

	DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (DAT)	Mod.05.335 Rev. 1 Aggiornato il 30/09/2026
		

DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (DAT)

Le DAT, comunemente note come testamento biologico, consentono a ogni persona maggiorenne e capace di intendere e di volere di esprimere anticipatamente le proprie volontà in merito a trattamenti sanitari cui desidera o non desidera essere sottoposta, per il caso in cui, in futuro, non sia più in grado di autodeterminarsi o di comunicare le proprie decisioni.

Le DAT possono riguardare accertamenti diagnostici, scelte terapeutiche e singoli trattamenti sanitari, compresa la nutrizione e l'idratazione artificiali.

La materia è disciplinata dalla Legge 22 dicembre 2017, n. 219, che tutela il diritto all'autodeterminazione della persona nelle scelte relative alla propria salute.

PRESENTAZIONE DELLE DAT

Le DAT possano essere raccolte e trasmesse alla Banca Dati Nazionale, oltre che dai notai e dagli uffici comunali, anche dalle strutture sanitarie, qualora la Regione abbia regolamentato le relative modalità di raccolta, registrazione e trasmissione.

La Regione Lombardia, con la DGR n. XII/6662 del 3 agosto 2026, ha approvato la disciplina relativa alla raccolta delle DAT presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate a contratto mediante il gestionale unico ELMAS, dedicato all'acquisizione e alla trasmissione delle DAT alla Banca Dati Nazionale.

Per la presentazione delle DAT, l'interessato può utilizzare il modulo reso disponibile della Regione Lombardia e riportato di seguito.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Per conoscere le modalità con cui vengono trattati i dati personali nell'ambito della raccolta, registrazione e trasmissione delle DAT, si invita a consultare l'Informativa sul trattamento dei dati personali resa disponibile dalla Regione Lombardia durante la procedura di presentazione delle DAT presso la struttura sanitaria tramite il gestionale ELMAS.

Per procedere con la disposizione, durante la procedura, l'informativa deve essere firmata dal disponente e dall'eventuale fiduciario.

Ad integrazione dell'informativa resa disponibile della Regione Lombardia e dell'Informativa privacy pazienti resa dalla struttura sanitaria, consultabile tramite il QR Code riportato in intestazione, la struttura sanitaria, in qualità di titolare del trattamento con riferimento alle attività di raccolta, caricamento e trasmissione delle DAT, assicura la corretta conservazione della documentazione prevista nell'ambito della procedura per il tempo strettamente necessario alla trasmissione della DAT alla Banca Dati Nazionale.

Sostanzialmente, appena inviata la DAT dalla piattaforma regionale ELMAS alla Banca Dati Nazionale, in capo alla struttura sanitaria non rimane più alcun documento da conservare, se non la ricevuta di invio (che permane anonima e non contiene alcun dato del paziente se non l'identificativo della trasmissione informatica dei dati).

Diversamente, qualora l'interessato non abbia espresso il proprio consenso alla trasmissione di copia della DAT alla Banca Dati Nazionale, la struttura sanitaria conserverà la stessa per tutto il periodo di efficacia della DAT, ossia fino alla sua revoca, sostituzione o comunque finché sussista la finalità per cui è stata raccolta.

ULTERIORI INFORMAZIONI

Per approfondimenti sul contenuto delle DAT, sulle modalità di compilazione e presentazione, si invita a consultare le pagine informative dei siti istituzionali del Ministero della Salute e della Regione Lombardia.

Si raccomanda inoltre di verificare sempre che la modulistica utilizzata corrisponda alla versione più aggiornata disponibile presso le suddette fonti istituzionali.

DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (DAT) – L. 219/2017

Il/La sottoscritto/a (nome) _____ (cognome) _____

Cod. Fisc. _____ Nato/a a _____ il _____ e

residente presso _____ Via/Piazza _____ n.

_____ CAP _____ Prov. _____

Documento di riconoscimento _____ n. _____ rilasciato da

_____ il _____ con scadenza al _____

Recapito telefonico: _____ Indirizzo e-mail _____

- essendo attualmente in pieno possesso della mia capacità decisionale, in totale libertà di scelta e avendo avuto adeguate informazioni mediche, dispongo quanto segue in merito alle decisioni da assumere qualora, in futuro, mi accadesse di perdere, anche temporaneamente, la capacità di decidere o di comunicare le mie decisioni;
- consapevole accetto che il mio rifiuto di determinati trattamenti possa comportare come esito la morte;
- dispongo che i medici curanti informino sulle mie condizioni di salute le seguenti persone:

1. Nominativo _____ (nome e cognome);

Recapito telefonico _____

2. Nominativo _____ (nome e cognome);

Recapito telefonico _____

**IN CASO DI MALATTIA O LESIONE TRAUMATICA CEREBRALE CHE DETERMINI UNA PERDITA DI COSCIENZA
DEFINIBILE COME PERSISTENTE E IRREVERSIBILE:**

- ☐ Voglio ☐ Non voglio essere sottoposto ad accertamenti diagnostici, trattamenti terapeutici o di sostegno, comprese idratazione e alimentazione artificiali in caso di impossibilità ad alimentarmi autonomamente

Oppure

- ☐ Voglio ☐ Non voglio che siano proseguiti i trattamenti terapeutici o di sostegno, comprese idratazione e alimentazione artificiali in caso di impossibilità ad alimentarmi autonomamente

IN CASO DI PROGNOSI INFAUSTA A BREVE TERMINE O DI IMMINENZA DI MORTE:

- ☐ Voglio ☐ Non voglio l'attivazione di una sedazione palliativa profonda continua per il controllo delle sofferenze refrattarie

DISPOSIZIONI PARTICOLARI

LE PRESENTI VOLONTÀ POTRANNO ESSERE DA ME REVOCATE O MODIFICATE IN OGNI MOMENTO CON SUCCESSIVA DICHIARAZIONE.

RILASCIO I SEGUENTI CONSENSI:

- consenso al trattamento dei dati*
- presa visione informativa*
- consenso alla trasmissione delle DAT alla Banca Dati Nazionale
- consenso alla ricezione di informazioni tramite l'indirizzo di posta elettronica fornito*

***obbligatori**

Luogo, data _____

Firma (per esteso e leggibile) _____

NOMINA DEL FIDUCIARIO

Il/La sottoscritto/a (nome) _____ (cognome) _____

Cod. Fisc. _____ Nato/a a _____ il _____ e

residente presso _____ Via/Piazza _____ n.

_____ CAP _____ Prov. _____

Documento di riconoscimento _____ n. _____ rilasciato da

_____ il _____ con scadenza al _____

Recapito telefonico: _____ Indirizzo e-mail _____

NOMINO QUALE MIO FIDUCIARIO/A AI SENSI DELL'ART. 4 DELLA LEGGE N. 219/2017

Il/la Sig./Sig.ra

(nome) _____ (cognome) _____ Cod. Fisc.

_____ Nato/a a _____ il _____ e residente

presso _____ Via/Piazza _____ n. _____ CAP

_____ Prov. _____

Documento di riconoscimento _____ n. _____ rilasciato da

_____ il _____ con scadenza al _____

Recapito telefonico: _____ Indirizzo e-mail _____

Luogo, data _____

Firma del disponente (per esteso e leggibile) _____

ACCETTAZIONE DEL FIDUCIARIO

Il/La sottoscritto/a (nome) _____ (cognome) _____ Cod. Fisc.

_____ Nato/a a _____ il _____ e residente

presso _____ Via/Piazza _____ n. _____ CAP

_____ Prov. _____

Documento di riconoscimento _____ n. _____ rilasciato da

_____ il _____ con scadenza al _____

Recapito telefonico: _____ Indirizzo e-mail _____

ACCETTO

l'incarico di fiduciario per il/la Sig./Sig.ra

(nome) _____ (cognome) _____ Cod. Fisc.

_____ Nato/a a _____ il _____ e residente

presso _____ Via/Piazza _____ n. _____ CAP

_____ Prov. _____

Documento di riconoscimento _____ n. _____ rilasciato da

_____ il _____ con scadenza al _____ Recapito

telefonico: _____ Indirizzo e-mail _____

RILASCIO I SEGUENTI CONSENSI:

- consenso al trattamento dei dati*

***obbligatori**

Luogo, data _____

Firma del fiduciario (per esteso e leggibile) _____

REVOCA DEL FIDUCIARIO

Il/La sottoscritto/a (nome) _____ (cognome) _____ Cod. Fisc.

_____ Nato/a a _____ il _____ e residente

presso _____ Via/Piazza _____ n. _____ CAP

_____ Prov. _____

Documento di riconoscimento _____ n. _____ rilasciato da

_____ il _____ con scadenza al _____

Recapito telefonico: _____ Indirizzo e-mail _____

REVOCO**l'incarico di fiduciario al/alla Sig./Sig.ra**

(nome) _____ (cognome) _____ Cod. Fisc.

_____ Nato/a a _____ il _____ e residente

presso _____ Via/Piazza _____ n. _____ CAP

_____ Prov. _____

Documento di riconoscimento _____ n. _____ rilasciato da

_____ il _____ con scadenza al _____

Recapito telefonico: _____ Indirizzo e-mail _____

Luogo, data _____

Firma del disponente (per esteso e leggibile) _____

RINUNCIA INCARICO DI FIDUCIARIO

Il/La sottoscritto/a (nome) _____ (cognome) _____ Cod. Fisc.

_____ Nato/a a _____ il _____ e residente

presso _____ Via/Piazza _____ n. _____ CAP

_____ Prov. _____

Documento di riconoscimento _____ n. _____ rilasciato da

_____ il _____ con scadenza al _____

Recapito telefonico: _____ Indirizzo e-mail _____

RINUNCIO

all'incarico di fiduciario/a per il/la Sig.ra:

(nome) _____ (cognome) _____ Cod. Fisc.

_____ Nato/a a _____ il _____ e residente

presso _____ Via/Piazza _____ n. _____ CAP

_____ Prov. _____

Documento di riconoscimento _____ n. _____ rilasciato da

_____ il _____ con scadenza al _____ Recapito

telefonico: _____ Indirizzo e-mail _____

RILASCIO I SEGUENTI CONSENSI:

- consenso al trattamento dei dati*

***obbligatori**

Luogo, data _____

Firma (per esteso e leggibile) _____

REVOCA DAT

Il/La sottoscritto/a (nome) _____ (cognome) _____ Cod. Fisc.

_____ Nato/a a _____ il _____ e residente

presso _____ Via/Piazza _____ n. _____ CAP

_____ Prov. _____

Documento di riconoscimento _____ n. _____ rilasciato da

_____ il _____ con scadenza al _____

Recapito telefonico: _____ Indirizzo e-mail _____

REVOCO

la DAT da me rilasciata in data _____ codice univoco DAT

Luogo, data _____

Firma (per esteso e leggibile) _____