

MASCHIO

FEMMINA

Cognome e nome della persona defunta

(IN ANNI)

1. Luogo del decesso

Territorio in cui è avvenuto il decesso

Abitazione.....1  
Istituto di cura (pubblico - privato - accreditato).....2  
Hospice.....3  
Struttura residenziale o socio-assistenziale.....4  
Istituto di pena.....5  
Altro (specificare).....9

Comune  
  
Provincia  
  
Codice ASL

2. Riscontro diagnostico

E' stato richiesto?

1 SI 2 NO

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

I-XIX  
  
XX

3. Stato di gravidanza della deceduta negli ultimi 12 mesi di vita (da compilare per le donne decedute in età fertile)

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/avvelenamenti che ha condotto a morte

In presenza di più sequenze scegliere la più rilevante - In caso di traumatismo/avvelenamento compilare anche i quesiti da 5 a 9

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

Eventuali condizioni o complicazioni che fanno parte della sequenza.

1  
↓  
2  
↓  
3  
↓  
4

che ha provocato la causa riportata nella riga successiva  
che ha provocato la causa riportata nella riga successiva  
che ha provocato la causa riportata nella riga successiva

anni o mesi o giorni  
anni o mesi o giorni  
anni o mesi o giorni  
anni o mesi o giorni

4. Parte II Altri stati morbosi rilevanti: indicare altre condizioni morbose o traumatismi/avvelenamenti che non fanno parte della 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

Quesiti da 5 a 9 - Compilare se nel quesito 4. Parte I è stato riportato un Traumatismo/Avvelenamento (anche con informazioni riferite)

5. Evento che ha dato origine al traumatismo/avvelenamento indicato nel quesito 4. Parte I (es: caduta da scala a pioli, impiccamento, colpo di fucile, violenza sessuale, ...)  
Specificare inoltre se causato da eventi catastrofici (terremoti, alluvioni, frane, incendi boschivi, valanghe, ondate di calore, crolli, distruzioni, ...)

6. Modalità del traumatismo/avvelenamento (indicare la più verosimile, compilare sempre)

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

6.1 Se "Accidentale" specificare: 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'evento che ha dato origine al traumatismo/avvelenamento

Orario giorno mese anno

9. Luogo dell'evento che ha dato origine al traumatismo/avvelenamento

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

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

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

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

Tel. ....

Data Firma

MASCHIO

FEMMINA

CODICE FISCALE del/la defunto/a

Atto di morte

Numero

Parte 1 II 2 II  
Serie 1 B 2 C

Solo per i comuni che presentano una sud-divisione del territorio in circoscrizioni

Ufficio di stato civile

Circoscrizione

DENOMINAZIONE DI COMUNE E PROVINCIA

Comune

Provincia

1. Data di morte

Ora Minuti Giorno Mese Anno 2 0 2

2. Data di nascita

Giorno Mese Anno

3. Località di nascita

Stesso comune di morte .....1  
Altro Comune .....2  
(specificare comune e provincia) (comune) (prov.)  
Stato Estero .....3  
(specificare stato estero)

4. Età compiuta

Anni

5. Stato civile

Celibe/Nubile.....1  
Coniugato/a.....2  
Vedovo/a.....3  
Divorziato/a o già coniugato/a(a) ..... 4  
Separato/a legalmente..... 5  
Unito/a civilmente..... 6  
Già in unione civile (per decesso del partner) ..... 7  
Già in unione civile (per scioglimento unione) ..... 8  
Se coniugato/a o unito/a civilmente o separato/a legalmente indicare:  
Anno di nascita del coniuge o del partner superstite  
Anno di matrimonio o di unione civile  
(a) 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 morte .....1  
Altro Comune .....2  
(specificare comune e provincia) (comune) (prov.)  
Stato Estero .....3  
(specificare stato estero)

7. Grado di istruzione

Laurea .....1  
Diploma universitario o laurea breve ..... 2  
Diploma di scuola media superiore .....3  
Licenza di scuola media inferiore .....4  
Licenza elementare o nessun titolo ..... 5

8. Professione

9. Condizione professionale o non professionale

Occupato/a.....1  
Disoccupato/a.....2  
In cerca di prima occupazione.....3  
Ritirato/a dal lavoro.....4  
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 direttivo .....4  
Impiegato/a o intermedio .....5  
Operaio/a o assimilato.....6  
Altro (apprendista, lav. a domicilio, ecc.) .....7

11. Ramo di attività economica

Da compilare solo se al quesito 9 è indicato 1 o 2

Agricoltura, caccia e pesca .....1  
Industria .....2  
Commercio, pubblici servizi, alberghi .....3  
Pubblica amministrazione e servizi pubblici .....4  
Altri servizi privati .....5

12. Cittadinanza

Italiana

Per nascita .....1  
Acquisita .....2  
Straniera ..... 3  
(specificare stato estero)  
Non conosciuta ..... 9

Timbro

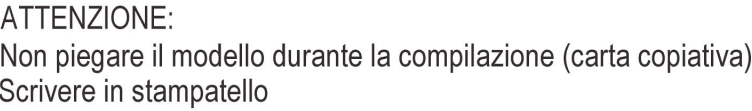
Firma e recapiti dell'Ufficiale dello Stato Civile

Tel. E-mail

(timbrare anche la copia per la ASL)







MASCHIO

FEMMINA

Cognome e nome della persona defunta

1. Luogo del decesso

Territorio in cui è avvenuto il decesso

Abitazione .....1  
Istituto di cura (pubblico - privato - accreditato).....2  
Hospice.....3  
Struttura residenziale o socio-assistenziale.....4  
Istituto di pena.....5  
Altro (specificare).....9

Comune  
  
Provincia  
  
Codice ASL

2. Riscontro diagnostico

E' stato richiesto?

1 SI 2 NO

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

I-XIX  
  
XX

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

(da compilare per le donne decedute in età fertile)

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/avvelenamenti che ha condotto a morte

In presenza di più sequenze scegliere la più rilevante - In caso di traumatismo/avvelenamento compilare anche i quesiti da 5 a 9

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

Eventuali condizioni o complicazioni che fanno parte della sequenza.

1  
↓  
2  
↓  
3  
↓  
4

anni o mesi o giorni

4. Parte II

Altri stati morbosi rilevanti: indicare altre condizioni morbose o traumatismi/avvelenamenti che non fanno parte della sequenza riportata nel quesito 4.

Parte I, ma che hanno contribuito al decesso

anni o mesi o giorni

Quesiti da 5 a 9 - Compilare se nel quesito 4. Parte I è stato riportato un Traumatismo/Avvelenamento (anche con informazioni riferite)

5. Evento che ha dato origine al traumatismo/avvelenamento indicato nel quesito 4. Parte I (es: caduta da scala a pioli, impiccamento, colpo di fucile, violenza sessuale, ...)  
Specificare inoltre se causato da eventi catastrofici (terremoti, alluvioni, frane, incendi boschivi, valanghe, ondate di calore, crolli, distruzioni, ...)

6. Modalità del traumatismo/avvelenamento (indicare la più verosimile, compilare sempre)

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

6.1 Se "Accidentale" specificare: 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'evento che ha dato origine al traumatismo/avvelenamento

Orario giorno mese anno

9. Luogo dell'evento che ha dato origine al traumatismo/avvelenamento

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

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

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

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

Tel. ....

Data Firma

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 Serie 1 II 2 C

Solo per i comuni che presentano una sud-divisione del territorio in circoscrizioni

Ufficio di stato civile

Circoscrizione

DENOMINAZIONE DI COMUNE E PROVINCIA

Comune

Provincia

1. Data di morte

Ora Minuti Giorno Mese Anno 202

2. Data di nascita

Giorno Mese Anno

3. Località di nascita

Stesso comune di morte .....1  
Altro Comune .....2  
(specificare comune e provincia) (comune) (prov.)  
Stato Estero .....3  
(specificare stato estero)

4. Età compiuta

Anni

5. Stato civile

Celibe/Nubile.....1  
Coniugato/a.....2  
Vedovo/a.....3  
Divorziato/a o già coniugato/a(a) ..... 4  
Separato/a legalmente..... 5  
Unito/a civilmente..... 6  
Già in unione civile (per decesso del partner) ..... 7  
Già in unione civile (per scioglimento unione) ..... 8  
Se coniugato/a o unito/a civilmente o separato/a legalmente indicare:  
Anno di nascita del coniuge o del partner superstite  
Anno di matrimonio o di unione civile  
(a) 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 morte .....1  
Altro Comune .....2  
(specificare comune e provincia) (comune) (prov.)  
Stato Estero .....3  
(specificare stato estero)

7. Grado di istruzione

Laurea ..... 1  
Diploma universitario o laurea breve..... 2  
Diploma di scuola media superiore .....3  
Licenza di scuola media inferiore .....4  
Licenza elementare o nessun titolo ..... 5

8. Professione

9. Condizione professionale o non professionale

Occupato/a.....1  
Disoccupato/a.....2  
In cerca di prima occupazione.....3  
Ritirato/a dal lavoro.....4  
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 direttivo ..... 4  
Impiegato/a o intermedio .....5  
Operaio/a o assimilato.....6  
Altro (apprendista, lav. a domicilio, ecc.) .....7

11. Ramo di attività economica

Da compilare solo se al quesito 9 è indicato 1 o 2

Agricoltura, caccia e pesca .....1  
Industria .....2  
Commercio, pubblici servizi, alberghi .....3  
Pubblica amministrazione e servizi pubblici .....4  
Altri servizi privati .....5

12. Cittadinanza

Italiana

Per nascita .....1  
Acquisita .....2  
Straniera ..... 3  
(specificare stato estero)  
Non conosciuta ..... 9

Timbro

Firma e recapiti dell'Ufficiale dello Stato Civile

Tel. E-mail

(timbrare anche la copia per la ASL)



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 2023).

INFORMAZIONI ACCURATE SULLE CAUSE DI MORTE SONO IMPORTANTI PER LA CORRETTA PIANIFICAZIONE DI PROGRAMMI SANITARI FINALIZZATI AL MIGLIORAMENTO DELLA SALUTE PUBBLICA. LE INFORMAZIONI SULLE CAUSE DI MORTE DEVONO RAPPRESENTARE LA MIGLIORE OPINIONE MEDICA POSSIBILE.

INFORMAZIONI DI CONTESTO

- Il medico è tenuto alla compilazione della parte "A" della scheda di morte (DPR 285/90). Compilare in stampatello LEGGIBILE con inchiostro nero.
- Indicare cognome, nome, sesso, età compiuta ( **riquadro iniziale**), il luogo del decesso e le informazioni circa la Provincia, il Comune, e la ASL dove è avvenuto il decesso ( **quesito 1**), e se è stato richiesto un riscontro diagnostico ( **quesito 2**). Nel caso di **deceduta in età fertile** si chiede di riportare le informazioni relative allo stato di gravidanza negli ultimi dodici mesi, eventualmente indicando se sconosciuto al momento della compilazione della scheda di morte ( **quesito 3**).

COME RIPORTARE LE CAUSE DI MORTE? INFORMAZIONI GENERALI SULLA COMPILAZIONE DEI QUESITI “4. PARTE I” E “4. PARTE II”

Riportare negli appositi spazi ogni condizione morbosa, traumatismo o avvelenamento 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, riportarlo ove più appropriato.

Sia nella “Parte I” e sia nella “Parte II” va sempre riportato, negli appositi spazi, il **tempo intercorso** 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. NON LASCIARE IN BIANCO, indicare l'informazione anche se è approssimativa.

LE DUE PARTI DEL QUESITO 4 HANNO DIFFERENTI FUNZIONI:

- Nella **Parte I** va identificata e riportata la SOLA sequenza di condizioni morbose, traumatismi o avvelenamenti, 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 corretta se è rispettata la causalità fra le condizioni riportate (e, quindi, le durate sono 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 CAUSA INIZIALE, ovvero la sola patologia o il traumatismo/avvelenamento individuata come quella che ha dato origine alla sequenza di condizioni che ha portato alla morte.
- Righe 2, 3 e 4:** riportare, se presenti, le CAUSE INTERMEDIE o complicazioni della causa indicata alla “Riga 1”. Rispettando la corretta sequenza causale e temporale e riportare nell'ultima riga utilizzata la CAUSA TERMINALE. Per causa terminale si intende la condizione morbosa che ha direttamente provocato la morte (es.: emorragia intracerebrale, encefalopatia epatica, insufficienza della valvola mitralica, ecc.) e NON la modalità o il meccanismo di morte (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 eventualmente conosciute. Ciò consente di comprendere che non vi è stata svista od omissione nella compilazione della scheda di morte.

Nella **Parte II** vanno riportate esclusivamente altre condizioni morbose, traumatismi o avvelenamenti rilevanti che NON fanno parte della sequenza riportata in parte I, ma che hanno, nell'opinione del medico, contribuito al decesso.

Possono essere indicate al massimo le tre patologie o lesioni più rilevanti, 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 al momento del decesso, sia se avvenuto per cause naturali o per cause esterne.

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

**Quesito 5:** descrivere l'**evento** che ha provocato il traumatismo/avvelenamento e riportare gli eventuali **mezzi** con i quali è stato determinato. Ad esempio, esso può essere stato provocato da armi, mezzi meccanici, cadute, sostanze chimiche, farmaci, ecc. Specificare, inoltre, se le lesioni sono state causate da **eventi catastrofici naturali** (terremoti, alluvioni, frane, incendi boschivi, valanghe, ondate di calore, ecc.) **o causati dall'uomo** (crolli, distruzioni, altri incidenti, ecc.). Le informazioni sulle circostanze dei traumatismi o avvelenamenti sono fondamentali, **non lasciare in bianco**.

**Quesito 6:** riportare la **modalità** del decesso. Barrare SEMPRE in caso di traumatismo/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.

**Quesito 7:** nel caso di **incidenti da trasporto**, riportare il mezzo di trasporto della vittima, il suo ruolo (**quesiti 7.1 e 7.2**) e il tipo di incidente (collisione, ribaltamento, affondamento, ecc.) (**quesito 7.3**). Nel caso di scontro o investimento, indicare il veicolo o altro 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 il traumatismo/avvelenamento.

<u>Esempio 1</u>			<u>Esempio 3</u>		
<b>Quesito 4. Parte I</b>			<b>Quesito 4. Parte I</b>		
1	ADENOCARCINOMA PRIMITIVO LOBO INFERIORE POLMONE	3 ANNI	1	FRATTURA TESTA FEMORE	1 MESE
2	ADENOCARCINOMA SECONDARIO DEL FEGATO	1 ANNO	2	EMBOLIA POLMONARE	1 GIORNO
3	CACHESSIA NEOPLASTICA	10 GIORNI	3		
4			4		
<b>Quesito 4. Parte II</b>			<b>Quesito 4. Parte II</b>		
▪ MALATTIA ISCHEMICA CUORE			▪ OBESITÀ	15 ANNI	
			▪ SINDROME BIPOLARE	35 ANNI	
			▪ DIABETE TIPO 2	8 ANNI	
<u>Esempio 2</u>			<b>Q5</b> SCIVOLAVA SU SUPERFICIE GHIACCIATA		
<b>Quesito 4. Parte I</b>			<b>Q6</b> "1" ( <i>accidentale</i> ) <b>Q6.</b> "2" ( <i>NO</i> )		
1	FRATTURA BASE CRANICA	1 GIORNO	<b>Q7</b> ( <i>nulla, non è un incidente da trasporto</i> )		
2	EMORRAGIA CEREBRALE	0 GIORNI	<b>Q8</b> <i>specificare ora, giorno, mese, anno dell'incidente</i>		
3			<b>Q9</b> "8" ( <i>azienda agricola</i> )		
4					
<b>Quesito 4. Parte II</b>			NB: Si noti che nel Quesito 4 Parte II le condizioni sono intese come indipendenti l'una dall'altra e dovrebbero essere riportate partendo dalla più significativa		
▪ ESITI PREGRESSO ICTUS EMORRAGICO					
Q5	AUTOMOBILE SCONTRATASI CONTRO MURO				
Q6	"1" ( <i>accidentale</i> )	<b>Q6.1</b> "2" ( <i>NO</i> )			
Q7.1	AUTOMOBILE	<b>Q7.2</b> "2" ( <i>guidatore</i> ) <b>Q7.3</b> SCONTRO <b>Q7.4</b> MURO			
Q8	<i>specificare ora, giorno, mese, anno dell'incidente</i>				
Q9	<i>"5" (strada)</i>				

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.

Per ulteriori informazioni consultare la pagina: <https://www.istat.it/it/archivio/4216> (Informazioni sulla Rilevazione “INDAGINE SU DECESSI E CAUSE DI MORTE”)

CODICI DELLE CITTADINANZE E DEGLI STATI ESTERI

<b>EUROPA</b>	Stato della Città del Vaticano	246	Nigeria	443	Perù	615	Nepal	342
<b>UE (Unione Europea)</b>	Svizzera	241	Ruanda	446	Saint Lucia	532	Oman	343
Austria	Turchia	351	Sao Tomé e Principe	448	Saint Kitts e Nevis	534	Pakistan	344
Belgio	Ucraina	243	Seychelles	449	Saint Vincent e Grenadine		Qatar	345
Bulgaria	<b>AFRICA</b>		Senegal	450	Stati Uniti d'America	533	Singapore	346
Ceca, Rep.	Algeria	401	Sierra Leone	451	Suriname	536	Siria	348
Cipro	Angola	402	Somalia	453	Trinidad e Tobago	616	Sri Lanka (ex Ceylon)	311
Croazia	Benin (ex Dahomey)	406	Sud Africa	454	Uruguay	617	Tagikistan	362
Danimarca	Botswana	408	Sud Sudan, Repubblica del	467	Venezuela	618	Taiwan (ex Formosa)	363
Estonia	Burkina Faso		Sudan	455			Territori Autonomia	
Finlandia	(ex Alto Volta)	409	Tanzania	457	<b>ASIA</b>		Palestinese	324
Francia	Burundi	410	Togo	458	Afghanistan	301	Thailandia	349
Germania	Camerun	411	Tunisia	460	Arabia Saudita	302	Timor Orientale	338
Grecia	Capo Verde	413	Uganda	461	Armenia	358	Turkmenistan	364
Irlanda	Centrafricana, Rep.	414	Zambia	464	Azerbaigian	359	Uzbekistan	357
Lettonia	Ciad	415	Zimbabwe		Bahreïn	304	Vietnam	353
Lituania	Comore	417	(ex Rhodesia)	465	Bangladesh	305	Yemen	354
Lussemburgo	Congo, Repubblica del	418	<b>AMERICA</b>		Buthan	306	<b>OCEANIA</b>	
Malta	Congo, Rep. Dem. del (ex Zaire)		Antigua e Barbuda	503	Brunei	309	Australia	701
Paesi Bassi	Costa d'Avorio	463	Argentina	602	Cambogia	310	Figi	703
Polonia	Egitto	419	Bahamas	505	Cinese, Rep. Popolare	314	Kiribati	708
Portogallo	Eritrea	466	Barbados	506	Corea, Rep. Pop. Dem. (Corea Nord)	319	Marshall, Isole	712
Regno Unito	Eswatini	456	Belize	507	Corea, Rep. (Corea del Sud)	320	Micronesia, Stati Federati	713
Romania	Etiopia	420	Bolivia	604	Emirati Arabi Uniti	322	Nauru	715
Slovacchia	Gabon	421	Brasile	605	Filippine	323	Nuova Zelanda	719
Slovenia	Spagna	422	Cile	606	Giappone	326	Palau	720
Spagna	Svezia	240	Colombia	608	Giordania	327	Papua Nuova Guinea	721
Ungheria		244	Costa Rica	513	India	330	Salomone, Isole	725
<b>Altri paesi europei</b>			Cuba	514	Indonesia	331	Samoa	727
Albania		201	Dominica	515	Iran, Repubblica Islamica del	332	Tonga	730
Andorra		202	Dominicana, Rep.	516	Iraq	333	Tuvalu	731
Bielorussia		256	Ecuador	609	Israele	334	Vanuatu	732
Bosnia-Erzegovina		252	El Salvador	517	Kazakhstan	356	<b>APOLIDE</b>	999
Islanda		223	Giamica	518	Kirghizistan	361		
Kosovo		272	Grenada	519	Kuwait	335		
Liechtenstein		225	Guatemala	523	Laos	336		
Macedonia, Repubblica di		253	Guyana	612	Libano	337		
Moldova		254	Haiti	524	Messico	339		
Monaco		229	Honduras	525	Malaysia	340		
Montenegro		270	Mauritania	527	Mongolia	341		
Norvegia		231	Mauritius	438	Myanmar (ex Birmania)	307		
Russia, Federazione		245	Mozambico	440				
San Marino		236	Namibia	441				
Serbia, Repubblica di		271	Niger	442				

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

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 (ISTAT). 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 all'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 inserita nel Programma statistico nazionale 2020-2022 (codice IST-00095) approvato con DPR 9 marzo 2022.

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>. Le informazioni raccolte, tutelate dal segreto statistico (art. 9 d.lgs. n. 322/1989) e sottoposte alla normativa in materia di protezione dei dati personali (Regolamento UE 2016/679, d.lgs. n. 196/2003 e d.lgs. n.101/2018), potranno essere utilizzate, anche per successivi trattamenti, dai soggetti del Sistema statistico nazionale, esclusivamente per fini statistici. I medesimi dati potranno, inoltre, essere comunicati alla Commissione europea (Eurostat) in attuazione dei Regolamenti europei n. 1338/2008 e n. 328/2011, nonché essere comunicati per finalità di ricerca scientifica alle condizioni e secondo le modalità previste dall'art. 5 ter del d.lgs. n. 33/2013 e dal Regolamento (UE) n. 557/2013.

L'obbligo di risposta è sancito dall'art. 7 del d.lgs. n. 322/1989 e dal decreto del Presidente della Repubblica 9 marzo 2022 di approvazione del Programma statistico nazionale 2020-2022 e del collegato elenco delle indagini che comportano obbligo di risposta per i soggetti privati. L'elenco in vigore delle indagini con obbligo di risposta per i soggetti privati è consultabile sul sito dell'Istat alla pagina <http://www.istat.it/it/istitutonazionale-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.

I responsabili del trattamento statistico dei dati raccolti nell'ambito della presente rilevazione sono il Direttore della Direzione centrale per la raccolta dati e il Direttore della Direzione centrale per le statistiche sociali e il censimento della popolazione dell'ISTAT.

Per il trattamento dei dati personali, ai sensi dell'art. 24 del Regolamento (UE) 2016/679, il titolare è l'Istat - Istituto nazionale di statistica, Via Cesare Balbo, 16 - 00184 Roma che, per le fasi della rilevazione di rispettiva competenza, ha, attribuito specifici compiti e funzioni connessi al trattamento dei dati personali ai Direttori centrali sopra indicati (art. 2-quaterdecies d.lgs. n. 196/2003). L'obbligo di risposta e dei responsabili del trattamento dei dati personali dei lavori statistici dell'Istat è consultabile sul sito internet dell'Istituto alla pagina <http://www.istat.it/it/archivio/185004>. Per l'esercizio dei diritti dell'interessato è possibile scrivere all'indirizzo: [responsabileprotezionedati@istat.it](mailto:responsabileprotezionedati@istat.it). L'esercizio dei predetti diritti sarà garantito in conformità a quanto previsto al capo III del Regolamento (UE) 2016/679, ferme restando le deroghe e i limiti previsti dall'art. 6-bis del decreto legislativo n. 322/1989 e dall'art. 11 delle Regole deontologiche per i trattamenti a fini statistici o di ricerca scientifica effettuati nell'ambito del Sistema statistico nazionale. L'interessato ha, inoltre, il diritto di presentare reclamo al Garante per la protezione dei dati personali o altra autorità di controllo competente, ai sensi dell'art. 77 del Regolamento (UE) 2016/679.

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 del trattamento 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;
- 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 relative 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, “Norme sul Sistema statistico nazionale e sulla riorganizzazione dell'Istituto nazionale di statistica” – art. 6 (compiti degli uffici 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”;
- Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, “Codice in materia di protezione dei dati personali”;
- Decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101 “Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE”;
- Decreto legislativo 14 marzo 2013 n. 33, “Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte di Pubbliche Amministrazioni” - art. 5 ter (accesso per fini scientifici ai dati elementari raccolti per finalità statistiche);
- Regole deontologiche per trattamenti a fini statistici o di ricerca scientifica effettuati nell'ambito del Sistema statistico nazionale - Delibera del Garante per la protezione dei dati personali n. 514 del 19 dicembre 2018 (Gazzetta Ufficiale 14 gennaio 2019 - serie generale - n. 11);
- Decreto del Presidente della Repubblica 9 marzo 2022, di approvazione del Programma statistico nazionale 2020-2022 e del collegato elenco dei lavori per i quali la mancata fornitura dei dati configura violazione dell'obbligo di risposta (S.O. n. 20 alla Gazzetta Ufficiale 26 maggio 2022 - serie generale - n. 122).