

I certificati diretti all'autorità giudiziaria: referto e denuncia. I certificati post mortem.



20 maggio 2023

Dott. Carlo Curatola

Struttura del procedimento penale

- **Indagini preliminari**
- Prendono avvio da una ***notitia criminis*** (art.335 c.p.p)
- Durano, di massima, 6 mesi (art. 405 c.p.p.)
- I relativi atti sono coperti da segreto (art. 329 c.p.p.)
- Si svolgono sotto la responsabilità di un Pubblico Ministero «dominus» delle indagini preliminari (art. 327 c.p.p.)
- Per il compimento degli atti di indagine il P.M. dispone della polizia giudiziaria

Autorità giudiziaria: P.M. o G.I.P

Forze dell'ordine: agenti o ufficiali di P.G.

(polizia, carabinieri, finanza)

- **Udienza preliminare**
- **Dibattimento**

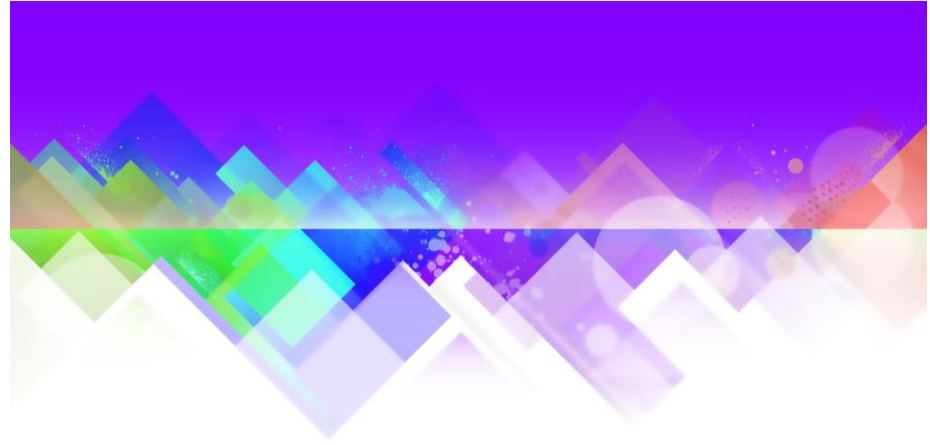
Notizie di reato

Notizie di reato “qualificate”: **denuncia** (art.331 c.p.p.) e **referto** (art. 334)



OBBLIGATORIE

A differenza di quelle “comuni” (art. 333) presentate da privati che non hanno alcun obbligo



Il referto

- Il **referto** può essere considerato come un **certificato obbligatorio** per tutti gli **esercenti la professione sanitaria** i quali, come è noto, più facilmente di altri operatori possono trovarsi in situazioni delicate sul piano giudiziario.
- Lo **scopo della norma** è pertanto quello di **contrastare i reati più gravi** e di consentirne la tempestiva repressione, anche se la legge prevede un'**esimente** che ha importante significato sul piano deontologico: “... *la disposizione non si applica quando il referto esporrebbe la persona assistita a procedimento penale*”. (Il legislatore fa prevalere la tutela della salute dell'assistito). Altra esimente è lo stato di necessità che si sostanzia nel salvare sé stesso o un prossimo congiunto da un grave nocumento (principio di conservazione).
- L'obbligo di referto è sancito dall'art. 365 del codice penale, nel quale si dispone che la comunicazione debba essere trasmessa all'autorità giudiziaria in tutti i casi nei quali il professionista abbia prestato la propria assistenza od opera in situazioni che possano presentare i caratteri di delitti perseguibili d'ufficio (non esiste l'obbligo, pertanto, per i reati procedibili solo a querela della persona offesa).
- È dunque sufficiente che il professionista riscontri la semplice “possibilità” dell'esistenza del delitto; i casi dubbi devono perciò essere vagliati con attenzione al fine di decidere sulla necessità o meno del referto, tenendo conto che comunque la segnalazione all'autorità giudiziaria non violerebbe il segreto professionale.

- **I delitti perseguibili d'ufficio** di interesse sanitario sono molteplici; i più importanti e frequenti riguardano i reati contro la vita (omicidio, istigazione ed aiuto al suicidio, morte conseguente ad altro delitto, infanticidio...), contro l'incolumità individuale (alcuni tipi di lesioni personali, abbandono di minori o incapaci, omissione di soccorso...), contro l'incolumità pubblica (attività pericolose che espongono al pericolo di epidemia o intossicazioni...), contro la pietà dei defunti (vilipendio, distruzione, occultamento, uso illegittimo di cadavere...), contro la libertà individuale (sequestro di persona, violenza privata, minaccia, procurata incapacità...).
- Sono pure reati perseguibili d'ufficio quelli di falso (falso ideologico, falso materiale...), i delitti contro la pubblica amministrazione (omissione di referto e denuncia, esercizio abusivo di professione...), contro l'inviolabilità dei segreti (rivelazione di segreto professionale e segreto d'ufficio...), contro la famiglia (abuso dei mezzi di correzione, maltrattamenti in famiglia o verso i fanciulli...).
- I delitti della sfera sessuale presentano alcune particolarità poiché, mentre alcuni di essi (violenza sessuale su minori, aborto...) sono senz'altro procedibili d'ufficio, per altri è necessario valutare le circostanze dell'evento.

Delitti contro la vita: tutti i casi di omicidio

colposo

preterintenzionale

doloso

Delitti di lesioni personali

Lesioni personali colpose

infortuni e malattie professionali derivanti da inosservanza di norme sulla tutela del lavoro ed antinfortunistiche qualora la prognosi superi i 40 gg

Lesioni personali dolose

Lievi (>20gg), gravi o gravissime l'obbligo del referto sussiste sempre;

Lievissime (<20gg) il referto va fatto solo se sussiste una delle aggravanti di seguito elencate:

- aver agito per motivi abietti o futili;
- aver adoperato sevizie o agito con crudeltà;
- aver usato un mezzo venefico od insidioso, ovvero sostanze corrosive;
- avere usato armi da fuoco, da taglio, da punta, ovvero altre armi improprie;
- aver agito per occultare un reato;
- aver agito per sottarsi all'arresto o durante la latitanza;
- quando il fatto è commesso contro l'ascendente o il discendente, o contro i familiari;
- quando derivi da abuso dei mezzi di correzione o di disciplina

Delitti di lesioni personali

Delitti sessuali (violenza carnale, atti di libidine violenta) soltanto se compiuti:

Da un pubblico ufficiale o incaricato di pubblico Servizio – dal genitore o dal tutore – su un minore di 14 anni – su di un minore fisico o psichico

Delitto di aborto

Delitto contro la pietà dei defunti

Delitti contro la sicurezza dello Stato

Delitti contro l'incolumità pubblica

(che espongono al pericolo di epidemia, intossicazione, danni da alimenti, bevande o medicinali guasti od imperfetti)

Morte da infortunio sul lavoro e da malattia professionale

Morte improvvisa

Suicidio

(relativamente alla possibilità di istigazione al suicidio)

- Il referto deve contenere tutti i dati personali, di tempo e di luogo che possano risultare utili per la repressione del reato; la segnalazione deve pervenire all'autorità giudiziaria [Procura della Repubblica (P.M.), o ufficiali di polizia giudiziaria] entro 48 ore o, se vi è pericolo nel ritardo, immediatamente.

Da rilevare che, se più persone hanno prestato la loro assistenza nella medesima occasione, sono tutte obbligate al referto, con facoltà di redigere e sottoscrivere un unico atto.



La denuncia

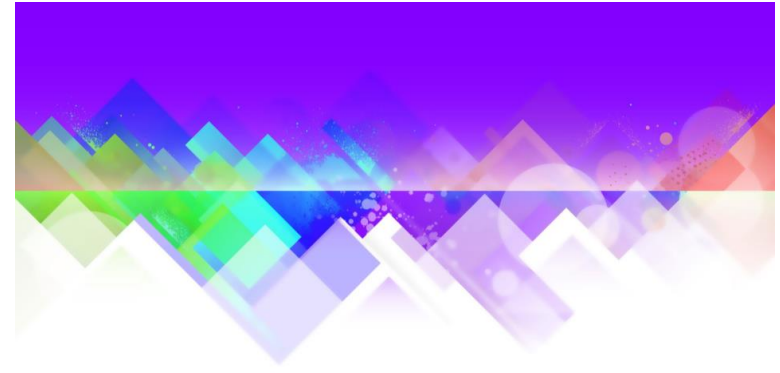
- Anche la **denuncia**, prevista dall'art. 331 del codice penale, è una dichiarazione obbligatoria; essa ha carattere prettamente giudiziario e non sanitario, e compete ai pubblici ufficiali e agli incaricati di pubblico servizio.
- Tali qualifiche possono comunque essere assunte anche dal medico che svolga una pubblica funzione e in questo caso egli sarà tenuto a segnalare all'autorità giudiziaria **tutti i reati** (non solo i delitti) che siano **procedibili d'ufficio** e **di cui il professionista abbia semplicemente "avuto notizia" nell'esercizio e a causa delle sue funzioni o del suo servizio, a differenza del referto il cui obbligo è subordinato all'aver prestato la propria assistenza od opera.**
- A differenza del referto, l'obbligo di denuncia non prevede l'esimente a favore dell'assistito e deve essere trasmessa all'autorità giudiziaria "senza ritardo".

In sintesi

Agli effetti della legge penale sono **pubblici ufficiali** coloro che esercitano una pubblica funzione legislativa, giudiziaria o amministrativa con poteri autoritativi o certificativi (art. 357c.p.).

Sono **incaricati di un pubblico servizio** coloro i quali a qualunque titolo prestano attività pubbliche prive di potestà di imperio e di certificazione (art. 358 c.p.) (esempio: esercenti professioni sanitarie libero professionisti): “prestazioni finalizzate all’espletamento di un servizio non essenziale all’ente pubblico, ma assunto nell’interesse della collettività” (Cass. 712/2004).

In sintesi: il problema della qualificazione soggettiva dei sanitari (pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio) deve essere risolto recependo l’indirizzo della Corte di Cassazione - nell’ottica di attribuire la qualifica di pubblico ufficiale non già con riferimento all’intera funzione devoluta dalla legge al soggetto, bensì con riguardo ai caratteri propri e ai singoli momenti in cui l’attività stessa viene concretamente esercitata. Con il corollario che non sono pubblici ufficiali né incaricati di pubblico servizio i medici ospedalieri che svolgono attività diagnostica, terapeutica, consultiva *intra moenia*, data la natura tecnica delle prestazioni che non concorrono a formare o a manifestare la volontà della PA. **Non si è pubblici ufficiali per status giuridico** o per rapporto di impiego, bensì lo si diviene solo di fronte alla legge penale per le conseguenze che ne derivano nel momento in cui si compie un reato che richieda il possesso di tale qualifica.



Lesioni personali stradali gravi o gravissime – obblighi per i medici

Obbligo di referto



FNOMCeO

Il Presidente

COMUNICAZIONE N. 93

AI PRESIDENTI DEGLI ORDINI
PROVINCIALI DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI
ODONTOIATRI

AI PRESIDENTI DELLE
COMMISSIONI PER GLI ISCRITTI
ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI

Oggetto: art. 590-bis c.p. Lesioni personali stradali gravi o gravissime - obblighi per i Medici.

Obbligo di referto

nell'ipotesi di lesioni derivanti da incidente stradale riguardano proprio i casi in cui la natura della lesione subita è tale da superare i predetti quaranta giorni di malattia, qualificandosi quindi come grave o gravissima. Ora, quando le lesioni si profilano come gravi o gravissime, ovvero in tutti quei casi in cui la malattia ha una durata superiore ai quaranta giorni, si applica il nuovo art. 590 bis c.p. e, quindi, la procedibilità è d'ufficio e la competenza è rimessa al Tribunale in composizione monocratica, assumendo particolare rilevanza per le ricadute poste a carico dei medici.

Infatti si sottolinea che il medico in caso di lesioni colpose gravi o gravissime secondarie a incidenti stradali avrà l'obbligo di redigere il referto o la denuncia, nel caso il sanitario rivesta la qualifica di Pubblico Ufficiale o Incaricato di Pubblico Servizio, pena incorrere nell'omissione di referto (ex art. 365 c.p.), o nell'omissione di denuncia di reato da parte di pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio (ex art. 361-362 c.p.).

Timbro del medico

Al Sig.
Procuratore della Repubblica
Tribunale di

.....

REFERTO ALL'AUTORITA' GIUDIZIARIA
(ex Art. 365 c.p.)

Il sottoscritto dott. _____ avendo sottoposto a visita medica in data ___/___/___
Il/la Sig./ra _____ nato/a il ___ / ___ / ___
residente a _____ in via _____
identificato a mezzo _____ di professione _____
segnala che il/la medesima, sulla base di quanto riferito, è incorso in data ___/___/___ in un sinistro
stradale con riferita responsabilità di terzi.

ELEMENTI ESSENZIALI DEL FATTO

.....
.....

Forze dell'ordine intervenute

Precedente documentazione sanitaria

.....
.....

**Il modello
proposto dalla
Federazione
Nazionale**

DA CUI E' DERIVATA

- malattia o incapacità ad attendere alle ordinarie occupazioni di durata superiore ai 40 giorni;
- malattia che ha messo in pericolo la vita della persona offesa;
- indebolimento permanente di un senso o di un organo;
- malattia certamente o probabilmente insanabile;
- perdita di un senso;
- perdita dell'uso di un organo;
- perdita di un arto o una mutilazione che rende l'arto inservibile;
- perdita della capacità di procreare;
- permanente e grave difficoltà della favella;
- deformazione o sfregio permanente del viso

, ___ / ___ / ___

Il Medico _____

(firma e timbro)

Consegnato a: _____

Oppure: inviato via Fax al _____

inviato via e-mail a _____

**Il modello
proposto dalla
Federazione
Nazionale**



Ordine Provinciale Medici Chirurghi e Odontoiatri di Modena
7 Via Sordani 8, 41121 Modena - Tel. 059-240711 - Fax 059-224899
email: info@omceo.modena.it
PEC: ordine.mod@pec.omceo.it
sito: www.ordineomceomodena.it

Al Sig.
Procuratore della Repubblica
Tribunale di.....

**REFERTO E/O DENUNCIA DI REATO ALL'UTORITA' GIUDIZIARIA
(EX ART. 334 C.P.P)**

La/il sottoscritta/o d.ssa /dott. _____ avendo sottoposto a

visita medica in data ___/___/___ la/il Sig.ra/Sig. _____

nata/o a _____ il ___/___/___ C.F. _____

residente a _____ in via _____

identificato a mezzo:

- conoscenza diretta
- carta identità numero _____
- patente di guida numero _____
- passaporto numero _____

professione _____ segnala che la/il medesima/o, sulla base di quanto

riferito, è stata/o coinvolta/o in data ___/___/___ in un sinistro stradale con riferita responsabilità di

terzi.

DINAMICA DEL SINISTRO _____

Dalla documentazione medica esaminata e dall'esame obiettivo emerge che il paziente ha riportato le seguenti lesioni _____

Forze dell'ordine intervenute (se note al paziente) _____

Sulla base delle condizioni cliniche attuali esprimo una prognosi di giorni _____

DA CUI DERIVA

una malattia o incapacità ad attendere alle ordinarie occupazioni di durata superiore ai 40 giorni

_____, ___/___/___ Il medico _____

(timbro e firma)

Consegnato a: _____

Oppure:

Inviato via PEC all'indirizzo _____

**Il modello
proposto da
OMCeO Modena**

Obbligo di referto

Il referto o la denuncia deve essere inoltrato a:

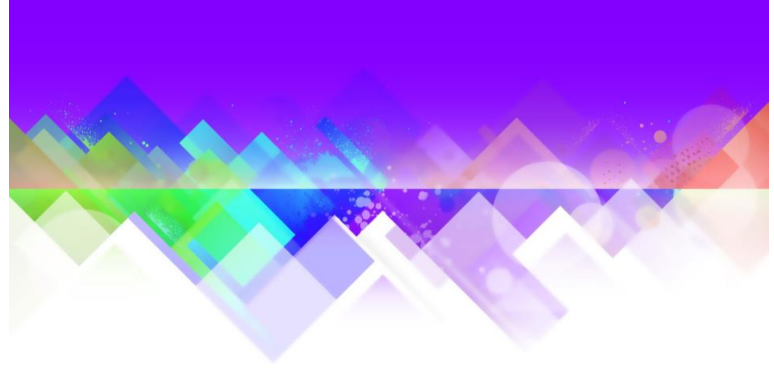
- Un ufficiale di Polizia Giudiziaria (Polizia di Stato, Carabinieri, Guardia di Finanza, Polizia Penitenziaria, Guardia Costiera) oppure
- Direttamente presso la Procura della Repubblica

Entro 48 ore o, se vi è pericolo nel ritardo, immediatamente al pubblico ministero o a qualsiasi ufficiale di polizia giudiziaria del luogo in cui ha prestato la propria opera o assistenza o, in loro mancanza, all'ufficiale di polizia giudiziaria più vicino.

Ciò detto, sul piano pratico il medico dovrà redigere il referto o denuncia nel caso di lesioni, a seguito di sinistro stradale, che possano rivestire gli estremi delle lesioni gravi o gravissime; il medico dovrà, per mezzo dell'espressione di un giudizio prognostico, orientare l'Autorità Giudiziaria nella valutazione se il fatto possa integrare gli estremi delle lesioni personali stradali gravi o gravissime di cui all'art. 590-bis, procedibile d'ufficio, con i conseguenti provvedimenti di natura urgente che la nuova legge prevede o, in alternativa, integrare il delitto di lesioni personali colpose ex art. 590, procedibile a querela, per il quale non si rende necessaria l'adozione di provvedimenti urgenti da parte della Polizia Giudiziaria. Pertanto si rileva che l'obbligo di denuncia ricadrà sicuramente **al medico di pronto soccorso** che si trovi a refertare una prognosi superiore ai quaranta giorni, nel caso di lesione derivante da incidente stradale; ovviamente, però, lo stesso obbligo ricadrà su ogni medico che si trovi nella necessità di prolungare tale prognosi iniziale sia essa inferiore o pari ai quaranta giorni.

Dunque, anche **il medico di base** che visiti il proprio assistito **o lo specialista** che operi sia in struttura pubblica che privata, nel caso debba prolungare la prognosi iniziale dovrà redigere il relativo referto e contestualmente comunicare all'Autorità Giudiziaria che la lesione subita dal proprio paziente rientra tra quelle definite gravi con ogni relativa conseguenza.

Si sottolinea che tale innovativa prescrizione impone a tutti i medici, che entrano in contatto con soggetti coinvolti in incidenti stradali con lesioni, di prestare molta attenzione e diligenza al momento di esprimere un giudizio prognostico a cui sarebbe opportuno -anche per chiarire la reale portata della lesione diagnosticata all'Autorità- affiancare una descrizione delle ragioni che hanno condotto a tale giudizio. Tutto questo in una ottica di tutela del medico stesso che, considerati i risvolti penali e amministrativi connessi alle nuove fattispecie di reato, potrà essere chiamato in sede giudiziaria a rispondere della valutazione effettuata.



Adempimenti conseguenti ad un decesso

ADEMPIMENTI CONSEGUENTI AL DECESSO

La sequenza degli adempimenti da osservarsi in caso di decesso è la seguente:

- **constatazione di decesso**
- **denuncia delle cause di morte (ISTAT)**, a cura di qualunque medico sia a conoscenza della storia clinica del paziente: anch'essa è indirizzata al Comune e deve essere rilasciata entro le 24 ore dal decesso ;
- **accertamento della realtà della morte**: a cura del medico necroscopo, deve essere redatto non prima di 15 ore dal decesso e comunque non dopo le trenta ore. Questo certificato va a ricongiungersi al certificato di nascita chiudendo la vita civile del soggetto.

LEGGE REGIONALE
29 luglio 2004, n.
19
DISCIPLINA IN
MATERIA
FUNERARIA E DI
POLIZIA
MORTUARIA

Art. 10

(sostituiti commi 1 e 3 da [art. 12 L.R. 10 dicembre 2019, n. 29](#))

Trasporto di salme, di cadaveri e di resti mortali

- **1.** Qualora il decesso avvenga in abitazioni inadatte per l'osservazione o vi sia espressa richiesta dei familiari o dei conviventi, la salma può essere trasportata per l'osservazione presso l'obitorio o il servizio mortuario delle strutture ospedaliere pubbliche o private accreditate o presso le apposite strutture adibite al commiato di cui all'articolo 14, siti anche in altro Comune della Regione Emilia-Romagna o in Regione confinante a condizione di reciprocità.
- **2.** Nei casi di cui al comma 1, il medico curante o il medico dipendente o convenzionato con il Servizio sanitario nazionale intervenuto in occasione del decesso certifica che il trasporto della salma può avvenire senza pregiudizio per la salute pubblica e che è escluso il sospetto che la morte sia dovuta a reato.
- **3.** *La certificazione medica di cui al comma 2 è titolo valido per il trasporto della salma nell'ambito del territorio della Regione Emilia-Romagna o in Comuni delle Regioni confinanti con il territorio regionale a condizione di reciprocità.*

CERTIFICATO DI TRASPORTO SALMA

È un certificato che viene rilasciato, di norma, su richiesta dei familiari e dei conviventi del defunto o qualora il decesso avvenga in abitazioni inadatte per l'osservazione, su giudizio del medico .

Questo certificato non rientra tra gli obblighi convenzionali del medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta né del medico del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria.

Se, e solo se sussistano le due situazioni disciplinate al comma 1), il medico certifica che il trasporto della salma può avvenire senza pregiudizio per la salute pubblica e che è escluso il sospetto che la morte sia dovuta a reato.

Non ha caratteristiche di URGENZA

Le certificazioni del medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta

- Assistenza per malattia dei lavoratori dipendenti;
- Incapacità temporanea al lavoro;
- Idoneità allo svolgimento delle attività sportive non agonistiche di cui al Decreto del Ministero della Salute 24 aprile 2013, art. 3, lettere a) e c), nell'ambito scolastico, a seguito di specifica richiesta dell'autorità scolastica competente, tenuto conto di quanto previsto dall'art. 42-bis del D.L. 21 giugno 2013, n. 69, convertito, con modificazioni, dalla L. 9 agosto 2013, n. 98 e dal D.M. 8 agosto 2014 del Ministero della Salute;
- Riammissione alla scuola dell'obbligo, agli asili nido, alla scuola dell'infanzia e alle scuole secondarie superiori, laddove previste;
- Riammissione al lavoro degli alimentaristi, laddove previsto;
- Valutazione multimediali e connesse certificazioni relative alle prestazioni di assistenza domiciliare integrata, programmata e per l'inserimento nelle strutture residenziali, sulla base della programmazione e di quanto previsto nell'ambito degli Accordi regionali.



Le certificazioni del medico del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria

Assenza per malattia dei lavoratori dipendenti fino ad un massimo di tre giorni;

Assenza per malattia dei lavoratori turnisti;

Riammissione al lavoro degli alimentaristi, laddove previsto;

La constatazione di decesso



IL PARERE DELL'OMCeO DI MODENA

Alla luce delle motivazioni sopra elencate in nostro Ordine ha espresso il parere di seguito riportato:



Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri di Modena

p.le Boschetti, 8 - 41121 Modena - CP 380 Modena Centro
tel. 059 247711 - fax 059 247719
e-mail: ippocrate@ordinemedicimodena.it

LA CERTIFICAZIONE PER L'AUTORIZZAZIONE AL TRASPORTO SALMA

A seguito di numerose segnalazioni e richieste di chiarimento pervenuti al nostro Ordine in riferimento a quanto disciplinato dai comma 1 e 2, art. 10 della legge n°19 del 29 Luglio 2004 emanata dalla Regione Emilia Romagna in tema di "Trasporto di salme, di cadaveri e resti mortali", a questo Ente corre l'obbligo di portare alla luce alcuni aspetti meritevoli di approfondimenti ed emanazione di parere in merito al presunto obbligo certificativo da parte del medico che, operando a qualsiasi titolo sul territorio della regione Emilia Romagna, si trovi a dover far fronte a tale richiesta da parte dei familiari del defunto.

CONSIDERATO CHE

la Legge disciplina nel dettaglio le uniche due circostanze in cui la salma può essere trasportata per l'osservazione presso l'obitorio o il servizio mortuario delle strutture ospedaliere pubbliche o private accreditate o presso le apposite strutture adibite al commiato di cui all'art. 14

PRESO ATTO CHE

le due uniche situazioni prese in considerazione dal comma 1 dell'art.10 della suddetta legge sono: l'adeguatezza dell'abitazione e/o l'espressa richiesta dei familiari o dei conviventi purché sia escluso il sospetto che la morte sia dovuta a reato e che non sussista pregiudizio per la salute pubblica come previsto dal comma 2.

RITENUTO CHE


i professionisti più frequentemente coinvolti nella pratica certificativa in questione sono i medici di medicina generale, i medici di continuità assistenziale ed i pediatri di libera scelta convenzionati con il SSN

VERIFICATO CHE

per i suddetti professionisti tale certificazione, non prevista tra gli obblighi convenzionali, è comunque dovuta nei termini indicati dalla legge (abitazioni inadatte, richiesta dei familiari). Il Consiglio dell'Ordine dei Medici di Modena in merito alla richiesta di chiarimento si esprime sottolineando che la certificazione per l'autorizzazione al trasporto salma potrà essere rilasciata durante gli orari di ambulatorio dal medico di medicina generale/pediatra di libera scelta ovvero, dal medico di continuità assistenziale qualora ne venga fatta esplicita richiesta contestualmente alla constatazione di decesso.

E' opportuno sottolineare inoltre che il medico del Territorio, a fronte della richiesta, formulata correttamente dal familiare e non da terzi interessati, qualora ritenga di rilasciare la certificazione in merito, lo possa fare richiedendo l'onorario riferito alla certificazione in regime libero professionale.

Parere approvato dal Consiglio Direttivo nella seduta del 22.03.2017

A close-up photograph of a person's hand holding a black fountain pen, writing on a document. The document is on a clipboard. In the background, a stethoscope and other medical supplies are visible on a white surface. The scene is brightly lit, suggesting a clinical or office environment.

Il certificato di trasporto salma non rientra tra le certificazioni previste dalla convenzione.

CERTIFICAZIONE UNICA DI DECESSO



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Al Sindaco del Comune di _____

CONSTATAZIONE DI DECESSO

Io sottoscritto/a _____
nome e cognome del Medico

dichiaro che in data _____ alle ore _____ ho constatato il decesso
del/la Sig./ra _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____

in via _____ n. _____

Il decesso è avvenuto a _____ in via _____ n. _____

Il decesso è avvenuto presso l'Ospedale di _____

Il soggetto è giunto cadavere presso l'Ospedale di _____

La salma:

È portatrice di pace-maker

NON È portatrice di pace-maker

In relazione al suddetto decesso:

HO presentato referto all'Autorità Giudiziaria

NON HO presentato referto all'Autorità Giudiziaria

HO richiesto il riscontro diagnostico

NON HO richiesto il riscontro diagnostico

Data _____

_____ *timbro e firma del Medico*

Ai fini del trasporto della salma

Certifico che non si ravvisano ipotesi di reato e che il trasporto può svolgersi senza pregiudizio per la salute pubblica, ai sensi dell'art.10, co.2 della L.R. 19/2004, presso _____

Data _____

_____ *timbro e firma del Medico*

CERTIFICATO MEDICO A USO CREMAZIONE

Ai sensi dell'art.79, co.4 del D.P.R. 285/1990 e s.m.i. certifico che NON si ravvisano ipotesi di reato in relazione al decesso del/la Sig./ra _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ deceduto/a il _____

La salma:

È portatrice di pace-maker e si è provveduto alla sua rimozione

È portatrice di pace-maker ma NON È RICHIESTA LA SUA RIMOZIONE (compatibilità del forno crematorio)

Data _____

_____ *timbro e firma del Medico necroscopo*

CERTIFICATO DI VISITA NECROSCOPICA

Io sottoscritto/a _____
nome e cognome del Medico necroscopo dichiaro che

il giorno _____ alle ore _____ in via _____ n. _____

località/Comune/Ospedale di _____ ho accertato la morte del/la Sig./ra _____

_____ nato/a a _____ il _____

residente a _____ deceduto/a il _____ alle ore _____

È stata effettuata registrazione elettrocardiografica protratta per almeno 20 minuti

È stato effettuato il riscontro diagnostico

È stato effettuato l'accertamento di morte ai sensi della L.578/1993 e s.m.i. (c.d. "morte cerebrale")

Si ritiene inoltre:

necessario il nulla osta dell'Autorità Giudiziaria;

necessario un periodo di osservazione superiore alle 24 ore, per il seguente motivo _____

altro _____

_____ *timbro e firma del Medico necroscopo*

SCHEDA DI MORTE ISTAT



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 OLTRE IL 1° ANNO DI VITA

ATTENZIONE SCHEDA UNIFICATA: INDICARE IL SESSO

ISTAT MODELLO 04 - Ediz. 2015
COPIA PER L'ISTAT

PARTE A - A CURA DEL MEDICO		Età compiuta		PARTE B - A CURA DELL'UFFICIALE DI STATO CIVILE (controllare ed eventualmente correggere cognome e nome)	
MASCHIO <input type="checkbox"/> FEMMINA <input type="checkbox"/>		MASCHIO <input type="checkbox"/> FEMMINA <input type="checkbox"/>		MASCHIO <input type="checkbox"/> FEMMINA <input type="checkbox"/>	
Cognome e nome della persona defunta _____		_____		CODICE FISCALE della defunta/defunto _____	
1. Luogo del decesso Territorio in cui è avvenuto il decesso 1. Indirizzo _____ 2. Comune _____ 3. Prov. _____ 4. Codice ASL _____		2. Ricambio diagnostico Causa iniziale (secondo ICD-10) _____ I stato ricambio? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO II stato ricambio? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO III stato ricambio? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Atto di morte Numero _____ Parte 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Serie 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Sede per il comune presentatore/autorizzazione del territorio in cui si iscrive l'Ufficio di stato civile _____ Circonscrizione _____	
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'atto della gravidanza...3 <input type="checkbox"/> Morte tra 43 giorni e 1 anno dall'atto della gravidanza...4 <input type="checkbox"/> Intermittente/successiva...5 <input type="checkbox"/>		3. Data di morte _____		8. Professione _____	
4. Parte I CAUSA DI MORTE: sequenza di condizioni morbose o traumatiche o avvelenamenti che ha condotto a morte - in presenza di più sequenze scegliere la più rilevante Causa iniziale. Scegliere la SCL (A patologia o condizione o lesione che ha dato inizio alla sequenza). 1. _____ anni o mesi o giorni 2. _____ anni o mesi o giorni 3. _____ anni o mesi o giorni 4. _____ anni o mesi o giorni EVENTUALI condizioni o complicazioni che descrivono la sequenza che ha portato a morte.		3. Data di nascita _____		9. Condizione professionale o non professionale Occupato... <input type="checkbox"/> Disoccupato... <input type="checkbox"/> In cerca di prima occupazione... <input type="checkbox"/> Ritirato dal lavoro... <input type="checkbox"/> Casalingo... <input type="checkbox"/> Studente... <input type="checkbox"/> Inabile al lavoro... <input type="checkbox"/> Altro (compresa servizio di leva o servizio civile)... <input type="checkbox"/>	
4. Parte II Altri stati morbose rilevanti - Indicare altre malattie o condizioni morbose o lesioni escluse dalla sequenza riportata nel quesito 4. Parte I, ma che hanno contribuito al decesso. _____ _____ _____		3. Località di nascita Stessa comune di morte _____ Altro Comune _____ Stato Estero _____ (specificare stato estero) _____		10. Posizione nella professione In servizio con il datore di lavoro (a) <input type="checkbox"/> Per lavoratori autonomi Imprenditore/proprietario a libero professionista... <input type="checkbox"/> Lavoratore/autonomo in proprio o coadiuvante... <input type="checkbox"/> Altro... <input type="checkbox"/> Per lavoratori dipendenti Dirigente o direttore... <input type="checkbox"/> Impiegato o intermedio... <input type="checkbox"/> Operai o assistenti... <input type="checkbox"/> Altro (apprendista, lav. a domicilio, ecc.)... <input type="checkbox"/>	
5. Circonstanza che ha dato origine al trauma/avvelenamento _____		4. Età compiuta Anni _____		11. Ramo di attività economica Agricoltura, caccia e pesca... <input type="checkbox"/> Industria... <input type="checkbox"/> Commercio, pubblici servizi, albergo... <input type="checkbox"/> Pubblica amministrazione e servizi pubblici... <input type="checkbox"/> Altri servizi privati... <input type="checkbox"/>	
6. Modalità del trauma/avvelenamento Accidentale (per un motivo di trasporto)...1 <input type="checkbox"/> Suicidio...2 <input type="checkbox"/> Omicidio...3 <input type="checkbox"/> 6.1 Infortunio sul lavoro 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>		5. Stato civile Celibato/a...1 <input type="checkbox"/> Coniugato/a...2 <input type="checkbox"/> Vedovo/a...3 <input type="checkbox"/> Divorciato/a o già coniugato/a...4 <input type="checkbox"/> Separato/a legalmente...5 <input type="checkbox"/> Se coniugato o separato legalmente indicare: Area di nascita del coniuge superiore _____ Anno di matrimonio _____ * Per "già coniugato/a" si intende il partner con cui la vittima ha contratto il matrimonio e la coesistente degli altri coniugi di cui la vittima è divorziata, vedova, ecc.		12. Cittadinanza Italiana <input type="checkbox"/> Per nascita...1 <input type="checkbox"/> Acquisita...2 <input type="checkbox"/> Straniera...3 <input type="checkbox"/> (specificare stato estero) _____ Non conosciuta...4 <input type="checkbox"/>	
7. In caso di incidente da trasporto specificare anche 7.1 Mezzo di trasporto della vittima al momento dell'incidente (se possibile scrivere "a piedi") _____ 7.2 Ruolo della vittima Pedone...1 <input type="checkbox"/> Guidatore...2 <input type="checkbox"/> Passeggero...3 <input type="checkbox"/> Persona intesa nel salire o nello scendere dal veicolo...4 <input type="checkbox"/> 7.3 Tipo di incidente (es. investimento, scontro, stamatura, ecc.) _____ 7.4 In caso di scontro indicare l'oggetto (es. altro, motociclista, autobus, ecc.) In caso di investimento indicare il veicolo coinvolto (es. treno, autobus, trattore ecc.) _____		8. Data dell'accidente, infortunio, suicidio, omicidio Orario _____ giorno _____ mese _____ anno _____		6. Residenza Stessa Comune di morte _____ Altro Comune _____ Stato Estero _____ (specificare comune e provincia) _____	
8. Luogo dell'accidente, infortunio, suicidio, omicidio 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"/> Strada 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)...9 <input type="checkbox"/>		7. Grado di istruzione Laurea...1 <input type="checkbox"/> Diploma universitario o laurea triennale...2 <input type="checkbox"/> Diploma di scuola media superiore...3 <input type="checkbox"/> Licenza di scuola media inferiore...4 <input type="checkbox"/> Licenza elementare o nessun titolo...5 <input type="checkbox"/>		9. Dichiaro che le cause della morte secondo scienza e coscienza, sono quelle da me soprindicate (nome e cognome in stampatello) 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"/>	
Data _____ Firma _____		Timbro e telefono del medico o della struttura (prelevare anche la copia per la ASL) Timbro _____ Tel. _____		Firma e recapiti dell'Ufficiale dello Stato Civile _____ Tel. _____ E-mail _____	

Grazie per l'attenzione

Dott. Carlo Curatola



