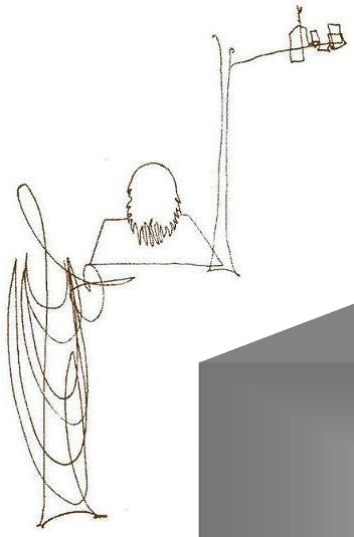
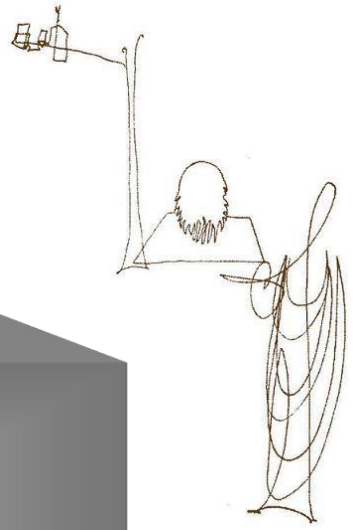




INTRODUZIONE ALLA SOSTITUZIONE

IN ASSISTENZA PRIMARIA E

CONTINUITA' ASSISTENZIALE

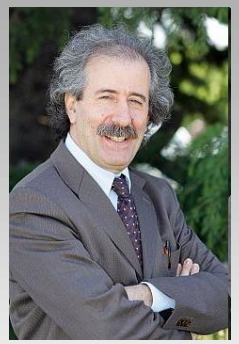
L'assistenza al morente

Maurizio Verducci

7 giugno 2022

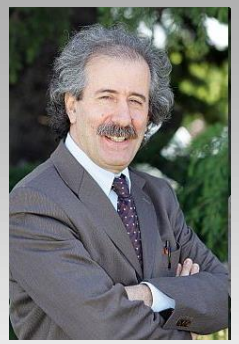
La società moderna è contrassegnata dal rifiuto della morte.

"Il contesto culturale che attualmente caratterizza il morire nel mondo occidentale è contrassegnato dallo ***zelo igienista****, che impedisce di parlare della morte ed induce a porre i morenti dietro le quinte della vita sociale, per sottrarli alla vista dei vivi, e dalla* ***volontà di dominio****, applicazione al processo del morire della logica della programmazione e del dominio, tipica della mentalità tecnico-scientifica.*

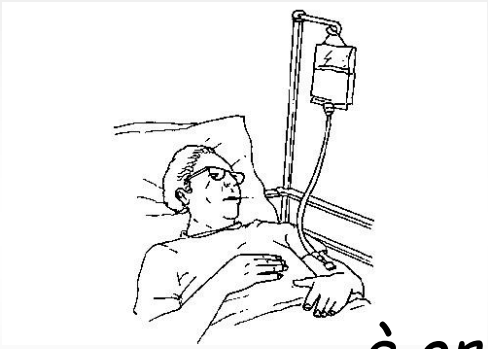


Corrado Viafora
Docente di Bioetica
Università di Padova

*La **medicalizzazione** delle fasi terminali della vita è uno degli aspetti di questa negazione, formalmente giustificata dal desiderio di garantire la migliore assistenza possibile ma sostanzialmente dovuta alla volontà di sbarazzarsi di un peso psicologico ed emotivo, che l'uomo moderno non è più capace di sostenere."*



Corrado Viafora
Docente di Bioetica
Università di Padova



"Oggi si muore con cuore
e cervello innestato ai fili, che finiscono
in uno strumento registratore.
E' la morte intubata.
E il personale curante
è ormai un' équipe di meccanici impegnati
a badare che la flebo sgoccioli e che
l'ossigeno arrivi"

Ferdinando Camon – scrittore (1996)

*"Considerando l'attuale contesto socio-culturale caratterizzato dall' "**igienismo sociale**" e dalla "**privatizzazione del morire**", la pratica delle Cure Palliative e il movimento Hospices si collocano in contrasto o in continuità con queste tendenze?*

*Sono cioè **risocializzazione** o **sequestro medicalizzante** del morire ? "*

***Corrado Viafora** "Per un'etica dell'accompagnamento", 1996*

Art. 16 – **Procedure diagnostiche e interventi terapeutici non proporzionati**

Il medico, tenendo conto delle volontà espresse dal paziente o dal suo rappresentante legale e dei principi di efficacia e di appropriatezza delle cure, non intraprende né insiste in procedure diagnostiche e interventi terapeutici clinicamente inappropriati ed eticamente non proporzionati, dai quali non ci si possa attendere un effettivo beneficio per la salute e/o un miglioramento della qualità della vita.

Il controllo efficace del dolore si configura, in ogni condizione clinica, come trattamento appropriato e proporzionato.

Il medico che si astiene da trattamenti non proporzionati non pone in essere in alcun caso un comportamento finalizzato a provocare la morte.

Art. 17 – **Atti finalizzati a provocare la morte**

Il medico, anche su richiesta del paziente, non deve effettuare né favorire atti finalizzati a provocarne la morte.

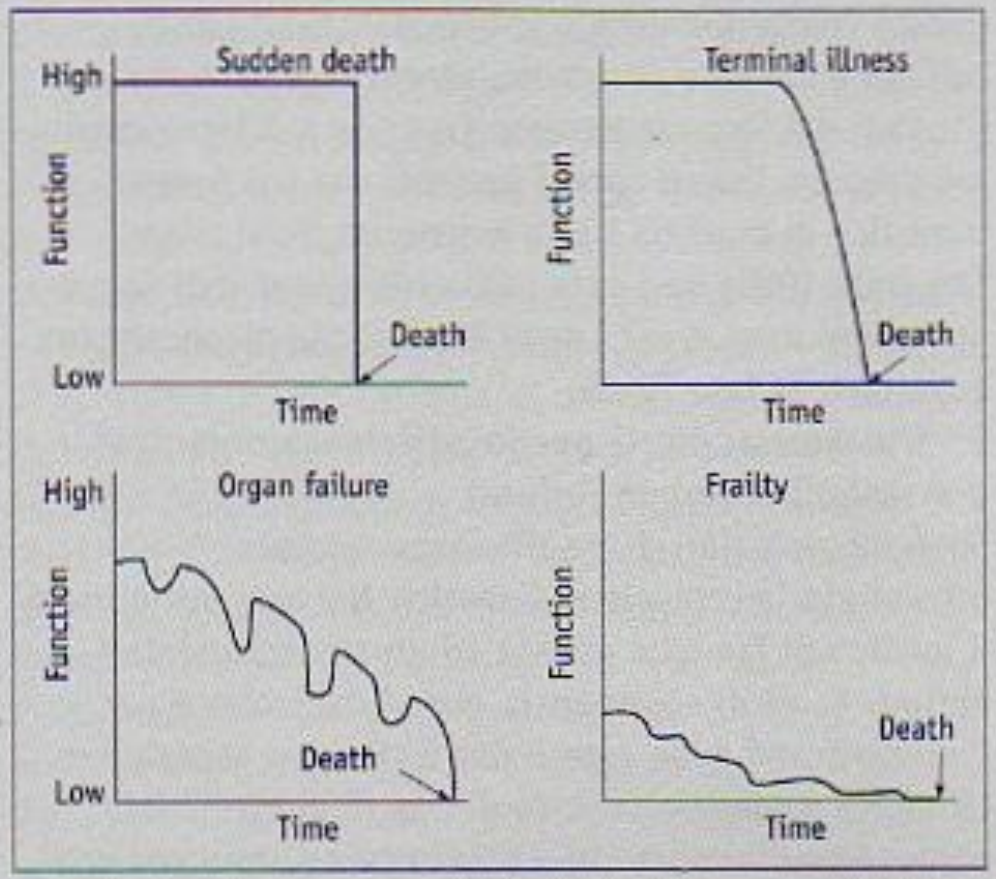
Art. 38 – **Dichiarazioni anticipate di trattamento**

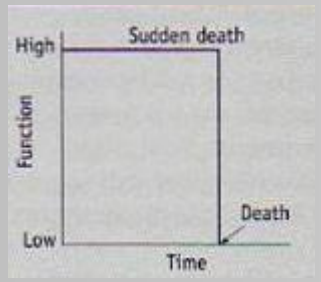
Il medico tiene conto delle dichiarazioni anticipate di trattamento …

Art. 39 – **Assistenza al paziente con prognosi infausta o con definitiva compromissione dello stato di coscienza**

Il medico non abbandona il paziente con prognosi infausta o con definitiva compromissione dello stato di coscienza ma continua ad assisterlo e, se in condizioni terminali, impronta la propria opera alla sedazione del dolore e al sollievo delle sofferenze tutelando la volontà, la dignità e la qualità della vita. …

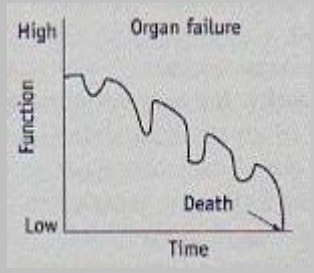
BOX 4.2 – TRAIETTORIE DI MALATTIA (*Theoretical trajectories of dying*; modificata da Lunney et al., 2003)





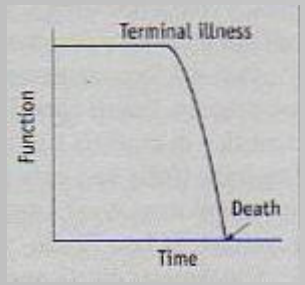
morte improvvisa

- verificare l'identità del defunto
- escludere cause di morte violenta
  (in caso di dubbio avvisare l'autorità giudiziaria
  ed attenderne l'arrivo)
- redigere il certificato di accertamento di morte
- prestare assistenza ai congiunti

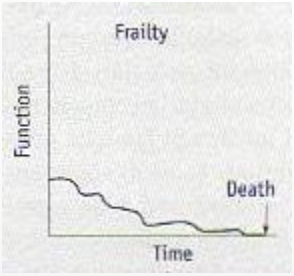


insufficienza d'organo

- valutare la possibilità di un'efficace terapia domiciliare
- verificare la opportunità/necessità dell'invio in ospedale
- sondare la volontà del paziente
- in caso di rifiuto al ricovero, prestare assistenza commisurata alle possibilità terapeutiche (vedi appresso)

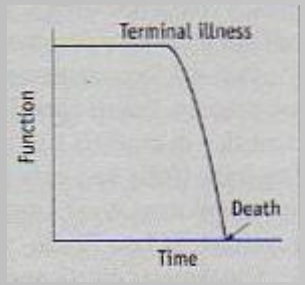


morti "annunciate"

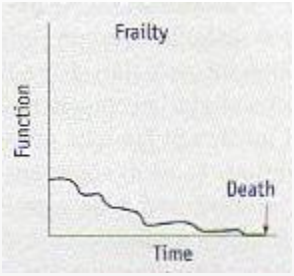


segni di morte prossima

- ✓ polso rapido e superficiale o aritmia
- ✓ calo progressivo della pressione arteriosa
- ✓ sudore freddo al viso
- ✓ ginocchia e cosce marezzate
- ✓ estremità fredde e cianotiche
- ✓ ottundimento dei sensi (ultimo a scomparire l'udito!)
- ✓ sonnolenza con risvegli a tratti

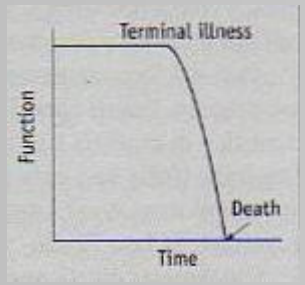


morti "annunciate"

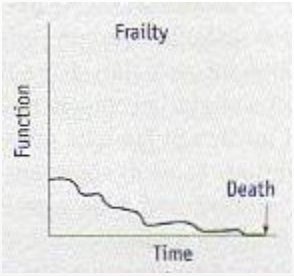


segni di morte imminente

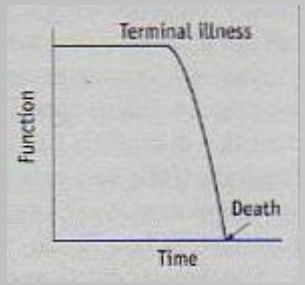
- ✓ anuria (escludere globo vescicale)
- ✓ ipersecrezione bronchiale, rantolo tracheale (< 48 ore)
- ✓ pause respiratorie sempre più frequenti e durature (< 8 ore)
- ✓ polsi periferici impercettibili (< 3 ore)
- ✓ iperpiressia (talvolta)



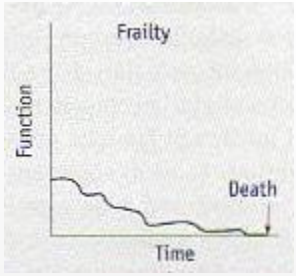
morti "annunciate"



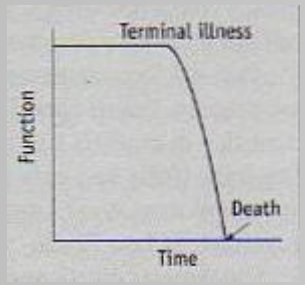
- sondare (se possibile) la volontà del paziente o ricercare eventuali Dichiarazioni Anticipate di Trattamento
- mai dire "*non c'è più nulla da fare*" ma "*facciamo tutto il possibile per evitare che possa soffrire*"
- prestare assistenza commisurata alle possibilità terapeutiche



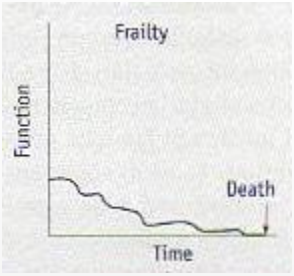
morti "annunciate"



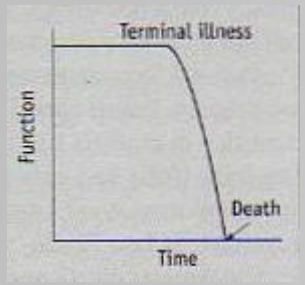
- prestare assistenza commisurata alle possibilità terapeutiche
  - ✓ NO prelievi
  - ✓ NO medicazioni
  - ✓ NO cambi di postura (se dolorosi)
  - ✓ NO farmaci per os (se difficile inghiottire)
  - ✓ NO rilevazione della febbre
  - ✓ NO misurazione della pressione
  - ✓ NO determinazione della glicemia



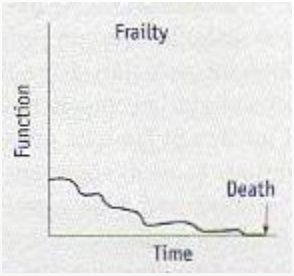
morti "annunciate"



- prestare assistenza commisurata alle possibilità terapeutiche
  - ✓ sospendere l'alimentazione
  - ✓ non iniziare l'idratazione (peggioramento di: dispnea, nausea, edemi e versamenti, ipersecrezione bronchiale e rantolo terminale)
  - ✓ se presente, mantenere un accesso venoso per l'eventuale sedazione terminale
  - ✓ se necessaria la somministrazione di farmaci, preferire la via sottocutanea (*posizionare un ago Butterfly o un Angioset*)



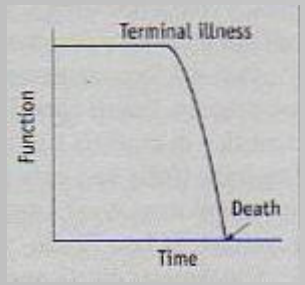
morti "annunciate"



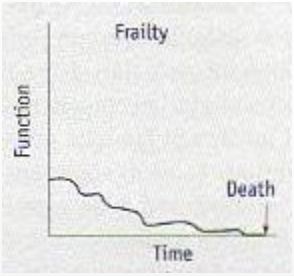
- prestare assistenza commisurata alle possibilità terapeutiche

<u>trattare il DOLORE</u>

- ✓ terapia con oppiacei transdermici in atto (insufficiente): aggiungere **morfina cloridrato** s.c. 1/18 della dose equivalente giornaliera ogni 4-6 ore
- ✓ terapia con oppiacei orali (efficace ma non più praticabile): sostituire con **morfina cloridrato** s.c. 1/12 della dose equivalente giornaliera ogni 4-6 ore



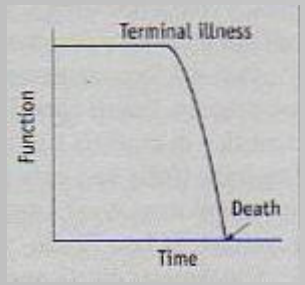
morti "annunciate"



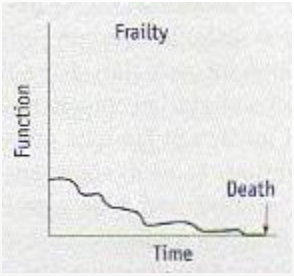
- prestare assistenza commisurata alle possibilità terapeutiche

trattare il DELIRIO e l'AGITAZIONE

- ✓ terapia con **aloperidolo** (*Serenase f. 2 mg/2 ml*) 1 mg s.c. ogni 4-6 ore
- ✓ se grave agitazione, aggiungere una benzodiazepina: **diazepam** (*Valium f. 10 mg/2 ml*) 10 mg e.v. o **lorazepam** (*Tavor cp orosol. 2,5 mg*) 5 mg sublinguale



morti "annunciate"

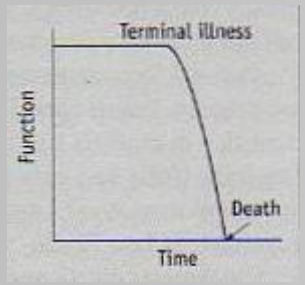


- prestare assistenza commisurata alle possibilità terapeutiche

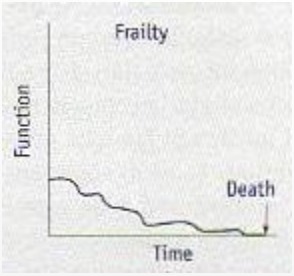
<u>trattare la DISPNEA</u>

- ✓ **morfina cloridrato** 10 mg s.c. o aumento del 50% della dose già praticata
- ✓ eventualmente aggiungere una **benzodiazepina**

La terapia con O2 ha un ruolo trascurabile e provoca fastidio al paziente: secchezza delle fauci e difficoltà a comunicare



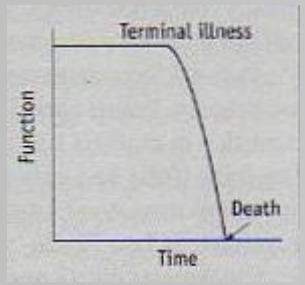
morti "annunciate"



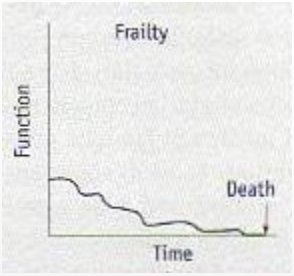
- prestare assistenza commisurata alle possibilità terapeutiche

<u>trattare la NAUSEA e il VOMITO</u>

- ✓ **metoclopramide** (*Plasil f. 10 mg/2 ml*)
  10 mg s.c. (fino a 10 fiale/die) *oppure*
- ✓ **aloperidolo** (*Serenase f. 2 mg/2 ml*)
  1 mg s.c. (fino a 4 volte al dì) *oppure*
- ✓ **joscina butilbromuro** (*Buscopan f. 20 mg/1 ml*)
  20 mg s.c. ripetibile ogni 4 ore (se sono presenti sintomi ostruttivi o ipercloridria)



morti "annunciate"

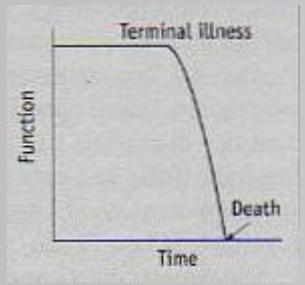


- prestare assistenza commisurata alle possibilità terapeutiche

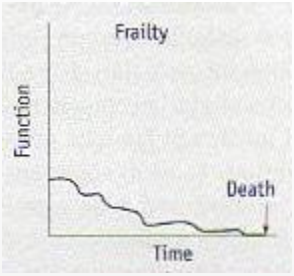
trattare l'OSTRUZIONE INTESTINALE

- ✓ sospendere i procinetici
- ✓ **joscina butilbromuro** (*Buscopan f. 20 mg/1 ml*) 40 mg s.c./e.v.
- ✓ **morfina cloridrato** 30 mg s.c./e.v. (o il doppio della dose già in uso)
- ✓ **aloperidolo** (*Serenase f. 2 mg/2 ml*) 2 mg s.c./e.v. (nausea)

Inutile il sondino naso-gastrico e l'eventuale colostomia: quando l'ostruzione è completa sarà causa di morte in 24 ore



morti "annunciate"

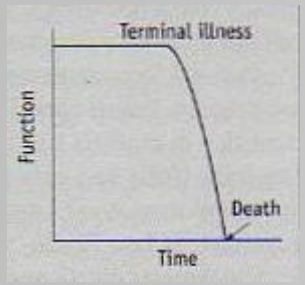


- prestare assistenza commisurata alle possibilità terapeutiche

<u>trattare l'IPERSECREZIONE RESPIRATORIA</u>

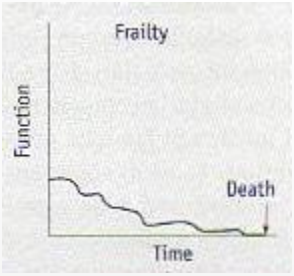
- ✓ **joscina butilbromuro** (*Buscopan f. 20 mg/1 ml*)
  20 mg s.c. ripetibile ogni 4 ore
  (se possibile, meglio in infusione venosa continua)

Utile, in via preventiva alla diagnosi di fase terminale, l'applicazione di 1-2 cerotti di scopolamina sulla mastoide, cui va aggiunta la joscina alla comparsa del rantolo.

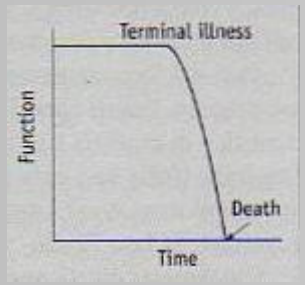


morti "annunciate"

La SEDAZIONE PALLIATIVA

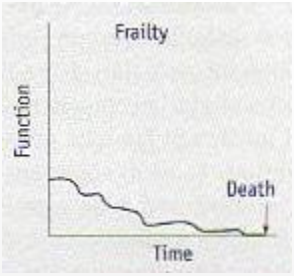


*La sedazione terminale è la **riduzione intenzionale della vigilanza** con mezzi farmacologici, fino alla **perdita di coscienza**, allo scopo di ridurre o abolire la percezione di un sintomo, altrimenti intollerabile per il paziente nonostante siano stati messi in opera i mezzi più adeguati per il suo controllo.*



morti "annunciate"

La SEDAZIONE PALLIATIVA



Dolore refrattario

Dispnea refrattaria

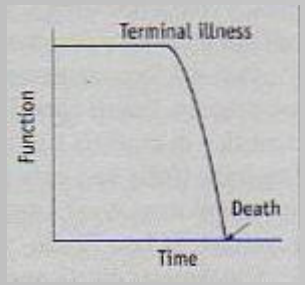
Delirio refrattario

Vomito incoercibile

Emorragia massiva

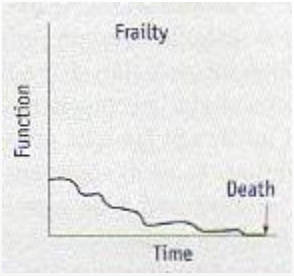
Occlusione intestinale

Sofferenza insopportabile



morti "annunciate"

La SEDAZIONE PALLIATIVA



20 mg **morfina cloridrato** s.c.

più

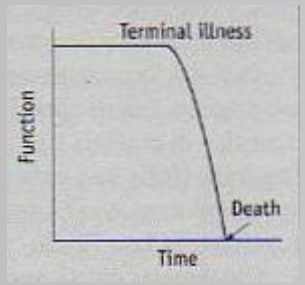
50 mg **clorpromazina** i.m. nel deltoide

(Largactil f. 50 mg/2 ml)

più

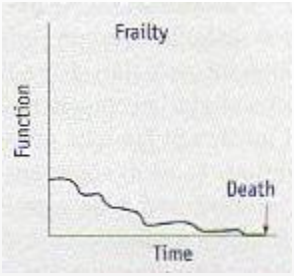
50 mg **prometazina** i.m. nel deltoide

(Farganesse f. 50 mg/2 ml)



morti "annunciate"

La SEDAZIONE PALLIATIVA



*Non si tratta di **eutanasia** ma è comunque una scelta molto delicata.*

Sarebbe utile l'assenso del morente o la disponibilità di una sua volontà scritta.

In caso di incoscienza è indispensabile l'assenso concorde dei familiari.

La constatazione della morte

Dedicare attenzione all'intero corpo e verificare:

- assenza di respiro spontaneo;
- assenza di polsi periferici;
- assenza di battito cardiaco;
- assenza del riflesso corneale;
- assenza del riflesso fotomotore della pupilla;
- assenza del riflesso oculocefalico (cosiddetto fenomeno degli occhi di bambola);
- assenza di tono muscolare agli arti

Certificato di accertamento di morte (Regione UMBRIA)

REGIONE UMBRIA

DICHIARAZIONE E CERTIFICATO DI ACCERTAMENTO DI MORTE

Il sottoscritto ..... in qualità di medico di ..... in data ..... presso l'abitazione/ospedale/località.....sito/a in ....via.....ha constatato la morte di .....nato a..... il .....residente in.....Via.....

DECEDUTO IL ..... ALLE ORE..... la morte è avvenuta in conseguenza di.....

.....

.....

Il cadavere è portatore di pace maker impiantato nell'anno.....

E' stata redatta scheda ISTAT Si ☐ No ☐

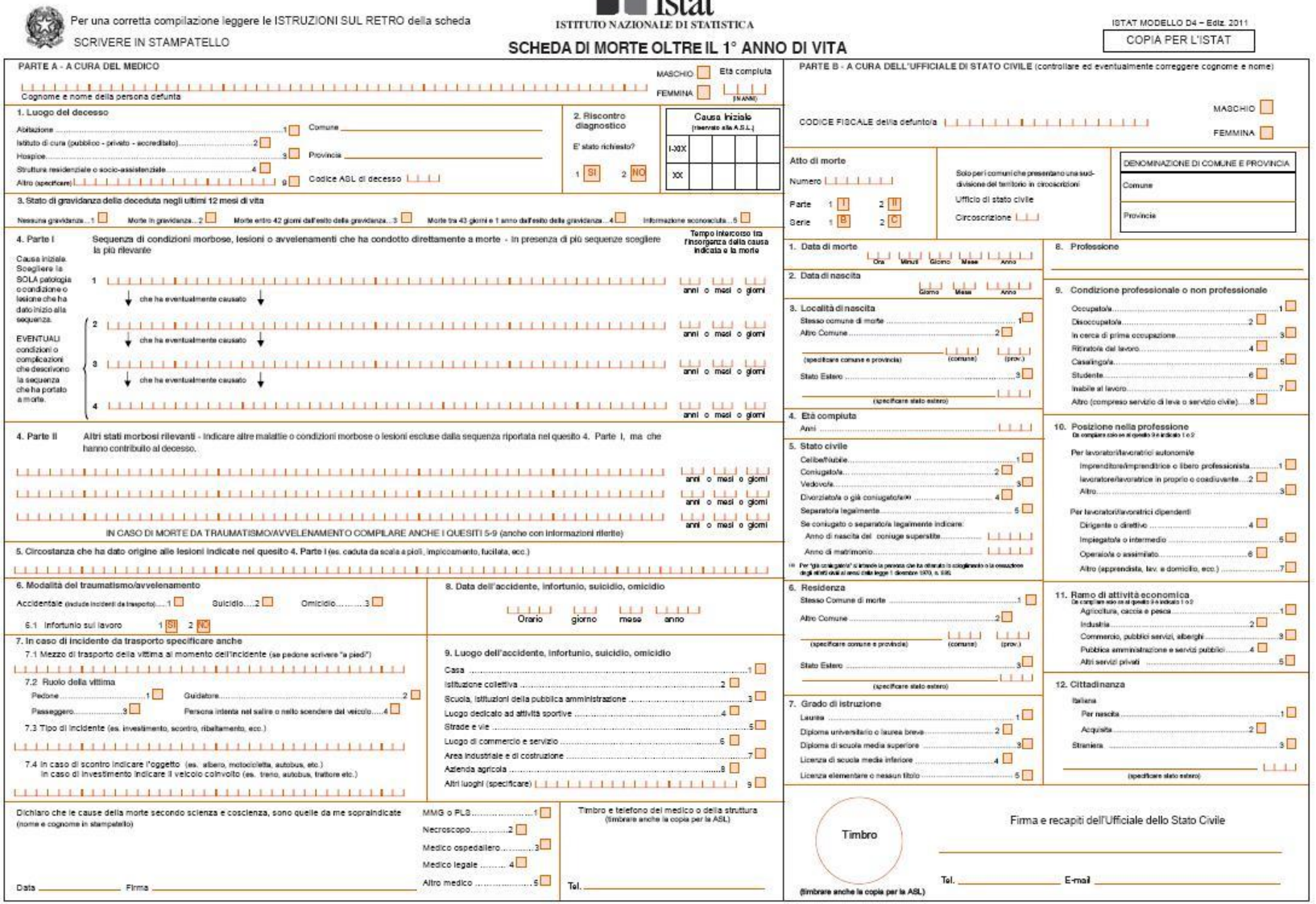
E' stata redatta denuncia alla A.G. Si ☐ No ☐

Il medico

.....

(timbro e firma)

Certificato di causa di morte (ISTAT)



Per una corretta compilazione leggere le ISTRUZIONI SUL RETRO della scheda
SCRIVERE IN STAMPATELLO

Istat
ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA

ISTAT MODELLO D4 – Ediz. 2011
COPIA PER L'ISTAT

SCHEDA DI MORTE OLTRE IL 1° ANNO DI VITA

PARTE A - A CURA DEL MEDICO

Cognome e nome della persona defunta

MASCHIO ☐ FEMMINA ☐ Età compiuta (IN ANNI)

1. Luogo del decesso
Abitazione 1 ☐ Istituto di cura (pubblico - privato - accreditato) 2 ☐ Hospice 3 ☐ Struttura residenziale o socio-assistenziale 4 ☐ Altro (specificare) 9 ☐
Comune
Provincia
Codice ASL di decesso

2. Riscontro diagnostico
E' stato richiesto? 1 SI 2 NO

Causa iniziale (riservato alla A.S.L.)
I-XIX
XX

3. Stato di gravidanza della deceduta negli ultimi 12 mesi di vita
Nessuna gravidanza…1 ☐ Morte in gravidanza…2 ☐ Morte entro 42 giorni dall'esito della gravidanza…3 ☐ Morte tra 43 giorni e 1 anno dall'esito della gravidanza…4 ☐ Informazione sconosciuta…5 ☐

4. Parte I
Causa iniziale. Scegliere la SOLA patologia o condizione o lesione che ha dato inizio alla sequenza.
EVENTUALI condizioni o complicazioni che descrivono la sequenza che ha portato a morte.
Sequenza di condizioni morbose, lesioni o avvelenamenti che ha condotto direttamente a morte - In presenza di più sequenze scegliere la più rilevante
Tempo intercorso tra l'insorgenza della causa indicata e la morte
1 ↓ che ha eventualmente causato
2 ↓ che ha eventualmente causato
3 ↓ che ha eventualmente causato
4
anni o mesi o giorni

4. Parte II
Altri stati morbosi rilevanti - Indicare altre malattie o condizioni morbose o lesioni escluse dalla sequenza riportata nel quesito 4. Parte I, ma che hanno contribuito al decesso.
anni o mesi o giorni

IN CASO DI MORTE DA TRAUMATISMO/AVVELENAMENTO COMPILARE ANCHE I QUESITI 5-9 (anche con informazioni riferite)

5. Circostanza che ha dato origine alle lesioni indicate nel quesito 4. Parte I (es. caduta da scala a pioli, impiccamento, fucilata, ecc.)

6. Modalità del traumatismo/avvelenamento
Accidentale (include incidenti da trasporto)…1 ☐ Suicidio…2 ☐ Omicidio…3 ☐
6.1 Infortunio sul lavoro 1 SI 2 NO

7. In caso di incidente da trasporto specificare anche
7.1 Mezzo di trasporto della vittima al momento dell'incidente (se pedone scrivere "a piedi")
7.2 Ruolo della vittima
Pedone…1 ☐ Guidatore…2 ☐ Passeggero…3 ☐ Persona intenta nel salire o nello scendere dal veicolo…4 ☐
7.3 Tipo di incidente (es. investimento, scontro, ribaltamento, ecc.)
7.4 In caso di scontro indicare l'oggetto (es. albero, motocicletta, autobus, etc.)
In caso di investimento indicare il veicolo coinvolto (es. treno, autobus, trattore etc.)

8. Data dell'accidente, infortunio, suicidio, omicidio
Orario giorno mese anno

9. Luogo dell'accidente, infortunio, suicidio, omicidio
Casa…1 ☐ Istituzione collettiva…2 ☐ Scuola, istituzioni della pubblica amministrazione…3 ☐ Luogo dedicato ad attività sportive…4 ☐ Strade e vie…5 ☐ Luogo di commercio e servizio…6 ☐ Area industriale e di costruzione…7 ☐ Azienda agricola…8 ☐ Altri luoghi (specificare) 9 ☐

Dichiaro che le cause della morte secondo scienza e coscienza, sono quelle da me sopraindicate (nome e cognome in stampatello)
Data Firma

MMG o PLS…1 ☐ Necroscopo…2 ☐ Medico ospedaliero…3 ☐ Medico legale…4 ☐ Altro medico…5 ☐

Timbro e telefono del medico o della struttura (timbrare anche la copia per la ASL)
Tel.

PARTE B - A CURA DELL'UFFICIALE DI STATO CIVILE (controllare ed eventualmente correggere cognome e nome)

CODICE FISCALE della defunto/a
MASCHIO ☐ FEMMINA ☐

Atto di morte
Numero
Parte 1 I 2 II
Serie 1 B 2 C

Solo per i comuni che presentano una sud-divisione del territorio in circoscrizioni
Ufficio di stato civile
Circoscrizione

DENOMINAZIONE DI COMUNE E PROVINCIA
Comune
Provincia

1. Data di morte (Ora, Minuti, Giorno, Mese, Anno)
2. Data di nascita (Giorno, Mese, Anno)
3. Località di nascita
Stesso comune di morte…1 ☐ Altro Comune…2 ☐ (specificare comune e provincia) (comune) (prov.) Stato Estero…3 ☐ (specificare stato estero)
4. Età compiuta
Anni
5. Stato civile
Celibe/Nubile…1 ☐ Coniugato/a…2 ☐ Vedovo/a…3 ☐ Divorziato/a o già coniugato/a(*)…4 ☐ Separato/a legalmente…5 ☐
Se coniugato o separato/a legalmente indicare:
Anno di nascita del coniuge superstite
Anno di matrimonio
(*) Per "già coniugato/a" si intende la persona che ha ottenuto lo scioglimento o la cessazione degli effetti civili al sensi della legge 1 dicembre 1970, n. 898.
6. Residenza
Stesso Comune di morte…1 ☐ Altro Comune…2 ☐ (specificare comune e provincia) (comune) (prov.) Stato Estero…3 ☐ (specificare stato estero)
7. Grado di istruzione
Laurea…1 ☐ Diploma universitario o laurea breve…2 ☐ Diploma di scuola media superiore…3 ☐ Licenza di scuola media inferiore…4 ☐ Licenza elementare o nessun titolo…5 ☐
8. Professione
9. Condizione professionale o non professionale
Occupato/a…1 ☐ Disoccupato/a…2 ☐ In cerca di prima occupazione…3 ☐ Ritirato/a dal lavoro…4 ☐ Casalinga/o…5 ☐ Studente…6 ☐ Inabile al lavoro…7 ☐ Altro (compreso servizio di leva o servizio civile)…8 ☐
10. Posizione nella professione
Da compilare solo se al quesito 9 è indicato 1 o 2
Per lavoratori/lavoratrici autonomi/e
Imprenditore/imprenditrice o libero professionista…1 ☐ lavoratore/lavoratrice in proprio o coadiuvante…2 ☐ Altro…3 ☐
Per lavoratori/lavoratrici dipendenti
Dirigente o direttivo…4 ☐ Impiegato/a o intermedio…5 ☐ Operaio/a o assimilato…6 ☐ Altro (apprendista, lav. a domicilio, ecc.)…7 ☐
11. Ramo di attività economica
Da compilare solo se al quesito 9 è indicato 1 o 2
Agricoltura, caccia e pesca…1 ☐ Industria…2 ☐ Commercio, pubblici servizi, alberghi…3 ☐ Pubblica amministrazione e servizi pubblici…4 ☐ Altri servizi privati…5 ☐
12. Cittadinanza
Italiana
Per nascita…1 ☐ Acquisita…2 ☐
Straniera…3 ☐ (specificare stato estero)

Timbro (timbrare anche la copia per la ASL)

Firma e recapiti dell'Ufficiale dello Stato Civile
Tel. E-mail

Certificato di causa di morte (ISTAT)

Per una corretta compilazione leggere le ISTRUZIONI SUL RETRO della scheda

SCRIVERE IN STAMPATELLO

Istat
ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA

SCHEDA DI MORTE OLTRE IL 1° ANNO DI VITA

PARTE A - A CURA DEL MEDICO

Cognome e nome della persona defunta

MASCHIO ☐ FEMMINA ☐ Età compiuta (N.ANNI)

PARTE B - A

CODICE FIS

1. Luogo del decesso

Abitazione ..... 1 ☐ Comune _____

Istituto di cura (pubblico - privato - accreditato) ..... 2 ☐

Hospice ..... 3 ☐ Provincia _____

Struttura residenziale o socio-assistenziale ..... 4 ☐

Altro (specificare) _____ 9 ☐ Codice ASL di decesso _____

2. Riscontro diagnostico

E' stato richiesto?

1 SI 2 NO

Causa Iniziale (riservato alla A.S.L.)

I-XIX				
XX				

Atto di morte

Numero _____

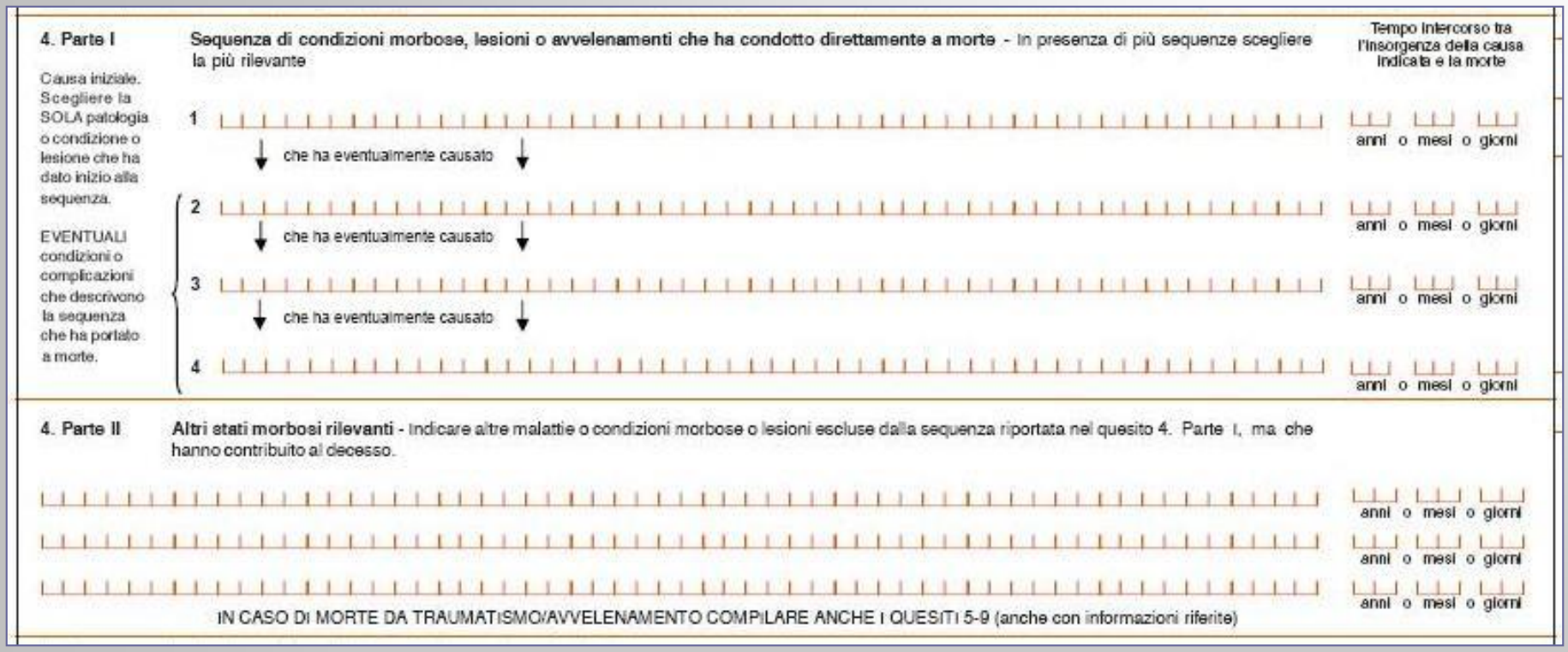
Parte 1 I

Serie 1 B

3. Stato di gravidanza della deceduta negli ultimi 12 mesi di vita

Nessuna gravidanza...1 ☐ Morte in gravidanza...2 ☐ Morte entro 42 giorni dall'esito della gravidanza...3 ☐ Morte tra 43 giorni e 1 anno dall'esito della gravidanza...4 ☐ Informazione sconosciuta...5 ☐

Certificato di causa di morte (ISTAT)



4. Parte I

Causa iniziale. Scegliere la SOLA patologia o condizione o lesione che ha dato inizio alla sequenza.

EVENTUALI condizioni o complicazioni che descrivono la sequenza che ha portato a morte.

Sequenza di condizioni morbose, lesioni o avvelenamenti che ha condotto direttamente a morte - In presenza di più sequenze scegliere la più rilevante

Tempo intercorso tra l'insorgenza della causa indicata e la morte

1 _____ anni o mesi o giorni

↓ che ha eventualmente causato ↓

2 _____ anni o mesi o giorni

↓ che ha eventualmente causato ↓

3 _____ anni o mesi o giorni

↓ che ha eventualmente causato ↓

4 _____ anni o mesi o giorni

4. Parte II

Altri stati morbosi rilevanti - Indicare altre malattie o condizioni morbose o lesioni escluse dalla sequenza riportata nel quesito 4. Parte I, ma che hanno contribuito al decesso.

_____ anni o mesi o giorni

_____ anni o mesi o giorni

_____ anni o mesi o giorni

IN CASO DI MORTE DA TRAUMATISMO/AVVELENAMENTO COMPILARE ANCHE I QUESITI 5-9 (anche con informazioni riferite)

Certificato di causa di morte (ISTAT)

Esempio di corretta compilazione per causa naturale

Morte da causa naturale

1. Causa iniziale *(scrivere in stampatello)*
Scegliere la **SOLA** patologia che ha dato inizio alla catena dei processi morbosi indicati ai punti 2. e 3.

	intervallo (a) anni	mesi	giorni
CARCINOMA DELLA PORZIONE CENTRALE DEL SENO			7

che ha provocato causa 2

2. Causa intermedia *(scrivere in stampatello)*
Eventuali complicazioni o evoluzione della causa precedente, indicata al punto 1.

	intervallo (a) anni	mesi	giorni
METASTASI FEGATO		2	

che ha/hanno provocato causa 3

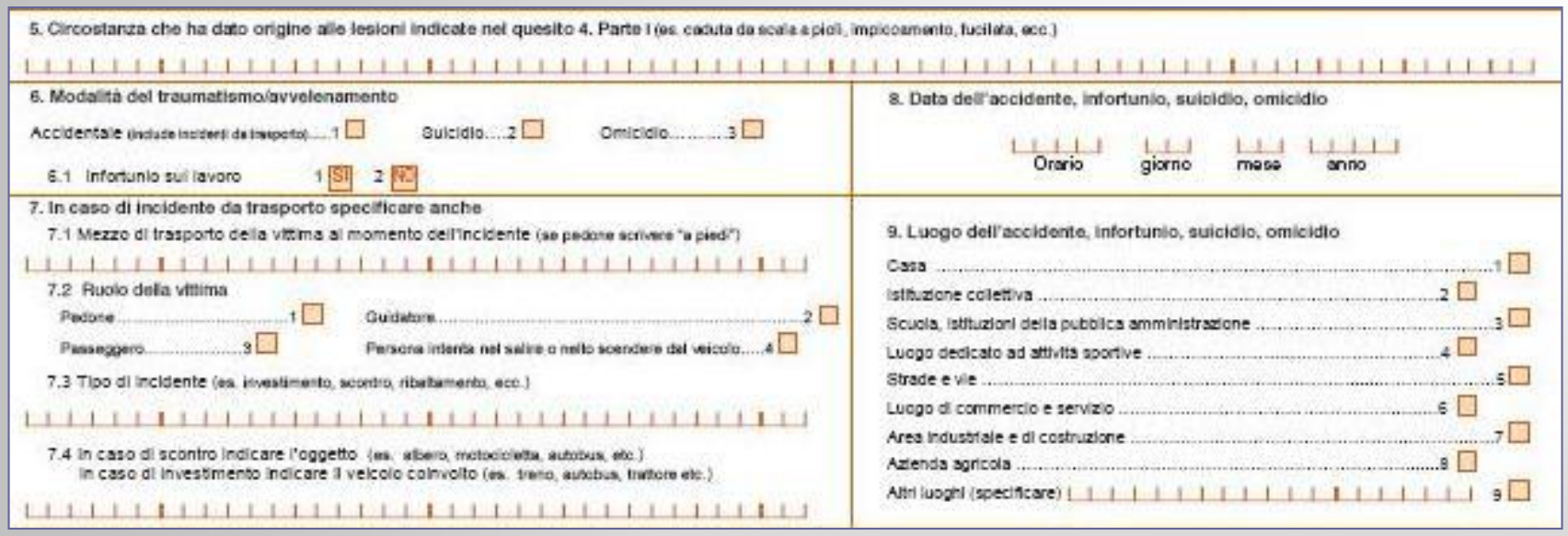
3. Causa terminale *(scrivere in stampatello)*
Patologia che ha immediatamente preceduto il decesso collegata alle cause indicate ai punti 1. e 2. Non inserire il meccanismo del decesso (arresto cardiovascolare, collasso respiratorio, etc.)

	intervallo (a) anni	mesi	giorni
INSUFFICIENZA EPATICA			7

4. Altri stati morbosi rilevanti che hanno contribuito al decesso *(scrivere in stampatatello)*
Indicare altre malattie o stati morbosi rilevanti, esclusi dal concatenamento indicato ai punti 1 2 3, ma che hanno contribuito al decesso.

	intervallo (a) anni	mesi	giorni
DIABETE MELLITO DI TIPO 2	1	1	

Certificato di causa di morte (ISTAT)



5. Circostanza che ha dato origine alle lesioni indicate nel quesito 4. Parte I (es. caduta da scala a pioli, impiccamento, fucilata, ecc.)

6. Modalità del traumatismo/avvelenamento

Accidentale (include incidenti da trasporto).....1 ☐ Suicidio....2 ☐ Omicidio.....3 ☐

6.1 Infortunio sul lavoro 1 SI ☐ 2 NO ☐

8. Data dell'accidente, infortunio, suicidio, omicidio

Orario | giorno | mese | anno

7. In caso di incidente da trasporto specificare anche

7.1 Mezzo di trasporto della vittima al momento dell'incidente (se pedone scrivere "a piedi")

7.2 Ruolo della vittima

Pedone.....1 ☐ Guidatore.....2 ☐

Passeggero.....3 ☐ Persona intenta nel salire o nello scendere dal veicolo.....4 ☐

7.3 Tipo di incidente (es. investimento, scontro, ribaltamento, ecc.)

7.4 In caso di scontro indicare l'oggetto (es. albero, motocicletta, autobus, etc.)
In caso di investimento indicare il veicolo coinvolto (es. treno, autobus, trattore etc.)

9. Luogo dell'accidente, infortunio, suicidio, omicidio

Casa .....1 ☐
Istituzione collettiva .....2 ☐
Scuola, istituzioni della pubblica amministrazione .....3 ☐
Luogo dedicato ad attività sportive .....4 ☐
Strade e vie .....5 ☐
Luogo di commercio e servizio .....6 ☐
Area industriale e di costruzione .....7 ☐
Azienda agricola .....8 ☐
Altri luoghi (specificare) 9 ☐

Dichiaro che le cause della morte secondo scienza e coscienza, sono quelle da me sopraindicate
(nome e cognome in stampatello)

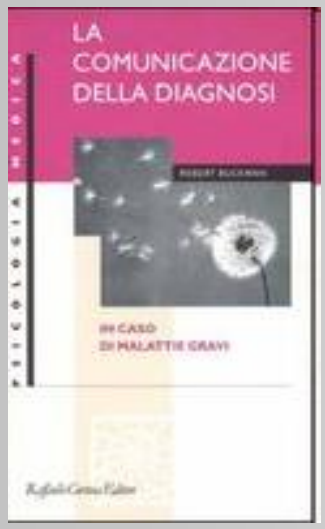
Data _____ Firma _____

MMG o PLS.....1 ☐
Necroscopo.....2 ☐
Medico ospedaliero.....3 ☐
Medico legale .....4 ☐
Altro medico .....5 ☐

Timbro e telefono del medico o della struttura
(timbrare anche la copia per la ASL)

Tel. _____

Letture consigliate



Robert Buckman
La comunicazione della diagnosi in caso di malattie gravi
Raffaello Cortina Ed., 2003 - € 21,50

Giuliano Bono
Il tempo di morire
Il Pensiero Scientifico Ed., 2011 - € 16,00