



**PERCORSO DI POLIZIA MORTUARIA BUSINCO  
CON CONNESSIONI A EPIDEMIA COVID-19**

**PSQ AZ 30 -  
COVID 19**



**REDAZIONE - DIREZIONE MEDICA P.O. BUSINCO**

**VERIFICA - Dott.ssa M. T. Addis – Dott. M. Tulli**

**APPROVAZIONE - GOA**

**REFERENTE AZIENDALE PDTA - Dott.ssa C. Ghiani**

## **INDICE**

<b>1. SCOPO</b>	<b>Pag 3</b>
<b>2. CAMPO E LUOGO DI APPLICAZIONE</b>	<b>Pag 3</b>
<b>3. ABBREVIAZIONI, DEFINIZIONI E TERMINOLOGIA</b>	<b>Pag 4</b>
<b>4. RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI</b>	<b>Pag 4</b>
<b>5. RESPONSABILITA' PROCESSO E ATTIVITA'</b>	<b>Pag 5</b>
<b>6. ALLEGATI</b>	<b>Pag13</b>

## **1 SCOPO**

### **PREMESSA**

Nel percorso di polizia mortuaria oltre all'Ospedale Oncologico sono costantemente coinvolti il Comune e l'Agenzia Funebre incaricata, in caso di riscontro diagnostico a questi si aggiungono altri Ospedali ed, eventualmente, l'Autorità Giudiziaria. Sono quindi interessati profili strettamente amministrativi e profili di carattere igienico-sanitario. Sono altresì coinvolti i familiari e i conoscenti del defunto in un momento per loro particolarmente delicato

Scopo di tale documento è definirne il percorso interno all'Ospedale al fine di garantire la conformità di tutte le azioni da seguire in caso di decesso, organizzare le attività di assistenza post-mortem garantendo la dignità della salma, ridurre gli errori di compilazione della certificazione e garantire la puntuale applicazione della normativa vigente integrando gli adempimenti previsti per le varie professionalità coinvolte.

Inoltre scopo della procedura è individuare procedure adeguate per il settore funebre in fase di emergenza determinata dall'epidemia di COVID-19.

Obiettivi della procedura sono:

- Definire i percorsi, le responsabilità e la documentazione da utilizzare;
- Definire il percorso di gestione delle salme dei casi sospetti o confermati di COVID-19, al fine di contenere al minimo il rischio di contaminazione ambientale, il contagio degli operatori sanitari coinvolti in tale processo ed il contagio degli utenti esterni;
- Identificare i percorsi di maggior tutela dei defunti dal luogo di decesso alla camera mortuaria, nonché le cautele da adottare per il personale interessato al trasporto del feretro.
- In periodo di pandemia da COVID-19, limitare al massimo le occasioni di "assembramento" per le ritualità dell'addio, regolamentando gli accessi alla sala dolenti e alle camere mortuarie.

## **2 CAMPO E LUOGO DI APPLICAZIONE**

I Soggetti e le Strutture Ospedaliere coinvolte sono:

- i medici e gli infermieri e gli OSS dei Reparti dell'Ospedale Businco
- il personale delle camere mortuarie dell'Ospedale Businco (necrofori)
- la Direzione Sanitaria dell'Ospedale Businco
- la Anatomia Patologica dell'AOb, nei casi che richiedono il riscontro diagnostico

In periodo di pandemia da COVID-19 il paragrafo specifico si applica in tutti quei casi di morte in cui:

1. Si possa individuare che la persona defunta sia stata affetta da COVID-19
2. Non si possa escludere con certezza che la persona defunta fosse affetta da COVID-19 e per il principio di precauzione si adottano le stesse cautele.

### **3 ABBREVIAZIONI, DEFINIZIONI E TERMINOLOGIA**

<b>AFI</b>	Agenzia Funebre Incaricata
<b>AP</b>	Anatomia-Patologica
<b>CEN</b>	Operatori Centralino
<b>DMO</b>	Direzione Medica di Ospedale
<b>INPS</b>	Istituto Nazionale Previdenza Sociale
<b>ISTAT</b>	Istituto Nazionale di Statistica
<b>M rep</b>	Medico di reparto
<b>MdG</b>	Medico di Guardia
<b>NEC</b>	Necrofori
<b>PC rep</b>	Personale Comparto di reparto (Inf. e OSS)

#### **4 RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI**

- Nota Ministeriale n. 15280 del 02/05/2020 della Direzione Generale della Prevenzione del Ministero della Salute che ha come oggetto *“Indicazioni emergenziali connesse ad epidemia COVID-19 riguardanti il settore funebre, cimiteriale, e di cremazione”*
- Giunta Regionale Sardegna. DELIBERAZIONE N. 9/31 DEL 22/02/2019. Adozione disposizioni applicative in attuazione dell’art. 2 della legge regionale n. 32 del 2 agosto 2018 *“Norme in materia funebre e cimiteriale”* e recepimento per attinenza delle *“Linee guida per la prevenzione del rischio biologico nel settore dei servizi necroscopici, autoptici e delle pompe funebri”* approvate dalla Conferenza Stato-Regioni con Rep. Atti n. 198/CSR del 9 novembre 2017.  
<https://buras.regione.sardegna.it/custom/frontend/viewInsertion.xhtml?insertionId=e9e2ba22-7395-4695-bd53-6185f69f6eb9>
- D.P.R. 10 settembre 1990, n. 285 *“Approvazione del regolamento di polizia mortuaria”*  
[http://presidenza.governo.it/USRI/ufficio\\_studi/normativa/D.P.R.%2010%20settembre%201990,%20n.%20285.pdf](http://presidenza.governo.it/USRI/ufficio_studi/normativa/D.P.R.%2010%20settembre%201990,%20n.%20285.pdf)
- D.P.R. 3 novembre 2000, n.396  
<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2000/12/30/000G0442/sg>
- Legge n. 130 del 30 marzo 2001 *“Disposizioni in materia di cremazione e dispersione delle ceneri”* <https://www.camera.it/parlam/leggi/01130l.htm>
- Legge n. 24 del 8 marzo 2017, *“Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”*  
<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/03/17/17G00041/sg>
- Legge reg. 32 del 2 agosto 2018, art. 10, comma 1, *“Norme in materia funebre e cimiteriale”*

[.https://buras.regione.sardegna.it/custom/frontend/viewInsertion.xhtml?insertionId=855675c6-78c9-4432-b0f7-b455b160a639](https://buras.regione.sardegna.it/custom/frontend/viewInsertion.xhtml?insertionId=855675c6-78c9-4432-b0f7-b455b160a639)

## **5 RESPONSABILITA' PROCESSO E ATTIVITA'**

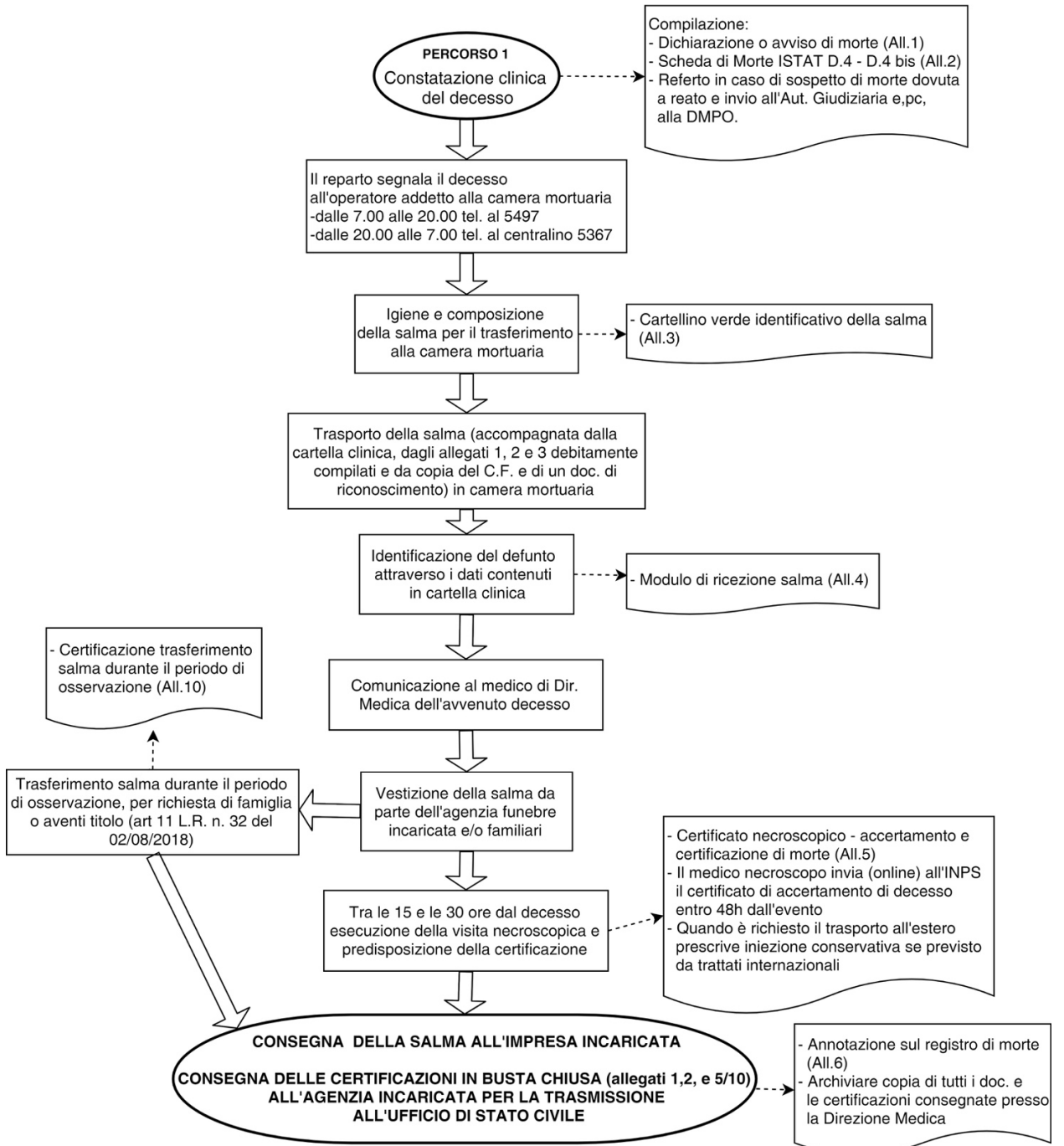
Responsabilità: R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Informato.

ATTIVITÀ	FUNZIONE (vd. il paragrafo delle Abbreviazioni)					
	M rep- MdG	PC rep	NEC	CEN	DMO	AP
Constatazione del decesso	R	I	-	-	-	-
<ul style="list-style-type: none"> <li>Dichiarazione o avviso di morte</li> <li>Denuncia causa di morte (ISTAT)</li> </ul>	R	I	I (verifica adeguata compilazione)	-	I (verifica adeguata compilazione)	-
Attivazione del trasferimento della salma presso la Camera Mortuaria	I	R (chiama camera mortuaria)	C	R (chiama necroforo reperibile)	-	-
Trasferimento della salma presso la Camera Mortuaria		C	R			
Identificazione del defunto comunicazione al medico della DMO per la visita necroscopica	-	C	R	-	I	-
Igiene e vestizione salma	-	-	C (controllo)	-	-	-
Certificazione in caso di trasferimento durante periodo di osservazione	R (su indicazione del DMO)	I	-	-	R	-
Accertamento di morte e Certificato necroscopico,	-	-	C	-	R	-

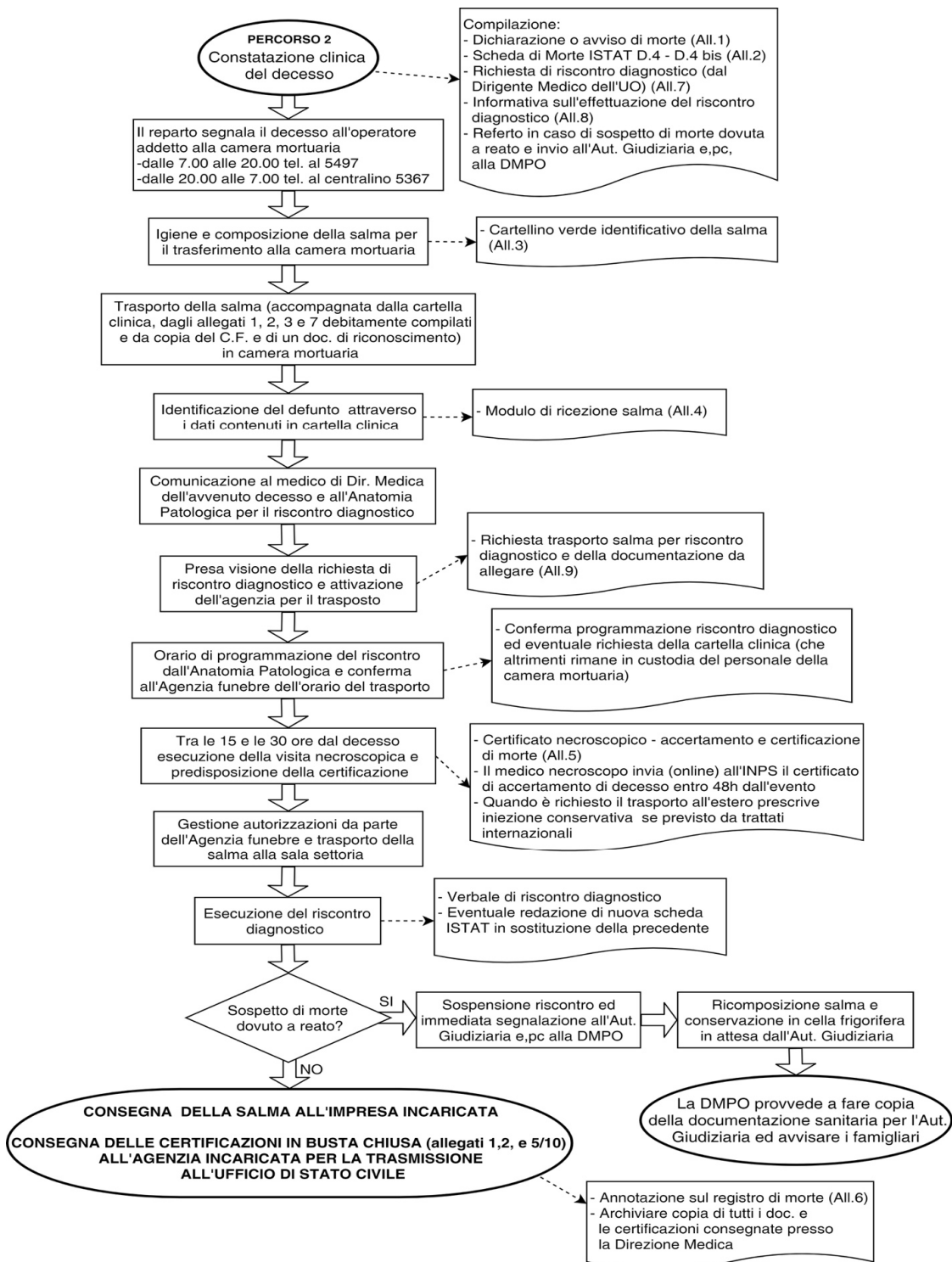
invio (online) all'INPS						
Richiesta di riscontro diagnostico	<b>R</b>	-	<b>I</b>	-	<b>I</b>	<b>C</b>
Richiesta del trasporto salma per l'esecuzione del riscontro diagnostico	-	-	-	-	<b>R</b>	<b>I</b>
Trasporto della salma all'ospedale sede della sala settoria	-	-	<b>C</b>	-	<b>I</b>	-
Riscontro Diagnostico ed eventuale rettifica scheda ISTAT	<b>I</b>	-	-	-	<b>I</b>	<b>R</b>
Comunicazione del sospetto di reato all'Autorità Giudiziaria	<b>R</b> (se sospetta reato)	-	-	-	<b>I</b>	<b>R</b> (se sospetta reato)
Consegna della salma all'AFI Consegna delle certificazioni per la trasmissione all'Ufficio di Stato Civile del Comune	-	-	<b>R</b>	-	-	-
Archiviazione dei documenti e delle certificazioni consegnate	-	-	<b>R</b> (consegna alla DMO)	-	<b>I</b>	-



PERCORSO 1: in caso di morte con causa nota



**PERCORSO 2: in caso di morte con necessità di approfondimento diagnostico**



### ***Adempimenti del Medico Curante o Medico di Guardia***

Il Medico Curante del Reparto di Degenza, o il Medico di Guardia, constatato il decesso, deve compilare la “Dichiarazione o avviso di morte” e fare denuncia di causa di morte su apposita Scheda ISTAT (qualora sia nota la causa di morte). Se sospetta che il decesso possa essere dovuto a reato deve redigere referto in cartella clinica e avvisare l’Autorità Giudiziaria.

### ***Dichiarazione o avviso di morte (allegato 1)***

La dichiarazione o avviso di morte (art. 72. e art. 73 del D.P.R. 3-11-2000 n. 396 Regolamento per la revisione e la semplificazione dell’ordinamento dello stato civile) è redatta su apposito modulo nel quale deve essere segnalato se la morte sia dovuta ad una malattia infettiva (compresa nell’elenco pubblicato dal [Ministero della Sanità D.M. 15 dicembre 1990](#)), se vi sia o meno sospetto di reato e se il paziente sia stato sottoposto a terapia con radio nuclidi nelle 48h precedenti.

### **Il modulo è disponibile presso la Camera Mortuaria**

Si descrive di seguito la documentazione che deve essere predisposta in casi particolari.

#### ***Richiesta di riscontro diagnostico***

La richiesta di riscontro diagnostico compilata su apposito modulo (all. 7), deve essere accompagnata dall’ **Informativa sull’effettuazione del riscontro diagnostico** (all. 8) firmata da avente diritto, infatti secondo l’ art.4 comma 2bis della Legge n. 24.dell’8 marzo 2017, “ *I familiari o gli altri aventi titolo del deceduto possono concordare con il direttore sanitario o sociosanitario l’esecuzione del riscontro diagnostico, sia nel caso di decesso ospedaliero che in altro luogo, e possono disporre la presenza di un medico di loro fiducia*”.

#### ***Trasferimento anticipato***

Qualora i famigliari del Deceduto richiedano il completamento del periodo di osservazione presso il domicilio – od altra Struttura, esterna all’Ospedale Oncologico “Businco” sempre entro la regione Sardegna (art 11 L.R. n. 32 del 02/08/2018) – il trasporto presso il domicilio, o la Struttura prescelta, deve avvenire dopo il trasferimento della salma presso la Camera Mortuaria. In questo caso, pertanto, la prima parte della presente procedura rimane del tutto invariata.

Il trasporto deve essere effettuato dall’Agenzia Funebre prescelta dai Familiari del Defunto.

In caso di trasferimento “anticipato” della salma, rispetto al termine del periodo di osservazione, deve essere compilato – dal Medico Curante, dal Medico di Guardia o dal Medico Necroscopo – l’apposito *modulo per il Trasferimento salma durante il periodo di osservazione* (all. 10)<sup>1</sup>.

### **Modulistica aggiornata**

Oltre ai moduli, di cui al precedente capitolo, sono stati rivisti ed aggiornati i seguenti documenti:

Modulo di ricezione salma (All.4)

Certificato necroscopico - accertamento e certificazione di morte di morte (All.5)

Registro di morte (All.6)

## **ATTIVITÀ in periodo di pandemia da COVID-19**

Questo paragrafo trae indicazione dalla nota Ministeriale n. 15280 del 02/05/2020 della Direzione Generale della Prevenzione del Ministero della Salute che ha come oggetto “*Indicazioni emergenziali connesse ad epidemia COVID-19 riguardanti il settore funebre, cimiteriale, e di cremazione*” che è connesso con la situazione emergenziale determinata dall’epidemia di COVID-19 che avrà applicabilità fino a un mese dopo il termine della fase emergenziale come stabilita dai provvedimenti del Presidente del Consiglio dei Ministri.

Il presente paragrafo si applica in tutti i casi di morte nei quali si possa individuare che la persona defunta sia stata affetta da COVID-19, pertanto si applicano le cautele specifiche per defunti già adottate in presenza di sospetta o accertata patologia da microrganismi di gruppo 3 o prioni (vedi punto 9.2) e in tutti i casi di morte nei quali NON si possa escludere con certezza che la persona fosse affetta da COVID-19, pertanto si applica il principio di precauzione adottando le

stesse cautele previste in presenza di sospetta o accertata patologia da microrganismi di gruppo 3 o prioni (vedi punto 9.2).

Il modulo e la documentazione clinica di accompagnamento della salma andranno inseriti in una bustina trasparente, seguiranno la salma in modo igienicamente separato.

### ***Trasporto della salma***

- Dopo igienizzazione delle mani, indossare, sopra la propria divisa, camice monouso, guanti e mascherina chirurgica qualora non sussista alcun sospetto;
- Il necroforo coadiuvato da altro operatore (debitamente vestito) posiziona la salma sulla barella con coperchio per il trasporto ed effettuano il trasporto dal luogo del decesso fino alla camera mortuaria. Verrà scelto il percorso più breve e meno affollato per raggiungere gli ascensori parte vecchia (ali A e B) evitando in ogni caso l'atrio dell'ospedale.
- L'operatore che ha effettuato il trasferimento della salma esegue le procedure di svestizione, lavaggio delle mani, (igienizzazione degli occhiali personali, pronti per un successivo utilizzo se utilizzati).
- Elimina il vestiario monouso e la mascherina nei rifiuti speciali;
- Deposita nell'ufficio preposto la documentazione per le pratiche amministrative;

I rischi per il personale operante nelle strutture obitoriali, nella maggior parte delle infezioni, sono minimi, a condizione che si applichino le comuni precauzioni per la prevenzione delle infezioni e si attui la normale igienizzazione delle superfici, lettighe, ambienti comuni, ufficio.

### ***Defunti con sospetto o accertato COVID-19***

Il paziente deceduto, a respirazione e motilità cessata, non è fonte di dispersione del virus nell'ambiente, è tuttavia utile osservare le seguenti precauzioni:

1. La manipolazione del defunto antecedente la chiusura nel feretro dovrà avvenire adottando tutte le misure di sicurezza atte ad evitare il contagio tramite *droplet*, aerosol o contatto superfici nonché fluidi e materiali corporei
2. Il personale addetto alla manipolazione del defunto dovrà adottare oltre al rispetto di tutte le misure igieniche previste per la popolazione generale, l'utilizzo di adeguati Dispositivi di Protezione Individuale: mascherina FFP2, occhiali protettivi (oppure mascherina con visiera), camice monouso idrorepellente, guanti spessi, e scarpe da lavoro chiuse (in particolare se in presenza di rigurgito, feci o espansione dell'addome, a rischio di possibile formazione di aerosol);
3. Al termine delle attività deve essere garantita un'adeguata aerazione dei locali e dovrà essere eseguita un'accurata pulizia con disinfezione delle superfici e degli ambienti adibiti alle attività.
4. Il personale sanitario deve provvedere all'isolamento del defunto all'interno di un sacco impermeabile sigillato e disinfettato esternamente per ridurre al minimo le occasioni di contagio durante le operazioni di incasso, in carenza il defunto deve essere avvolto in un lenzuolo imbevuto di disinfettante a base alcolica/cloro.
5. Sono vietati la vestizione del defunto, la sua tanatocosmesi, trattamenti conservativi quali lavaggio, taglio unghie, capelli, barba e di tamponamento.
6. Al termine del trasporto dal luogo del decesso alla camera mortuaria, la stanza verrà chiusa e verrà apposto il cartello NON ACCEDERE/Rischio Biologico.
7. Alla stanza con la salma potranno accedere esclusivamente i familiari più stretti, **uno per volta, che non potranno toccare il congiunto.**
8. All'ingresso delle sale mortuarie è affisso il documento di "Regolamentazione accesso sala dolenti e camere mortuarie", spetta agli operatori informarne i familiari e il controllo del loro rispetto.

### ***Misure precauzionali in epoca pandemica da COVID-19***

Misure precauzionali applicate a tutte le salme.

L'accesso nella sala espositiva è consentito ai ministri di culto, per il tempo strettamente necessario alle funzioni di benedizione, sono sospesi tutti i riti cerimoniali.

L'accesso del personale delle onoranze funebri delegate è consentito per il tempo strettamente necessario alle procedure amministrative, alle operazioni di vestizione, di chiusura della bara e di trasporto del feretro.

Devono essere programmate le dimissioni dei feretri, perché non si creino concomitanze di due salme in uscita.

Non è consentita, una eccessiva presenza di fiori e corone nella stanza o negli anditi (massimo 1 - 2 mazzi).

## **6 ALLEGATI**

1. Dichiarazione o avviso di morte
2. Scheda di morte ISTAT d4 e d4 bis
3. Cartellino identificativo della salma
4. Modulo di ricezione salma
5. Certificato necroscopico – accertamento e certificazione di morte
6. Registro di camera mortuaria
7. Richiesta di riscontro diagnostico
8. Informativa sull'effettuazione di riscontro diagnostico
9. Richiesta trasporto salma per riscontro diagnostico
10. Certificazione trasferimento salma durante il periodo di osservazione
11. Avviso camera mortuaria



AO Brotzu

DIREZIONE MEDICA  
P.O. Businco

TIMBRO Unità Operativa

**DICHIARAZIONE O AVVISO DI MORTE – (All. 1)**

(art.72 D.P.R. 3 novembre 2000, n. 396)

All'Ufficio di Stato Civile del  
Comune di CAGLIARI

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(Dirigente Medico del Presidio Ospedaliero Oncologico "Businco")

**comunica la morte**

del Sig./la Sig.ra (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_ nato/a a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ e residente in  
\_\_\_\_\_

La morte è avvenuta il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_.

**e certifica che:**

-Si esclude ogni sospetto che la morte sia dovuta a reato                      Si    No

Se No redigere referto in cartella clinica e darne comunicazione all'Autorità Giudiziaria

-Si esclude che la morte sia dovuta a malattia infettiva\*                      Si    No

Se No, specificare la malattia infettiva compresa nell'elenco pubblicato dal Ministero della Sanità

\*(D.M. 15 dicembre 1990 per le classi PRIMA, SECONDA e TERZA) \_\_\_\_\_

Se No, specificare se caso                      POSITIVO per Sars-Cov-2                      SOSPETTO per Sars-Cov-2

-Si esclude terapia con radio nuclidi nelle 48h prima della morte                      Si    No

Se No specificare quando è avvenuta la somministrazione e la quantità \_\_\_\_\_

Il/la defunto/a era:    celibe/nubile                      divorziato/a                      separato/a                      coniugato/a                      vedovo/a

Il coniuge del/della defunto/a è/era \_\_\_\_\_

Cagliari, \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Il dirigente medico

\_\_\_\_\_  
(firma e timbro)

Le informazioni contenute nella presente documento e i relativi allegati sono di natura privata e pertanto riservate esclusivamente ai destinatari in indirizzo. La diffusione, distribuzione e/o la copiatura è proibita, sia ai sensi dell'art. 616 c.p., sia ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e smi. Se avete ricevuto questo documento per errore, vi invitiamo a distruggerlo e di darne immediata comunicazione ai recapiti in calce.

**Sistema Sanitario Regione Sardegna**  
Azienda Ospedaliera G. Brotzu  
P.le Ricchi, 1 - 09134 - Cagliari  
P.iva: 02315520920

**Direzione Medica**  
tel. 070 52965365-5370  
fax 070 521350  
mail: dirsan.businco@aob.it

**Ospedale A. Businco**  
Via Jenner  
09134 - Cagliari  
www.aobrotzu.it



PARTE A - A CURA DEL MEDICO		PARTE B - A CURA DELL'UFFICIALE DI STATO CIVILE	
<p><b>MASCHIO</b> <input type="checkbox"/> <b>FEMMINA</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>1. Luogo del decesso</b>            Indirizzo: _____ Comune: _____            Stato: _____            Altre indicazioni: _____</p>		<p><b>MASCHIO</b> <input type="checkbox"/> <b>FEMMINA</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>2. Riscatto doganale</b>            E' stato richiesto? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No</p>	
<p><b>3. Stato di gravidanza della deceduta negli ultimi 12 mesi di vita</b>            Nessuna gravidanza: <input type="checkbox"/> Morte entro 42 giorni dall'atto della gravidanza: <input type="checkbox"/> Morte tra 43 giorni e 1 anno dall'atto della gravidanza: <input type="checkbox"/> Informazione sconosciuta: <input type="checkbox"/></p>		<p><b>3. Località di nascita</b>            Stato Comune di nascita: _____            Altro Comune: _____            Stato Estero: _____</p>	
<p><b>4. Parte I</b>            Causa iniziale (Scegliere la causa iniziale che ha dato origine all'evento)            1. che ha eventualmente causato _____            2. che ha eventualmente causato _____            3. che ha eventualmente causato _____            4. che ha eventualmente causato _____</p>		<p><b>4. Età compiuta</b>            Anni: _____</p>	
<p><b>5. Circolazione che ha dato origine alle lesioni indicate nel quesito 4. Parte I, ma che hanno contribuito al decesso</b></p>		<p><b>5. Stato civile</b>            Coniugato: _____            Vedovo: _____            Separato e già ricongiunto: _____            Separato legalmente/altro legalmente indicato: _____            Aveva il status del coniuge separato: _____            Altro: _____</p>	
<p><b>6. Modalità del traumatismo/avvelenamento</b>            Accidentale (incluse cadute da trasporti): <input type="checkbox"/> Suicidio: <input type="checkbox"/> Omicidio: <input type="checkbox"/></p>		<p><b>6. Residenza</b>            Stato Comune di residenza: _____            Altro Comune: _____</p>	
<p><b>7. In caso di incidente da trasporto specificare anche:</b>            7.1 Mezzo di trasporto della vittima al momento dell'incidente (se diverso scrivere "a piedi")            7.2 Ruolo della vittima            7.3 Tipo di incidente (se investimento, scorta, retromartello, ecc.)            7.4 In caso di scorta indicare il foggiate (se, altro, motocicletta, autista, ecc.)            In caso di investimento indicare il veicolo coinvolto (se, treno, autobus, trattore, ecc.)</p>		<p><b>7. Grado di istruzione</b>            Laurea: _____            Diploma universitario o laurea breve: _____            Licenza di scuola media superiore: _____            Licenza di scuola media inferiore: _____            Licenza elementare o nessun titolo: _____</p>	
<p><b>8. Data dell'incidente, infortunio, suicidio, omicidio</b>            Anno: _____            Mese: _____            Giorno: _____</p>		<p><b>8. Posizione nella professione</b>            Per lavoro/lavorato autonomo:            Imprenditore/proprietario o libero professionista: _____            Lavoratore/coltivatore in proprio o coltivatore: _____            Altro: _____            Per lavoratore/coltivatore dipendenti:            Dirigente o direttore: _____            Impiegato o incaricato: _____            Operatore o assistente: _____            Altro (Indicare, inv. a seconda, ecc.): _____</p>	
<p><b>9. Luogo dell'incidente, infortunio, suicidio, omicidio</b>            Casa _____            Inibizione collettiva _____            Scuola, istituzioni della pubblica amministrazione _____            Luogo dedicato ad attività sportive _____            Strada e vie _____            Area industriale e di costruzione _____            Aeroporto agricolo _____            Altri luoghi (specificare): _____</p>		<p><b>11. Rete di attività economica</b>            Agricoltura, zootecnia e pesca: _____            Industria _____            Commercio, pubblici servizi, alberghi, turismo, ristorazione e servizi pubblici: _____            Altri settori privati: _____</p>	
<p><b>10. Altri stati morbosi rilevanti - indicare altre malattie o condizioni morbose o lesioni escluse dalla sequenza riportata nel quesito 4. Parte I, ma che hanno contribuito al decesso</b></p>		<p><b>12. Cittadinanza</b>            Italiana _____            Acquisibile _____            Straniera _____            Non censuata _____</p>	
<p><b>11. Cause di morte</b>            Numero: _____            Parti: _____            Sore: _____</p>		<p><b>12. Firma e recapiti dell'Ufficiale dello Stato Civile</b>            Timbro _____            Firma _____            Tel. _____ E-mail _____</p>	

## ATTENZIONE SCHEDA UNIFICATA: INDICARE IL SESSO Per una corretta compilazione leggere le ISTRUZIONI SUL RETRO della scheda SCRIVERE IN STAMPATELLO

## Istat ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA SCHEDA DI MORTE OLTRE IL 1° ANNO DI VITA

## ATTENZIONE SCHEDA UNIFICATA: INDICARE IL SESSO Per una corretta compilazione leggere le ISTRUZIONI SUL RETRO della scheda SCRIVERE IN STAMPATELLO

### PARTE A - A CURA DEL MEDICO

**MASCHIO**  **FEMMINA**

Allocazione:  Categorie e morte della persona deceduta:

1. Luogo del decesso  
Indirizzo di cura (pubblico - privato - accreditato): \_\_\_\_\_ Comune: \_\_\_\_\_  
 Indirizzo: \_\_\_\_\_ Spazio riservato o socio-assistenziale \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_  
 Altri (specificare): \_\_\_\_\_ Codice ASL di decesso: \_\_\_\_\_

2. Riconvanto diagnostico  
E' stato richiesto?  SÌ  NO

3. Stato di gravidanza della deceduta negli ultimi 12 mesi di vita  
Nessuna gravidanza - 1  Nata in gravidanza - 2  Nata in <3 giorni e 1 anno dall'evento (solo gravidanza) - 3  Nata in <3 giorni e 1 anno dall'evento (solo gravidanza) - 4  Informazione sconosciuta - 5

4. Parte I  
Causa iniziale (SOLA patologia condizioni di partenza dal ricovero alla morte)  
1 che ha eventualmente causato \_\_\_\_\_  
 2 che ha eventualmente causato \_\_\_\_\_  
 3 che ha eventualmente causato \_\_\_\_\_  
 4 che ha eventualmente causato \_\_\_\_\_  
 5 che ha eventualmente causato \_\_\_\_\_

4. Parte II  
Altri stati morbosi rilevanti - Indicare altro morbo o condizioni morbose o lesioni escluse dalla sequenza riportata nel quarto 4. Parte I, ma che hanno contribuito al decesso.

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

**MASCHIO**  **FEMMINA**

1. Data di morte  
Numero 1 0 1 2 0 2 0 1 1 1 1 1 1 1 1 1  
 Parte 1 0 1 2 0 2 0 1 1 1 1 1 1 1 1 1  
 Stato 1 0 1 2 0 2 0 1 1 1 1 1 1 1 1 1

2. Data di nascita  
Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Sesso \_\_\_\_\_ Anno \_\_\_\_\_

3. Località di nascita  
Stesso comune di morte \_\_\_\_\_  
 Altro Comune \_\_\_\_\_ (specificare comune e provincia) \_\_\_\_\_ (comune) \_\_\_\_\_ (prov.) \_\_\_\_\_  
 Stato Estero \_\_\_\_\_ (specificare stato estero) \_\_\_\_\_

4. Età compiuta  
Anni \_\_\_\_\_ (specificare stato estero) \_\_\_\_\_

5. Stato civile  
Collezionista \_\_\_\_\_  
 Vedovo/a \_\_\_\_\_  
 Divorziato o già coniugato \_\_\_\_\_  
 Separato legalmente \_\_\_\_\_  
 Area di nascita del coniuge superstite \_\_\_\_\_  
 Area di matrimonio \_\_\_\_\_  
Per gli coniugi si indica la provincia che ha causato la separazione o la dissoluzione

6. Residenza  
Stesso Comune di morte \_\_\_\_\_  
 Altro Comune \_\_\_\_\_ (specificare comune e provincia) \_\_\_\_\_ (comune) \_\_\_\_\_ (prov.) \_\_\_\_\_  
 Stato Estero \_\_\_\_\_ (specificare stato estero) \_\_\_\_\_

7. Grado di istruzione  
Licenza \_\_\_\_\_  
 Diploma universitari o laurea triennale \_\_\_\_\_  
 Diploma di scuola media superiore \_\_\_\_\_  
 Licenza di scuola media inferiore \_\_\_\_\_  
 Laurea specialistica o master (bilo) \_\_\_\_\_

8. Posizione nella professione  
Per lavoratori autonomi  
 Proprietario/imprenditore o libero professionista \_\_\_\_\_  
 Lavoratore autonomo in proprio o collaboratore \_\_\_\_\_  
 Altro \_\_\_\_\_  
 Per lavoratori/contrattisti dipendenti  
 Dirigente o dirigente \_\_\_\_\_  
 Funzionario o impiegato \_\_\_\_\_  
 Operai e assistenti \_\_\_\_\_  
 Altro (specificare, per es. domestico, ecc.) \_\_\_\_\_

9. Condizione professionale o non professionale  
Occupativo \_\_\_\_\_  
 Disoccupato \_\_\_\_\_  
 In cerca di prima occupazione \_\_\_\_\_  
 Ritirato dal lavoro \_\_\_\_\_  
 Casalingo \_\_\_\_\_  
 Studente \_\_\_\_\_  
 Inattivo al lavoro \_\_\_\_\_  
 Altro (comprensivo servizio di leva o servizio civile) \_\_\_\_\_

10. Posizione nella professione  
Per lavoratori autonomi  
 Proprietario/imprenditore o libero professionista \_\_\_\_\_  
 Lavoratore autonomo in proprio o collaboratore \_\_\_\_\_  
 Altro \_\_\_\_\_  
 Per lavoratori/contrattisti dipendenti  
 Dirigente o dirigente \_\_\_\_\_  
 Funzionario o impiegato \_\_\_\_\_  
 Operai e assistenti \_\_\_\_\_  
 Altro (specificare, per es. domestico, ecc.) \_\_\_\_\_

11. Rango di attività economica  
Per attività economiche in proprio  
 Industria \_\_\_\_\_  
 Commercio, pubblici servizi, albergo \_\_\_\_\_  
 Pubblica amministrazione o servizio pubblico \_\_\_\_\_  
 Altri servizi privati \_\_\_\_\_

12. Cittadinanza  
Italiana \_\_\_\_\_  
 Per nascita \_\_\_\_\_  
 Acquisita \_\_\_\_\_  
 Straniera \_\_\_\_\_  
 Non censuaria \_\_\_\_\_ (specificare stato estero) \_\_\_\_\_

2. Sequenza di condizioni morbose, lesioni o avvenimenti che ha condotto direttamente a morte - In presenza di più sequenze scegliere la più rilevante

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

4. Parte I  
Causa iniziale (SOLA patologia condizioni di partenza dal ricovero alla morte)  
1 che ha eventualmente causato \_\_\_\_\_  
 2 che ha eventualmente causato \_\_\_\_\_  
 3 che ha eventualmente causato \_\_\_\_\_  
 4 che ha eventualmente causato \_\_\_\_\_  
 5 che ha eventualmente causato \_\_\_\_\_

4. Parte II  
Altri stati morbosi rilevanti - Indicare altro morbo o condizioni morbose o lesioni escluse dalla sequenza riportata nel quarto 4. Parte I, ma che hanno contribuito al decesso.

5. Circolessione che ha dato origine alle lesioni indicate nel quarto 4. Parte I (se causata da azioni a priori, precipitante, localita, ecc.)

6. Modalità del traumatismo/avvenimento  
 Accidentale (includi include da trasporto) 1  Suicidio 2  Omicidio 3

7. In caso di incidente da trasporto specificare anche  
 7.1 Mezzo di trasporto della vittima al momento dell'incidento (se possibile scrivere "a piedi")  
 7.2 Ruolo della vittima  
 Pedone \_\_\_\_\_  
 Passeggero \_\_\_\_\_  
 Persona intera nel sedile o nella scuderia del veicolo \_\_\_\_\_  
 7.3 Tipo di incidente (se investimento, scoppio, ribaltamento, ecc.) \_\_\_\_\_  
 7.4 In caso di scontro indicare oggetto (se: altro, macchinaria, natura, ecc.)  
In caso di investimento indicare il veicolo coinvolto (se: treno, autobus, trattore, ecc.)

8. Data dell'accidente, informante, suicidio, omicidio  
 Casa \_\_\_\_\_  
 Via \_\_\_\_\_  
 Stato e via \_\_\_\_\_  
 Luogo dedicato ad attività sportiva \_\_\_\_\_  
 Area industriale e di costruzione \_\_\_\_\_  
 Azienda agricola \_\_\_\_\_  
 Altri luoghi (specificare) \_\_\_\_\_

9. Luogo dell'incidente, informante, suicidio, omicidio  
 Casa \_\_\_\_\_  
 Via \_\_\_\_\_  
 Stato e via \_\_\_\_\_  
 Luogo dedicato ad attività sportiva \_\_\_\_\_  
 Area industriale e di costruzione \_\_\_\_\_  
 Azienda agricola \_\_\_\_\_  
 Altri luoghi (specificare) \_\_\_\_\_

10. MMSO o PLS  
 Necroscopo \_\_\_\_\_  
 Medico ospedaliero \_\_\_\_\_  
 Medico legale \_\_\_\_\_  
 Altro medico \_\_\_\_\_

11. Timbro (Inviare anche la copia per le ASL)

12. Firma e recapiti dell'Ufficiale dello Stato Civile  
 Firma \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DELLA PARTE "A", RELATIVA ALLE CAUSE DI MORTE, NELLE SCHEDE DI MORTE OLTRE IL 1° ANNO DI VITA (MOD. ISTAT D.4 - EDIZIONE 2012).

L'ACCRUEZZA NEL FORMARE INFORMAZIONI SULLE CAUSE DI MORTE È IMPORTANTE PER LA CORRETTA IMPUGNAZIONE DI PROGRAMMI SANITARI A MEDICINICO TURBINE FINALIZZATI AL MIGLIORAMENTO DELLA SALUTE PUBBLICA. LE INFORMAZIONI SULLE CAUSE DI MORTE DEVONO SUPPLEMENTARE LA LOGICA OPINIONE MEDICA VOSI-

Il compilatore è stampeggiabile LEGGIBILE con inchiostrico nero. Il campo è limitato alla compilazione della parte "A", delle schede di morte. Egli deve indicare il cognome, nome, sesso (facoltativo), poiché dal 2011 non ci sono più le schede di colore celeste per i maschi e rosa per le femmine), età completa, il luogo del decesso (questo 1), se è stato richiesto un ricon-

condo di compilare il questionario 7 relativo allo stato di gravidanza entro 36 settimane al momento della compilazione della scheda di morte.

COME RIPORTARE LE CAUSE DI MORTE? Riportare negli appositi spazi ogni lesione, malattia o stato morboso che abbia avuto rilevanza nel contribuire al decesso dell'individuo. Una condizione può essere riportata anche se non è stata diagnosticata in vita. Per ogni lesione o malattia riportata, indicare il suo tipo e la sua sede anatomico-funzionale. Le cause di morte, al di fuori di quelle di natura traumatica, vanno sempre riportate negli appositi spazi (tempi intercorrenza tra l'insorgenza di ciascuna causa indicata e la morte, in anni, giorni, mesi, gg/mm/aa). In questo spazio non va assolutamente riportata la data di insorgenza della patologia. Indicare anche se l'informazione è approssimativa, NON LASCIARE IN BIANCO.

Il questionario 4 deve in tutti i casi essere compilato. Nella parte I va identificata e riportata una sola sequenza di condizioni morbose, lesioni o avvelenamenti o traumatiche, 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 completa se è rispettata la causalità tra le condizioni riportate (e le durate sono quindi della più vicina alla più recente). Non è necessario compilare tutte le righe da 1 a 4. Nel caso, ritirati, di

La riga 1: riportare la cosiddetta CAUSA INIZIALE, ovvero la sola patologia o lesione o traumatismo individuata come quella che ha dato origine alla sequenza di patologie o lesioni o traumatiche che ha portato alla morte.

La riga 2, 3 e 4: riportare, se presenti, le cosiddette CAUSE INTERMEDIE o complicazioni della malattia indicata alla riga 1. Ripetere la corretta sequenza causale e temporale e riportare nell'ultima riga utilizzata la cosiddetta CAUSA TERMINALE. Per cause terminali si intende la condizione morbosa che ha condotto direttamente alla morte. Le cause intermedie possono essere riportate in qualsiasi numero di righe, ma non oltre le quattro. Le cause terminali possono essere riportate in un solo campo di compilazione (questo 2) e la informazione circa la provincia, il Comune, il luogo e la ASL, dove è avvenuto il decesso. Nel caso di richiesta di un secondo di compilare il questionario 7 relativo allo stato di gravidanza entro 36 settimane al momento della compilazione della scheda di morte.

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

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

Possono essere indicate fino a tre malattie o traumatismi con le rispettive durate tra l'insorgenza ed il decesso. La finalità del questionario 4 parte II è quella di fornire ulteriori informazioni sul quadro morboso dell'individuo 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 QUESTIONI DA 5 A 9. Il questionario 5 deve essere compilato in tutti i casi di morte da trauma o avvelenamento. Il questionario 6 deve essere compilato in tutti i casi di morte da trauma o avvelenamento. Il questionario 7 deve essere compilato in tutti i casi di morte da trauma o avvelenamento.

Il questionario 8 deve essere compilato in tutti i casi di morte da trauma o avvelenamento. Il questionario 9 deve essere compilato in tutti i casi di morte da trauma o avvelenamento.

Il questionario 10 deve essere compilato in tutti i casi di morte da trauma o avvelenamento. Il questionario 11 deve essere compilato in tutti i casi di morte da trauma o avvelenamento.

Il questionario 12 deve essere compilato in tutti i casi di morte da trauma o avvelenamento. Il questionario 13 deve essere compilato in tutti i casi di morte da trauma o avvelenamento.

Il questionario 14 deve essere compilato in tutti i casi di morte da trauma o avvelenamento. Il questionario 15 deve essere compilato in tutti i casi di morte da trauma o avvelenamento.

Il questionario 16 deve essere compilato in tutti i casi di morte da trauma o avvelenamento. Il questionario 17 deve essere compilato in tutti i casi di morte da trauma o avvelenamento.

Il questionario 18 deve essere compilato in tutti i casi di morte da trauma o avvelenamento. Il questionario 19 deve essere compilato in tutti i casi di morte da trauma o avvelenamento.

Il questionario 20 deve essere compilato in tutti i casi di morte da trauma o avvelenamento. Il questionario 21 deve essere compilato in tutti i casi di morte da trauma o avvelenamento.

Il questionario 22 deve essere compilato in tutti i casi di morte da trauma o avvelenamento. Il questionario 23 deve essere compilato in tutti i casi di morte da trauma o avvelenamento.

Il questionario 24 deve essere compilato in tutti i casi di morte da trauma o avvelenamento. Il questionario 25 deve essere compilato in tutti i casi di morte da trauma o avvelenamento.

Il questionario 26 deve essere compilato in tutti i casi di morte da trauma o avvelenamento. Il questionario 27 deve essere compilato in tutti i casi di morte da trauma o avvelenamento.

Il questionario 28 deve essere compilato in tutti i casi di morte da trauma o avvelenamento. Il questionario 29 deve essere compilato in tutti i casi di morte da trauma o avvelenamento.

Il questionario 30 deve essere compilato in tutti i casi di morte da trauma o avvelenamento. Il questionario 31 deve essere compilato in tutti i casi di morte da trauma o avvelenamento.

Il questionario 32 deve essere compilato in tutti i casi di morte da trauma o avvelenamento. Il questionario 33 deve essere compilato in tutti i casi di morte da trauma o avvelenamento.

Table with 4 columns: EUROPA (Austria, Belgio, Bulgaria, Cechia, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Lituania, Lussemburgo, Malta, Paesi Bassi, Portogallo, Regno Unito, Repubblica Ceca, Slovenia, Spagna, Svezia, Ungheria), Altri paesi europei (Austria, Belgio, Bulgaria, Cechia, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Lituania, Lussemburgo, Malta, Paesi Bassi, Portogallo, Regno Unito, Repubblica Ceca, Slovenia, Spagna, Svezia, Ungheria), Asia (Austria, Belgio, Bulgaria, Cechia, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Lituania, Lussemburgo, Malta, Paesi Bassi, Portogallo, Regno Unito, Repubblica Ceca, Slovenia, Spagna, Svezia, Ungheria), Oceania (Austria, Belgio, Bulgaria, Cechia, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Lituania, Lussemburgo, Malta, Paesi Bassi, Portogallo, Regno Unito, Repubblica Ceca, Slovenia, Spagna, Svezia, Ungheria), APOLUE (Austria, Belgio, Bulgaria, Cechia, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Lituania, Lussemburgo, Malta, Paesi Bassi, Portogallo, Regno Unito, Repubblica Ceca, Slovenia, Spagna, Svezia, Ungheria).

INFORMATIVA INDAGINE CAUSE DI MORTE, TUTELA DELLA RISERATEZZA E DIRITTI DEGLI INTERESSATI. SEGRETO STATISTICO, OBBLIGO DI RISERVATEZZA, TUTELA DELLA RISERATEZZA E DIRITTI DEGLI INTERESSATI. Il medico che accerta il decesso, ai sensi del R.D. 1269/1934 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 in collaborazione con l'Istituto Nazionale di Statistica. La scheda di morte ha esclusivamente finalità sanitaria, epidemiologica e statistica. Al sensi dell'art. 1, comma 7 del D.P.R. 285/1990, copia della scheda di morte deve essere inviata, entro trenta giorni, ad ogni Comune ove è avvenuto il decesso alla unità sanitaria locale nel cui territorio detto comune è ricompreso.

Il compilatore deve indicare il cognome, nome, sesso (facoltativo), poiché dal 2011 non ci sono più le schede di colore celeste per i maschi e rosa per le femmine), età completa, il luogo del decesso (questo 1), se è stato richiesto un ricon-

condo di compilare il questionario 7 relativo allo stato di gravidanza entro 36 settimane al momento della compilazione della scheda di morte.

COME RIPORTARE LE CAUSE DI MORTE? Riportare negli appositi spazi ogni lesione, malattia o stato morboso che abbia avuto rilevanza nel contribuire al decesso dell'individuo. Una condizione può essere riportata anche se non è stata diagnosticata in vita. Per ogni lesione o malattia riportata, indicare il suo tipo e la sua sede anatomico-funzionale. Le cause di morte, al di fuori di quelle di natura traumatica, vanno sempre riportate negli appositi spazi (tempi intercorrenza tra l'insorgenza di ciascuna causa indicata e la morte, in anni, giorni, mesi, gg/mm/aa). In questo spazio non va assolutamente riportata la data di insorgenza della patologia. Indicare anche se l'informazione è approssimativa, NON LASCIARE IN BIANCO.

Il questionario 4 deve in tutti i casi essere compilato. Nella parte I va identificata e riportata una sola sequenza di condizioni morbose, lesioni o avvelenamenti o traumatiche, 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 completa se è rispettata la causalità tra le condizioni riportate (e le durate sono quindi della più vicina alla più recente). Non è necessario compilare tutte le righe da 1 a 4. Nel caso, ritirati, di



Nome ..... Cognome .....

Data di nascita ..... Paternità .....

Servizio di .....

Decaduto il ..... h, .....

Mod. M119 - Officine Grafiche della Sardegna S.r.l. - (CA)



AO Brotzu

**DIREZIONE MEDICA**  
**P.O. Businco**

---

**MODULO RICEZIONE SALMA – (All. 4)**

Cagliari, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Reparto \_\_\_\_\_

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

RESIDENTE \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_

DECEDUTO IL \_\_\_\_\_ ORE \_\_\_\_\_

INGRESSO IN CAMERA MORTUARIA IL \_\_\_\_\_ ORE \_\_\_\_\_

POSIZIONATA NELLA BARA IL \_\_\_\_\_ ORE \_\_\_\_\_

CHIUSA IL \_\_\_\_\_ ORE \_\_\_\_\_

USCITA IL \_\_\_\_\_ ORE \_\_\_\_\_

AGENZIA INCARICATA AL TRASPORTO \_\_\_\_\_

DOCUMENTAZIONE RITIRATA DA \_\_\_\_\_

FIRMA PER CONFERMA (Agenzia) \_\_\_\_\_

IL NECROFORO DI TURNO \_\_\_\_\_

L'AGENZIA È STATA INCARICATA SOTTO ESPRESSA E INCONDIZIONATA SCELTA DEI FAMILIARI

LA SALMA È DESTINATA ALLA CREMAZIONE secondo disposizione del defunto ovvero, in assenza,

volontà del coniuge, anche se separato o, in difetto, il parente più prossimo SI NO

FIRMA PER CONFERMA (Familiare) \_\_\_\_\_

**NOTE:** l'incassamento della salma sopra indicata proveniente dall'Hospice prima delle 24 ore è autorizzato dal medico dell'igiene pubblica.

---

**Sistema Sanitario Regione Sardegna**  
Azienda Ospedaliera G. Brotzu  
P.le Ricchi, 1 - 09134 - Cagliari  
P.iva: 02315520920

**Direzione Medica**  
tel. 070 52965365-5370  
fax 070 521350  
mail: dirsan.businco@aob.it

**Ospedale A. Businco**  
Via Jenner  
09134 - Cagliari  
www.aobrotzu.it



AO Brotzu

**DIREZIONE MEDICA  
P.O. Businco**

**PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO ANAGRAFE**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Paternità \_\_\_\_\_ Maternità \_\_\_\_\_  
Luogo di nascita \_\_\_\_\_ (Atto n° \_\_\_\_\_)  
Professione \_\_\_\_\_ Stato civile \_\_\_\_\_  
Residente in \_\_\_\_\_  
L'impiegato \_\_\_\_\_

Al Sig. Sindaco del Comune di Cagliari

**CERTIFICATO NECROSCOPICO DI ACCERTAMENTO DI MORTE – (All. 5)**

(D.P.R. 10 settembre 1990, n. 285 art 4 comma 4)

Il sottoscritto Dr. \_\_\_\_\_ medico necroscopo incaricato  
certifico di aver accertato la morte del/la Sig/ra \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ di professione \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Vista la documentazione sanitaria e la dichiarazione o avviso di morte redatta dal  
Dott/ssa \_\_\_\_\_ la morte è collocabile alle ore \_\_\_\_\_  
del giorno \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_ .

Si esclude ogni sospetto che la morte sia dovuta a reato Si No (compilare in caso di cremazione)

Per quanto sopra dispongo che il periodo di osservazione sia di ore \_\_\_\_\_ dal momento della morte.

Note \_\_\_\_\_

Cagliari , \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

Il medico necroscopo

\_\_\_\_\_  
(firma e timbro)

Le informazioni contenute nella presente documento e i relativi allegati sono di natura privata e pertanto riservate esclusivamente ai destinatari in indirizzo. La diffusione, distribuzione e/o la copiatura è proibita, sia ai sensi dell'art. 616 c.p., sia ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e smi. Se avete ricevuto questo documento per errore, vi invitiamo a distruggerlo e di darne immediata comunicazione ai recapiti in calce.

**Sistema Sanitario Regione Sardegna**  
Azienda Ospedaliera G. Brotzu  
P.le Ricchi, 1 - 09134 - Cagliari  
P.iva: 02315520920

**Direzione Medica**  
tel. 070 52965365-5370  
fax 070 521350  
mail: dirsan.businco@aob.it

**Ospedale A. Businco**  
Via Jenner  
09134 - Cagliari  
www.aobrotzu.it





AO Brotzu

**DIREZIONE-MEDICA  
P.O. Businco**

TIMBRO Unità Operativa

n° prot.

data

**Al Direttore della SC  
Anatomia Patologica**

**e.p.c. Al Direttore Medico  
Ospedale A. Businco**

**Oggetto:** Richiesta RICONTRIO DIAGNOSTICO (Art. 37 D.P.R. n° 285 del 10/09/90) – (All. 7)

Si richiede il riscontro diagnostico sulla salma di \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Ricoverato il \_\_\_\_\_ presso il reparto di \_\_\_\_\_

Cartella clinica n° \_\_\_\_\_

Deceduto il \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

Diagnosi all'ingresso \_\_\_\_\_

Diagnosi clinica di morte \_\_\_\_\_

Dati anamnestici – decorso clinico della malattia \_\_\_\_\_

Implicazioni medico- legali \_\_\_\_\_

Ricoveri precedenti \_\_\_\_\_

Interventi chirurgici \_\_\_\_\_

Esami cito – istologici precedenti \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ N° biopsie \_\_\_\_\_ Sede \_\_\_\_\_

Si allega informativa sull'effettuazione del riscontro diagnostico firmata da avente diritto.

Cagliari, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Il Direttore di U.O.

\_\_\_\_\_  
(timbro e firma)

**Sistema Sanitario Regione Sardegna**  
Azienda Ospedaliera G. Brotzu  
P.le Ricchi, 1 - 09134 - Cagliari  
P.iva: 02315520920

**Direzione Medica**  
tel. 070 52965365-5370  
fax 070 521350  
mail: dirsan.businco@aob.it

**Ospedale A. Businco**  
Via Jenner  
09134 - Cagliari  
www.aobrotzu.it





AO Brotzu

**DIREZIONE MEDICA**  
**P.O. Businco**

---

**INFORMATIVA SULL'EFFETTUAZIONE DEL RISCONTRO DIAGNOSTICO – (All. 8)**

(LEGGE 8 marzo 2017, n. 24 art.4 comma 2bis)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di:

familiare (specificare) \_\_\_\_\_

altro soggetto avente titolo (specificare) \_\_\_\_\_

del defunto Sig./la Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

Dichiaro di essere stato informato dal Dott. \_\_\_\_\_ dell'avvenuta richiesta di effettuazione di riscontro diagnostico e della possibilità di disporre la presenza di un medico di fiducia nel corso dell'esecuzione del riscontro.

Cagliari, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma (leggibile)

\_\_\_\_\_



AO Brotzu

**DIREZIONE MEDICA  
P.O. Businco**

Prot. n

data

**TRASPORTO SALMA – (All. 9)**  
(ai sensi della Det. 689 del 25/05/2019)

Spett.le Agenzia  
Agostino Meloni s.r.l.  
e-mail: agenziamelonisrl@tiscali.it  
tel: 070 487397  
fax: 070487430

Oggetto: Richiesta trasporto salma da Ospedale Oncologico Businco ad altro ospedale

Si chiede il trasporto presso l' Ospedale \_\_\_\_\_, per l'esecuzione del  
riscontro diagnostico, della salma del Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_, nato/a  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, deceduto il  
\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.

Il trasporto della salma è prevista per le ore \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.

Gli oneri saranno a carico di questa Amministrazione secondo quanto previsto dalla Determina a firma  
del Dirigente della SC Acquisti Beni e Servizi n 689 del 25/05/2019.

Distinti saluti

Il Direttore Medico  
Dr.ssa Maria Teresa Addis

---

Le informazioni contenute nella presente documento e i relativi allegati sono di natura privata e pertanto riservate  
esclusivamente ai destinatari in indirizzo. La diffusione, distribuzione e/o la copiatura è proibita, sia ai sensi dell'art. 616 c.p.,  
sia ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e smi. Se avete ricevuto questo documento per errore, vi invitiamo a distruggerlo e di darne  
immediata comunicazione ai recapiti in calce.

**Sistema Sanitario Regione Sardegna**  
Azienda Ospedaliera G. Brotzu  
P.le Ricchi, 1 - 09134 - Cagliari  
Piva: 02315520920

**Direzione Medica**  
tel. 070 52965365-5370  
fax 070 521350  
mail: dirsan.businco@aob.it

**Ospedale A. Businco**  
Via Jenner  
09134 - Cagliari  
www.aobrotzu.it



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

All.10

**ALLEGATO A**

**Modulo per certificazione medica per il trasporto salma durante il periodo di osservazione  
art. 11, c.2, L.R. n. 32/2018**

All'Ufficiale di Stato Civile del Comune di \_\_\_\_\_ (ove è avvenuto il decesso)  
All'Ufficiale di Stato Civile del Comune di \_\_\_\_\_ (di destinazione della salma)  
All'ATS \_\_\_\_\_

Il sottoscritto Dott./Dott.ssa (1) \_\_\_\_\_  
 medico curante       medico dipendente dell'ATS       medico convenzionato con l'ATS

**DICHIARA CHE**

il Sig./la Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
cittadinanza \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
stato civile \_\_\_\_\_ coniugato/a con \_\_\_\_\_ identificato con \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**E' DECEDUTO/A** il giorno \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
**E' ESCLUSO** il sospetto che la morte sia dovuta a reato.

**LA SALMA PUÒ ESSERE TRASPORTATA** senza pregiudizio per la salute pubblica.

Il trasporto, come da richiesta dei familiari acquisita agli atti, sarà effettuato ai sensi dell'art. 10, c. 4, e dell'art. 11, c.1, della L.R. 32/2018, presso:

- Domicilio del defunto in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_
- Obitorio sito in via \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_
- Servizio mortuario della Struttura Ospedaliera \_\_\_\_\_ sita in via \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_
- Casa funeraria sita in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_ **Il Medico** \_\_\_\_\_

Il sottoscritto (2) \_\_\_\_\_ nella sua qualità di **titolare/responsabile della conduzione dell'Impresa funebre** \_\_\_\_\_ con sede a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ presentazione SCIA n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ presso il Comune di \_\_\_\_\_, vista la richiesta di trasferimento della salma sopra indicata, effettuata dal Sig./dalla Sig.ra \_\_\_\_\_, in qualità di avente titolo (*specificare*) \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

- che il trasporto avverrà in data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ a mezzo di autofunebre targata \_\_\_\_\_ condotta da \_\_\_\_\_
  - che il trasporto della salma del/la defunto/a suddetto/a è effettuato conformemente alle prescrizioni previste dagli artt. 10 e 11 della L.R. n. 32/2018 con la salma riposta in contenitore impermeabile non sigillato, in condizioni che non ostacolino eventuali manifestazioni di vita e che comunque non siano di pregiudizio per la salute pubblica
- \_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_ **L'operatore funebre addetto al trasporto** \_\_\_\_\_ **Il dichiarante** \_\_\_\_\_

Il sottoscritto (3) \_\_\_\_\_ nella sua qualità di \_\_\_\_\_ della struttura \_\_\_\_\_ sita in \_\_\_\_\_ dichiara di ricevere la salma sopraindicata il giorno \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

**L'operatore funebre addetto al trasporto** \_\_\_\_\_ **Il dichiarante** \_\_\_\_\_

**Note per la compilazione**

1. Il modulo va compilato a cura del medico curante o del medico, dipendente o convenzionato con il servizio sanitario regionale, intervenuto in occasione del decesso.
2. L'impresa funebre che esegue il trasporto deve inviare tempestivamente il modulo, a mezzo email o pec, al Comune ove è avvenuto il decesso, al Comune di destinazione della salma e alle articolazioni territorialmente competenti dell'ATS.
3. Da compilarsi a cura del responsabile della struttura di ricezione della salma.



---

**Avviso a Pazienti, Accompagnatori e Visitatori sui comportamenti da seguire per prevenire e contenere la diffusione del “nuovo” Coronavirus (Covid-19)**

**Regolamentazione accesso sala dolenti e camere mortuarie**

- Si fa divieto di accedere all'interno della struttura (sala dolenti e camere mortuarie) a tutti coloro che:
    - presentano febbre, sintomatologia respiratoria (tosse, dispnea, mal di gola, starnuti...) o, comunque, sintomi indicativi di malattia Covid-19;
    - sono stati nei 14 giorni precedenti a contatto con casi sospetti o accertati di Covid-19, oppure
    - sono rientrati in regione Sardegna nei 14 giorni precedenti.
  - L'accesso è consentito alla struttura (sala dolenti e camere mortuarie) uno alla volta per ciascuna salma, limitatamente ai familiari più stretti, previo posizionamento della mascherina chirurgica;
  - si raccomanda di lavarsi le mani con acqua e sapone o con soluzione a base alcolica all'ingresso e all'uscita dalla struttura;
  - si raccomanda di evitare di toccare la salma, maniglie, interruttori e arredi;
- 
- si raccomanda altresì di mantenere sempre la distanza minima di almeno un metro tra l'uno e l'altro anche all'esterno della struttura, evitare di stringere mani, abbracciare e baciare, non toccarsi occhi, naso e bocca con le mani e coprire bocca e naso con fazzoletti monouso quando starnutisci o tossisci, se non hai un fazzoletto usa la piega del gomito. Appena possibile, lavati le mani!;
  - per tutte le informazioni ulteriori, visita il sito istituzionale del Ministero, quello della Regione Sardegna, quello dell'Azienda "Brotzu" oppure contatta i numeri di informazione e segnalazione regionale (800 311 377) o nazionale (1500).

Ci scusiamo per i disagi causati dalle misure igieniche indicate sopra, resisi necessarie per prevenire e contenere il contagio e per salvaguardare la vostra salute, quella dei vostri cari oltre che degli operatori sanitari.

Ringraziamo ancora per la cortese collaborazione.

*Cagliari, revisione del 16 aprile 2020*

Direttore Medico di Presidio  
Dott.ssa Maria Teresa Addis

F. Argiolas  
P. Mundula