

Scheda causa di morte nel 1° anno di vita

1

La rilevazione sui decessi e sulle cause di morte

La rilevazione sui decessi e sulle cause di morte è un'indagine totale che riguarda tutti i decessi che avvengono sul territorio nazionale (popolazione presente) e che permette di rilevare informazioni di tipo sia sanitario sia demossociale.

I modelli impiegati a questo scopo sono due:

- la Scheda causa di morte oltre il 1° anno di vita;
- la Scheda causa di morte nel 1° anno di vita.

I criteri e le disposizioni da seguire per eseguire la rilevazione e le variazioni rispetto agli anni precedenti sono indicate annualmente in apposite circolari e nel manuale "Istruzioni per i Comuni e le Prefetture" (a oggi, Manuale ed. 2013).

Il medico incaricato di certificare il decesso deve indicare su queste schede, tra le altre informazioni, la patologia che ha condotto alla morte e gli altri stati morbosi che potrebbero essere stati rilevanti.

Le informazioni contenute nelle schede che hanno carattere demografico e sociale vanno riportate dall'ufficiale di Stato civile del comune nel quale è avvenuto il decesso.



PARTE A - A CURA DEL MEDICO

MASCHIO FEMMINA **Cognome e nome della persona defunta** _____

Età compiuta _____ espressa in 1 ore 2 giorni 3 mesi

1. Luogo del decesso

Territorio in cui è avvenuto il decesso

Abitazione1 Comune _____

Istituto di cura (pubblico - privato - accreditato).....2 Provincia _____

Struttura residenziale o socio-assistenziale.....4 Codice ASL di decesso _____

Altro (specificare) _____ 9

2. Riscontro diagnostico

È stato richiesto? 1 SÌ 2 NO

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

I-XIX				
XX				

3. Informazioni rilevanti

Peso alla nascita granmi Età gestazionale alla nascita n. settimane Parità (vedi note sul retro) Età della madre anni

4. Parte I CAUSA DI MORTE: sequenza di condizioni morbose (incluse anomalie o malformazioni congenite) o traumatismi o avvelenamenti che ha condotto a morte - In presenza di più sequenze scegliere la più rilevante

Se la causa iniziale risiede in una condizione materna, indicare quest'ultima

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

1 _____ mesi o giorni o ore

↓ che ha eventualmente causato ↓

2 _____ mesi o giorni o ore

↓ che ha eventualmente causato ↓

3 _____ mesi o giorni o ore

↓ che ha eventualmente causato ↓

4 _____ mesi o giorni o ore

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

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

_____ mesi o giorni o ore

_____ mesi o giorni o ore

_____ mesi o giorni o ore

N.B. I QUESITI 5-9 DEVONO ESSERE COMPILATI SOLO IN CASO DI MORTE DA TRAUMATISMO/AVVELENAMENTO (anche con informazioni riferite)

5. Circostanza che ha dato origine al traumatismo/avvelenamento indicato in 4. Parte I (es. soffocamento da corpo estraneo, caduta da gradino, contatto con filo percorso da corrente elettrica, ecc.)

6. Modalità del traumatismo/avvelenamento

Accidentale (include incidenti da trasporto).....1 Omicidio.....3

8. Data dell'accidente, omicidio

_____ Orario _____ giorno _____ mese _____ anno _____

9. Luogo dell'accidente, omicidio

Casa1

Istituzione collettiva2

Scuola, istituzioni della pubblica amministrazione3

Luogo dedicato ad attività sportive4

Strade e vie5

Luogo di commercio e servizio6

Area industriale e di costruzione7

Azienda agricola8

Altri luoghi (specificare) _____ 9

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

MASCHIO FEMMINA

CODICE FISCALE del/la defunto/a _____

CODICE FISCALE del padre _____

CODICE FISCALE della madre _____

Atto di morte

Numero _____

Parte 1 I 2 II

Serie 1 B 2 C

Solo per i comuni che presentano una suddivisione del territorio in circoscrizioni

Ufficio di stato civile _____

Circoscrizione _____

DENOMINAZIONE DI COMUNE E PROVINCIA

Comune _____

Provincia _____

1. Data di morte _____ 2 | 0 | 1 | _____

Ora Minuti Giorno Mese Anno

2. Data di nascita _____

Ora Minuti 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) _____

11. Condizione professionale o non professionale dei genitori

	Padre	Madre
Occupato/a.....1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Disoccupato/a.....2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
In cerca di prima occupazione.....3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Ritirato/a dal lavoro.....4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Casalingo/a.....5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Studente.....6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Inabile al lavoro.....7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Altro (compreso servizio di leva o servizio civile).....8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>

12. Posizione nella professione dei genitori

Da compilare solo se al quesito 11 è indicato 1 o 2

	Padre	Madre
Per lavoratori/lavoratrici autonomi/e		
Imprenditore o libero professionista.....1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
lavoratore in proprio o coadiuvante.....2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Altro.....3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Per lavoratori/lavoratrici dipendenti		
Dirigente o direttivo.....4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Impiegato/a o intermedio.....5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Operaio/a o assimilato.....6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Altro (apprendista, lav. a domicilio, ecc.).....7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>

13. Ramo di attività economica dei genitori

Da compilare solo se al quesito 11 è indicato 1 o 2

	Padre	Madre
Agricoltura, caccia e pesca.....1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Industria.....2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Commercio, pubblici servizi, alberghi.....3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Pubblica amministrazione e servizi pubblici.....4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Altri servizi privati.....5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

14. Cittadinanza dei genitori

	Padre	Madre
Italiana		
Per nascita.....1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Acquisita.....2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Straniera.....3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
(specificare stato estero padre) _____		
(specificare stato estero madre) _____		
Non conosciuta.....9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

7. Data di nascita della madre _____

Giorno Mese Anno

8. Residenza della madre

Stesso comune di morte 1

Altro Comune 2

(specificare comune e provincia) _____ (comune) _____ (prov.) _____

Stato Estero 3

(specificare stato estero) _____

9. Grado di istruzione dei genitori

	Padre	Madre
Laurea.....1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Diploma universitario o laurea breve.....2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Diploma di scuola media superiore.....3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Licenza di scuola media inferiore.....4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Licenza elementare o nessun titolo.....5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

10. Professione

Del padre _____

Della madre _____

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

MMG o PLS.....1

Necroscopo.....2

Medico ospedaliero.....3

Medico legale 4

Altro medico5

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

Tel. _____

Data _____ Firma _____

Timbro

Firma e recapiti dell'Ufficiale dello Stato Civile

Tel. _____

E-mail _____

(Timbrare anche la copia per la ASL)



PARTE A - A CURA DEL MEDICO		PARTE B - A CURA DELL'UFFICIALE DI STATO CIVILE (controllare ed eventualmente correggere cognome e nome)	
MASCHIO <input type="checkbox"/> FEMMINA <input type="checkbox"/>		CODICE FISCALE del/la defunto/a _____ CODICE FISCALE del padre _____ CODICE FISCALE della madre _____	
Età compiuta _____ espressa in 1 _____ 2 _____ 3 _____ ore giorni mesi		MASCHIO <input type="checkbox"/> FEMMINA <input type="checkbox"/>	
Cognome e nome della persona defunta _____		Ufficio di stato civile _____ Circoscrizione _____	
1. Luogo del decesso Territorio in cui è avvenuto il decesso Abitazione1 _____ Comune _____ Istituto di cura (pubblico - privato - accreditato).....2 _____ Provincia _____ Struttura residenziale o socio-assistenziale.....4 _____ Altro (specificare) _____ 9 _____ Codice ASL di decesso _____		2. Riscontro diagnostico È stato richiesto? 1 <input checked="" type="checkbox"/> SI 2 <input type="checkbox"/> NO Causa Iniziale (riservato alla A.S.L.) I-XIX _____ XX _____	
3. Informazioni rilevanti Peso alla nascita _____ grammi Età gestazionale alla nascita _____ n. settimane Parità _____ (vedi note sul retro) Età della madre _____ anni		Atto di morte Numero _____ Parte 1 <input checked="" type="checkbox"/> I 2 <input type="checkbox"/> II Serie 1 <input checked="" type="checkbox"/> B 2 <input type="checkbox"/> C	
4. Parte I CAUSA DI MORTE: sequenza di condizioni morbose (incluse anomalie o malformazioni congenite) o traumatismi o avvelenamenti che ha condotto a morte - In presenza di più sequenze scegliere la più rilevante Se la causa iniziale risiede in una condizione materna, indicare quest'ultima Causa iniziale. Scegliere la SOLA patologia o condizione o lesione che ha dato inizio alla sequenza. 1 _____ mesi o giorni o ore che ha eventualmente causato 2 _____ mesi o giorni o ore che ha eventualmente causato EVENTUALI condizioni o complicazioni che descrivono la sequenza che ha portato a morte. 3 _____ mesi o giorni o ore che ha eventualmente causato 4 _____ mesi o giorni o ore		11. Condizione professionale o non professionale dei genitori Padre Madre Occupato/a1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Disoccupato/a2 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> In cerca di prima occupazione.....3 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Ritirato/a dal lavoro.....4 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Casalingo/a.....5 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Studente.....6 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> Inabile al lavoro.....7 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> Altro (compreso servizio di leva o servizio civile).....8 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	
4. Parte II Altri stati morbosivi rilevanti - Indicare altre malattie o condizioni morbose (incluse anomalie o malformazioni congenite) o lesioni escluse dalla sequenza riportata nel quesito 4. Parte I, ma che hanno contribuito al decesso. _____ mesi o giorni o ore _____ mesi o giorni o ore _____ mesi o giorni o ore		12. Posizione nella professione dei genitori Da compilare solo se al quesito 11 è indicato 1 o 2 Padre Madre Per lavoratori/lavoratrici autonomi/e Imprenditore o libero professionista.....1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> lavoratore in proprio o coadiuvante.....2 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Altro.....3 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Per lavoratori/lavoratrici dipendenti Dirigente o direttivo.....4 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Impiegato/a o intermedio.....5 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Operaio/a o assimilato.....6 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> Altro (apprendista, lav. a domicilio, ecc.).....7 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>	
N.B. I QUESITI 5-9 DEVONO ESSERE COMPILATI SOLO IN CASO DI MORTE DA TRAUMATISMO/AVVELENAMENTO (anche con informazioni riferite)			
5. Circostanza che ha dato origine al traumatismo/avvelenamento indicato in 4. Parte I (es. soffocamento da corpo estraneo, caduta da gradino, contatto con filo percorso da corrente elettrica, ecc.) _____			
6. Modalità del traumatismo/avvelenamento Accidentale (include incidenti da trasporto).....1 <input type="checkbox"/> Omicidio.....3 <input type="checkbox"/>		8. Data dell'accidente, 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 (in passeggino, in braccio, ecc.).....1 <input type="checkbox"/> Passeggero.....3 <input type="checkbox"/> 7.3 Tipo di incidente (es. investimento, scontro, ribaltamento, ecc.) _____ 7.4 In caso di scontro indicare l'oggetto (es. albero, motocicletta, autobus, ecc.) In caso di investimento indicare il veicolo coinvolto (es. treno, autobus, trattore ecc.) _____		9. Luogo dell'accidente, omicidio Casa1 <input type="checkbox"/> Istituzione collettiva2 <input type="checkbox"/> Scuola, istituzioni della pubblica amministrazione3 <input type="checkbox"/> Luogo dedicato ad attività sportive4 <input type="checkbox"/> Strade e vie5 <input type="checkbox"/> Luogo di commercio e servizio6 <input type="checkbox"/> Area industriale e di costruzione7 <input type="checkbox"/> Azienda agricola8 <input type="checkbox"/> Altri luoghi (specificare) _____ 9 <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> Necroscopo.....2 <input type="checkbox"/> Medico ospedaliero.....3 <input type="checkbox"/> Medico legale 4 <input type="checkbox"/> Altro medico5 <input type="checkbox"/>	
		10. Professione Del padre _____ Della madre _____	
		9. Grado di istruzione dei genitori Padre Madre Laurea.....1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Diploma universitario o laurea breve.....2 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Diploma di scuola media superiore.....3 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Licenza di scuola media inferiore.....4 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Licenza elementare o nessun titolo.....5 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	
		13. Ramo di attività economica dei genitori Da compilare solo se al quesito 11 è indicato 1 o 2 Padre Madre Agricoltura, caccia e pesca.....1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Industria.....2 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Commercio, pubblici servizi, alberghi.....3 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Pubblica amministrazione e servizi pubblici.....4 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Altri servizi privati.....5 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	
		14. Cittadinanza dei genitori Padre Madre Italiana Per nascita.....1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Acquisita.....2 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Straniera.....3 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> _____ (specificare stato estero padre) _____ (specificare stato estero madre) Non conosciuta.....9 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	
		Timbro e telefono del medico o della struttura _____ Timbro _____ Tel. _____	
		10. Professione Del padre _____ Della madre _____	
		Firma e recapiti dell'Ufficiale dello Stato Civile _____ Tel. _____ E-mail _____	

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DELLA PARTE “A”, RELATIVA ALLE CAUSE DI MORTE, NELLE SCHEDE DI MORTE NEL 1° ANNO DI VITA (MOD. ISTAT D4 BIS - EDIZIONE 2015)

L'ACCURATEZZA NEL FORNIRE INFORMAZIONI SULLE CAUSE DI MORTE È IMPORTANTE PER LA CORRETTA IMPOSTAZIONE DI PROGRAMMI SANITARI A MEDIO-LUNGO TERMINE FINALIZZATI AL MIGLIORAMENTO DELLA SALUTE PUBBLICA. LE INFORMAZIONI SULLE CAUSE DI MORTE DEVONO RAPPRESENTARE LA MIGLIORE OPINIONE MEDICA POSSIBILE.

☐ Compilare a stampatello LEGGIBILE con inchiostro nero.

☐ Il medico è tenuto alla compilazione della parte “A” della scheda di morte. Egli deve indicare il cognome, nome, **sesso** (dato fondamentale, poiché dal 2011 non ci sono più le schede di colore celeste per i maschi e rosa per le femmine), età compiuta biffando la relativa casella, il luogo del decesso (**quesito 1**), se è stato richiesto un riscontro diagnostico (**quesito 2**) e le informazioni circa la Provincia, il Comune, il luogo e la ASL dove è avvenuto il decesso. Compilare il **quesito 3** riportando le informazioni richieste. Per **parità** si intende il numero di precedenti nati vivi e nati morti della madre del deceduto/a.

COME RIPORTARE LE CAUSE DI MORTE?

☐ Riportare negli appositi spazi ogni lesione, malattia o stato morboso che abbia avuto rilevanza nel determinare il decesso, incluse le condizioni materne e le complicanze della gravidanza, del travaglio e del parto. Una condizione può essere riportata come **“probabile”** se non diagnosticata in modo assolutamente certo. Condizioni quali **“asfissia”** e **“prematrità”** non dovrebbero essere riportate a meno che esse siano le uniche condizioni note. Se si ritiene che l'**abuso materno di sostanze stupefacenti, di alcool o di tabacco**, di cui è nota la relazione causa-effetto abbiano contribuito alla morte del bambino, ciò deve essere riportato ove più appropriato. Nel quesito 4 Parte I e Parte II vanno sempre riportati negli appositi spazi i **tempi intercorsi** tra l'insorgenza di ciascuna causa indicata e la morte, in mesi oppure giorni oppure ore. In questo spazio non va assolutamente indicata la data di insorgenza della patologia. Indicare anche se l'informazione è approssimativa, **NON LASCIARE IN BIANCO**.

IL QUESITO 4 È DIVISO IN DUE PARTI CHE HANNO DIFFERENTI FUNZIONI.

Nella **Parte I** va identificata e riportata una sola sequenza di condizioni morbose (incluse malformazioni ed anomalie congenite), lesioni o avvelenamenti o traumatismi, che ha condotto direttamente a morte. Qualora si ritenga che il decesso sia dovuto a più sequenze morbose, riportare la più rilevante. Una sequenza è considerata corretta se è rispettata la causalità fra le condizioni riportate (e le durate sono quindi dalla più remota alla più recente). Non è necessario compilare tutte le righe da 1 a 4. Nel caso, infatti, di sequenza più breve di quella possibile prevista nel modello, compilare solo le righe necessarie.

☐ **Riga 1:** riportare la cosiddetta CAUSA INIZIALE, ovvero la sola patologia, malformazione o anomalia congenita o lesione o traumatismo individuata come quella che ha dato origine alla sequenza di patologie o lesioni o traumatismi che ha portato alla morte.

☐ **Righe 2, 3 e 4:** riportare, se presenti, le cosiddette CAUSE INTERMEDIE o complicazioni della malattia indicata alla riga 1. Rispettare la corretta sequenza causale e temporale e riportare nell'ultima riga utilizzata la cosiddetta CAUSA TERMINALE. Per causa terminale si intende la condizione morbosa che ha direttamente provocato la morte e NON la modalità o il meccanismo di morte (per es.: arresto cardiaco; insufficienza respiratoria, etc..).

Se non è stata identificata una causa iniziale di morte, è buona norma riportare alla riga 1 la dicitura “CAUSA NATURALE INDETERMINATA” e nelle righe successive le cause intermedie e terminali conosciute. Ciò consente di comprendere che non vi è stata svista od omissione nella compilazione della scheda di morte.

Nella **Parte II** vanno riportati esclusivamente altri stati morbosi o lesioni rilevanti che NON fanno parte della sequenza riportata in Parte I, ma che hanno, nell'opinione del medico, contribuito al decesso.

☐ Possono essere indicate fino a tre malattie (incluse malformazioni ed anomalie congenite) o traumatismi con le rispettive durate tra l'insorgenza ed il decesso. La finalità del quesito 4. Parte II è quella di fornire ulteriori informazioni sul quadro morboso del/della deceduto/a al momento del decesso, sia che questo sia avvenuto per cause naturali che per cause esterne.

IN CASO DI MORTE DA TRAUMATISMO O AVVELENAMENTO DEVONO ESSERE COMPILATI ANCHE I QUESITI DA 5 A 9

☐ **Quesito 5:** riportare le **circostanze** ed il mezzo o modo col quale la lesione è stata determinata. Ad esempio, essa può essere stata provocata da soffocamento da corpo estraneo, armi, oggetti, cadute, sostanze chimiche, farmaci, ecc. Indicare con precisione il mezzo e la circostanza che hanno causato la lesione. **NON LASCIARE IN BIANCO** perché questa informazione è fondamentale per le statistiche di mortalità per cause esterne.

☐ **Quesito 6:** riportare la **modalità** del decesso. Barrare SEMPRE in caso di traumatismo o avvelenamento una, ed una sola, delle due modalità previste.

☐ **Quesito 7:** riportare nel caso di **incidenti da trasporto**, il mezzo e ruolo della vittima (**quesiti 7.1 e 7.2**); il tipo di incidente (collisione, ribaltamento, affondamento, etc..) (**quesito 7.3**); nel caso di scontro o investimento, l'oggetto con cui è avvenuto lo scontro o il veicolo che ha investito il deceduto (**quesito 7.4**).

☐ **Quesiti 8 e 9:** riportare l'orario, la data ed il luogo in cui è avvenuto l'accidente o omicidio.

Esempio 1	Esempio 2
- Sesso: M	- Sesso: F
- Età compiuta: 25 giorni	- Età compiuta: 11 mesi
- Quesito 3 Informazioni rilevanti	- Quesito 3 Informazioni rilevanti
Peso alla nascita: 1.480 g.	Peso alla nascita: 3.350 g.
Parità: 1	Parità: 2
Età gestazionale alla nascita: 32 sett.	Età gestazionale alla nascita: 40 sett.
Età della madre: 20 anni	Età della madre: 33 anni
- Quesito 4 Parte I	- Quesito 4 Parte I
1 Fibrosi cistica	1 Asfissia da corpo estraneo
2 Meningite da <i>Escherichia coli</i>	2
3	3
4	4
- Quesito 4 Parte II	- Quesito 4 Parte II
Prematurità	- Quesito 5 Soffocamento da caramella
Sindrome da malassorbimento	- Quesito 6 Accidentale
Distress respiratorio	- Quesito 8 (specificare ora, giorno, mese, anno dell'accidente)
	- Quesito 9 Casa

LA DICHIARAZIONE DEVE ESSERE RESA DAL MEDICO CURANTE O ALTRO MEDICO INCARICATO SECONDO QUANTO PREVEDE LA NORMATIVA VIGENTE. **RIPORTARE LA DATA DI COMPILAZIONE, IL TIMBRO CON IL NUMERO TELEFONICO DEL MEDICO O DELLA STRUTTURA DI RICOVERO O CURA E LA FIRMA LEGGIBILE** DEL MEDICO CHE HA COMPILATO LA SCHEDA DI MORTE. SE DOPO LA COMPILAZIONE DELLA SCHEDA DI MORTE SI OTTENGONO ULTERIORI INFORMAZIONI, AD ESEMPIO TRAMITE RISCONTRI NECROSCOPICI, CHE MODIFICANO O INDIVIDUANO CON CERTEZZA LA CAUSA INIZIALE DI MORTE O IL TIPO DI LESIONE RESPONSABILE DELLA MORTE, QUESTE VANNO TEMPESTIVAMENTE COMUNICATE ALLA ASL DI COMPETENZA.

Ulteriori informazioni in <http://www.istat.it/it/informazioni/per-i-rispondenti/elenco-delle-rilevazioni> alla voce **“Salute e sanità” >> “Cause di morte”**

CODICI DELLE CITTADINANZE E DEGLI STATI ESTERI

EUROPA	Stato della Città del Vaticano	246	Ruanda	446	Perù	615	Nepal	342
UE (Unione Europea)	Svizzera	241	Sao Tomé e Principe	448	Saint Lucia	532	Oman	343
Austria	Turchia	351	Seychelles	449	Saint Kitts e Nevis	534	Pakistan	344
Belgio	Ucraina	243	Senegal	450	Saint Vincent e Grenadine	533	Qatar	345
Bulgaria	AFRICA		Sierra Leone	451	Stati Uniti d'America	536	Singapore	346
Ceca, Rep.	Algeria	401	Somalia	453	Suriname	616	Siria	348
Cipro	Angola	402	Sud Africa	454	Trinidad e Tobago	617	Sri Lanka (ex Ceylon)	311
Danimarca	Benin (ex Dahomey)	406	Sud Sudan, Repubblica del	467	Uruguay	618	Tagikistan	362
Estonia	Botswana	408	Sudan	455	Venezuela	619	Taiwan (ex Formosa)	363
Finlandia	Burkina Faso		Swaziland	456			Territori Autonomia	
Francia	(ex Alto Volta)	409	Tanzania	457	ASIA		Palestinese	324
Germania	Burundi	410	Togo	458	Afghanistan	301	Thailandia	349
Grecia	Camerun	411	Tunisia	460	Arabia Saudita	302	Timor Orientale	338
Irlanda	Capo Verde	413	Uganda	461	Armenia	358	Turkmenistan	364
Lettonia	Centrafricana, Rep.	414	Zambia	464	Azerbaigian	359	Uzbekistan	357
Lituania	Ciad	415	Zimbabwe		Bahrein	304	Vietnam	353
Lussemburgo	Comore	417	(ex Rhodesia)	465	Bangladesh	305	Yemen	354
Malta	Congo, Repubblica del	418	AMERICA		Buthan	306	OCEANIA	
Paesi Bassi	Congo, Rep. Dem. del		Antigua e Barbuda	503	Brunei	309	Australia	701
Polonia	(ex Zaire)	463	Argentina	602	Cambogia	310	Figi	703
Portogallo	Costa d'Avorio	404	Bahamas	505	Cinese, Rep. Popolare	314	Kiribati	708
Regno Unito	Egitto	419	Barbados	506	Corea, Rep. Pop. Dem. (Corea Nord)	319	Marshall, Isole	712
Romania	Eritrea	466	Belize	507	Corea, Rep. (Corea del Sud)	320	Micronesia, Stati Federati	713
Slovacchia	Etiopia	420	Bolivia	604	Emirati Arabi Uniti	322	Nauru	715
Slovenia	Gabon	421	Brasile	605	Filippine	323	Nuova Zelanda	719
Spagna	Gambia	422	Canada	509	Georgia	360	Palau	720
Svezia	Ghana	423	Cile	606	Giappone	326	Papua Nuova Guinea	721
Ungheria	Gibuti	424	Colombia	608	Giordania	327	Salomone, Isole	725
	Guinea	425	Costa Rica	513	India	330	Samoa	727
Altri paesi europei	Guinea Bissau	426	Cuba	514	Indonesia	331	Tonga	730
Albania	Guinea Equatoriale	427	Dominica	515	Iran, Repubblica Islamica del	332	Tuvalu	731
Andorra	Kenya	428	Dominicana, Rep.	516	Iraq	333	Vanuatu	732
Bielorussia	Lesotho	429	Ecuador	609	Israele	334		
Bosnia-Erzegovina	Liberia	430	El Salvador	517	Kazakhstan	356		
Croazia	Libia	431	Giamaiica	518	Kirghizistan	361		
Islanda	Madagascar	432	Grenada	519	Kuwait	335		
Kosovo	Malawi	434	Guatemala	523	Laos	336		
Liechtenstein	Mali	435	Guyana	612	Libano	337		
Macedonia, Repubblica di	Marocco	436	Haiti	524	Messico	339		
Moldova	Mauritania	437	Honduras	525	Malaysia	340		
Monaco	Mauritius	438	Nicaragua	529	Mongolia	341		
Montenegro	Mozambico	440	Panama	530	Myanmar (ex Birmania)	307		
Norvegia	Namibia	441	Paraguay	614				
Russia, Federazione	Niger	442						
San Marino	Nigeria	443						
Serbia, Repubblica di								

INFORMATIVA INDAGINE CAUSE DI MORTE SEGRETO STATISTICO, OBBLIGO DI RISPOSTA, TUTELA DELLA RISERVATEZZA E DIRITTI DEGLI INTERESSATI

Il medico che accerta il decesso, ai sensi del R.D. n. 1265/1934 e del D.P.R. n. 285/1990, deve denunciare al Sindaco la causa della morte utilizzando l'apposita scheda di morte definita dal Ministero della Salute d'intesa con l'Istituto Nazionale di Statistica. La scheda di morte ha esclusivamente finalità sanitarie, epidemiologiche e statistiche. Ai sensi dell'art. 1 comma 7 del D.P.R. n. 285/1990 copia della scheda di morte deve essere inviata, entro trenta giorni, dal comune ove è avvenuto il decesso alla unità sanitaria locale nel cui territorio detto comune è ricompreso. I dati contenuti nella scheda di morte sono utilizzati dall'Istat per l'esecuzione della rilevazione sulle cause di morte prevista nel Programma statistico nazionale 2011-2013 - Aggiornamento 2013 (cod. IST-00095) - prorogato dal decreto legge 31 agosto 2013, n. 101 convertito con modificazioni dalla legge 30 ottobre 2013, n. 125 - dal Programma statistico nazionale 2014-2016 e dal Programma statistico nazionale 2014-2016 - Aggiornamento 2015-2016, entrambi in corso di approvazione. Il Programma statistico nazionale in vigore è consultabile sul sito dell'Istat all'indirizzo <http://www.istat.it/it/istituto-nazionale-di-statistica/organizzazione/normativa>. Tali dati, tutelati dal segreto statistico e sottoposti alla normativa in materia di protezione dei dati personali, potranno essere utilizzati anche per successivi trattamenti, esclusivamente per fini statistici, dall'Istat e dagli altri soggetti del Sistema statistico nazionale ed essere comunicati ad Eurostat in attuazione dei Regolamenti europei n. 1338/2008 e n. 328/2011. I dati potranno, inoltre, essere comunicati per finalità di ricerca scientifica alle condizioni e secondo le modalità previste dall'art. 7 del Codice di deontologia per i trattamenti di dati personali effettuati nell'ambito del Sistema statistico nazionale. I medesimi dati saranno diffusi in forma aggregata, secondo modalità che rendano non identificabili gli interessati.

L'obbligo di risposta è sancito, per i soggetti pubblici, dall'art. 7 del d.lgs. n. 322/1989 e, per i soggetti privati, dal DPR 19 luglio 2013. Successivamente alla pubblicazione in Gazzetta Ufficiale del Programma statistico nazionale 2014-2016 o del relativo Aggiornamento 2015-2016, il medesimo obbligo per i soggetti privati sarà sancito dal decreto di approvazione di tale atto e dal collegato elenco delle rilevazioni con obbligo di risposta. L'elenco in vigore delle rilevazioni statistiche con obbligo di risposta per i soggetti privati è consultabile sul sito dell'Istat all'indirizzo <http://www.istat.it/it/istituto-nazionale-di-statistica/organizzazione/normativa>. L'obbligo si estende anche ai dati sensibili relativi al soggetto deceduto ai sensi del D.P.R. n. 285/1990.

Responsabile del trattamento statistico dei dati raccolti nell'ambito della presente indagine è il Direttore centrale delle statistiche sociodemografiche e ambientali dell'Istat. Titolare del trattamento dei dati personali relativo alla rilevazione sulle cause di morte è l'ISTAT - Istituto nazionale di statistica, Via Cesare Balbo 16 - 00184 Roma; responsabile del trattamento, per l'Istat, è il Direttore centrale sopra indicato, al quale è possibile rivolgersi anche per quanto riguarda l'esercizio dei diritti dell'interessato di cui all'art. 7 del d.lgs. n. 196/2003 e per richiedere il nominativo degli altri responsabili.

I dati contenuti nella copia della scheda destinata alla ASL sono da quest'ultima raccolti ai sensi e per le finalità di cui al D.P.R. n. 285/1990. I dati raccolti dalle ASL potranno essere utilizzati dalla Regione per finalità di programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria, per finalità di ricerca scientifica e per l'esecuzione di rilevazioni statistiche, con le garanzie previste dalla normativa nazionale in materia di protezione dei dati personali (d.lgs. n. 196/2003) e dai regolamenti regionali per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari. Titolari dei trattamenti dei dati personali sopra indicati sono, rispettivamente, la ASL e la Regione. Rivolgendosi alla ASL territorialmente competente è possibile conoscere il nominativo di tutti i responsabili del trattamento dei dati personali e le modalità per l'esercizio dei diritti dell'interessato di cui all'art. 7 del d.lgs. n. 196/2003.

Principali riferimenti normativi:

- Regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, e successive modificazioni e integrazioni, “Approvazione del testo unico delle leggi sanitarie” – art. 103;
- Decreto del Presidente della Repubblica 10 settembre 1990, n. 285, “Approvazione del regolamento di polizia mortuaria” – art. 1;
- Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, e successive modificazioni e integrazioni, “Codice in materia di protezione dei dati personali”;
- Regolamento (CE) 16 dicembre 2008, n. 1338/2008, del Parlamento Europeo e del Consiglio, relativo alle statistiche comunitarie in materia di sanità pubblica e di salute e sicurezza sul luogo di lavoro;
- Regolamento (UE) 5 aprile 2011, n. 328, della Commissione, recante disposizioni attuative del Regolamento (CE) n. 1338/2008 del Parlamento europeo e del Consiglio relativo alle statistiche comunitarie in materia di sanità pubblica e di salute e sicurezza sul luogo di lavoro, per quanto riguarda le statistiche sulle cause di decesso;
- Decreto legislativo 6 settembre 1989, n. 322, e successive modificazioni ed integrazioni, “Norme sul Sistema statistico nazionale e sulla riorganizzazione dell'Istituto nazionale di statistica” – art. 6-bis (trattamenti di dati personali), art. 7 (obbligo di fornire dati statistici), art. 8 (segreto d'ufficio degli addetti agli uffici di statistica), art. 9 (disposizioni per la tutela del segreto statistico), art. 13 (Programma statistico nazionale);
- Decreto del Presidente della Repubblica 7 settembre 2010, n. 166, “Regolamento recante il riordino dell'Istituto nazionale di statistica”;
- “Codice di deontologia e di buona condotta per i trattamenti di dati personali a scopi statistici e di ricerca scientifica effettuati nell'ambito del Sistema statistico nazionale” (all. A.3 del Codice in materia di protezione dei dati personali – d.lgs. 30 giugno 2003, n. 196);
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 21 marzo 2013, “Programma statistico nazionale 2011-2013 – Aggiornamento 2013” (Supplemento ordinario n. 47 alla Gazzetta Ufficiale 14 giugno 2013 - serie generale - n. 138);
- Decreto del Presidente della Repubblica 19 luglio 2013, “Approvazione dell'elenco delle rilevazioni statistiche, rientranti nel Programma statistico nazionale per il triennio 2011-2013 - Aggiornamento 2013, per le quali sussiste l'obbligo dei soggetti privati di fornire i dati e le notizie che siano loro richiesti, a norma dell'articolo 7 del decreto legislativo 6 settembre 1989, n. 322” (Gazzetta Ufficiale 28 agosto 2013 - serie generale - n. 201);
- Decreto legge 31 agosto 2013, n. 101, convertito con modificazioni dalla legge 30 ottobre 2013, n. 125, “Disposizioni urgenti per il perseguimento di obiettivi di razionalizzazione nelle pubbliche amministrazioni” - art. 8-bis, che proroga l'efficacia del DPCM 21 marzo 2013, di approvazione del Programma statistico nazionale 2011-2013 - Aggiornamento 2013, e del DPR 19 luglio 2013, relativo all'obbligo di risposta, fino all'entrata in vigore del Programma statistico nazionale 2014-2016 (Gazzetta ufficiale 30 ottobre 2013 - serie generale - n. 255);
- Regolamenti regionali per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari.