



## Nota Informativa sulla Dichiarazione Anticipata di Trattamento (DAT) o Biotestamento o Testamento Biologico

La legge sul Testamento Biologico (n. 219/2017) – DAT approvata il 14 dicembre 2017, pubblicata in Gazzetta Ufficiale il 16 gennaio 2018, è in vigore dal 31 gennaio 2018. La legge 219/2017 “(...) nel rispetto dei principi di cui agli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione e degli articoli 1, 2 e 3 della Carta dei diritti fondamentali dell’Unione europea, tutela il diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all’autodeterminazione della persona e stabilisce che nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge.”

### DAT (Dichiarazione Anticipata di Trattamento) o Biotestamento o Testamento Biologico)

Con le DAT puoi quindi esprimere oggi le tue scelte fornendo indicazioni sui trattamenti sanitari con cui potrai essere – o non essere – sottoposto. Indicazioni importanti nel caso eventuale e futuro in cui non fossi in grado di esprimere – attraverso il diritto al consenso informato – le tue scelte.

Con il Biotestamento non si possono richiedere trattamenti sanitari contrari alle leggi.

**Chi può esprimere le DAT?** Ogni persona maggiorenne e capace di intendere e di volere.

#### Come si fa un Testamento Biologico?

Le DAT possono essere redatte in forme diverse.

Alcuni suggerimenti:

- ➔ **Puoi scrivere un testo di tuo pugno;**
- ➔ **Puoi utilizzare il fac simile allegato;**
- ➔ **Puoi modificare il fac simile allegato secondo le tue necessità ed esigenze.**

Potrai rinnovare, modificare o revocare le tue DAT espresse nel Biotestamento in ogni momento. Il testamento biologico è esente dall’obbligo di registrazione tributaria, dall’imposta di bollo e da qualsiasi altro tributo, imposta, diritto o tassa.

## Fiduciario: perché nominarne uno?

La legge auspica (ma non obbliga) che ogni persona, nel momento in cui sottoscrive il proprio biotestamento, indichi altresì una persona di sua fiducia, denominata «fiduciario», che ne faccia le veci e la rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie. Qualsiasi persona maggiorenne e capace di intendere e volere può ricoprire il ruolo di fiduciario accettando la nomina.

L'accettazione della nomina avviene attraverso la sottoscrizione delle DAT oppure attraverso un atto successivo da allegare al testamento biologico. Il fiduciario dovrà possedere una copia del tuo biotestamento. Il fiduciario avrà quindi il potere di far applicare le disposizioni che avrai indicato.

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. Nei casi in cui le tue disposizioni appaiano palesemente incongrue, non corrispondenti alla tua condizione clinica, o qualora emergano nuove terapie, capaci di offrire concrete possibilità di miglioramento delle tue condizioni di vita, il medico, in accordo con il fiduciario, potrà disattenderle. Nel caso di conflitto tra il fiduciario e il medico la decisione è rimessa alla magistratura.

## Cosa succede se non indico il fiduciario?

L'indicazione del fiduciario non è obbligatoria ma auspicata: nel caso in cui, comunque, non vi sia nel biotestamento indicazione del fiduciario, o questi vi abbia rinunciato, o sia deceduto, o sia divenuto incapace, le DAT mantengono efficacia in merito alle volontà del disponente. E' tuttavia necessario precisare che in caso di mancata nomina del fiduciario, ed in caso di necessità dipendente dallo stato di salute del paziente incapace di esprimere la propria volontà, i medici, per praticare le cure necessarie, dovranno rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, la quale attraverso un Giudice Tutelare, nominerà un amministratore di sostegno. Tutti questi passaggi necessitano di provvedimenti che richiedono del tempo con conseguenti ricadute negative sulla auspicabile tempestività delle cure da prestare alla persona incapace di esprimere la propria volontà. E' dunque necessario che le situazioni indicate siano segnalate dagli operatori sanitari al Tribunale competente già all'atto del ricovero del paziente e non nell'imminenza del trattamento sanitario.

## Cosa fare dopo aver compilato il Testamento Biologico?

Dopo aver compilato il tuo Biotestamento hai a disposizione varie opzioni:

→ **Puoi consegnare personalmente il tuo testamento biologico presso l'ufficio di stato civile del tuo Comune di residenza. L'ufficiale di stato civile, verificate l'identità e la residenza del disponente, provvederà a registrare un ordinato elenco cronologico delle dichiarazioni presentate. La legge in oggetto prevede espressamente la libertà di forma per la redazione delle DAT. Pertanto i Comuni raccoglieranno e registreranno le DAT comunque espresse prescindendo dalla forma, rilasciando contestualmente la ricevuta di avvenuta presentazione; tale ricevuta potrà essere apposta anche sulla copia delle DAT eventualmente presentata dal disponente ed allo stesso riconsegnata trattenendo l'originale.Tale procedura è esente da ogni imposta, diritto o tributo**

→ **Puoi procedere con una "scrittura privata autenticata" rivolgendoti a un pubblico ufficiale (quest'ultimo dovrà soltanto accertare che la sottoscrizione del documento è avvenuta alla sua presenza, previa identificazione del firmatario e senza possibilità di discutere il merito del documento).**

→ **Puoi trasformare il tuo testamento biologico in "atto pubblico", rivolgendoti a un notaio.**



Puoi consegnare il testamento presso le strutture sanitarie, qualora la regione di residenza ne regolamenti la raccolta. Ad oggi la regione Umbria non ha regolamentato la raccolta di DAT nelle strutture sanitarie.



**Il Biotestamento serve anche a chi è già malato?**

**Le DAT sono sempre utili. Nello specifico si entra nel campo della Pianificazione condivisa delle cure.** La pianificazione viene concordata direttamente con il medico che avrà condiviso con la persona malata tutte le informazioni e può essere espressa in forma scritta. Anche la pianificazione può comprendere la nomina di un fiduciario e può essere aggiornata in base al progressivo evolversi della malattia, su richiesta della persona malata o su suggerimento del medico.

**Ho già espresso le mie DAT con un Biotestamento precedente la legge 219/2017. Lo devo rifare?**

No, non è obbligatorio rifarne uno in quanto il testo delle proprie volontà è libero; occorre tuttavia depositarlo in Comune ovvero renderlo atto pubblico mediante notaio ovvero mediante scrittura privata autenticata, al fine di renderlo conforme a quanto previsto dalla L.219/2017

**Non posso firmare. Come faccio a fare un Biotestamento?** Nel caso in cui le condizioni fisiche del paziente non lo consentano, le DAT possono essere espresse attraverso videoregistrazione o dispositivi che consentano alla persona con disabilità di comunicare. Con le medesime forme esse sono rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento. Nei casi in cui ragioni di emergenza e urgenza impedissero di procedere alla revoca delle DAT con le forme previste dai periodi precedenti, queste possono essere revocate con dichiarazione verbale raccolta o videoregistrata da un medico, con l'assistenza di due testimoni.

**Posso autenticare il mio Biotestamento anche se vivo all'estero?** Le DAT (Biotestamento) possono essere effettuate con atto pubblico o scrittura privata autenticata. All'estero, spetta quindi all'Autorità consolare formalizzare le DAT, nell'esercizio delle funzioni notarili.

# Disposizioni Anticipate di Trattamento

FAC-SIMILE

Il Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

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

indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_

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

## • DISPOSIZIONI ANTICIPATE PER DETERMINATI TRATTAMENTI

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.

(Barcare **Siano** o in alternativa **Non siano**)

**DISPONGO** che i 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 e senza possibilità 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 senza possibilità di recupero.
- 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** iniziati e 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.

## DISPOSIZIONI PARTICOLARI

(Barrare **Siano** o in alternativa **non Siano**)

Qualora io avessi una malattia allo stadio terminale, o una lesione cerebrale invalidante e irreversibile, o una malattia per cui necessiti l'utilizzo permanente di macchine o se fossi in uno stato di permanente incoscienza (coma o persistente stato vegetativo) che a giudizio dei medici sia irreversibile, **DISPONGO** che:

**Siano** intrapresi tutti i provvedimenti volti ad alleviare le mie sofferenze. Il medico può ricorrere alla sedazione palliativa profonda continua in associazione con la terapia del dolore.

**Non siano** intrapresi tutti i provvedimenti volti ad alleviare le mie sofferenze. Il medico non può ricorrere alla sedazione palliativa profonda continua in associazione con la terapia del dolore.

**In caso di arresto cardio-respiratorio** (nelle situazioni sopra descritte) **DISPONGO** che:

(Barrare **Sia** o in alternativa **non Sia**)

**Sia** praticata su di me la rianimazione cardiopolmonare se ritenuta possibile dai curanti.

**Non sia** praticata su di me la rianimazione cardiopolmonare se ritenuta possibile dai curanti.

(Barrare **Voglio** o in alternativa **Non voglio**)

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> <b>Voglio</b> | <input type="radio"/> <b>Non voglio</b> che mi siano praticate forme di respirazione meccanica   |
| <input type="radio"/> <b>Voglio</b> | <input type="radio"/> <b>Non voglio</b> essere idratato o nutrito artificialmente                |
| <input type="radio"/> <b>Voglio</b> | <input type="radio"/> <b>Non voglio</b> essere dializzato.                                       |
| <input type="radio"/> <b>Voglio</b> | <input type="radio"/> <b>Non voglio</b> che mi siano praticati interventi di chirurgia d'urgenza |
| <input type="radio"/> <b>Voglio</b> | <input type="radio"/> <b>Non voglio</b> che mi siano praticate trasfusioni di sangue             |
| <input type="radio"/> <b>Voglio</b> | <input type="radio"/> <b>Non voglio</b> che mi siano somministrate terapie antibiotiche.         |

## NOMINA 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 carta, la sig.ra /il signor:

Nominativo \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

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

indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_

Nel caso in cui il mio rappresentante fiduciario sia nell'impossibilità di esercitare la sua funzione, **delego** a sostituirlo in questo compito la sig.ra/il sig. :

Nominativo \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

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

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

indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ In fede \_\_\_\_\_

Per accettazione (*firma fiduciari*)

---

---

**Spazio libero per eventuali altre disposizioni non espressamente previste in precedenza**

---

---

---

In conformità alla legge n. 219/2017 queste mie volontà sono vincolanti per coloro che mi avranno in cura, finché non saranno da me annullate o modificate con successiva dichiarazione anche verbale.

Luogo e data .....

**FIRMA** .....