



ATTENZIONE SCHEDA UNIFICATA: INDICARE IL SESSO

Per una corretta compilazione leggere le ISTRUZIONI SUL RETRO della scheda

SCRIVERE IN STAMPATELLO



ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA

SCHEDA DI MORTE NEL 1° ANNO DI VITA

ATTENZIONE SCHEDA UNIFICATA: INDICARE IL SESSO

ISTAT MODELLO D4 bis - Ediz. 2012

COPIA PER L'ISTAT

**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**

Abitazione .....1  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**

E' stato richiesto? 1  SI 2  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

**4. Parte I Sequenza di condizioni morbose (incluse anomalie o malformazioni congenite), lesioni o avvelenamenti che ha condotto direttamente 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

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

**5. Circo stanza che ha dato origine alle lesioni indicate nel quesito 4. Parte I (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'incidente, omicidio**

\_\_\_\_\_ Orario \_\_\_\_\_ giorno \_\_\_\_\_ mese \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_

**9. Luogo dell'incidente, 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

**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** \_\_\_\_\_ 2011

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) \_\_\_\_\_

**4. Età compiuta**

Fino a 23 ore compiute indicare il n. di ore .....1 \_\_\_\_\_

Da 24 ore fino a 29 gg. compiuti indicare il n. di gg.....2 \_\_\_\_\_

Da 30 gg. compiuti fino ad 1 anno indicare il n. dei mesi.. 3 \_\_\_\_\_

**5. Genere del parto**

Parto semplice..... 1  Parto plurimo.....2

**6. Filiazione**

Legittima..... 1

Naturale riconosciuta solo dalla madre.....2

Solo dal padre.....3

Da entrambi i genitori.....4

Naturale non riconosciuta e di filiazione ignota.....5

**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 \_\_\_\_\_

**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"/>

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 legale ..... 4

Altro medico ..... 5

\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Timbro**

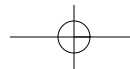
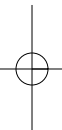
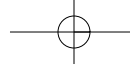
Firma e recapiti dell'Ufficiale dello Stato Civile

\_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

(Timbrare anche la copia per la ASL)





ATTENZIONE SCHEDA UNIFICATA: INDICARE IL SESSO

Per una corretta compilazione leggere le ISTRUZIONI SUL RETRO della scheda

SCRIVERE IN STAMPATELLO



ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA

SCHEDA DI MORTE NEL 1° ANNO DI VITA

ATTENZIONE SCHEDA UNIFICATA: INDICARE IL SESSO

ISTAT MODELLO D4 bis - Ediz. 2012

COPIA PER L'ASL

<b>PARTE A - A CURA DEL MEDICO</b> MASCHIO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> FEMMINA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Età compiuta <input type="text"/> espressa in 1 <input type="text"/> ore 2 <input type="text"/> giorni 3 <input type="text"/> mesi		<b>PARTE B - A CURA DELL'UFFICIALE DI STATO CIVILE</b> (controllare ed eventualmente correggere cognome e nome)	
Cognome e nome della persona defunta <input type="text"/>		CODICE FISCALE del/la defunto/a <input type="text"/>		CODICE FISCALE del padre <input type="text"/>	
<b>1. Luogo del decesso</b> Abitazione .....1 <input type="text"/> Comune <input type="text"/> Istituto di cura (pubblico - privato - accreditato).....2 <input type="text"/> Provincia <input type="text"/> Struttura residenziale o socio-assistenziale.....4 <input type="text"/> Altro (specificare) <input type="text"/> 9 <input type="text"/> Codice ASL di decesso <input type="text"/>		<b>2. Riscontro diagnostico</b> E' stato richiesto? 1 <input type="checkbox"/> SI 2 <input type="checkbox"/> NO		CODICE FISCALE della madre <input type="text"/>	
<b>3. Informazioni rilevanti</b> Peso alla nascita ..... <input type="text"/> grammi Età gestazionale alla nascita ..... <input type="text"/> n. settimane Parità ..... <input type="text"/> (vedi note sul retro) Età della madre ..... <input type="text"/> anni		<b>Causa Iniziale</b> (riservato alla A.S.L.) I-XIX <input type="text"/> XX <input type="text"/>		<b>Atto di morte</b> Numero <input 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 <input type="text"/> Circoscrizione <input type="text"/>	
<b>4. Parte I</b> Sequenza di condizioni morbose (incluse anomalie o malformazioni congenite), lesioni o avvelenamenti che ha condotto direttamente 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. EVENTUALI condizioni o complicazioni che descrivono la sequenza che ha portato a morte.		Tempo intercorso tra l'insorgenza della causa indicata e la morte mesi o giorni o ore		<b>DENOMINAZIONE DI COMUNE E PROVINCIA</b> Comune <input type="text"/> Provincia <input type="text"/>	
<b>4. Parte II</b> 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. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mesi o giorni o ore		mesi o giorni o ore mesi o giorni o ore mesi o giorni o ore mesi o giorni o ore		<b>1. Data di morte</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2011 Ora Minuti Giorno Mese Anno	
IN CASO DI MORTE DA TRAUMATISMO/AVVELENAMENTO COMPILARE ANCHE I QUESITI 5-9 (anche con informazioni riferite)		<b>3. Località di nascita</b> Stesso comune di morte ..... 1 <input type="text"/> Altro Comune ..... 2 <input type="text"/> (specificare comune e provincia) (comune) (prov.) Stato Estero ..... 3 <input type="text"/> (specificare stato estero)		<b>11. Condizione professionale o non professionale dei genitori</b> Padre Madre Occupato/a ..... 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Disoccupato/a ..... 2 <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"/>	
<b>5. Circo stanza che ha dato origine alle lesioni indicate nel quesito 4. Parte I</b> (soffocamento da corpo estraneo, caduta da gradino, contatto con filo percorso da corrente elettrica, ecc.) <input type="text"/>		<b>4. Età compiuta</b> Fino a 23 ore compiute indicare il n. di ore ..... 1 <input type="text"/> Da 24 ore fino a 29 gg. compiuti indicare il n. di gg. .... 2 <input type="text"/> Da 30 gg. compiuti fino ad 1 anno indicare il n. dei mesi.. 3 <input type="text"/>		<b>12. Posizione nella professione dei genitori</b> 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"/>	
<b>6. Modalità del traumatismo/avvelenamento</b> Accidentale (include incidenti da trasporto) ..... 1 <input type="checkbox"/> Omicidio ..... 3 <input type="checkbox"/>		<b>8. Data dell'incidente, omicidio</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Orario giorno mese anno		<b>13. Ramo di attività economica dei genitori</b> 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"/>	
<b>7. In caso di incidente da trasporto specificare anche</b> 7.1 Mezzo di trasporto della vittima al momento dell'incidente (se pedone scrivere "a piedi") <input type="text"/> 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.) <input type="text"/> 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.) <input type="text"/>		<b>9. Luogo dell'incidente, omicidio</b> Casa ..... 1 <input type="checkbox"/> Istituzione collettiva ..... 2 <input type="checkbox"/> Scuola, istituzioni della pubblica amministrazione ..... 3 <input type="checkbox"/> Luogo dedicato ad attività sportive ..... 4 <input type="checkbox"/> Strade e vie ..... 5 <input type="checkbox"/> Luogo di commercio e servizio ..... 6 <input type="checkbox"/> Area industriale e di costruzione ..... 7 <input type="checkbox"/> Azienda agricola ..... 8 <input type="checkbox"/> Altri luoghi (specificare) <input type="text"/> 9 <input type="checkbox"/>		<b>7. Data di nascita della madre</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Giorno Mese Anno	
Dichiaro che le cause della morte secondo scienza e coscienza, sono quelle da me sopraindicate (nome e cognome in stampatello) Data <input type="text"/> Firma <input type="text"/>		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 medico ..... 5 <input type="checkbox"/>		<b>8. Residenza della madre</b> Stesso comune di morte ..... 1 <input type="text"/> Altro Comune ..... 2 <input type="text"/> (specificare comune e provincia) (comune) (prov.) Stato Estero ..... 3 <input type="text"/> (specificare stato estero)	
Timbro e telefono del medico o della struttura (timbrare anche la copia per la ASL) Tel. <input type="text"/>		<b>9. Grado di istruzione dei genitori</b> 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"/>		<b>14. Cittadinanza dei genitori</b> 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)	
Timbro <input type="text"/> Firma e recapiti dell'Ufficiale dello Stato Civile Tel. <input type="text"/> E-mail <input type="text"/> (Timbrare anche la copia per la ASL)		<b>10. Professione</b> Del padre <input type="text"/> Della madre <input type="text"/>		Timbro <input type="text"/> Firma e recapiti dell'Ufficiale dello Stato Civile Tel. <input type="text"/> E-mail <input type="text"/> (Timbrare anche la copia per la ASL)	

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 2012)

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 "prematurità" 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 traumasmi, 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 traumasmi 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 traumasmi 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'incidente o omicidio.

Table with 2 columns: Esempio 1 and Esempio 2. It contains demographic and medical data for two cases, including sex, age, birth weight, gestational age, and causes of death.

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.

Consultare il sito: http://www.istat.it/strumenti/rispondenti/indagini/infomorte/

CODICI DELLE CITTADINANZE E DEGLI STATI ESTERI

Table listing country codes for European Union (UE), Africa, America, Asia, Oceania, and Apolide. It includes codes for various countries like Albania, Andorra, Angola, etc., along with their corresponding numerical identifiers.

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. 1265/1934 e del D.P.R. 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. Al sensi dell' art. 1 comma 7 del D.P.R. 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 (IST-00095). 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 del Regolamento europeo n. 1338/2008. 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. Ai sensi dell'art. 7 del d.lgs. 322/1989, e successive modificazioni e integrazioni, è fatto obbligo alle amministrazioni, enti ed organismi pubblici di fornire all'Istat i dati e le notizie richieste con la presente scheda. L'obbligo si estende anche ai dati sensibili relativi al soggetto deceduto ai sensi del D.P.R. 285/1990. 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 dei dati è il Direttore centrale delle statistiche socio-demografiche e ambientali, al quale è possibile rivolgersi anche per quanto riguarda l'esercizio dei diritti dell'interessato di cui all'art. 7 del d.lgs. 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. 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;
- 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 31 marzo 2011, "Approvazione del Programma statistico nazionale 2011-2013" (Supplemento ordinario n. 181 alla Gazzetta ufficiale 2 agosto 2011 - serie generale - n. 178);
- Regolamenti regionali per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari.