

# DOCUMENTO UNIFICATO DI AUTODETERMINAZIONE SANITARIA

## DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (DAT) -

### PROTOCOLLO DI IDENTIFICAZIONE E VALIDAZIONE

#### 1.1 IDENTIFICAZIONE UNIVOCATA DEL DICHIARANTE

text

CODICE DAT UNIVOCO: DAT-VEN-[Codice Fiscale]-[Timestamp]

DATA DI CREAZIONE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DATA DI REVISIONE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (ogni 36 mesi)

STATO DOCUMENTO:  ATTIVO  SOSPESO  REVOCATO  MODIFICATO

ANAGRAFICA COMPLETA:

- Cognome: \_\_\_\_\_
- Nome: \_\_\_\_\_
- Sesso:  M  F  Altro: \_\_\_\_\_
- Nato a: \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Residenza: Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ CAP \_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_
- Codice Fiscale: \_\_\_\_\_
- Documento: Tipo \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ Rilasciato da \_\_\_\_\_
- Contatti: Tel \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_
- Medico Curante: Dott. \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

#### 1.2 DICHIARAZIONE DI CAPACITÀ E SOVRANITÀ

text

Io, sottoscritto/a, cittadino/a del Popolo Veneto:

1. Sono in piena e perfetta capacità di intendere e di volere
2. Non sono sottoposto/a a tutela, curatela o amministrazione di sostegno
3. Ho redatto questo documento liberamente, senza pressioni esterne
4. Comprendo appieno la portata e le conseguenze delle mie scelte
5. Esercito la mia sovranità personale sul mio corpo e sulla mia salute
6. Questo documento esprime la mia volontà suprema e vincolante

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma autografa: \_\_\_\_\_

Firma digitale: [Hash Blockchain] \_\_\_\_\_

---

## SEZIONE OPERATIVA 1: VALORI E PRINCIPI APPLICATIVI

### 2.1 MATRICE DECISIONALE - VALORI FONDANTI

text

VALORE	DEFINIZIONE OPERATIVA	APPLICAZIONE PRATICA
SOVRANITÀ CORPOREA	Controllo assoluto sul proprio corpo	Nessun trattamento senza consenso
DIGNITÀ UMANA	Rispetto integrale della persona	Cure che preservano identità e valori
QUALITÀ DI VITA	Priorità al benessere, non alla durata	Sospensione terapie se peggiorano qualità
NATURALITÀ	Rispetto dei cicli naturali	Accettazione della fase terminale
AUTONOMIA	Decisioni autonome e consapevoli	Rifiuto imposizioni terapeutiche

### 2.2 IDENTITÀ VENETA APPLICATA ALLA SALUTE

text

TRADIZIONE VENETA → APPLICAZIONE NELLE DAT		
Autogoverno	Autodeterminazione terapeutica	
Responsabilità	Scelte consapevoli e documentate	
Libertà di Coscienza	Rifiuto trattamenti contrari a valori	
Sussidiarietà	Famiglia/fiduciario come primo riferimento	
Solidarietà	Cure palliative come dovere sociale	

---

## SEZIONE OPERATIVA 2: PROTOCOLLI CLINICI DETAGLIATI

### 3.1 SCHEDA CLINICA OPERATIVA - DEMENZA AVANZATA (MMSE < 10)

text

CONDIZIONE: Demenza Grave/Stadio Avanzato

DIAGNOSI CONFERMATA DA:  Neurologo  Geriatra  MMG

DATA DIAGNOSI: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ MMSE INIZIALE: \_\_\_ MMSE ATTUALE: \_\_\_

TRATTAMENTI  \*\*NON CONSENTITI\*\*:

- Alimentazione artificiale (PEG, NGT)
- Idratazione forzata endovenosa
- Contenzione fisica (cinture, letti con sponde)
- Antipsicotici non necessari
- Antibiotici per infezioni ricorrenti in fase terminale
- Ricoveri inappropriati in acuto

TRATTAMENTI  \*\*CONSENTITI E DESIDERATI\*\*:

- Alimentazione orale assistita (se il paziente deglutisce)
- Idratazione a piccoli sorsi
- Igiene accurata e prevenzione piaghe
- Analgesici per dolore (paracetamol, oppioidi se necessari)
- Sedazione leggera per agitazione
- Musicoterapia, pet therapy
- Presenza familiare continua
- Ambiente calmo e familiare

CHECKLIST GIORNALIERA FIDUCIARIO (Demenza):

- Stato di idratazione (labbra, mucosa)
- Presenza di dolore (scale di valutazione non verbale)
- Stato cutaneo (prevenzione piaghe)
- Qualità del riposo
- Interazione con l'ambiente
- Eventi di agitazione/sofferenza
- Adeguatezza terapia sintomatica

PIANO DI COMFORT SPECIFICO:

- DOLORE: Scale PAINAD > 4 → paracetamol 1g 3x/die → oppioidi
- AGITAZIONE: Scale CMAI > 40 → lorazepam 0.5-1mg sublinguale
- INSONNIA: routine serale, melatonina 2mg, ambientazione

### 3.2 SCHEDA CLINICA OPERATIVA - CANCRO TERMINALE

text

CONDIZIONE: Neoplasia metastatica in fase avanzata/palliativa

TIPO TUMORE: \_\_\_\_\_

SEDI METASTATICHE: \_\_\_\_\_

TRATTAMENTI PRECEDENTI: \_\_\_\_\_

PROGNOSI STIMATA: ≤ 6 mesi     ≤ 3 mesi     ≤ 1 mese

**TRATTAMENTI  \*\*NON CONSENTITI\*\*:**

- Chemioterapia palliativa con tossicità ≥ Grado 3
- Radioterapia palliativa con scadimento qualità vita
- Immunoterapia sperimentale
- Interventi chirurgici non urgenti
- Trasfusioni non strettamente necessarie
- Esami diagnostici invasivi senza impatto terapeutico

**TRATTAMENTI  \*\*CONSENTITI E DESIDERATI\*\*:**

- Terapia del dolore ottimale (WHO ladder)
- Radioterapia antalgica se efficace
- Drenaggio di versamenti sintomatici
- Cure palliative domiciliari/ospedaliere
- Supporto nutrizionale se tollerato
- Supporto psicologico e spirituale

**PROTOCOLLO DOLORE ONCOLOGICO:**

- DOLORE LIEVE-MODERATO: paracetamol/NSAID + adjuvanti
- DOLORE MODERATO-GRAVE: oppioidi deboli → oppioidi forti
- DOLORE NEUROPATHICO: gabapentin/pregabalin + TCA
- CRISI DOLOROSE: morfina rapida (1/6 della dose giornaliera)
- VIA DI SOMMINISTRAZIONE: orale  transdermica  SC

**MONITORAGGIO SETTIMANALE:**

- [ ] Dolore (NRS 0-10): Target < 4
- [ ] Nausea/vomito: Controllo adeguato
- [ ] Stipsi: Lattulosio/osmotici preventivi
- [ ] Fatigue: Adeguato riposo, non farmaci stimolanti
- [ ] Dispnea: Ossigeno se ipossiemia, morfina se refrattaria
- [ ] Stato nutrizionale: BMI \_\_\_\_\_, perdita peso \_\_\_\_\_ kg/mese

**3.3 SCHEDA CLINICA OPERATIVA - STATO VEGETATIVO PERSISTENTE**

text

CONDIZIONE: Stato Vegetativo Persistente (>3 mesi)

CAUSA:  Anossia cerebrale  Trauma  Ictus  Altre: \_\_\_\_\_

DURATA: \_\_\_\_ mesi VALUTAZIONE NEUROLOGICA: Scale CRS-R punteggio \_\_\_\_

**TRATTAMENTI  \*\*NON CONSENTITI\*\* DOPO 3 MESI:**

- Nutrizione artificiale enterale/parenterale
- Idratazione endovenosa
- Antibioticoterapia per infezioni ricorrenti

- Tracheostomia (se non già presente)
- Ventilazione meccanica (se non per fase acuta reversibile)

TRATTAMENTI  \*\*CONSENTITI\*\*:

- Igiene accurata quotidiana
- Mobilizzazione passiva per contratture
- Cura piaghe da decubito
- Gestione secreti (aspirazione se presente tracheo)
- Monitoraggio comfort (segni di sofferenza)

PROTOCOLLO DI SOSPENSIONE SOSTEGNO VITALE:

- FASE 1: Conferma diagnosi da 2 neurologi indipendenti
- FASE 2: Consulto Comitato Etico Ospedaliero
- FASE 3: Informazione completa ai familiari
- FASE 4: Sospensione graduale (prima farmaci non essenziali)
- FASE 5: Sospensione nutrizione/idratazione
- FASE 6: Sedazione palliativa se segni di sofferenza
- FASE 7: Cure comfort fino al decesso

CHECKLIST PER FIDUCIARIO:

- [ ] Diagnosi confermata da almeno 2 specialisti
- [ ] Passato periodo minimo osservazione (3-12 mesi)
- [ ] Assenza di miglioramenti significativi
- [ ] Consenso familiare (se possibile)
- [ ] Documentazione fotografica/video dello stato
- [ ] Certificazione per donazione organi (se prevista)

### 3.4 SCHERDA CLINICA OPERATIVA - INSUFFICIENZA MULTIORGANO

text

CONDIZIONE: Fallimento multiplo organi in paziente fragile

ORGANI COINVOLTI:  Renale  Cardiaco  Respiratorio  Epatico  Ematologico

SCORE DI GRAVITÀ: SOFA Score \_\_\_\_ APACHE II \_\_\_\_

PROGNOSI:  Infavorevole  Terminale

TRATTAMENTI  \*\*NON CONSENTITI\*\*:

- Dialisi continuativa in paziente terminale
- Ventilazione meccanica prolungata
- Supporto inotropo continuo
- Terapie sostitutive epatiche
- Trapianti d'organo

TRATTAMENTI  \*\*CONSENTITI\*\*:

- Terapia sintomatica per comfort
- Ossigenoterapia non invasiva
- Diuretici per edema polmonare
- Analgesia e sedazione
- Cure palliative integrate

**DECISIONI PER SINGOLO ORGANO:**

- RENE: No dialisi → gestione iperkaliemia, edema
- CUORE: No inotropi → diuretici, ossigeno, morfina per dispnea
- POLMONI: No intubazione → ossigeno, broncodilatatori, posizione
- FEGATO: No terapie sostitutive → gestione ascite, confusione

**PROTOCOLLO DI FINE VITA IN ICU:**

- [ ] Declassificazione cure (spostamento in area non critica)
  - [ ] Sospensione monitoraggi invasivi
  - [ ] Rimozione accessi venosi non necessari
  - [ ] Ottimizzazione terapia sintomatica
  - [ ] Permesso presenza familiare illimitata
  - [ ] Supporto psicologico alla famiglia
- 

## **SEZIONE OPERATIVA 3: MANUALE DEL FIDUCIARIO**

### **4.1 KIT DI EMERGENZA FIDUCIARIO**

text

**DOCUMENTI DA PORTARE SEMPRE:**

- [ ] Copia autenticata DAT (versione sintetica e completa)
- [ ] Documento identità fiduciario
- [ ] Copia documento identità dichiarante
- [ ] Elenco contatti medici di riferimento
- [ ] Cartellino emergenza con QR code DAT
- [ ] Copia polizze assicurative
- [ ] Numero avvocato di riferimento: \_\_\_\_\_

**APP E STRUMENTI DIGITALI:**

- [ ] App "DAT Veneto" con documenti scansionati
- [ ] QR code reader per verifica documenti
- [ ] Cloud accessibile con tutti i documenti
- [ ] Lista contatti preimpostata per emergenze
- [ ] Diario decisioni digitale

## **4.2 PROTOCOLLO DI INTERVENTO IN PRONTO SOCCORSO**

text

MINUTO 0-15: ARRIVO IN PS

- Consegnare al triage: "Il paziente ha DAT registrate"
- Mostrare versione sintetica DAT
- Chiedere colloquio immediato con medico responsabile
- Chiedere inserimento DAT in cartella PS
- Rifiutare qualsiasi trattamento fino a valutazione DAT

MINUTO 15-60: VALUTAZIONE MEDICA E DAT

- Partecipare al colloquio con il medico
- Spiegare chiaramente volontà del paziente
- Mostrare versione completa DAT
- Chiedere lettura congiunta delle parti rilevanti
- Ottenere conferma scritta di presa visione DAT

MINUTO 60-120: PIANO TERAPEUTICO CONFORME

- Collaborare alla stesura piano conforme alle DAT
- Rifiutare trattamenti non consentiti per iscritto
- Richiedere valutazione palliativa se indicata
- Decidere sull'eventuale ricovero o dimissione

CHECKLIST POST-INTERVENTO PS:

- [ ] DAT inserite in cartella PS: Sì/No  
[ ] Medico ha preso visione: Sì/No - Nome: \_\_\_\_\_  
[ ] Trattamenti rifiutati per iscritto: Sì/No  
[ ] Piano terapeutico conforme: Sì/No  
[ ] Copia documentazione consegnata: Sì/No  
[ ] Contatto MMG informato: Sì/No

## **4.3 DIARIO DECISIONALE DIGITALE**

text

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ORA: \_\_\_\_:\_\_\_\_ LUOGO: \_\_\_\_\_

SITUAZIONE CLINICA: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DECISIONE PRESA: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ALTERNATIVE VALUTATE: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PERSONE CONSULTATE:**

- Medico curante: Nome \_\_\_\_\_ Parere: \_\_\_\_\_  
 Specialista: Nome \_\_\_\_\_ Parere: \_\_\_\_\_  
 Comitato etico:  Sì  No  
 Altri fiduciari/familiari: \_\_\_\_\_

**BASATA SU:**

- DAT sezione: \_\_\_\_\_ punto: \_\_\_\_\_  
 Valori dichiaranti: \_\_\_\_\_  
 Situazione clinica oggettiva  
 Prognosi medica condivisa  
 Altro: \_\_\_\_\_

**FIRME:**

Fiduciario: \_\_\_\_\_  
Medico: \_\_\_\_\_  
Testimone (facoltativo): \_\_\_\_\_

HASH REGISTRAZIONE BLOCKCHAIN: \_\_\_\_\_

**4.4 PROTOCOLLO DI CONFLITTO CON PERSONALE SANITARIO**

text

LIVELLO 1: DISACCORDO CON MEDICO CURANTE

- Richiedere colloquio formale in stanza tranquilla
- Rileggere insieme le DAT rilevanti
- Proporre consulto con palliativista/etico
- Documentare il disaccordo nel diario decisionale
- Tempo massimo risoluzione: 2 ore

LIVELLO 2: DISACCORDO CON DIRIGENTE REPARTO

- Richiedere incontro con primario/direttore sanitario
- Coinvolgere Servizio Tutela Diritti del Paziente
- Richiedere intervento Comitato di Bioetica
- Valutare trasferimento in altra struttura
- Tempo massimo: 24 ore

LIVELLO 3: SITUAZIONE DI STALLO

- Contattare avvocato di riferimento
- Richiedere intervento Giudice Tutelare
- Segnalazione all'Azienda Sanitaria Territoriale
- Coinvolgimento media (solo come ultima ratio)

- Contattare associazioni pazienti di supporto

NUMERI DI EMERGENZA FIDUCIARIO:

- Avvocato: Nome \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_
  - Associazione pazienti: \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_
  - Servizio Tutela Paziente locale: Tel \_\_\_\_\_
  - Comitato Bioetica ospedaliero: Tel \_\_\_\_\_
  - Numero emergenza legale 24h: \_\_\_\_\_
- 

## SEZIONE OPERATIVA 4: GESTIONE DIGITALE E BLOCKCHAIN

### 5.1 SISTEMA DI TRACCIABILITÀ DIGITALE

text

DOCUMENTO PRINCIPALE:

- Hash SHA-256: \_\_\_\_\_
- Timestamp blockchain: \_\_/\_\_/\_\_ \_\_:\_:\_
- Token ID: DAT-VEN-\_\_\_\_\_
- Smart contract address: 0x\_\_\_\_\_
- Validatori: Nodo1: \_\_\_, Nodo2: \_\_\_, Nodo3: \_\_\_

VERSIONAMENTO:

- Versione attuale: 2.0 super-operativa
- Versioni precedenti: [Elenco hash versioni]
- Storico modifiche: [Timestamp + hash modifica]
- Prossima revisione programmata: \_\_/\_\_/\_\_

ACCESSI REGISTRATI:

Data/Ora	Operatore	Tipo accesso	Hash verifica
__/__/__ __:_:_	Fiduciario	Visualizzazione	_____
__/__/__ __:_:_	Medico PS	Verifica	_____
__/__/__ __:_:_	Sistema FSE	Importazione	_____

### 5.2 APP FIDUCIARIO - FUNZIONALITÀ OPERATIVE

text

SCHERMATA PRINCIPALE:

- [ ] Stato DAT: Attivo/Verificato/In vigore
- [ ] QR code per verifica immediata
- [ ] Contatti medici di riferimento

- [ ] Accesso rapido a sezioni DAT
- [ ] Diario decisionale digitale
- [ ] Alert per scadenze/revisioni

#### FUNZIONALITÀ EMERGENZA:

- "Modalità emergenza": mostra solo sezioni essenziali
- Geolocalizzazione strutture DAT-friendly
- Chiamata automatica a medici di riferimento
- Invio automatico DAT a PS tramite email certificata
- Registrazione audio colloqui (con consenso)

#### SINCRONIZZAZIONE:

- Cloud personale criptato
- Sincronizzazione con FSE regionale
- Backup automatico su blockchain
- Condivisione controllata con fiduciari
- Log accessi con notifiche

### 5.3 PROTOCOLLO VERIFICA IMMEDIATA DAT

text

#### IN OSPEDALE - VERIFICA IN 5 MINUTI:

1. Medico scansiona QR code
2. Sistema verifica hash su blockchain
3. Conferma: "DAT VALIDE - VERSIONE ATTIVA"
4. Mostra sezioni rilevanti per la situazione
5. Timestamp della verifica
6. Firma digitale del medico verificatore

#### A DOMICILIO:

1. Caregiver accede ad app fiduciario
2. Seleziona "Mostra DAT sintetiche"
3. Chiama medico/118 mostrando schermo
4. Condivide codice verifica: DAT-\_\_\_\_\_
5. Medico verifica tramite portale web

#### IN VIAGGIO:

1. Portachiavi con QR code e istruzioni multilingue
2. Card emergenza in portafoglio
3. Braccialetto con ID DAT e numero fiduciario
4. Backup digitale su cloud accessibile ovunque

## **SEZIONE OPERATIVA 5: PIANI TERAPEUTICI PREDEFINITI**

### **6.1 PIANO A: CURE PALLIATIVE DOMICILIARI**

text

CONDIZIONI DI ATTIVAZIONE:

- Prognosi ≤ 6 mesi
- Desiderio del paziente di stare a casa
- Disponibilità caregiver 24/7
- Supporto equipe cure palliative disponibile

SERVIZI ATTIVATI:

- [ ] Equipe cure palliative: Visite 2x/settimana + telemonitoraggio
- [ ] Infermiere domiciliare: Ogni giorno per medicazioni/terapie
- [ ] Fisioterapista: 3x/settimana per mobilizzazione
- [ ] Psicologo: 1x/settimana paziente e famiglia
- [ ] Assistente sociale: Supporto pratico/burocratico
- [ ] Medico reperibile: 24/7 per emergenze

EQUIPAGGIAMENTO DOMICILIARE:

- Letto medicalizzato con materasso antidecubito
- Sollevatore per trasferimenti
- Bombole ossigeno/concentratore
- Carrello medicazioni e farmaci
- Scale di valutazione sintomi
- Diario clinico condiviso con equipe

CHECKLIST SETTIMANALE EQUIPE:

- [ ] Dolore: NRS medio < 4/10
- [ ] Sintomi respiratori: gestiti adeguatamente
- [ ] Sintomi gastrointestinali: controllati
- [ ] Stato cutaneo: integro
- [ ] Stato nutrizionale: adeguato alle condizioni
- [ ] Supporto psicologico: attivo
- [ ] Caregiver: supportato e non in burnout

### **6.2 PIANO B: HOSPICE**

text

CRITERI DI ACCESSO:

- Sintomi complessi non gestibili a domicilio
- Caregiver non disponibile
- Desiderio del paziente

Prognosi ≤ 3 mesi

SERVIZI RICHIESTI:

- Stanza singola con bagno privato
- Accesso familiari 24/24
- Giardino/terrazzo accessibile
- Cucina per preparazione cibi preferiti
- Sala comune per incontri familiari
- Cappella/spazio spirituale
- Sale per terapie complementari

PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO:

- Orari rispettosi del ritmo del paziente
- Menù personalizzabile
- Possibilità di portare oggetti personali
- Animali domestici visitatori (se consentito)
- Musica/lettura preferite
- Riti spirituali personali

MONITORAGGIO GIORNALIERO HOSPICE:

Ora	Parametro	Valore	Note
08:00	Dolore (NRS 0-10)	__	
12:00	Attività/fatica	__	
16:00	Sintomi principali	__	
20:00	Comfort globale	__	
Notte	Riposo	__	

### 6.3 PIANO C: OSPEDALE - MODALITÀ PALLIATIVA

text

RICOVERO IN REPARTO NON CRITICO:

- Medicina Interna/Geriatria con letti palliativi
- Stanza singola o doppia con bagno
- Accesso familiari 24/7
- Equipe palliativa di supporto al reparto

TRATTAMENTI ATTIVATI:

- Terapia sintomatica ottimizzata
- Supporto infermieristico specializzato
- Consulenze palliative quotidiane
- Supporto psicologico
- Fisioterapia per comfort

[ ] Dieta personalizzata

TRATTAMENTI DISATTIVATI:

- [ ] Esami ematici non necessari
- [ ] Monitoraggi invasivi
- [ ] Visite specialistiche non pertinenti
- [ ] Terapie non finalizzate al comfort

PROTOCOLLO DIMISSIONI:

- Dimissione protetta a domicilio/hospice quando possibile
  - Continuità terapeutica garantita
  - Equipe domiciliare attivata prima della dimissione
  - Farmaci per 7 giorni forniti alla dimissione
  - Contatto telefono dedicato 24/7
- 

## SEZIONE OPERATIVA 6: PROTOCOLLI FINE VITA

### 7.1 RICONOSCIMENTO FASE TERMINALE

text

CRITERI CLINICI:

- Prognosi stimata ≤ 2 settimane da 2 medici
- Performance Status ECOG 3-4 o Karnofsky ≤ 30%
- Progressione malattia nonostante terapie
- Sintomi complessi multipli
- Decadimento rapido condizioni generali

INDICATORI OGGETTIVI:

- Pressione arteriosa gradualmente discendente
- Polso periferico debole/assente
- Respirazione di Cheyne-Stokes presente
- Riduzione livello di coscienza
- Rifiuto di cibo e liquidi
- Estremità fredde, colorito cianotico

AZIONI DA INTRAPRENDERE:

1. Confermare fase terminale con equipe medica
2. Informare adeguatamente familiari/fiduciari
3. Sospendere terapie non di comfort
4. Intensificare cure palliative

5. Attivare supporto psicologico/spirituale
6. Preparare ambiente (luci, suoni, presenze)

## 7.2 SEDAZIONE PALLIATIVA - PROTOCOLLO OPERATIVO

text

### INDICAZIONI:

- Sofferenza fisica refrattaria (dolore, dispnea, nausea)
- Sofferenza psicologica/esistenziale intrattabile
- Sintomi terminali angoscianti (convulsioni, emorragie)
- Richiesta esplicita del paziente (se cosciente)

### PROTOCOLLO FARMACOLOGICO STANDARD:

- MIDAZOLAM: 2.5-5 mg SC/EV, poi 0.5-2 mg/h infusion
- MORFINA: se dolore/dispnea, aggiungere 2.5-5 mg SC/EV
- LEVOMEPRAMAZINA: se agitazione/delirio, 6.25-12.5 mg SC

### MONITORAGGIO SEDAZIONE:

- Scala RASS: Target -2 a -3 (leggera sedazione)
- Scala di comfort: 0-10, Target ≥ 8
- Monitoraggio respiratorio: SatO<sub>2</sub> > 90%
- Monitoraggio dolore: NRS < 4 se cosciente

### DOCUMENTAZIONE OBBLIGATORIA:

- [ ] Consenso informato di fiduciario/familiari
- [ ] Documentazione sofferenza refrattaria
- [ ] Piano terapeutico sedazione
- [ ] Monitoraggio ogni 4 ore
- [ ] Valutazione continuativa necessità

## 7.3 PROTOCOLLO DOPO IL DECESSO

text

### PRIME ORE:

- Notifica immediata a fiduciario/familiari
- Preparazione corpo secondo volontà DAT
- Riti spirituali se previsti
- Tempo per saluti (indicativamente 2-6 ore)

### DOCUMENTAZIONE:

- Certificazione di morte compilata
- Comunicazione al Comune entro 24 ore
- Eventuale donazione organi/tessuti
- Documentazione per polizze assicurative

**DISPOSIZIONI FUNEBRI (se specificate):**

- Tipo cerimonia:  Religiosa  Laica  Privata
- Luogo: \_\_\_\_\_
- Modalità sepoltura:  Inumazione  Cremazione
- Destinazione ceneri: \_\_\_\_\_
- Partecipazione:  Solo familiari  Amici  Pubblica
- Fiori:  Sì  No  Solo donazioni a: \_\_\_\_\_

**SUPPORTO AI SUPERSTITI:**

- Counselling lutto immediato
  - Supporto pratico (burocrazia, casa, etc.)
  - Gruppi di auto-aiuto consigliati
  - Follow-up a 1-3-6-12 mesi
- 

## **SEZIONE OPERATIVA 7: REGISTRI E DOCUMENTAZIONE**

### **8.1 REGISTRO DECISIONALE GIORNALIERO**

text

GIORNO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ PAZIENTE: \_\_\_\_\_

**PARAMETRI CLINICI:**

- Dolore (0-10): Mattina \_\_\_\_ Pomeriggio \_\_\_\_ Sera \_\_\_\_
- Dispnea (0-10): \_\_\_\_ Nausea (0-10): \_\_\_\_ Agitazione (0-10): \_\_\_\_
- Vigilanza:  Vigile  Sonnolento  Soporoso  Comatoso
- Alimentazione: Tipo \_\_\_\_\_ Quantità \_\_\_\_\_ Tolleranza \_\_\_\_\_
- Idratazione: Tipo \_\_\_\_\_ Quantità \_\_\_\_\_

**DECISIONI TERAPEUTICHE:**

1. \_\_\_\_\_  
Firmato da: Medico \_\_\_\_\_ Fiduciario \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_  
Firmato da: Medico \_\_\_\_\_ Fiduciario \_\_\_\_\_

**COMUNICAZIONI:**

- Con familiari: \_\_\_\_\_
- Con equipe medica: \_\_\_\_\_
- Con altri specialisti: \_\_\_\_\_

**OSSERVAZIONI FIDUCIARIO:**

- Stato d'animo paziente: \_\_\_\_\_
- Preoccupazioni principali: \_\_\_\_\_
- Bisogni emersi: \_\_\_\_\_

**PROSSIMI PASSI:**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

**FIRME:**

Fiduciario: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Medico riferimento: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**8.2 REGISTRO ACCESSI E VERIFICHE**

text

Data	Ora	Operatore	Tipo verifica	Esito	Note
_____/_____/____	__:_:_	Fiduciario Princip.	Controllo routine	Conforme	_____
_____/_____/____	__:_:_	Dott. _____	Visita	Modifica	Cambio terapia
_____/_____/____	__:_:_	Inferm. _____	Somministrazione	Conforme	_____
_____/_____/____	__:_:_	Medico PS	Emergenza	Rispettate	_____
_____/_____/____	__:_:_	Palliativista	Consulenza	Ottimizzata	_____

**8.3 CHECKLIST FINALE DI CONFORMITÀ**

text

AL MOMENTO DEL DECESSO:

DAT RISPETTATE COMPLETAMENTE:  SÌ  NO

Se NO, specificare violazioni: \_\_\_\_\_

TRATTAMENTI NON CONSENTITI SOMMINISTRATI:  SÌ  NO

Se SÌ, specificare: \_\_\_\_\_

**VOLONTÀ ESPRESSE RISPETTATE:**

- Luogo di cura desiderato
- Presenze desiderate/indesiderate
- Terapie di comfort fornite
- Sedazione se necessaria
- Riti spirituali rispettati
- Disposizioni dopo il decesso

**SISTEMA DI VERIFICA:**

- Hash documento verificato:  SÌ
- Blockchain consultata:  SÌ
- Timestamp verifica: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_:\_\_\_\_
- Operatore verifica finale: \_\_\_\_\_

**DOCUMENTAZIONE ALLEGATA:**

- [ ] Copia DAT originale
  - [ ] Registro decisionale completo
  - [ ] Verbali comitato etico (se presenti)
  - [ ] Consensi informati
  - [ ] Certificazioni mediche
  - [ ] Fotocopia documenti identità
- 

## **DOCUMENTO CONCLUSIVO E FIRME**

### **9.1 DICHIARAZIONE FINALE DEL DICHIARANTE**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_,  
con le presenti Disposizioni Anticipate di Trattamento nella loro versione super-operativa:

1. **CONFERMO** ogni parola, ogni comma, ogni indicazione
2. **DELEGO** pienamente il mio fiduciario a farle rispettare
3. **ESIGO** che siano seguite anche contro pareri medici contrari
4. **ACCETTO** le conseguenze delle mie scelte, compresa una morte anticipata
5. **RIVENDICO** questo atto come espressione della mia sovranità personale e identità veneta

In fede, a \_\_\_\_\_ il // \_\_\_\_\_

Firma autografa: \_\_\_\_\_

Firma digitale: [Hash] \_\_\_\_\_

Impronta digitale: [Spazio per impronta]

### **9.2 ACCETTAZIONE E IMPEGNO FIDUCIARI**

Noi sottoscritti, fiduciario principale e sostituto:

**CONOSCIAMO** perfettamente le volontà del dichiarante  
**ACCETTIAMO** la responsabilità di farle rispettare  
**CI IMPEGNIAMO** ad agire sempre nel suo esclusivo interesse  
**GARANTIAMO** di opporci a qualsiasi violazione delle DAT

Fiduciario Principale: \_\_\_\_\_ Data: //\_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_

Fiduciario Sostituto: \_\_\_\_\_ Data: //\_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_

### 9.3 RICEVUTA E REGISTRAZIONE UFFICIALE

Il Comune di \_\_\_\_\_  
Ufficio \_\_\_\_\_  
Protocollo n. \_\_\_\_\_  
Data registrazione: //\_\_\_\_\_

Dichiara di aver ricevuto, verificato e registrato le presenti DAT.

Ufficiale: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_  
Timbro: [Spazio per timbro ufficiale]

### 9.4 NOTARIZZAZIONE BLOCKCHAIN

Token ID: DAT-VEN-\_\_\_\_\_  
Hash documento: \_\_\_\_\_  
Timestamp: //\_\_\_\_ :: \_\_ GMT  
Transazione: 0x\_\_\_\_\_  
Validatori: Nodo Venezia, Nodo Verona, Nodo Padova

Certificato digitale generato in data: //\_\_\_\_\_  
QR code per verifica: [QR code applicato]

---

### DOCUMENTO VALIDO FINO A REVOCA O MODIFICA

**VERSIONE: 3.0 Super-Operativa Completa**

**DATA REVISIONE SUCCESSIVA: //\_\_\_\_**

**TUTTI I DIRITTI DI AUTODETERMINAZIONE RISERVATI**

---

\*Documento conforme alla Legge 219/2017, ai principi costituzionali, alla Carta dei Diritti Fondamentali UE e ai valori del Popolo Veneto.\*