

**DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO SANITARIO E PROCESSO DECISIONALE
NELLA CURA DELLE MALATTIE INVALIDANTI E DELLA PERSONA MALATA IN FINE DI VITA**

UFFICIO SEGRETERIA ISTITUZIONALE

**Titolo Primo
(Consenso informato)**

Deposito in Data

19/12/25

DIRIGENTE

**Art. 1
(Finalità)**

La presente legge, nel rispetto dei principi e delle garanzie di cui alla Legge 8 luglio 1974 n. 59, tutela il diritto alla salute, alla dignità, alla integrità fisica e psichica e all'autodeterminazione della persona. Stabilisce che nessun trattamento sanitario possa essere iniziato o continuato senza il consenso libero e consapevole della persona interessata. Il consenso informato ai trattamenti sanitari è inteso come l'atto finale di una relazione di cura fondata sulla fiducia e sul dialogo con il medico, nonché su un piano terapeutico concordato.

Art. 2

(Diritto della persona malata ad essere informata)

Ad integrazione di quanto già previsto dalla legge 28 aprile 1989 n. 43, la presente legge stabilisce che ogni persona ha il diritto di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informata in modo completo e aggiornato sullo stato della sua malattia, sui trattamenti sanitari proposti, sulle possibili alternative, sui rischi terapeutici e sulle eventuali conseguenze in caso di rifiuto o rinuncia.

La persona ha il diritto di rifiutare le informazioni, in tutto o in parte, e di incaricare un familiare o una persona di sua fiducia di riceverle in vece sua.

Il rifiuto o la rinuncia alle informazioni e la eventuale designazione di un incaricato devono essere registrati nel fascicolo sanitario elettronico.

Art. 3

(Consenso ai trattamenti sanitari)

Il consenso informato è acquisito in forma scritta ovvero, qualora le condizioni fisiche del paziente non lo permettano, attraverso video registrazione o altro sistema che consenta al paziente stesso di comunicare. Del consenso così acquisito è eseguita la verbalizzazione.

Il documento attestante il consenso è inserito nel fascicolo sanitario del paziente a cura del medico che lo riceve.

Il paziente e, con il suo consenso, i suoi familiari o la parte dell'unione civile, il convivente o persona di sua fiducia hanno diritto ad essere informati sulla possibile evoluzione della patologia in atto e sulle conseguenti possibilità di cura.

Art. 4

(Revoca del consenso ai trattamenti sanitari)

Con le stesse modalità con le quali è stato prestato, il consenso può essere in qualunque momento revocato anche quando la revoca comporti l'interruzione del trattamento sanitario.

Ai fini della presente legge sono da intendersi trattamenti sanitari anche l'idratazione e la nutrizione artificiali.

Qualora il paziente autonomamente esprima la rinuncia o il rifiuto di trattamenti sanitari necessari alla propria sopravvivenza, il medico è tenuto ad informarlo con linguaggio comprensibile sulle conseguenze di tale decisione e sulle possibili alternative, parimenti, se il paziente acconsente, è tenuto ad informare i suoi familiari; promuove inoltre ogni azione di sostegno medico e psicologico al paziente medesimo.

Della rinuncia e del rifiuto dei trattamenti sanitari deve essere eseguita apposita annotazione nel fascicolo sanitario del paziente, il quale conserva la possibilità, in qualsiasi momento, di modificare la propria volontà.

Nelle situazioni di emergenza e di urgenza il medico o l'équipe sanitaria assicurano le cure necessarie nel rispetto della volontà del paziente ove le condizioni cliniche e le circostanze consentano di recepirle.

Art. 5

(Cure palliative)

Le cure palliative sono un diritto della persona e possono essere somministrate in strutture sanitarie pubbliche e private e al domicilio del paziente.

È parte integrante del diritto alla salute risparmiare il dolore e la sofferenza evitabili al paziente cronico o terminale fino a permettergli di morire con dignità presso il proprio domicilio, in hospice o in spazi o strutture dedicate, coinvolgendo e sostenendo la famiglia.

In presenza di valido consenso informato, il sollievo dalla sofferenza in pazienti terminali può comprendere anche il ricorso alla sedazione palliativa per il controllo di sintomi refrattari ad altri mezzi farmacologici.

Art. 6

(Obblighi e diritti del medico)

Il medico, operante in strutture sanitarie pubbliche e private, è tenuto al rispetto della volontà espressa dal paziente di rifiutare o rinunciare al trattamento sanitario proposto e, in conseguenza di ciò, è esente da responsabilità civile e penale.

Il paziente non può pretendere dal medico trattamenti sanitari contrari alla legge e alle buone pratiche clinico-assistenziali.

Art. 7

(Consenso informato di persone incapaci)

Le persone incapaci di esprimere la propria volontà o di rilasciare valido consenso agiscono secondo le regole della rappresentanza. Il coniuge non separato o il convivente, i genitori, i figli e i fratelli (nell'ordine) possono esprimere volontà o valido consenso per conto di persone che per condizioni biopsichiche siano di fatto incapaci di esprimersi validamente. In caso di contrasto fra le persone legittimate ogni decisione è rimessa al giudice al quale spetta la tutela dei minori e degli incapaci, la difesa della dignità delle persone e del diritto di ognuno.

Titolo Secondo

(Disposizioni anticipate di trattamento sanitario - DATS)

Articolo 8

(Disposizioni della persona in previsione di futura incapacità)

La persona maggiorenne e capace di intendere e volere, in previsione di futura incapacità di autodeterminarsi e dopo avere acquisito dal medico adeguate informazioni sulle conseguenze delle sue scelte, esprime attraverso le Disposizioni Anticipate di Trattamento Sanitario le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari, di accertamenti diagnostici e di scelte terapeutiche.

Il disponente delle DATS può indicare persona di sua fiducia, di seguito anche "fiduciario", maggiorenne e capace di intendere e di volere che ne faccia le veci e lo rappresenti nelle relazioni con il medico e le strutture sanitarie. Il fiduciario deve accordare la propria accettazione o contestualmente alla redazione delle DATS o con atto successivo, da allegare comunque all'atto dispositivo.

Il disponente, permanendo lo stato di capacità di intendere e volere, può in ogni momento modificare o revocare le proprie disposizioni. Parimenti il fiduciario può rinunciare all'incarico

affidato. Le rispettive decisioni devono essere comunicate all'altra parte e annotate negli appositi registri con le stesse formalità previste per la redazione delle DATS.

Ferme restando le disposizioni di cui all'articolo 6, il medico è tenuto al rispetto delle DATS, le quali possono essere disattese, in tutto o in parte, dal medico stesso, in accordo con il fiduciario, qualora sussistano terapie non prevedibili all'atto della sottoscrizione, capaci di offrire concrete possibilità di miglioramento delle condizioni di vita.

Articolo 9

(Efficacia delle DATS)

Le DATS producono effetto dal momento in cui interviene lo stato di incapacità di intendere e di volere o la perdita della facoltà di comunicare autonomamente.

Lo stato di incapacità è accertato e certificato da un collegio composto da tre medici, di cui un neurologo, uno psichiatra e un medico specializzato nella patologia di cui è affetto il disponente, designati dalla Direzione Sanitaria dell'Ospedale di Stato.

Il medico curante non fa parte del collegio, che è tenuto ad acquisirne il parere.

Lo stato di incapacità deve essere notificato al fiduciario

Articolo 10

(Disposizioni da valere post mortem)

Le DATS possono contemplare la volontà del disponente sull'uso del proprio corpo o parti di esso dopo la morte, inclusa la donazione di organi e tessuti a scopo di trapianto, ricerca e didattica in conformità all'art. 1 della legge 21 gennaio 2010 n. 7 "Legge quadro in materia di utilizzo di sangue, cellule, tessuti ed organi dell'essere umano".

Apposito decreto delegato dovrà regolamentare il prelievo di organi e tessuti da soggetto di cui sia stata accertata la morte ai sensi della Legge 26 luglio 2016 n. 95.

Articolo 11

(Modi di redazione delle DATS e conseguenti formalità)

Le DATS sono redatte su apposito modulo di cui all'allegato A della presente legge o su analogo documento compilato dal disponente. La firma del dichiarante e del fiduciario deve essere autenticata dall'Ufficiale di Stato Civile o suo delegato oppure da un notaio.

Le DATS, redatte da persona capace di intendere e di volere, libera quindi da ogni costrizione psicologica, devono essere consegnate all'Ufficio di Stato Civile che ne dà comunicazione all'Istituto per la Sicurezza Sociale.

L'Ufficio di Stato Civile provvede alla istituzione di apposito registro, nel quale conserva in ordine cronologico l'originale delle dichiarazioni ricevute e ne trasmette copia all'Istituto per la Sicurezza Sociale per l'inserimento nei Fascicoli Sanitari Elettronici dei dichiaranti.

Gli atti delle DATS sono esenti dall'obbligo di registrazione, dall'imposta di bollo e da qualsiasi altro tributo, imposta o tassa.

Se le DATS sono rese a pubblico notaio, la prestazione si intende a titolo gratuito.

Il disponente ha diritto in qualsiasi momento di richiedere copia degli atti di consenso informato da lui sottoscritti e copia delle DATS.

Articolo 12

(Copertura di spesa)

La spesa per l'istituzione del registro di cui all'articolo precedente andrà imputata sul capitolo 2-11-6480 "Acquisto macchinari, attrezzature e procedure piano informatico" del Bilancio dello Stato.

Articolo 13

(Entrata in vigore)

La presente legge entra in vigore il quindicesimo giorno successivo a quello della sua legale pubblicazione

ALLEGATO A

DISPOSIZIONI DI VOLONTÀ ANTICIPATA PER I TRATTAMENTI SANITARI

Io sottoscritto/a _____
nato/a il ____/____/____ a _____
residente a _____
indirizzo _____ nr _____ Cap _____
recapito telefonico _____
e-mail _____

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

CONSENSO INFORMATO

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

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

il signor/la signora _____

nato/a il ____/____/____ a _____

residente a _____

indirizzo _____ nr _____ Cap _____

recapito telefonico _____

e-mail _____

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

4. Autorizzo i medici curanti ad informare le seguenti persone:

DISPOSIZIONI GENERALI

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.

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.
- ☐ Voglio ☐ Non voglio che mi siano praticate forme di respirazione meccanica.
- ☐ Voglio ☐ Non voglio essere idratato o nutrito artificialmente.
- ☐ Voglio ☐ Non voglio essere dializzato.
- ☐ Voglio ☐ Non voglio che mi siano praticati interventi di chirurgia d'urgenza.
- ☐ Voglio ☐ Non voglio che mi siano praticate trasfusioni di sangue
- ☐ Voglio ☐ Non voglio che mi siano somministrate terapie antibiotiche.

DISPOSIZIONI PARTICOLARI

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 che:

- ☐ 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.

In caso di arresto cardiorespiratorio (nelle situazioni sopra descritte):

- ☐ sia ☐ non sia praticata su di me la rianimazione cardiopolmonare se ritenuta possibile dai curanti.

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 nel presente documento,

il signor/la signora _____

nato/a il __/__/____ a _____
residente a _____
indirizzo _____ nr _____ Cap _____
recapito telefonico _____
e-mail _____

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

il signor/la signora _____
nato/a il __/__/____ a _____
residente a _____
indirizzo _____ nr _____ Cap _____
recapito telefonico _____
e-mail _____

Conferisco al fiduciario, in caso di incapacità, il potere di rappresentarmi in ogni controversia giudiziaria o amministrativa scaturente dal presente atto e la 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.

DISPOSIZIONI DOPO LA MORTE

- ☐ Autorizzo ☐ Non autorizzo la donazione dei miei organi per trapianti.
☐ Autorizzo ☐ Non autorizzo la donazione del mio corpo per scopi scientifici o didattici.
Dispongo che il mio corpo sia ☐ inumato ☐ cremato.

San Marino, lì __/__/____

Firma del disponente