

# DOCUMENTO UNIFICATO DI AUTODETERMINAZIONE SANITARIA

## DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (DAT) -

---

### PROTOCOLLO DI IDENTIFICAZIONE E VALIDAZIONE

#### 1.1 IDENTIFICAZIONE UNIVOCA 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 DETTAGLIATI

### 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 NEUROPATICO: 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 SCHEDA CLINICA OPERATIVA - INSUFFICIENZA MULTIORGANO

text

CONDIZIONE: Fallimento multiplo organi in paziente fragile

ORGANI COINVOLTI: ☐ Renale ☐ Cardiaco ☐ Respiratorio ☐ Epattico ☐ 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  $\leq 6$  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/letture 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  $\leq 2$  settimane da 2 medici
- ☐ Performance Status ECOG 3-4 o Karnofsky  $\leq 30\%$
- ☐ 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 angosianti (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
- LEVOMEPRMAZINA: 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  $\geq 8$
- 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 te rapia
____/____/____	____:____	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.\*