 2)

All'Ufficiale dello Stato Civile
del Comune di VALFURVA

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

Io sottoscritt _____, nat il ___/___/_____
a _____ (___), C.F. _____,
cittadinanza _____, residente a _____
(___) in Via _____ n. _____,
telefono _____, e-mail _____

NOMINO

Fiduciario _I_ signor _____, nat il ___/___/_____
a _____ (___) e residente a _____
_____ (___) in Via _____ n. _____,

per le finalità connesse all'applicazione della legge 22 dicembre 2017, n.219 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento".

Di essere informato che, ai sensi della vigente normativa in materia di tutela della privacy, i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del presente procedimento e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Valfurva, ___/___/_____.

Firma del Disponente (per esteso e leggibile)

=====

Autentica sottoscrizione

COMUNE DI VALFURVA (SO)
- Ufficio di Stato Civile -

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

Valfurva, ___/___/_____.

L'Ufficiale di Stato Civile delegato

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

Io sottoscritt _____, nat_ il ___/___/_____
a _____ (___), C.F. _____,
cittadinanza _____, residente a _____ (___)
in Via _____ n. _____,
telefono _____, e-mail _____

ACCETTO

la nomina a Fiduciario per _I_ signor _____,
nat_ il ___/___/_____
a _____ (___) e residente a
_____ (___) in Via _____ n. _____,
per le finalità connesse all'applicazione della legge 22 dicembre 2017, n.219 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento".

Di essere:

- a conoscenza che l'incarico del fiduciario può essere revocato dal disponente in qualsiasi momento, con le stesse modalità previste per la nomina e senza obbligo di motivazione;
- informato che, ai sensi della vigente normativa in materia di tutela della privacy, i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del presente procedimento e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Valfurva, ___/___/_____.

Firma del Fiduciario (per esteso e leggibile)

=====

Autentica sottoscrizione

COMUNE DI VALFURVA (SO)
- Ufficio di Stato Civile -

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

Valfurva, ___/___/_____.

L'Ufficiale di Stato Civile delegato

Al fine di rendere esecutive le disposizioni da me scritte sul retro della presente e di assumere in mia vece le decisioni che fossero necessarie e, in ogni caso, a effetto di legge

NOMINO QUALE FIDUCIARIO

l signor _____, nat_ il ___/___/_____
a _____ (___), C.F. _____,
cittadinanza _____, residente a _____ (___)
in Via _____ n. _____,
telefono _____, e-mail _____

La suddetta persona delegata dovrà, in caso di mia incapacità, prendere al mio posto tutte le decisioni necessarie e relative al mio trattamento medico. Di conseguenza dovrà tener conto della mia volontà retro indicata.

Potrà prendere visione della mia cartella clinica ed autorizzare la sua consegna a terzi.

Firma per accettazione della nomina di Fiduciario

Firma del Fiduciario (per esteso e leggibile)

Sono a conoscenza che il medico è tenuto al rispetto delle DAT, le quali possono essere disattese, in tutto o in parte, dal medico stesso, in accordo con il Fiduciario, qualora esse appaiano palesemente incongrue o non corrispondenti alla mia condizione clinica attuale, ovvero sussistano terapie, non prevedibili all'atto della sottoscrizione, capaci di offrire concrete possibilità di miglioramento delle condizioni di vita.

Sono a conoscenza che le mie volontà potranno essere da me revocate o modificate in ogni momento con successiva disposizione, che annullerà le precedenti.

Valfurva, ___/___/_____.

Firma del Disponente (per esteso e leggibile)