

Scheda causa di morte oltre il 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 _____ (IN ANNI)

1. Luogo del decesso Territorio in cui è avvenuto il decesso

Abitazione1 Comune _____
 Istituto di cura (pubblico - privato - accreditato).....2
 Hospice.....3 Provincia _____
 Struttura residenziale o socio-assistenziale.....4 Codice ASL _____
 Istituto di pena.....5
 Altro (specificare) _____ 9

2. Risccontro 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 DI MORTE: sequenza di condizioni morbose o traumatismi o avvelenamenti che ha condotto a morte - In presenza di più sequenze scegliere la più rilevante

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

1 _____ che ha eventualmente causato _____ anni o mesi o giorni

2 _____ che ha eventualmente causato _____ anni o mesi o giorni

3 _____ che ha eventualmente causato _____ anni o mesi o giorni

4 _____ che ha eventualmente causato _____ anni o mesi o giorni

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 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

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. 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'incidente, infortunio, suicidio, omicidio

_____ Orario _____ giorno _____ mese _____ anno _____

9. Luogo dell'incidente, infortunio, suicidio, 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** _____

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 _____ 2011
 Ora _____ Minuti _____ Giorno _____ Mese _____ Anno _____

2. Data di nascita _____
 Giorno _____ Mese _____ Anno _____

3. Località di nascita

Stesso comune di morte1
 Altro Comune2
 (specificare comune e provincia) _____ (comune) _____ (prov.) _____
 Stato Estero3
 (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 ai sensi della legge 1 dicembre 1970, n. 898.

6. Residenza

Stesso Comune di morte1
 Altro Comune2
 (specificare comune e provincia) _____ (comune) _____ (prov.) _____
 Stato Estero3
 (specificare stato estero) _____

7. Grado di istruzione

Laurea1
 Diploma universitario o laurea breve.....2
 Diploma di scuola media superiore3
 Licenza di scuola media inferiore4
 Licenza elementare o nessun titolo5

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
 Casalingo/a.....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 direttivo4
 Impiegato/a o intermedio5
 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 pesca1
 Industria2
 Commercio, pubblici servizi, alberghi3
 Pubblica amministrazione e servizi pubblici4
 Altri servizi privati5

12. Cittadinanza

Italiana

Per nascita1
 Acquisita2

Straniera _____ 3
 (specificare stato estero) _____
 Non conosciuta9

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

MMG o PLS.....1 Timbro e telefono del medico o della struttura (timbrare anche la copia per la ASL)

Necroscopo.....2
 Medico ospedaliero.....3
 Medico legale4
 Altro medico5

Data _____ Firma _____ Tel. _____

Timbro _____
 (timbrare anche la copia per la ASL)

Firma e recapiti dell'Ufficiale dello Stato Civile

Tel. _____ E-mail _____



PARTE A - A CURA DEL MEDICO		Età compiuta											
MASCHIO <input type="checkbox"/> FEMMINA <input type="checkbox"/>		<input style="width: 100px;" type="text"/> (IN ANNI)											
Cognome e nome della persona defunta <input style="width: 100%;" type="text"/>													
1. Luogo del decesso Territorio in cui è avvenuto il decesso		2. Risccontro diagnostico E' stato richiesto? 1 <input type="checkbox"/> SI 2 <input type="checkbox"/> NO											
Abitazione1 <input type="checkbox"/> Comune _____ Istituto di cura (pubblico - privato - accreditato).....2 <input type="checkbox"/> Hospice.....3 <input type="checkbox"/> Provincia _____ Struttura residenziale o socio-assistenziale.....4 <input type="checkbox"/> Istituto di pena.....5 <input type="checkbox"/> Codice ASL <input style="width: 50px;" type="text"/> Altro (specificare) <input style="width: 100%;" type="text"/> 9 <input type="checkbox"/>		Causa Iniziale (riservato alla A.S.L.) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px;">I-XIX</td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td></tr> <tr><td>XX</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>		I-XIX					XX				
I-XIX													
XX													
3. Stato di gravidanza della deceduta negli ultimi 12 mesi di vita Nessuna gravidanza....1 <input type="checkbox"/> Morte in gravidanza....2 <input type="checkbox"/> Morte entro 42 giorni dall'esito della gravidanza....3 <input type="checkbox"/> Morte tra 43 giorni e 1 anno dall'esito della gravidanza....4 <input type="checkbox"/> Informazione sconosciuta....5 <input type="checkbox"/>													
4. Parte I CAUSA DI MORTE: sequenza di condizioni morbose o traumatismi o avvelenamenti che ha condotto a morte - In presenza di più sequenze scegliere la più rilevante 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.		Tempo intercorso tra l'insorgenza della causa indicata e la morte <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> anni o mesi o giorni											
1 <input style="width: 100%;" type="text"/> che ha eventualmente causato 2 <input style="width: 100%;" type="text"/> che ha eventualmente causato 3 <input style="width: 100%;" type="text"/> che ha eventualmente causato 4 <input style="width: 100%;" type="text"/>		1 <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> anni o mesi o giorni 2 <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> anni o mesi o giorni 3 <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> anni o mesi o giorni 4 <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> 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. <input style="width: 100%;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> anni o mesi o giorni <input style="width: 100%;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> anni o mesi o giorni <input style="width: 100%;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> anni o mesi o giorni													
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. caduta da scala a pioli, impiccamento, fucilata, ecc.) <input style="width: 100%;" type="text"/>													
6. Modalità del traumatismo/avvelenamento Accidentale (include incidenti da trasporto)....1 <input type="checkbox"/> Suicidio....2 <input type="checkbox"/> Omicidio....3 <input type="checkbox"/> 6.1 Infortunio sul lavoro 1 <input type="checkbox"/> SI 2 <input type="checkbox"/> NO		8. Data dell'accidente, infortunio, suicidio, omicidio <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> 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") <input style="width: 100%;" type="text"/> 7.2 Ruolo della vittima Pedone.....1 <input type="checkbox"/> Guidatore.....2 <input type="checkbox"/> Passeggero.....3 <input type="checkbox"/> Persona intenta nel salire o nello scendere dal veicolo....4 <input type="checkbox"/> 7.3 Tipo di incidente (es. investimento, scontro, ribaltamento, ecc.) <input style="width: 100%;" type="text"/> 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.) <input style="width: 100%;" type="text"/>		9. Luogo dell'accidente, infortunio, suicidio, 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) <input style="width: 100%;" type="text"/> 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"/>		Timbro e telefono del medico o della struttura Tel. _____											
MASCHIO <input type="checkbox"/> FEMMINA <input type="checkbox"/>		PARTE B - A CURA DELL'UFFICIALE DI STATO CIVILE (controllare ed eventualmente correggere cognome e nome) <input style="width: 100%;" type="text"/> CODICE FISCALE del/la defunto/a											
Atto di morte Numero <input style="width: 50px;" type="text"/> Parte 1 <input type="checkbox"/> I 2 <input type="checkbox"/> II Serie 1 <input type="checkbox"/> B 2 <input type="checkbox"/> C		Solo per i comuni che presentano una suddivisione del territorio in circoscrizioni Ufficio di stato civile Circoscrizione <input style="width: 50px;" type="text"/>											
1. Data di morte <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> Ora Minuti Giorno Mese Anno		8. Professione <input style="width: 100%;" type="text"/>											
2. Data di nascita <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> Giorno Mese Anno		9. Condizione professionale o non professionale Occupato/a.....1 <input type="checkbox"/> Disoccupato/a.....2 <input type="checkbox"/> In cerca di prima occupazione.....3 <input type="checkbox"/> Ritirato/a dal lavoro.....4 <input type="checkbox"/> Casalingo/a.....5 <input type="checkbox"/> Studente.....6 <input type="checkbox"/> Inabile al lavoro.....7 <input type="checkbox"/> Altro (compreso servizio di leva o servizio civile)....8 <input type="checkbox"/>											
3. Località di nascita Stesso comune di morte1 <input type="checkbox"/> Altro Comune2 <input type="checkbox"/> (specificare comune e provincia) (comune) (prov.) Stato Estero3 <input type="checkbox"/> (specificare stato estero)		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 <input type="checkbox"/> lavoratore/lavoratrice in proprio o coadiuvante....2 <input type="checkbox"/> Altro.....3 <input type="checkbox"/> Per lavoratori/lavoratrici dipendenti Dirigente o direttivo4 <input type="checkbox"/> Impiegato/a o intermedio5 <input type="checkbox"/> Operaio/a o assimilato.....6 <input type="checkbox"/> Altro (apprendista, lav. a domicilio, ecc.)7 <input type="checkbox"/>											
4. Età compiuta Anni <input style="width: 50px;" type="text"/>		11. Ramo di attività economica Da compilare solo se al quesito 9 è indicato 1 o 2 Agricoltura, caccia e pesca1 <input type="checkbox"/> Industria2 <input type="checkbox"/> Commercio, pubblici servizi, alberghi3 <input type="checkbox"/> Pubblica amministrazione e servizi pubblici4 <input type="checkbox"/> Altri servizi privati5 <input type="checkbox"/>											
5. Stato civile Celibe/Nubile.....1 <input type="checkbox"/> Coniugato/a.....2 <input type="checkbox"/> Vedovo/a.....3 <input type="checkbox"/> Divorziato/a o già coniugato/a(®) 4 <input type="checkbox"/> Separato/a legalmente..... 5 <input type="checkbox"/> Se coniugato o separato/a legalmente indicare: Anno di nascita del coniuge superstite..... <input style="width: 50px;" type="text"/> Anno di matrimonio..... <input style="width: 50px;" type="text"/>		12. Cittadinanza Italiana Per nascita1 <input type="checkbox"/> Acquisita.....2 <input type="checkbox"/> Straniera3 <input type="checkbox"/> (specificare stato estero) Non conosciuta9 <input type="checkbox"/>											
6. Residenza Stesso Comune di morte1 <input type="checkbox"/> Altro Comune2 <input type="checkbox"/> (specificare comune e provincia) (comune) (prov.) Stato Estero3 <input type="checkbox"/> (specificare stato estero)		7. Grado di istruzione Laurea 1 <input type="checkbox"/> Diploma universitario o laurea breve..... 2 <input type="checkbox"/> Diploma di scuola media superiore3 <input type="checkbox"/> Licenza di scuola media inferiore4 <input type="checkbox"/> Licenza elementare o nessun titolo5 <input type="checkbox"/>											
Timbro		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 OLTRE IL 1° ANNO DI VITA (MOD. ISTAT D.4 - 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, 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. Nel caso di deceduta in **età fertile** si chiede di compilare il **quesito 3** relativo allo stato di gravidanza anche se sconosciuto al momento della compilazione della scheda di morte.

COME RIPORTARE LE CAUSE DI MORTE?

- Riportare negli appositi spazi ogni lesione, malattia o stato morboso che abbia avuto rilevanza nel contribuire al decesso dell'individuo. Una condizione può essere riportata come “**probabile**” se non diagnosticata in modo certo. Evitare di riportare sintomi e segni. Se si ritiene che l'**abuso di sostanze stupefacenti, di alcool o di tabacco**, di cui è nota la relazione causa-effetto abbiano causato la morte o contribuito ad essa, 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 anni oppure mesi oppure giorni. 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, 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 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 (per es.: emorragia intracerebrale, encefalopatia epatica, insufficienza della valvola mitralica, ecc.) e NON la modalità o il meccanismo di morte (per es.: arresto cardiaco; insufficienza respiratoria, ecc.).

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 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 armi, oggetti, mezzi meccanici, caduta, sostanze chimiche, farmaci, ecc. Indicare con precisione il mezzo e la circostanza che ha 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 tre modalità previste. Nel caso di morte accidentale, nel **quesito 6.1** riportare se si tratta di infortunio avvenuto durante un'attività lavorativa o meno. Barrare SEMPRE una 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, ecc.) (**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'incidente, infortunio, suicidio o omicidio.

Esempio 1 - <i>Quesito 4 parte I</i> 1 Adenocarcinoma primitivo lobo inferiore polmone 2 Adenocarcinoma secondario del fegato 3 Cachessia neoplastica 4 - <i>Quesito 4 parte II</i> Malattia ischemica cuore	3 anni 1 anno 10 giorni 10 anni	- Q5 Scivolava su superficie ghiacciata - Q6 Accidentale - Q6.1 <i>Infortunio sul lavoro</i> No - Q8 (<i>Specificare ora, giorno, mese, anno dell'incidente</i>) - Q9 Azienda agricola
Esempio 2 - <i>Quesito 4 parte I</i> 1 Frattura testa femore 2 Embolia polmonare 3 4 - <i>Quesito 4 parte II</i> Obesità Sindrome bipolare Diabete tipo 2 (<i>segue</i>)	1 mese 1 giorno 15 anni 35 anni 8 anni	Esempio 3 - <i>Quesito 4 parte I</i> 1 Frattura base cranica 2 Emorragia cerebrale 3 4 - <i>Quesito 4 parte II</i> Esiti pregresso ictus emorragico - Q5 Automobile scontratasi contro muro - Q6 Accidentale - Q6.1 <i>Infortunio sul lavoro</i> No - Q7.1 Automobile - Q7.2 Guidatore - Q7.3 Scontro - Q7.4 Muro - Q8 (<i>Specificare ora, giorno, mese, anno dell'incidente</i>) - Q9 Strada

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	Papua Nuova Guinea	721
Svezia	Ghana	423	Cile	606	Giappone	326	Salomone, Isole	725
Ungheria	Gibuti	424	Colombia	608	Giordania	327	Samoa	727
	Guinea	425	Costa Rica	513	India	330	Tonga	730
Altri paesi europei	Guinea Bissau	426	Cuba	514	Indonesia	331	Tuvalu	731
Albania	Guinea Equatoriale	427	Dominica	515	Iran, Repubblica Islamica del	332	Vanuatu	732
Andorra	Kenya	428	Dominicana, Rep.	516	Iraq	333	APOLIDE	999
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	527		
Moldova	Mauritania	437	Honduras	525	Nicaragua	529		
Monaco	Mauritius	438	Mozambico	440	Panama	530		
Montenegro	Mozambico	440	Namibia	441	Paraguay	614		
Norvegia	Nicaragua	441	Niger	442				
Russia, Federazione	Namibia	441	Nigeria	443				
San Marino	Niger	442						
Sardegna	Nigeria	443						

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.