

Modello per la relazione del medico in caso di applicazione di eutanasia e aiuto al suicidio tratto dal decreto del 19 novembre 1997, contenente la definizione dei formulari ai sensi dell'articolo 10 della Legge sulla Sepoltura delle Salme.

MODELLO PER LA RELAZIONE DEL MEDICO

PER IL MEDICO CURANTE IN RELAZIONE ALLA SEGNALAZIONE AL NECROSCOPO COMUNALE DEL DECESSO SOPRAVVENUTO IN SEGUITO ALL'APPLICAZIONE DELL'ESTINZIONE DELLA VITA SU RICHIESTA O AIUTO AL SUICIDIO, AI SENSI DELL'ARTICOLO 2.

Il medico curante che segnala al necroscopo comunale un decesso non naturale in seguito all'estinzione della vita su richiesta o all'aiuto al suicidio invia al necroscopo una relazione redatta in base al modello sottoesposto.

NOTA BENE: si prega di motivare le risposte alle domande sottoelencate. Nel rispondere alle domande si è liberi di fornire ulteriori informazioni in allegati. Si è pregati di fare uso di allegati anche nel caso in cui lo spazio a disposizione per le risposte non sia sufficiente. Si prega di indicare chiaramente sugli allegati a quale/i domanda/e essi si riferiscono.

DATI CHE RIGUARDANO IL MEDICO

Cognome:

Iniziale/i nome/i: sesso: M/F

Funzione: 0 medico di famiglia

0 medico generico della casa di cura

0 specialista: (nome specializzazione)

Nome dell'istituto (ove del caso):

Indirizzo studio:

Codice postale / Luogo:

DATI CHE RIGUARDANO IL DEFUNTO

Cognome:

Iniziale/i nome/i: sesso: M/F

Data del decesso:

Comune in cui è avvenuto il decesso:

I IL DECORSO DELLA MALATTIA

1. Di quale/i affezione/i soffriva il paziente e da quanto tempo?
2. Quali terapie mediche sono state provate?

3. La guarigione del paziente era ancora possibile?
4. In che cosa consistevano le sofferenze del paziente?
- 5a. Vi erano ancora delle possibilità per alleviare le sofferenze del paziente?
- 5b. Se sì, qual era l'opinione del paziente rispetto a tali alternative?
6. Entro quale termine all'incirca era previsto il decesso del paziente se non fossero stati messi in atto l'estinzione della vita su richiesta o l'aiuto al suicidio?

II RICHIESTA DI ESTINZIONE DELLA VITA O AIUTO AL SUICIDIO

- 7a. Quando ha fatto il paziente la richiesta di estinzione della vita o di aiuto al suicidio?
- 7b. Quando è stata ripetuta tale richiesta?
8. In presenza di chi fu fatta tale richiesta?
- 9a. Esiste una dichiarazione scritta della volontà del paziente?
- 9b. Se sì, di quale data? (Si prega di allegare detta dichiarazione alla relazione)
- 9c. Se no, per quale ragione non esiste?
10. Vi sono indizi che la richiesta sia stata espressa dal paziente sotto pressione o influsso di altri?
11. Vi era qualche ragione di dubitare che, all'epoca della richiesta, il paziente fosse pienamente cosciente della portata della stessa e delle sue condizioni fisiche?

NB: l'operato di estinzione della vita di pazienti le cui sofferenze sono primariamente di origine psichica o di pazienti la cui capacità di esprimere una richiesta ben ponderata può essere stata turbata, ad esempio a seguito di una depressione o dalla demenza in via di sviluppo, deve essere segnalato secondo la procedura applicata ai casi di estinzione della vita senza esplicita richiesta. Si deve seguire tale procedura anche per l'operato di estinzione della vita di pazienti minorenni.

- 12a. Si è consultato il personale infermieristico o assistenziale sull'estinzione della vita?
- 12b. Se sì, chi è stato consultato e qual era la sua/loro opinione?
- 12c. Se no, perché ciò non è avvenuto?
- 13a. Si sono consultati gli intimi del paziente sull'estinzione della vita?
- 13b. Se sì, chi erano queste persone e qual era la loro opinione?
- 13c. Se no, perché ciò non è avvenuto?

III CONSULTAZIONE

14. Quale/i medico/i è/sono stato/i consultato/i?

15a. Qual è la sua/loro funzione?

(medico di famiglia / specialista / psichiatra / altro:)

15b. Era/erano anch'esso/i medico/i curante/i del paziente?

15c. Qual è il rapporto che esso/essi hanno con Lei?

16a. Quando il/i medico/i consultato/i ha/hanno visto il paziente?

16b. Se il/i medico/i consultato/i non ha/hanno visto il paziente, perché ciò non è avvenuto?

17. NB: si prega di allegare al presente rapporto la dichiarazione scritta del/dei medico/i consultato/i relativa al suo/loro giudizio rispetto alla mancanza di prospettive di miglioramento e l'insopportabilità delle sofferenze del paziente, la ponderatezza e il carattere esplicito della richiesta del paziente.

Nel caso in cui il/i medico/i consultato/i non abbia/abbiano espresso per iscritto il proprio giudizio: qual era il giudizio del/dei medico/i consultato/i in relazione agli aspetti suesposti?

IV L'ESECUZIONE DELL'ESTINZIONE DELLA VITA SU RICHIESTA O DELL'AIUTO AL SUICIDIO

18a. Si è trattato di:

0 estinzione della vita su richiesta (passare alla domanda 18b.)

oppure di 0 aiuto al suicidio?

18b. Da chi è stata applicata di fatto l'estinzione della vita su richiesta?

19. Con quali strumenti e in quale modo è stata messa in atto l'estinzione della vita?

20. Ci si è informati in precedenza sul metodo da utilizzare e, se sì, presso chi?

21. Chi erano, oltre a Lei stesso, le persone presenti all'applicazione dell'estinzione della vita?

V ULTERIORI CONSIDERAZIONI

22. Vi sono altri punti che non ha potuto menzionare nelle sue risposte alle presenti domande e che desidera sottoporre all'attenzione della Commissione Regionale di Verifica?

Data:

Nome:

Firma: