

Manuale di gestione e codifica delle cause di morte

Manuale di gestione e codifica delle cause di morte

Questo volume è frutto del lavoro dei Responsabili dei Registri di mortalità istituiti presso i Dipartimenti di sanità pubblica delle Aziende USL della Regione Emilia-Romagna.

Hanno collaborato:

Daniele Agostini	Azienda USL Città di Bologna
Nicoletta Bertozzi	Azienda USL di Cesena
Barbara Bondi	Azienda USL di Cesena
Bianca Maria Borrini	Azienda USL di Parma
Morena Cantarelli	Azienda USL di Forlì
Mariateresa Cassinadri	Azienda USL di Reggio Emilia
Pierluigi Cesari	Azienda USL di Rimini
Alessandra Danielli	Azienda USL Città di Bologna
Giovanna Domeniconi	Azienda USL Bologna Sud
Brunella Fiori	Azienda USL di Modena
Gisella Garaffoni	Regione Emilia-Romagna
Laura Gardenghi	Azienda USL di Parma
Barbara Giuliani	Azienda USL Bologna Nord
Carlo Alberto Goldoni	Azienda USL di Modena coordinatore regionale dei Registri di mortalità
Cristina Marchesi	Azienda USL di Reggio Emilia
Andrea Pizzoli	Azienda USL di Imola
Giuliano Rigoni	Azienda USL di Piacenza
Giannalberta Savelli	Azienda USL di Ravenna
Carlo Turatti	Azienda USL di Ferrara
Pier Carlo Vercellino	Azienda sanitaria locale 12 di Biella
Bruna Veronesi	Azienda USL di Rimini
Daniela Zoni	Azienda USL Bologna Nord
Federica Sarti	Centro di documentazione per la salute

Si ringraziano Giorgio Luppi della Regione Emilia-Romagna per il costante impegno nell'evidenziare e approfondire i problemi connessi con lo studio della mortalità e per lo stimolo a monitorare e migliorare progressivamente la qualità della codifica, e Giuseppe Feola dell'ISTAT per i preziosi consigli tecnici e l'assistenza fornita in occasione di diverse iniziative sulla codifica.

Redazione e impaginazione a cura di: *Federica Sarti*

Centro di documentazione per la salute, Aziende USL Città di Bologna e Ravenna

Stampa: *Ravenna, agosto 2000*

Copia del volume può essere richiesta a:

CDS – Centro di documentazione per la salute - via Gramsci 12, 40121 Bologna
tel. 051/6079933 - fax 051/251915 - e-mail: cdosal@iperbole.bologna.it

oppure può essere scaricata dal sito Internet:

<http://www.regione.emilia-romagna.it/cds/dossier>

INDICE

Presentazione	pag.	<i>v</i>
Introduzione	“	1
Dalla morte al Registro delle cause di morte. Aspetti normativi	“	5
Potenzialità e limiti dei dati di mortalità	“	9
Qualità dell’informazione della scheda ISTAT	“	13
La gestione del Registro di mortalità aziendale	“	17
Il Registro delle cause di morte. Riservatezza e accesso	“	27
La codifica delle cause di morte. Introduzione	“	41
La regola generale di codifica e le regole di scelta della causa iniziale	“	45
Le regole di modifica della causa iniziale	“	51
Gli indici	“	65
Tumori	“	71
Traumatismi e avvelenamenti	“	77
Il manuale ACME	“	81
Esempi di codifica	“	99
Esercitazioni	“	109
Appendice 1. Elenco dei responsabili dei Registri di mortalità delle Aziende USL della Regione Emilia-Romagna	“	115
Appendice 2. Regolamento del Registro di mortalità dell’Azienda USL di Modena	“	117
Appendice 3. Fascicolo ISTAT a cura di Giuseppe Feola - maggio 1994	“	123

PRESENTAZIONE

I Servizi di prevenzione trattano un capitale di dati importanti per descrivere le loro attività e il contesto epidemiologico, sociale ed ambientale in cui operano.

In particolare, i dati di mortalità sono tra i più tempestivi e completi, e possono essere utili per descrivere problemi di salute, per scegliere obiettivi per l'amministrazione sanitaria, nonché per valutare il risultato degli interventi.

Certo, un uso proficuo delle informazioni disponibili per i fini di conoscenza e di programmazione esige che la qualità dei dati sia costante, elevata e omogenea in tutto l'ambito, territoriale e temporale, che si considera. In questo senso molto hanno fatto la Regione Emilia-Romagna e gli Operatori delle Aziende USL. Ultimo sforzo, per ora, questo Manuale, che mette sul tavolo di tutti gli interessati il risultato di un lavoro volto proprio a rendere più semplice e più omogenea la gestione dei Registri dei Deceduti.

Al Manuale hanno lavorato i professionisti della materia di tutte le Aziende della Regione. Sono trattati gli aspetti gestionali, quelli organizzativi, i problemi di codifica, in particolare per alcuni ambiti di patologia piuttosto difficili da trattare (tumori, traumi), gli strumenti disponibili e il loro uso. Una analisi dei problemi connessi con l'applicazione della recente legge sulla riservatezza e un allegato (redatto dal dott. Giuseppe Feola dell'ISTAT) che riporta i codici per le denominazioni non presenti sui volumi della "ICD-IX", completano adeguatamente il volume.

Questo Manuale rientra quindi a buon titolo fra gli strumenti tecnici che il Centro di documentazione per la salute, attraverso la Collana Dossier, diffonde tra gli operatori dei Servizi sanitari, in particolare in questa fase in cui si stanno avviando le prime esperienze di Piani per la salute e si sta valorizzando il ruolo dell'epidemiologia nei nuovi Dipartimenti di sanità pubblica.

Marco Biocca
Direttore del CDS

INTRODUZIONE *

La disponibilità dei dati nominativi di mortalità a livello locale ne consente un uso immediato in termini di sanità pubblica, uso che può essere reso problematico dalla scarsa confrontabilità dei dati stessi, dovuta alla loro variabilità nel tempo e nello spazio.

Uno degli aspetti principali che determinano tale variabilità è rappresentato dalla codifica, operazione che consiste nell'identificare la causa principale (iniziale) della morte e classificarla con l'adatto codice della nosografia internazionale.

Al fine quindi di favorire l'uso dei dati di mortalità in Emilia-Romagna sono stati organizzati e svolti diversi corsi per i medici codificatori, che si sono dimostrati molto utili sia per sensibilizzare gli operatori in materia, sia soprattutto per omogeneizzare la codifica. Altre iniziative (di elaborazione dati con produzione di mappe, grafici ecc., e di approfondimento - come studi analitici, rilevazione di eventi sentinella ecc.) hanno ulteriormente contribuito ad incentivare la qualità del lavoro di codifica. Inoltre, i corsi hanno affrontato il problema della rotazione degli operatori e hanno rappresentato un momento di confronto tra gli stessi. È da segnalare che vi hanno partecipato anche diversi operatori di altre Regioni.

I primi corsi sono stati tenuti con il supporto dell'ISTAT (Istituto Centrale di Statistica); successivamente il gruppo dei codificatori regionali ha raggiunto una sufficiente autonomia didattica. I corsi finora organizzati possono essere così sintetizzati:

periodo	n° corsi organizzati con l'ISTAT	partecipanti USL	operatori
ott. 1987 - feb. 1989	4	137	246

periodo	n° corsi gestiti autonomamente	partecipanti USL	operatori
feb. 1989 - apr. 1998	8	160	225

Lo scopo principale di questo volume è di costituire un utile ausilio per quanti, operatori di Aziende Sanitarie Locali, si occupano della gestione degli archivi di mortalità, e quindi necessitano o sono interessati alla codifica dei dati in loro possesso, ma anche per quanti, impegnati in studi epidemiologici, valutativi, in Registri di patologia ecc. vengono in possesso della scheda di morte dei soggetti coinvolti e

* Carlo Alberto Goldoni
Azienda USL di Modena - coordinatore regionale dei Registri di mortalità

devono provvedere alla relativa codifica. Consigliamo comunque chi voglia o debba cimentarsi nella codifica delle cause di morte, operazione che comporta un certo livello di complessità, di seguire preliminarmente un corso al riguardo, e/o di affiancarsi per un periodo ad un codificatore esperto. Infine pensiamo che da questo testo possano trarre utili indicazioni anche tutti coloro che utilizzano a vario titolo i dati di mortalità, per meglio comprendere la relazione che lega la certificazione della causa di morte alla statistica di mortalità.

Il volume è costituito principalmente dal materiale utilizzato dai docenti nei corsi organizzati dalla Regione Emilia-Romagna, adeguatamente commentato dagli stessi docenti. Esso permetterà di rinfrescare le nozioni acquisite durante il corso in modo da raggiungere l'obiettivo di una sempre più precisa e riproducibile codifica delle cause di morte.

Di seguito sono elencati alcuni testi e pubblicazioni che risultano utile o indispensabile supporto per la codifica, sia direttamente sia attraverso l'analisi della qualità dei dati di mortalità.

Materiali per la codifica

- *Classificazione delle malattie, traumatismi e cause di morte*, IX revisione, ISTAT, Roma 1975, voll. 1 e 2. Di seguito indicata come *ICD-IX ISTAT* o *ICD-IX*.
- Materiale didattico fornito dall'ISTAT (Appunti per la codifica, a cura di Giuseppe Feola, ultima versione: maggio 1994).
- *Instruction Manual ICD-IX ACME Decision Tables for Classifying Underlying Causes of Death*, U.S. Department of Health and Human Services, 1988.

Altre pubblicazioni

- *Lo studio della mortalità in Emilia-Romagna* (capitoli sulla certificazione e sulla codifica), Regione Emilia-Romagna, Bologna 1989.
- *Il certificato medico delle cause di morte*, OMS 1980. Ed. italiana CSPO, Firenze 1985 e Regione Emilia-Romagna 1989.
- *La qualità dei dati nel sistema informativo sanitario* (capitoli sul corso per medici certificatori e sulla qualità del dato di mortalità), Collana *Studi e Documentazioni* Regione Emilia-Romagna n. 61, Bologna 1992.
- *Manuale per la raccolta, codifica ed elaborazione dei dati di mortalità*, CISM, Firenze 1990.
- *La rilevazione dei dati di mortalità in Provincia di Trento*, Provincia autonoma di Trento, Trento 1996.

- Cislaghi C., "Gli indicatori di mortalità", *Epidemiologia e prevenzione*, 19-20, 1983
- Tasco C. *et al.*, *Validazione della codifica delle cause di morte nei RENCAM del Lazio*, Progetto Salute, 1988.
- Galli C. *et al.*, "L'anatomo-patologo come medico necroscopo sul territorio: bilancio di un'esperienza quadriennale", *Epidemiologia e prevenzione*, 39, 1989.
- Barchielli A. *et al.*, "Problemi di codifica delle cause di morte: confronto tra i dati di mortalità dell'ISTAT e del Registro di Mortalità Regionale della Toscana", *Epidemiologia e prevenzione*, 47, 1991.
- Relazioni e poster negli atti dei Convegni nazionali sugli studi di Mortalità, organizzati dal CISM a cadenza biennale fra il 1982 e il 1992 (tra i più recenti: Barchielli A. - Giovannetti L., "Qualità del certificato di morte e cause di morte multiple nelle classi di età avanzate"; Ciucci L., "Popolazione anziana e qualità delle statistiche: un'analisi dai dati di mortalità"; *Atti preliminari del 6° convegno - Salsomaggiore 1992*).

Considerazioni sulla qualità dei dati di mortalità sono inoltre contenute nelle pubblicazioni degli Atlanti di mortalità generali o per patologia tumorale, nonché in quelle sulla incidenza dei tumori.

DALLA MORTE AL REGISTRO DELLE CAUSE DI MORTE ASPETTI NORMATIVI *

Il decesso di ogni persona è visto dalla società come un evento di tale importanza che la sua documentazione è ampia e minuziosa e coinvolge diverse figure e più uffici. Le norme fondamentali che regolano gli aspetti informativi del decesso sono:

- il Testo Unico delle Leggi Sanitarie (art. 103) approvato con RD 27/7/1934 n. 1264 (di seguito TULLSS);
- l'Ordinamento dello Stato Civile, RD 9/7/1939 n. 1238, artt. 138 - 150 (di seguito OSC);
- il Regolamento di Polizia Mortuaria approvato con DPR 10/9/1990 n. 285 (di seguito RPM).

In questo processo il medico ha funzioni esclusive (di tipo diagnostico) o può essere coinvolto come chiunque altro.

Il primo atto che deve essere compiuto in occasione del decesso di una persona è la *dichiarazione o l'avviso di morte* (art. 138 OSC); la dichiarazione deve essere fatta

“da uno dei congiunti o da persona convivente col defunto o da un loro delegato o, in mancanza, da persona informata del decesso. Se la morte avviene fuori dell'abitazione del defunto, la dichiarazione può anche essere fatta da due persone che ne sono informate. In caso di morte in un ospedale, collegio, istituto o stabilimento qualsiasi, il direttore o chi ne è delegato dall'amministrazione deve trasmettere avviso della morte”.

Il medico che viene a conoscenza del decesso può essere chiamato a fare la dichiarazione nella sua veste di familiare, di responsabile o di persona informata; ma ha il dovere di dichiararlo anche quando abbia motivo di pensare che le persone tenute per legge ometterebbero di farlo (decesso in ambienti sociali o culturali che non danno un'adeguata sicurezza che si ottemperi alla norma). La dichiarazione di morte non ha il significato della *denuncia* secondo la definizione *medico-legale*, essendo un atto che compete a qualunque persona. Inoltre, il valore giuridico della dichiarazione di morte è minimo, giacché il Sindaco (o l'Ufficiale di Stato Civile) che la riceve non attiva alcun atto prima di richiedere un accertamento della verità della morte (*accertamento*

* Daniele Agostini
responsabile del Registro di mortalità dell'Azienda USL Città di Bologna

necroscopico, trattato successivamente) che può avvenire, salvo eccezioni particolari previste dalla norma, solo dopo almeno 15 ore dalla constatazione del decesso.

Al medico che ha prestato assistenza al deceduto compete la *denuncia della causa di morte* che va fatta al Sindaco entro 24 ore dalla constatazione del decesso (art. 103 TULLSS; art. 1, c. 6 RPM). Il certificato, redatto su apposito modello dell'ISTAT, è chiamato comunemente *scheda ISTAT* o *scheda di morte*. Il Comune trasmetterà poi la scheda all'USL.

Il secondo comma prescrive la comunicazione dal Comune all'USL dei decessi per malattia infettiva; ciò comporta che il certificatore annoti la condizione sulla scheda di morte. Il Comune deve conoscere solo *se si tratti di malattia infettiva*, per dare corso alla *informazione immediata all'USL*. Va detto che, mentre la causa di morte deve essere esplicitamente dichiarata nei termini nosografici più precisi possibili, la malattia infettiva deve essere citata in forma generica, nel rispetto della riservatezza su dati personali sensibili, che riguardano una persona non ancora giuridicamente definita morta. Visto l'orientamento recente del Legislatore (leggi Bassanini, leggi sul trattamento dei dati personali) non è da escludere che presto la causa di morte non sia più leggibile per l'Ufficiale di Stato Civile: ciò richiede a maggior ragione l'annotazione separata e generica della condizione di "deceduto per malattia infettiva". La morte per malattia infettiva deve essere comunicata al Sindaco anche al fine di ridurre, se richiesto, la durata del *periodo di osservazione* (art. 10 RPM), di disporre il trattamento della salma e di dettare le condizioni per le estreme onoranze (art. 18) e per il trasporto (art. 25). L'elenco delle malattie infettive che dovrebbe essere pubblicato a questo scopo dal Ministero, di fatto è rappresentato (come spiega la Circolare 24/6/1993 n. 24 del Ministero della Sanità) dall'elenco delle malattie citate nel DM 15/12/1990 ("Sistema informativo delle malattie infettive"), e più precisamente dalle malattie di classe 1^a, 2^a e 3^a. Una più accurata selezione delle diagnosi rilevanti per la comunicazione dal Sindaco all'USL sarebbe auspicabile, ma per ora non pare prossima.

Un'altra annotazione, quella relativa alla somministrazione di nuclidi radioattivi al deceduto prevista dall'art. 100 DPR 13/2/1964 n. 185 ("*Uso pacifico dell'energia nucleare*"), dopo l'abrogazione di questo non è ripresa dal successivo D.Lgs 17/3/1995 n. 230 (abrogante). Tuttavia le precauzioni degli artt. 15, 18 e 38 RPM a scanso di contaminazione ambientale devono essere applicate anche in difetto della norma richiamata.

Il *certificato necroscopico* segue all'accertamento da parte del medico necroscopo (art. 141 OSC; art. 4 RPM). Si richiama il fatto che il medico necroscopo ha "*il compito di accertare la morte*" e non altro: il certificato che redige deve contenere la dichiarazione

che il decesso dichiarato è vero, che la persona è morta, *e non altro*; la citazione della causa di morte nel certificato *non è prescritta, pertanto va evitata*. Rimane salvo l'obbligo di referto, sancito dall'art. 365 del Codice Penale, che compete non solo al medico necroscopo ma a chiunque eserciti una professione sanitaria: nei casi che possono presentare i caratteri di un delitto perseguibile d'ufficio, il Sanitario deve riferirne all'Autorità giudiziaria.

L'obbligo del medico di denunciare *"i casi che possono presentare i caratteri di un delitto ..."* non esclude l'altro obbligo, di segnalare al Magistrato i decessi per causa violenta, a prescindere dalla possibilità di riferire l'evento a causa delittuosa. L'art. 144 OSC infatti recita:

"Quando risultano segni o indizi di morte violenta o vi è ragione di sospettarla per altre circostanze, non si può seppellire il cadavere se non dopo che il Magistrato o l'Ufficiale di polizia giudiziaria, assistito da un medico, ha redatto il processo verbale sullo stato del cadavere, sulle circostanze relative alla morte ...".

È vero che la Procura preferisce non ricevere la segnalazione di casi per i quali la morte violenta non faccia comunque sospettare il delitto, tuttavia la norma con chiarezza richiede la segnalazione.

Il corpo del deceduto viene conservato per 24 ore *"in condizioni tali che non ostacolino eventuali manifestazioni di vita"* (art. 11 RPM); solo dopo le prime quindici ore è ammessa la visita necroscopica. *"Nei casi di morte improvvisa e in quelli in cui si abbiano dubbi di morte apparenti"* (art. 9 RPM) l'osservazione protratta per 48 ore richiede, anche se non è espresso nella norma, che la diagnosi di morte (accertamento necroscopico) sia redatta alla fine del periodo.

Casi particolari e situazioni di emergenza giustificano la riduzione del periodo di osservazione, previa applicazione di metodi diagnostici strumentali.

Norme speciali regolano l'accertamento della morte nel caso che si debba procedere a prelievo di parti del cadavere per trapianto terapeutico (L. 2/12/1975 n. 644 e successive modificazioni e integrazioni).

In seguito all'accertamento necroscopico l'Ufficiale di Stato Civile compila l'atto di morte e se non ci sono condizioni che richiedano l'autorizzazione del Magistrato, emette il *permesso di seppellimento*. Su questo documento vengono talvolta trascritte le cause del decesso; anche questa è una prassi scorretta e non è giustificata da motivi di

profilassi a vantaggio degli operatori addetti al feretro: infatti in presenza di una salma infettiva o radioattiva, al momento della sepoltura gli atti da assumere sono già stati assunti e la manovra di inumazione o tumulazione della salma non può comportare per gli operatori cimiteriali rischi maggiori di quelli della manipolazione di ogni altro feretro. Di più: l'attenzione nella manipolazione del feretro non deve essere minore nel caso di una causa di morte per così dire "tranquillizzante": la condizione di allarme (salma infettiva o radioattiva) potrebbe non essere nota al medico che ha denunciato la causa di morte, quindi gli operatori devono sempre adottare comportamenti compatibili con la presenza delle condizioni di maggiore rischio.

L'esumazione e l'estumulazione straordinarie (capo XVII, RPM) possono non essere autorizzate dall'Autorità sanitaria quando la morte risale a meno di due anni ed è stata causata da malattia infettiva contagiosa. A questo fine non è necessario che il permesso di seppellimento contenga diagnosi o menzione della causa di morte: infatti la richiesta di esumazione o estumulazione straordinaria viene comunque sottoposta ad una valutazione che non può ignorare questo aspetto, e l'Autorità sanitaria, tramite una semplice istruttoria, può verificare se sussistono le condizioni per concedere o negare il consenso. Anche per queste *finalità sanitarie* (art. 1, c. 9 RPM) è istituito il Registro.

Il RPM (art. 1, c. 5; artt. 39 e 45) prescrive che il risultato del riscontro diagnostico sia trasmesso dal Settore al Sindaco "*per eventuale rettifica della scheda di morte*". Si ritiene che questa funzione competa al Registro attivato presso l'USL e non al Sindaco, che non detiene la scheda e che non ha la competenza medica per confrontare le diverse diagnosi. La rettifica peraltro è comunicata all'ISTAT che la gestirà secondo i propri criteri, mentre presso il Registro la rettifica deve essere intesa come annotazione sulla scheda e non come fisica cancellazione della dichiarazione del Certificante.

La trasmissione del referto autoptico vige anche per i casi disposti dall'Autorità giudiziaria; purtroppo la prassi corrente contraddice questa norma e in questi casi la causa di morte è raramente posta a disposizione del Registro.

Il RPM (art. 1, c. 8) istituisce presso le USL il Registro contenente l'elenco dei deceduti e le relative cause di morte. I corrispondenti flussi sono descritti nei prossimi capitoli.

POTENZIALITÀ E LIMITI DEI DATI DI MORTALITÀ *

Nell'ambito della scelta di prevenzione sostenuta dalla Regione Emilia-Romagna e dal Piano Sanitario Nazionale, si inseriscono gli studi della mortalità, cioè del come e del perché ogni persona muore, affinché la morte degli Uomini consenta di trarre dal destino di ciascuno una speranza in più per la vita di tutti gli altri.

Tra gli eventi che sono considerati nella valutazione dello stato di salute della popolazione, la morte e gli indicatori connessi sono particolarmente chiari e non equivoci, se sono rappresentati correttamente. Le statistiche di mortalità si prestano sia per la descrizione di situazioni sia per la verifica di ipotesi eziologiche.

Per questo gli indicatori di mortalità sono proposti per un uso più esteso in quel processo di decisione su come il futuro deve differire dal presente, che è la programmazione.

La fonte dei dati di mortalità è il certificato delle cause di morte, o *scheda ISTAT*, che raccoglie i dati anagrafici del deceduto e i dati clinici relativi agli eventi e ai processi che l'hanno portato a morte.

La certificazione della causa di morte è regolata da norme che ne indicano il contenuto e ne sanciscono l'obbligatorietà; la certificazione della causa non può essere omessa perché gli Uffici di Stato Civile dei Comuni la esigono per dar corso agli atti conseguenti sul deceduto: il permesso di seppellimento non viene rilasciato in mancanza della scheda ISTAT.

Il Regolamento di Polizia Mortuaria (art. 1, c. 9) definisce la funzione della scheda ISTAT: "Le schede di morte hanno esclusivamente finalità sanitarie, epidemiologiche e statistiche". Ciò sottrae la scheda alle manipolazioni che potrebbero verificarsi qualora alla scheda fossero attribuite finalità assistenziali, previdenziali o assicurative, e ciò dà maggiore vigore ai dati di mortalità: il Legislatore ha voluto dare a chi dovrà attuare gli interventi di programmazione, un'informazione scevra da ogni valenza economica o di altro genere.

Anche l'*iter* della scheda ISTAT è regolato per legge ed è certo: dal medico allo Stato Civile, all'ISTAT e all'USL.

* Daniele Agostini
responsabile del Registro di mortalità dell'Azienda USL Città di Bologna

I vincoli normativi e procedurali e la definizione e la regolarità del flusso concorrono a dare certezza, e quindi potenza, all'informazione legata all'evento morte.

Le diagnosi risultanti dal certificato sono tradotte nel codice della cosiddetta *ICD-IX*, la nona revisione della *Classificazione internazionale delle malattie, dei traumatismi e delle cause di morte*, adottata dall'OMS e dall'ISTAT.

A questo flusso conseguono elaborazioni locali, regionali e centrali; a ciascun livello compete un proprio ritorno informativo, di dimensioni e di tempestività corrispondentemente diverse.

Fino a questo punto si è parlato di dati certi, codificati, che sostengono le grandi potenzialità degli studi di mortalità. Nei fatti, i risultati non sempre corrispondono a ciò che ci si aspetterebbe da un sistema così rigoroso.

Le cause che determinano la morte in ogni ambito territoriale sono soggette a variazioni che rispecchiano modifiche vere della mortalità nel tempo, ma anche a variazioni dovute alle procedure di raccolta e codifica dei dati.

Nell'andamento della mortalità giocano fattori sociali e ambientali (cataclismi, calamità, guerre, migrazioni, sviluppo tecnico e economico, assistenza sanitaria ...) che incidono sia direttamente, determinando o prevenendo i decessi, sia indirettamente, modificando la popolazione esposta a rischio di morte.

Altre variazioni sono proprie delle cause di morte, per effettiva modifica della loro rilevanza (variazioni secolari, ondate epidemiche, malattie emergenti) o per modifica della loro evoluzione (nuove misure preventive o terapeutiche che riducono le malattie mortali o le complicanze gravi di quelle meno maligne).

Tuttavia, anche fattori procedurali modificano l'andamento delle cause di morte: le variazioni nell'abitudine certificativa, le nuove definizioni diagnostiche, le modifiche del processo di codifica e della classificazione delle malattie. La tendenza di qualche medico a evidenziare un tipo di diagnosi determina, con la rotazione dei medici, una variazione nel modo in cui vengono riconosciute le malattie; di fatto si ritiene che questo giochi un ruolo marginale su statistiche consistenti. Le variazioni di definizione e classificazione delle malattie, invece, assumono importanza maggiore: ci sono malattie che solo pochi anni fa non erano note, o avevano un altro nome, o erano classificate diversamente. Si pensi, per esempio, all'individuazione dell'AIDS e alle definizioni della malattia che si sono succedute in dieci anni, e a come può essere stato classificato un caso tipico quando la sindrome non era ancora definita.

Per alcuni eventi che portano a morte, la codifica è stabilita convenzionalmente e ignora taluni aspetti che meriterebbero evidenza: è il caso dell'overdose di eroina, che non è codificata come avvelenamento ma come tossicodipendenza o malattia mentale. In questo modo si "perdono" tutti i decessi per overdose conseguenti ad assunzione occasionale.

Un altro problema è legato alla sistematica non univoca dei codici, che in parte è anatomica (per apparati), in parte funzionale, in parte nosografica (malattie infettive, tumori, malformazioni ...). Quelli considerati sono elementi di variazione fisiologici: è normale che le dizioni cambino, che le malattie vengano ridefinite, che cambi il mondo sul quale le malattie colpiscono.

Esistono poi le variazioni dovute a un cattivo uso dello strumento di rilevazione, della scheda e della sua compilazione.

Uno dei momenti più costosi nella traduzione dalla diagnosi scritta alla diagnosi da codificare è la lettura della scheda ISTAT: ai Servizi dell'USL rimane una seconda copia a ricalco del certificato, già di per sé di difficile lettura; l'ingiustificabile ancorché proverbiale cattiva grafia del medico certificatore aggrava le difficoltà. I dubbi di lettura si possono talvolta risolvere con una semplice telefonata, ma spesso il medico non è riconoscibile dalla firma in calce al certificato, e, se riconoscibile, è difficile da raggiungere nelle corsie degli ospedali, è disturbato nel suo lavoro, è insofferente per la richiesta di chiarimento.

A confondere la conoscenza delle cause di morte contribuiscono sia l'imprecisione diagnostica, sia la concorrenza di più malattie a determinare un decesso. Sono situazioni frequenti nella popolazione anziana che diventa sempre più rilevante, proporzionalmente, anche fra i deceduti. Nel giovane la morte è più drammatica, più importante, e la sua causa, studiata con più attenzione, è più certa; nell'anziano l'indagine diagnostica è generalmente meno approfondita, spesso sono riportate più malattie che hanno concorso alla morte, e la scelta di quale sia da assumere come vera causa di morte richiede un impegno rilevante.

Le regole per la compilazione della scheda ISTAT, riportate in ogni spazio da riempire, sono spesso disattese e di conseguenza l'indicazione delle cause di morte e del loro concatenamento è inattendibile.

Un altro fattore di incertezza è costituito dalle diagnosi approssimative. Non quelle relative a chi viene dichiarato morto per una causa generica, essendo deceduto senza essere conosciuto a fondo dal medico che lo assiste, ovvero per una malattia che non è stata chiarita abbastanza. Si intende qui parlare delle diagnosi di quei medici, in

genere appartenenti a strutture specialistiche, che non forniscono tutte le indicazioni di cui sono in possesso, e dichiarano diagnosi approssimative: sono frequenti per esempio quelle di neoplasia oppure di linfoma, senza nessun'altra indicazione che permetta di ricondurre quella neoplasia o quel linfoma a un tipo clinico o istologico, quindi a un codice più specifico; o ancora la diagnosi di tumore dell'utero senza indicazione della parte.

Anche in questo caso un approfondimento sarebbe possibile, contattando il medico che ha fatto il certificato, ma questa prassi è insostenibile per il tempo e il lavoro che richiede (a ogni USL convergono diverse migliaia di certificati all'anno).

Sulla somma di tutte queste imprecisioni si applica un meccanismo per la definizione di quella che verrà considerata, nelle statistiche, causa di morte della persona, partendo dalle diagnosi fornite e confrontandole e discutendole più volte attraverso un complesso di regole e di casi. Questo processo è imposto alle USL e all'ISTAT per cercare di trarre da una scheda compilata male quella che dovrebbe essere la vera causa di morte. Se si riuscisse ad ottenere la collaborazione da parte dei medici certificatori nella corretta compilazione della scheda ISTAT, non sarebbe più necessario applicare questo algoritmo complicato, che lascia spesso un'ultima, ulteriore incertezza, quella di non aver forse compreso correttamente l'intenzione del medico compilatore.

È proprio così: il lavoro richiesto da questo mulino che macina i numeri delle cause di morte è un costo imputabile alla cattiva compilazione, o meglio ai medici che compilano la scheda ISTAT in modo non corretto. E questo costituisce il principale limite della rilevazione delle cause di morte, strumento peraltro studiato apposta per fornire dati certi.

Attraverso l'uso dei dati locali e il ritorno informativo bisogna portare i medici a conoscere la mortalità e a riconoscerci uno strumento importante al quale collaborare, perché su di esso si possono basare scelte di intervento al fine di una migliore possibilità di sopravvivenza per tutti.

QUALITÀ DELL'INFORMAZIONE DELLA SCHEDA ISTAT *

La qualità dell'informazione della scheda ISTAT è un aspetto importantissimo: rappresenta, in negativo, uno dei limiti più frequenti degli studi di mortalità. Ogni sforzo, quindi, deve essere indirizzato ad un suo miglioramento.

Per analizzare compiutamente il problema verranno distinte le due componenti informative della scheda: quella anagrafica e quella sanitaria.

Qualità dei dati anagrafici

Esiste un problema di qualità già a partire dai dati anagrafici. Non sono rari, infatti: errori di trascrizione da parte dell'anagrafe (data di decesso, data di nascita, luogo di residenza) ed errori di scrittura da parte del medico certificatore (nome e cognome scritti male, raramente in stampatello; indicazioni di nomignoli, soprannomi).

L'operatore dovrebbe controllare e verificare almeno che:

“nome e cognome del deceduto siano leggibili, il colore della scheda sia congruente col sesso e che vi sia corrispondenza tra l'atto di morte ed il luogo di decesso indicato nella parte A della scheda (1 = abitazione; 2 = istituto di cura, RSA, ambulanza; 3 = altro, inteso come casa di riposo, campeggio, pubblica via ecc.)”.[§]

Un contributo rilevante al miglioramento della qualità si ha disponendo dei dati anagrafici comunali informatizzati.

Rimane il problema della leggibilità e della imprecisione dei dati anagrafici del deceduto sulla scheda: capita di dover risalire al nome e cognome per eliminazione, in base alla data di nascita ed a quella di morte, o che a fine anno rimanga un discreto numero di schede con residenza sbagliata. È come avere un *puzzle* di 1000 pezzi da ricomporre!

Qualità dei dati sanitari

Due sono gli elementi che assicurano la buona qualità dell'informazione sanitaria: la veridicità della causa certificata e la specificazione dettagliata della stessa.

La veridicità è l'elemento più importante. Si può, purtroppo, verificare solo attraverso il confronto con altre documentazioni sanitarie (riscontri diagnostici, cartelle cliniche, registri tumori) non sempre facilmente disponibili. Comunque, si ritiene che la realtà

* Giannalberta Savelli, Morena Cantarelli, Carlo Turatti
responsabili dei Registri di mortalità delle Aziende USL di Ravenna, Forlì e Ferrara

di certi meccanismi patogenetici possa essere valutata al meglio solo dal medico curante.

La dichiarazione del certificatore va in linea di massima rispettata, a meno che pecchi di assoluta mancanza di accuratezza dovuta spesso volte a superficialità della compilazione.

L'esperienza porta ad individuare alcuni certificatori dalla modalità di compilazione della scheda: stessa sequenza di eventi morbosi, medesima cronologia. In questi casi è necessario insistere nel chiedere chiarimenti ai medici certificatori: è l'unico modo, fra l'altro, per far capire che il loro non è un semplice atto burocratico. Per questo è importante che il timbro e la firma del medico in calce al certificato siano sempre leggibili.

Gli elementi essenziali da verificare sono:

- “- che la scheda sia leggibile in ogni sua parte,*
- che in ognuno dei tre quesiti sia indicata una sola patologia e che questa sia ben specificata,*
- che vi sia sequenzialità fra la causa iniziale, intermedia, terminale”.*[§]

Ciò purtroppo non sempre avviene ...

Infatti, la scheda è spesso poco leggibile e raramente è scritta a macchina o in stampatello, nonostante la nuova modulistica; inoltre la sequenzialità e la specificazione delle cause non vengono sempre correttamente indicate. In una piccola percentuale di schede, quelle apparentemente più ricche, si leggono note di anamnesi familiare remota e prossima in poche righe: un gran numero di informazioni assolutamente generiche. Si possono infatti riscontrare due atteggiamenti ricorrenti:

- “scrivo tutto, così ci prendo per forza”,
- “non scrivo niente, così non sbaglio”.

È possibile dividere in quattro categorie i fattori che influenzano la qualità dei dati:

- “1. omissioni volontarie,*
- 2. cattiva conoscenza del caso:*
 - a) indagini non effettuate o non completate,*
 - b) indagini effettuate da un medico che non è il certificatore,*
- 3. ignoranza del metodo di compilazione,*
- 4. superficialità del compilatore”.*[§]

Quasi certamente l'ignoranza del “come si fa” e del “perché si fa” è la causa più frequente della cattiva certificazione e l'unica su cui si possa effettivamente incidere.

L'Università non fornisce le poche conoscenze necessarie per una corretta compilazione del certificato di morte, nonostante sia un certificato che ogni medico ha occasione di compilare; sarebbe invece importante che l'insegnamento di Medicina Legale comprendesse anche questo argomento.

Può essere utile organizzare dei corsi per i medici certificatori (come si è già fatto). Bisogna però garantire anche un periodico ritorno dei dati epidemiologici di mortalità agli stessi certificatori, in modo che possano rendersi pienamente conto dell'importanza di una buona compilazione della scheda di morte ISTAT.

In passato, l'attività di formazione è stata parziale: diversi corsi sono stati limitati ai medici di base, e non hanno invece coinvolto proprio i medici che certificano di più, quelli delle case di cura e degli ospedali.

Un'altra proposta per migliorare la qualità della scheda di morte è quella di scegliere alcune cause mal definite da approfondire con i medici certificatori per specificare meglio la causa di morte. È importante che la decisione sia univoca: meglio poche cause ma indagate da tutti, per un discorso di uniformità e di omogeneità. Queste cause potrebbero essere quelle elencate nella tabella 1.

Se ne propone l'approfondimento solo per i deceduti di età inferiore ai 75 anni, quando siano l'unica causa certificata e nel caso non sia stato richiesto il riscontro diagnostico. La loro frequenza per l'anno 1995 nella Regione Emilia-Romagna è riportata di seguito.

La fattibilità di questa iniziativa richiede in primo luogo la tempestività della codifica. A questo proposito, è utile che rimangano decentrate le attività di raccolta delle schede, verifica della qualità e codifica, nella convinzione che il decentramento possa garantire un più facile rapporto col medico certificatore.

Nella pubblicazione della Regione Emilia-Romagna – Collana *Studi e Documentazioni* n. 61 sono riportati altri indicatori che qui non vengono presentati perché ritenuti non significativi in questa realtà (es. 436 / 430 → 436). Vi sono inoltre indicati i dati nazionali del 1982, utili per eventuali confronti.

§ tratto da Giovanardi G.L. e Goldoni C.A., "Il controllo sulla qualità della scheda di morte: indicazioni e prospettive per un sistema di sorveglianza a livello di USL", *La qualità dei dati nel sistema informativo sanitario*, Collana Studi e Documentazioni Regione Emilia-Romagna, n. 61, 1992.

Tabella 1

CAUSE DI MORTE MAL DEFINITE

Elenco di cause di morte mal definite per le quali si propone un approfondimento di indagine relativamente ai deceduti di età inferiore ai 75 anni e senza richiesta di riscontro diagnostico

STATI MORBOSI MAL DEFINITI:

780 - 799

PATOLOGIE MAL DEFINITE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO:

427.5 arresto c.c.

428.9 insufficienza cardiaca non specificata

458.9 ipotensione ortostatica

459.0 emorragia n.s.

PATOLOGIA TUMORALE MAL DEFINITA:

159.9 apparato digerente n.s.

165.9 apparato respiratorio n.s.

184.9 organi genitali femminili n.s.

187.9 organi genitali maschili n.s.

179 utero, parte n.s.

239 natura non specificata

Numero di soggetti di età inferiore a 75 anni deceduti per le cause considerate in Emilia-Romagna nell'anno 1995

Causa	N. decessi
780 - 799	170
427.5	99
428.9	29
458.9	1
459.0	3
159.9	6
165.9	-
184.9	3
187.9	-
179	90
239	88

Esempi di indicatori di qualità della certificazione di morte

n° tumori di natura non specificata / n° tumori

239 / (140 → 239)

n° tumori solidi maligni sede non specificata / n° tumori solidi maligni

n° tumori maligni fegato non specificati se primitivi o sec. / n° tumori maligni fegato

155.2 / 155

n° tumori maligni utero n.s. / n° tumori maligni utero

179 / (179 + 180 + 182)

n° tumori maligni intestino n.s. / n° tumori maligni intestino

159.0 / (152 → 154 + 159.0)

n° incidenti stradali da veicolo a motore n.s. / n° incidenti stradali da veicolo a motore

E 819 / E (810 → 819)

LA GESTIONE DEL REGISTRO DI MORTALITÀ AZIENDALE *

Il Servizio sanitario esige una maggiore attenzione all'osservazione epidemiologica per fini programmatori, gestionali e valutativi.

In questo ambito assume particolare rilievo come fonte di dati e strumento per il monitoraggio, l'archivio delle cause di morte che il DPR 285/90 indica come obbligatorio nelle Aziende Unità Sanitarie Locali (AUSL). Infatti

"... ogni USL deve istituire e tenere aggiornato un Registro per ogni Comune incluso nel suo territorio contenente l'elenco dei deceduti nell'anno e la relativa causa di morte."

Inoltre la Circolare Regionale 27/93 stabilisce che

"costituiscono Registro dei deceduti i raccoglitori nei quali vengono custodite le copie e le fotocopie delle schede di morte per ogni comune della AUSL e per ogni anno ..."

Pertanto sono stati istituiti presso le Aziende USL della Regione Emilia-Romagna i Registri di mortalità aziendali, al fine di garantire con tempestività dati di buona qualità utilizzabili a livello locale.

I Registri di mortalità assolvono alle loro funzioni solo se completi, cioè contenenti i dati relativi a *tutti* i deceduti residenti. Un Registro di mortalità è completo solo se le schede di morte che lo alimentano sono a loro volta complete come numero e come informazioni contenute. Una buona gestione dei Registri di mortalità è quindi imprescindibile dalla completezza dell'archivio e della scheda.

Si elencano di seguito i passaggi fondamentali per la gestione dei Registri; si rimanda agli schemi allegati lo sviluppo di ogni singolo passaggio.

Completezza dell'archivio

Il Regolamento di Polizia Mortuaria stabilisce che copia della scheda di morte sia inviata, entro trenta giorni, dal Comune dove è avvenuto il decesso alla AUSL nel cui territorio detto Comune è compreso.

Qualora il deceduto fosse residente nel territorio di una Azienda USL diversa da quella dove è avvenuto il decesso, quest'ultima deve inviare copia della scheda di morte all'Azienda USL di residenza.

* Cristina Marchesi
responsabile del Registro di mortalità dell'Azienda USL di Reggio Emilia

Obiettivo di questo flusso è quello di ricostruire in modo completo la mortalità per causa e per area geografica, rendendo così disponibile un significativo strumento epidemiologico ai fini dell'analisi dei fattori di rischio e dei danni correlati.

Chi lavora alla raccolta dei dati relativi ai propri residenti ovunque deceduti, e di quelli relativi ai non residenti deceduti nei Comuni del proprio territorio, per garantire la completezza dell'archivio ed ottemperare a quanto disposto dal RPM, deve seguire la scaletta sottoindicata:

1. ricevimento posta (*riquadri 1 e 2*),
2. controllo di completezza della scheda (vedi paragrafo successivo),
3. controllo di completezza morti presenti (*riquadro 3*),
4. controllo di completezza dell'archivio mediante l'analisi della progressione degli atti di morte con eventuale controllo "sul campo" presso gli Uffici di Stato Civile dei Comuni (*riquadro 4*),
5. verifica schede mancanti e loro eventuale richiesta ad altre AUSL (*riquadro 5*),
6. ricostruzione dati anagrafici dei morti all'estero (*riquadro 6*),
7. invio fotocopie schede di morte dei deceduti non residenti alle AUSL di residenza (*riquadro 7*),
8. gestione flusso riscontri diagnostici (*riquadro 8*),
9. *data-entry* (inserimento dati in un archivio informatizzato). Ogni Azienda sanitaria deve disporre di software per l'inserimento dati in PC. È in uso il programma Regmort e si sta passando all'utilizzo di un nuovo programma chiamato SIM 3,
10. archiviazione cartacea (*riquadro 9*),
11. controlli di fine anno (*riquadro 10*).

Si allegano esempi della seguente modulistica:

- (a) elenco deceduti inviato dall'Ufficio di Stato Civile,
- (b) prospetto annuale per controllo di completezza mediante progressione degli atti di morte.

Completezza della scheda (*riquadro 11*)

È evidente che, dal punto di vista formale, il certificato è da considerarsi completo quando viene data risposta a tutti i quesiti in esso contenuti. D'altra parte esistono, nella scheda ISTAT, notizie con peso informativo talmente diverso da consentire una

verifica mirata a sorvegliare la completezza solo delle voci di più frequente utilizzo in senso epidemiologico.

Esistono quindi dei *dati anagrafici minimi* che devono essere presenti sulla scheda:

- numero dell'atto di morte,
- cognome e nome del deceduto,
- data di nascita,
- data di decesso,
- Comune di nascita,
- Comune di decesso,
- Comune di residenza.

Allo stesso modo esistono informazioni sanitarie essenziali che devono essere riportate sulla scheda:

- indicazione di almeno una causa di morte,
- in caso di morte violenta compilazione del *quesito 5* (ovvero se la morte è da ascriversi ad accidente, suicidio, infortunio sul lavoro, omicidio),
- in caso di morte violenta compilazione del *quesito 6* (descrizione della lesione),
- in caso di morte violenta compilazione del *quesito 9.1* (descrizione del modo in cui si è determinata la lesione).

Nel caso si constati l'incompleta compilazione della scheda e la mancanza di alcune delle informazioni minime essenziali, l'operatore addetto al controllo dovrà recuperare le informazioni mancanti, rivolgendosi:

- | | | |
|--|---|---|
| – <i>per dati anagrafici</i> | → | Ufficio di Stato Civile del Comune di morte
Anagrafe del Comune di residenza |
| – <i>per informazioni sanitarie
essenziali</i> | → | Medico certificatore
Medico di medicina generale
Altre fonti |

1 - RICEVIMENTO POSTA

da parte dei Comuni del territorio

L'Ufficio di Stato Civile di ciascun Comune invia entro il mese successivo (DPR 285/90) le schede ISTAT delle persone decedute nel mese precedente nel proprio territorio.

È importante ottenere dal Comune anche gli elenchi mensili dei decessi:

- tutti i deceduti avvenuti nel territorio (di persone residenti o non residenti)
- tutti i decessi di persone residenti ma avvenuti fuori del Comune ("atti trascritti")

Questo elenco dovrebbe contenere:

- numero dell'atto di morte
- numero di atto trascritto (per i deceduti fuori Comune)
- nome e cognome
- data di nascita
- Comune di residenza
- data di morte
- Comune di morte

2 - L'UFFICIO DI STATO CIVILE

1. attribuisce a ciascun deceduto nel proprio territorio un numero detto *numero di atto di morte* (riportato sulla scheda ISTAT)
2. lo iscrive, seguendo un ordine progressivo annuale, in un registro detto *Registro degli atti di morte*
3. riceve le comunicazioni da parte degli altri Comuni ove sono deceduti propri residenti, e le trascrive nel Registro attribuendo loro un *numero di atto di morte* ("atto trascritto")

Il Registro comunale degli atti di morte si compone di 4 parti

deceduti nel proprio territorio comunale

1. PARTE I → deceduti in abitazione privata
2. PARTE II B → deceduti in istituto di cura o sulla strada

deceduti fuori Comune ("atti trascritti")

3. PARTE II A → deceduti in abitazione privata
4. PARTE II C → deceduti in istituto di cura o sulla strada, deceduti all'estero, persone dichiarate decedute

È evidente che i morti fuori dal territorio del Comune di residenza avranno doppia registrazione e due numeri d'atto di morte, uno assegnato dal Comune dove effettivamente è avvenuto il decesso, l'altro assegnato dal Comune di residenza come atto trascritto.

3 - CONTROLLO DI COMPLETEZZA DEI MORTI PRESENTI

Il numero ed i nominativi delle schede di morte trasmesse mensilmente dal Comune alla AUSL devono corrispondere al numero e ai nominativi delle persone riportate in elenco come decedute nel Comune (registrate in parte I o II B)

4 - CONTROLLO DI COMPLETEZZA DELL'ARCHIVIO

- I diversi atti di morte vengono registrati secondo una numerazione progressiva annuale
- Questo ordine progressivo consente di controllare che gli atti, riportati in elenco, si susseguano senza interruzioni
- In presenza di un salto di numero all'interno di una delle parti ("buco") si devono prendere i necessari contatti con l'Ufficio di Stato Civile per gli opportuni chiarimenti

Che cosa si deve controllare presso l'Ufficio di Stato Civile?

1. *chiusura annuale* (verificare di avere la scheda con l'ultimo numero di atto del Comune)
2. *buchi* (interruzioni della numerazione)
possono essere:
 - interruzioni legittime della numerazione (es. annullamento di un atto) o atti che non interessano ai fini delle statistiche di mortalità: residenti all'estero registrati nell'anagrafe comunale (AIRE); dichiarazioni di morte presunta che non vengono in genere riportati negli elenchi
 - errori di trasmissione (scheda da richiedere)
3. *primi atti dell'anno successivo*: i deceduti del 31 dicembre potrebbero avere già il numero di atto dell'anno successivo. In questo caso non sono compresi nell'elenco di dicembre e vanno pertanto controllati nei registri dell'anno seguente.

5 - RICHIESTA DI SCHEDE AD ALTRE AZIENDE USL

Le copie delle schede dei residenti morti in Aziende USL diverse sono normalmente fornite d'ufficio dall'Azienda USL dove è avvenuto il decesso.

1. evidenziare sugli elenchi i residenti deceduti fuori dell'Azienda,
quindi:
2. verificare se è pervenuta la copia della scheda
3. richiedere le copie delle schede mancanti, tenendo conto dei normali tempi di trasmissione (almeno 2 mesi dal decesso)
4. all'arrivo della scheda, "spuntare" l'elenco e riportare il numero di atto trascritto (II A; II C) sulla scheda per l'archiviazione

6 - RICOSTRUZIONE DELLE SCHEDE DELLE PERSONE MORTE ALL'ESTERO

È raro che pervengano le schede dei residenti deceduti all'estero.

Per praticità si può completare l'archivio cartaceo riportando su un fac-simile di scheda i dati anagrafici rilevabili dagli elenchi dello Stato Civile ed eventualmente la causa di morte (quando recuperabile).

7 - INVIO DI SCHEDE AD ALTRE AUSL

1. evidenziare sugli elenchi i nominativi dei deceduti non residenti nell'AUSL
2. inviare fotocopia leggibile della scheda alla AUSL di competenza ed archiviare l'originale

8 - IL RISCONTRO DIAGNOSTICO

- Può pervenire:
 1. dal Presidio ospedaliero tramite la Direzione sanitaria (o Direzione medica)
 2. dagli Istituti di medicina legale
 3. dagli Istituti o Servizi di anatomia patologica
- Va allegato alla scheda ISTAT e ne segue il percorso
- Va trasmesso alle AUSL di competenza per i deceduti non residenti

9 - ARCHIVIAZIONE CARTACEA

Si considerano prima le schede dei morti dell'AUSL.

Dopo aver diviso le schede dei residenti nell'AUSL da quelle dei non residenti, conviene procedere all'archiviazione dei residenti dell'AUSL in fascicoli per Comune di residenza, e, separatamente, dei non residenti (eventualmente in fascicoli per AUSL di residenza)

Successivamente si archiviano le schede dei residenti morti fuori dall'AUSL, in appendice al rispettivo fascicolo dei Comuni di residenza

Pertanto, il Registro dei deceduti di ogni AUSL si potrebbe presentare articolato in sezioni:

- | | |
|------------|------------------------------------|
| SEZIONE A: | residenti deceduti nell'AUSL |
| SEZIONE B: | deceduti nell'AUSL non residenti |
| SEZIONE C: | residenti deceduti fuori dall'AUSL |

10 - CONTROLLI DI FINE ANNO

1. *ulteriore controllo sui residenti deceduti fuori AUSL:*
sollecitare l'invio delle schede non pervenute
2. *verifica di completezza dei dati anagrafici dei morti all'estero:*
escludere gli AIRE
3. *ricognizione dei deceduti in accertamento giudiziario:*
richiedere referti agli Istituti di medicina legale o alle Procure interessate
4. *inserimento dei dati anagrafici relativi alle schede non pervenute di residenti*

11 - CONTROLLO DI COMPLETEZZA DELLA SCHEDA

La scheda ISTAT è da considerarsi completa quando viene data risposta a tutti i quesiti in essa contenuti.

Esistono comunque dei *dati indispensabili*:

anagrafici →
(attraverso l'Ufficio di
Stato Civile del Comune
di morte o l'anagrafe
del Comune di residenza)

- n° dell'atto di morte
- nome e cognome della persona deceduta
- data di morte
- Comune di morte
- data di nascita
- Comune di nascita
- Comune di residenza

sanitari →
(attraverso medico certificatore,
medico di famiglia o
altre fonti)

- almeno una causa di morte (causa di morte naturale o "descrizione della lesione" per morte violenta)
- il "mezzo o modo" con cui si è prodotta la lesione, in caso di morte violenta

Allegato (a)

Spett.le AUSL di _____

All'attenzione del responsabile del
Registro dei deceduti

COMUNE DI _____

RIEPILOGO DECEDUTI MESE DI _____ ANNO _____

(rieppilogo dei deceduti nel territorio del Comune e dei residenti deceduti in altro Comune)

Atto di morte N°/Parte/Serie	Cognome e nome	Data di nascita	Comune di residenza	Data di morte	Comune di morte	Atto trascritto N°/Parte/Serie
1/I	PINCO PALLINO	01.01.1900	Reggio Emilia	01.01.1998	Reggio Emilia	- - -
1/II/B	TIZIO CAIO	04.11.1916	Reggio Emilia	01.01.1998	Reggio Emilia	- - -
1/I	TIZIO SEMPRONIO	21.08.1907	Reggio Emilia	01.01.1998	Modena	1/II/A
1/II/B	MARIO ROSSI	15.11.1940	Reggio Emilia	01.01.1998	Modena	1/II/C

NOTE:

- Il sig. PINCO PALLINO è residente a Reggio Emilia e morto a Reggio Emilia in abitazione privata e pertanto è registrato presso l'Ufficio di Stato Civile del Comune di Reggio Emilia in parte I. È il primo deceduto dell'anno registrato in quella parte e pertanto avrà atto di morte 1/I.
- Il sig. TIZIO CAIO è residente a Reggio Emilia e morto a Reggio Emilia in ospedale e pertanto è registrato presso l'Ufficio di Stato Civile del Comune di Reggio Emilia in parte II/B. È il primo deceduto dell'anno registrato in quella parte e pertanto avrà atto di morte 1/II/B.
- Il sig. TIZIO SEMPRONIO è residente a Reggio Emilia e morto a Modena in abitazione privata e pertanto è registrato presso l'Ufficio di Stato Civile del Comune di Modena in parte I. È invece trascritto nei registri del Comune di Reggio Emilia in parte II/A. È il primo deceduto dell'anno registrato in quella parte e pertanto avrà atto di morte trascritto 1/II/A.
- Il sig. MARIO ROSSI è residente a Reggio Emilia e morto a Modena in ospedale e pertanto è registrato presso l'Ufficio di Stato Civile del Comune di Modena in parte II/B. È invece trascritto nei registri del Comune di Reggio Emilia in parte II/C. È il primo deceduto dell'anno registrato in quella parte e pertanto avrà atto di morte trascritto 1/II/C.

P.S. Si segnala come attualmente la maggior parte degli Uffici di Stato Civile abbia gestione informatizzata, pertanto gli elenchi prodotti dai computer possono avere formato diverso da quello qui indicato. Per la stessa ragione è possibile altresì che manchino alcune delle informazioni qui riportate perché non previste dal programmatore. Nel tal caso si consiglia di contattare l'Ufficio di Stato Civile per avere direttamente le informazioni mancanti e per sollecitare una modifica del programma.

Allegato (b)

COMUNE DI _____

	PARTE I		PARTE II A		PARTE II B		PARTE II C	
	dal n° al n°	numeri mancanti	dal n° al n°	numeri mancanti	dal n° al n°	numeri mancanti	dal n° al n°	numeri mancanti
GENNAIO								
FEBBRAIO								
MARZO								
APRILE								
MAGGIO								
GIUGNO								
LUGLIO								
AGOSTO								
SETTEMBRE								
OTTOBRE								
NOVEMBRE								
DICEMBRE								

NOTE

[illegible]

IL REGISTRO DELLE CAUSE DI MORTE RISERVATEZZA E ACCESSO *

Premessa

Le informazioni che circolano in un sistema informativo pubblico sono soggette al segreto d'ufficio. Quelle sanitarie, in particolare, sono vincolate al segreto professionale e d'ufficio (artt. 326 e 622 CP); il trattamento dei dati che si riferiscono a persone o enti è regolato dalla Legge 31/12/1996 n. 675 e successive modificazioni (D.Lgs 9/5/1997 n. 123 e D.Lgs 25/7/1997 n. 255). Per quanto riguarda le raccolte di dati condotte per fini statistici e soggette a trasmissione ad organi centrali è stato istituito anche il segreto statistico (art. 9 D.Lgs 6/9/1989 n. 322).

Il vincolo normativo è imposto su una materia che la collettività sente fortemente: l'osservanza delle norme sul segreto è obbligo morale prima ancora che legale. La protezione delle informazioni richiede un impegno attivo per prevenire la diffusione indebita: il fatto di non "dire in giro" non esonera dalla responsabilità delle eventuali fughe di notizie. D'altra parte, il costo delle informazioni è tale da richiedere la produzione di più copie dei dati e la loro conservazione in sedi diverse, per garantirsi contro il rischio di distruzione accidentale; e ciò comporta un maggiore rischio di diffusione.

Il costo della protezione dei dati va previsto tra i costi di gestione dei Servizi.

Benché la tenuta di banche dati e registri obbligatori non configuri - in genere - un procedimento amministrativo, si ritiene che l'accesso ai documenti, previsto dal capo V della Legge 7/8/1990 n. 241, vi trovi applicazione. Ma il diritto di accesso "è riconosciuto a chiunque vi abbia interesse per la tutela di situazioni giuridicamente rilevanti"; per ciò l'accesso è subordinato alla dichiarazione del motivo della richiesta (art. 25, c. 2 L. 241/90) e anche ad una valutazione della rilevanza giuridica della situazione da tutelare.

Il rifiuto dell'accesso deve essere motivato (*ibid.*, c. 3).

* *Daniele Agostini*
responsabile del Registro di mortalità dell'Azienda USL Città di Bologna

La Legge sulla tutela dei dati personali

La Legge 31/12/1996 n. 675 (*"Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali"*) recepisce la direttiva comunitaria 95/46 CE del 24/10/1995, istituisce un'autorità centrale garante della segretezza delle informazioni e della correttezza del loro trattamento, assimila il trattamento di dati personali all'"esercizio di attività pericolosa"; fornisce indicazioni sulle modalità di gestione delle informazioni, definisce responsabilità e stabilisce sanzioni amministrative e penali per le inosservanze e gli abusi.

La legge 675/96 è accompagnata da un'altra, la 676/96, che prevede l'emissione di successivi decreti integrativi e migliorativi; la seguente presentazione deve dunque ritenersi non definitiva. Dalla data della sua promulgazione, la L. 675/96 è stata modificata e integrata dai seguenti atti: Legge 31/12/1996 n. 676; D.Lgs 9/5/1997 n. 123; D.Lgs 28/7/1997 n. 255; DPR 31/3/1998 n. 501; D.Lgs 8/5/1998 n. 135; D.Lgs 13/5/1998 n. 171; Legge 6/10/1998 n. 344; D.Lgs 6/11/1998 n. 389; D.Lgs 26/2/1999 n. 51; D.Lgs 11/5/1999 n. 135; DPR 28/7/1999 n. 318; D.Lgs 30/7/1999 n. 281; D.Lgs 30/7/1999 n. 282. Questa pioggia di disposizioni denota l'im maturità della Legge nel testo inizialmente approvato: un testo affrettato che assolveva alla necessità di recepire la Direttiva comunitaria.

Si deve avere chiaro che la legge si applica a qualunque raccolta di dati e non solo alle banche di dati informatizzate.

I dati personali appartengono alla persona (fisica o giuridica) a cui si riferiscono e che descrivono. A queste informazioni è dovuto rispetto: i dati devono essere veritieri e il loro uso non può essere in contrasto con l'interesse delle persone che descrivono. È riconosciuto il diritto delle singole persone alla riservatezza delle informazioni che le riguardano. La Legge impone

"che il trattamento dei dati personali si svolga nel rispetto dei diritti, delle libertà fondamentali, nonché della dignità delle persone fisiche, con particolare riferimento alla riservatezza e all'identità personale" (art. 1, c. 1).

La Legge intende

"per trattamento, qualunque operazione o complesso di operazioni ... concernenti la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la conservazione, l'elaborazione, la modificazione, la selezione, l'estrazione, il raffronto, l'utilizzo, l'interconnessione, il blocco, la comunicazione, la diffusione, la cancellazione e la distruzione dei dati", e

"per dato personale, qualunque informazione relativa a persona fisica ... identificata o identificabile, anche indirettamente, mediante riferimento a qualsiasi altra informazione".

Dunque, i dati personali privati del nome sono comunque soggetti alla norma se dal complesso delle informazioni è possibile risalire all'identità delle persone descritte.

"I dati personali ... devono essere a) trattati in modo lecito e secondo correttezza; b) raccolti per scopi determinati, espliciti e legittimi e utilizzati in termini non incompatibili con tali scopi; c) esatti e ... aggiornati; d) pertinenti ... e non eccedenti rispetto alle finalità per le quali sono raccolti ..." (art. 9).

A proposito di quest'ultimo punto, si evidenzia che gli assistiti sono spesso sollecitati da parte di enti (erogatori di prestazioni o provvidenze) a richiedere e produrre certificazioni varie desumibili dagli archivi della pubblica amministrazione. Se è necessaria un'informazione, non devono essere chiesti documenti che contengono dati eccedenti il necessario, ma espressamente ed esclusivamente l'informazione sufficiente a sortire gli effetti richiesti. L'eccesso di richiesta, come si vede, è in contrasto con la Legge.

La Legge prevede che per ogni trattamento di dati sia individuato un *titolare* "cui competono le decisioni in ordine alle finalità e alle modalità del trattamento dei dati personali" e un *responsabile*, "persona ... preposta dal titolare al trattamento di dati personali" (art. 1, c. 2). Il titolare deve specificare analiticamente per iscritto i compiti assegnati al responsabile e vigilare sull'osservanza delle proprie istruzioni e disposizioni; il responsabile deve essere dotato di "*esperienza, capacità e affidabilità*" che garantiscano il rispetto delle disposizioni, in particolare sotto il profilo della sicurezza dei dati (art. 8).

Del trattamento possono essere incaricate persone diverse dal titolare e dal responsabile; *gli incaricati del trattamento* si attengono alle istruzioni impartite da quelli.

Ogni trattamento di dati personali che ecceda quelli definiti per obbligo di legge deve essere preventivamente notificato (art. 7) ad un'autorità espressamente costituita (il Garante per la protezione dei dati personali, che di seguito sarà chiamato *Garante*).

Il Garante (artt. 30 e sgg.) è un organo collegiale, dotato di uffici propri e di un organico, che detiene un registro dei trattamenti notificati, rilascia o nega l'autorizzazione ai trattamenti, valuta il contenzioso tra persone e titolari di banche dati, e vigila sull'osservanza della legge e delle disposizioni da lui stesso impartite. Ha sede presso il Parlamento della Repubblica.

Non è richiesta notifica per l'uso dei dati nell'assolvimento degli obblighi istituzionali da parte dell'ente pubblico. Quando la raccolta è prescritta per legge, il trattamento dei dati nei limiti imposti dalle finalità della raccolta non è soggetto a notifica al Garante. Tuttavia, se il trattamento eccede quei limiti, o se la gestione prevede la comunicazione

non obbligatoria a terze persone, la notifica è dovuta almeno per quella parte di trattamento. La notifica è prescritta anche nel caso in cui la comunicazione sia necessaria per lo svolgimento di compiti d'istituto ma non sia prevista per legge o regolamento (art. 27, c. 2)

La persona descritta nei dati ha diversi diritti che qui non vengono analizzati in dettaglio.

La Legge impone l'aggiornamento dei dati come tutela del diritto della persona alla correttezza della propria immagine: l'art. 13 riconosce come diritto dell'interessato

“l'aggiornamento, la rettificazione ... l'integrazione dei dati”.

L'art. 15 esige che i dati siano “custoditi e controllati ... in modo da ridurre al minimo ... i rischi di distruzione ... o di accesso non autorizzato”. L'art. 36 prevede l'arresto come pena per l'omissione delle misure necessarie a garantire la sicurezza dei dati.

Il DPR 318/99 fornisce le misure minime di sicurezza da adottare.

Importante è l'art. 18:

“Chiunque cagiona danno ad altri per effetto del trattamento di dati personali è tenuto al risarcimento ai sensi dell'art. 2050 CC”.

Questo articolo del Codice Civile si riferisce alla “responsabilità per l'esercizio di attività pericolose”; se il danno è arrecato in seguito all'accesso abusivo ai dati, la negligenza nella custodia fa gravare la responsabilità civile per il danno sul detentore dei dati.

All'atto della raccolta dei dati l'interessato deve essere informato, oralmente o per iscritto, sulla natura e sulle finalità della raccolta, sulle conseguenze del rifiuto, sull'ambito di diffusione dei dati, sull'identità del titolare della raccolta, nonché sui propri diritti (art. 10). Ad eccezione dei casi prescritti per legge, il trattamento dei dati è ammesso solo con il consenso scritto dell'interessato (art. 11). Il consenso non è richiesto quando il trattamento è necessario per adempiere a obblighi di legge o contrattuali; se ne prescinde quando non può essere espresso ma il trattamento è finalizzato alla tutela della vita e dell'integrità fisica di un terzo.

L'anonimato del dato per uso scientifico e statistico è ripreso anche dall'art. 20, che non lascia dubbi: in questi casi, la Legge non prescrive il consenso per il loro trattamento (art. 12) e ne autorizza la diffusione (art. 21). È pur vero che se i dati sono anonimi, proprio secondo la definizione della Legge le persone descritte non sono identificabili e quindi i dati non cadono nell'ambito di applicazione della Legge.

Il D.Lgs 281/99 interviene a regolare il trattamento dei dati per uso scientifico.

Un'altra nota riguarda l'attendibilità del richiedente. Anche su questo aspetto la L. 675/96 pone un punto fermo: in forma negativa, l'art. 19 fa intendere che la comunicazione ad altra banca dati, a mano di persone diverse dagli incaricati del trattamento, costituisce trattamento soggetto alle norme autorizzative. L'art. 27 della Legge consente l'uso dei dati per i fini d'istituto, ma ripete l'atteggiamento restrittivo nei confronti di ogni altro corrispondente.

Gli artt. 22 e 23 pongono sotto protezione ancora più stretta i dati concernenti la salute. Il loro trattamento prevede il consenso dell'interessato e l'autorizzazione del Garante. È permesso il trattamento finalizzato alla tutela dei terzi senza consenso dell'interessato, solo *previa autorizzazione del Garante*.

Il superiore interesse della collettività (giustizia, sicurezza, prevenzione della criminalità e delle malattie) giustifica l'attenuazione del rigore nell'applicazione delle misure di protezione dei dati personali (art. 4).

L'art. 41 della Legge prevede che il Garante possa emettere autorizzazioni relative a categorie di titolari o trattamenti. L'autorizzazione generale n. 2 del 27/11/1997, rinnovata negli anni successivi, riguarda il trattamento di dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale, in particolare nella pubblica amministrazione sanitaria, e prevede l'attività epidemiologica e di prevenzione.

In carenza di norme specifiche, l'autorizzazione generale n. 2 interviene al fine di non bloccare tutta l'attività che dipende dal trattamento di dati sanitari; il suo testo è stato in parte recepito dal D.Lgs 282/99 e consente quei trattamenti di dati che sono necessari per le finalità di prevenzione e cura, di gestione dei servizi socio-sanitari, di ricerca scientifica e di fornitura di prestazioni; prende in considerazione diversi aspetti concernenti il trattamento delle informazioni, che diventano criteri di liceità dell'accesso al dato sensibile.

In ordine alle *finalità del trattamento*, il Garante autorizza in particolare il trattamento

“per tutelare l'incolumità fisica e la salute di un terzo o della collettività”, per “scopi di ricerca scientifica, anche statistica, finalizzata alla tutela della salute ... della collettività in campo medico, biomedico o epidemiologico, allorché si debba intraprendere uno studio delle relazioni tra i fattori di rischio e la salute umana, o indagini su interventi sanitari ... ovvero sull'utilizzazione di strutture socio-sanitarie, e la disponibilità di dati solo anonimi su campioni della popolazione non permetta alla ricerca di raggiungere i suoi scopi”.

Circa le *categorie dei dati*, il Garante sottolinea la necessità che i dati siano “strettamente pertinenti a ... le finalità” dette.

Sulle modalità è precisato che

“il trattamento deve essere effettuato unicamente con logiche e forme di organizzazione dei dati strettamente correlate ... con le finalità” dette.

Per questo tipo di trattamenti i dati vanno

“conservati per un periodo non superiore a quello necessario per adempiere ai compiti previsti e per perseguire le finalità, verificando... la stretta pertinenza e la non eccedenza dei dati trattati”.

La comunicazione dei dati sanitari è consentita nei limiti *strettamente pertinenti* alle dette finalità.

Questi criteri permettono una valutazione della richiesta e rendono meno difficile accordare il consenso al trattamento di dati personali per fini epidemiologici o di studio. Vanno comunque pretesi i più rigidi canoni di sicurezza per evitare accessi indebiti a dati motivatamente trasmessi.

La L. 675/96 deve essere intesa non come un freno alla comunicazione ma come una norma che regola l'accesso ai dati perché l'informazione è una risorsa preziosa per le persone e per la collettività

Il trattamento dei dati di mortalità

Istituzione del Registro dei deceduti. Finalità della raccolta

Il vigente Regolamento di Polizia Mortuaria (approvato con DPR 10/9/1990 n. 285, in seguito RPM) prescrive:

“I medici ... debbono per ogni caso di morte di persona da loro assistita denunciare al sindaco la malattia che, a loro giudizio, ne sarebbe stata la causa” (art. 1, c. 1). “Ogni USL deve istituire ... un Registro” annuale dei deceduti e delle relative cause di morte (art. 1, c. 7).

La raccolta delle cause di morte ha formalmente la caratteristica dell'obbligatorietà: la raccolta è fatta perché è prescritta dalla legge. Il decaduto RPM (DPR 803/75) prevedeva che la denuncia di causa di morte avesse esclusivamente finalità *statistico-sanitarie*; il RPM vigente (art. 1, c. 8) afferma che “le schede di morte hanno esclusivamente finalità sanitarie, epidemiologiche e statistiche”. La finalità sanitaria comprende anche la funzione certificativa.

Gli aspetti che caratterizzano il trattamento dei dati nell'ambito del Registro dei deceduti sono:

- i dati trattati sono dati sensibili;
- la persona descritta è deceduta e i suoi diritti possono essere fatti valere da persone diverse;
- una persona che ha un interesse legittimo alla conoscenza di questi dati può far valere il diritti sui dati allo stesso livello della persona deceduta (art. 13).

Il titolare e il responsabile

Secondo la L. 675/96, anche per il Registro della cause di morte devono essere individuati un *titolare* e un *responsabile*: titolare è certamente l'Azienda USL, oppure, su attribuzione del Direttore Generale, il Dipartimento di Prevenzione. Un dubbio sulla titolarità del Dipartimento di Prevenzione deriva da un'espressione della CM Sanità 23/6/1993 n. 24 (esplicativa del RPM), nella quale - in 2.4 - si afferma che il Registro delle cause di morte deve "essere tenuto presso l'USL (generalmente al Servizio Igiene Pubblica)", intendendosi con quel *generalmente* che quel Servizio - e il Dipartimento in cui è confluito - non è il detentore obbligatorio del Registro.

Il responsabile è preposto dal titolare al trattamento di dati personali.

Aggiornamento

L'aggiornamento del Registro è previsto dal RPM nel senso della completezza (art. 1, c. 8) e della rettifica, in particolare per la diagnosi fornita dall'autopsia (artt. 39 e 45. L'art. 45, c. 2 del RPM recita: "i risultati delle autopsie devono essere comunicati al sindaco e da quest'ultimo al coordinatore sanitario della USL ... per l'eventuale rettifica della scheda di morte").

L'aggiornamento è prescritto dall'art 13 della L. 675/96, che riconosce come diritto dell'interessato alla correttezza della sua immagine "*l'aggiornamento, la rettificazione ... l'integrazione dei dati*". In ordine all'aggiornamento su riscontro diagnostico, va tenuto presente che la scheda, essendo un documento datato e sottoscritto, non può essere corretta, anche perché si trova in copia presso gli Uffici della USL. Il Registro invece deve essere aggiornato attraverso l'indicazione della rettifica portata dal referto autoptico. In genere, il referto riporta la descrizione morfologica dei riscontri, i quali non sempre trovano una corrispondenza univoca in una diagnosi e in particolare solo raramente possono fornire l'identificazione, tra diverse patologie, della malattia che ha

portato a morte. Dunque, solo quando la diagnosi clinica della scheda è palesemente contraddetta dal riscontro obiettivo si può procedere a rettifica senza rischio di errore.

Accesso ai dati di mortalità

Con espressione infelice la L. 675/96 (art. 13, c. 3) proclama:

“I diritti ... riferiti ai dati personali concernenti persone decedute possono essere esercitati da chiunque vi abbia interesse”.

Si ritiene che l'interessato ai dati del defunto sia l'erede, che ne assume o rappresenta i diritti.

Le “finalità sanitarie, epidemiologiche e statistiche” (art. 1, c. 8 RPM) fanno ritenere che l'accesso ai dati da parte di enti interessati a valutazioni epidemiologiche e statistiche sia compito d'istituto del Registro. Benché la tenuta del Registro non configuri un procedimento amministrativo, come si è detto, si ritiene che l'accesso ai documenti previsto dal capo V della Legge 7/8/1990 n. 241 vi trovi applicazione. Il riconoscimento del diritto di accesso “a chiunque vi abbia interesse per la tutela di situazioni giuridicamente rilevanti” richiede la dichiarazione del motivo (art. 25, c. 2 L. 241/90) e la valutazione della rilevanza giuridica della situazione da tutelare. Si riconosce il diritto all'accesso

- agli eredi legittimi e testamentari,
- al Magistrato, per esclusivi fini di giustizia,
- agli enti ai quali è concessa una specifica potestà in materia, per esempio i Registri di patologia costituiti come enti pubblici non economici, per le finalità epidemiologiche d'istituto,
- agli enti e alle persone che necessitano dei dati “per l'esecuzione di obblighi derivanti da un contratto del quale è parte l'interessato” (art. 12, c. 1, l. b).

Come si è detto, è trattamento soggetto alle norme autorizzative la comunicazione ad altra banca dati a mano di persone diverse dagli incaricati del trattamento. I dati personali saranno quindi forniti solo su istanza del responsabile della banca dati (titolare dei trattamenti) che si qualifichi, o a lui stesso o agli incaricati del trattamento da lui indicati, e non su richieste più o meno anonime o con firma non chiara. In particolare, di fronte ad un dubbio sull'autorevolezza del richiedente, vale la pena di indirizzare la risposta al responsabile della struttura richiedente, citando il nominativo di chi ha avanzato la richiesta e i precisi vincoli normativi, quali il rispetto del segreto d'ufficio e professionale (artt. 326 e 622 CP), nonché quanto disposto dalla L. 675/96.

Tipologia di prestazione e regime fiscale

La richiesta di accesso ai dati di mortalità configura un procedimento amministrativo di accesso agli atti del Servizio. Per questo procedimento valgono le prescrizioni della L. 241/90. In particolare, alla richiesta di accesso deve essere data risposta entro 30 giorni (la risposta può anche essere dilatoria); il diniego deve essere motivato; si deve comunque mantenere annotazione delle richieste di accesso anche in caso di visura senza comunicazione scritta.

L'accesso alla documentazione amministrativa (e in particolare al Registro delle cause di morte) attraverso visura deve garantire la protezione di quei dati personali che non sono oggetto del diritto dell'istante.

“Il rilascio di copia è subordinato soltanto al rimborso del costo di riproduzione, salve le disposizioni vigenti in materia di bollo, nonché i diritti di ricerca e visura” (art. 25, c. 1 L. 241/90).

Il costo della prestazione di “copia di atti” e il costo delle eventuali fotocopie sono a carico del richiedente nella misura definita annualmente dal tariffario regionale.

L'emissione di certificati relativi al decesso per finalità assistenziali, previdenziali, bancarie e assicurative è esente dal bollo (art. 9, tab. B legge sul bollo; DPR 915/78 art. 126; Legge 29/12/1990 n. 405 art. 7, c. 5). Per finalità diverse è soggetta al bollo vigente.

La certificazione

Le richieste presentano una varietà di espressioni (certificato necroscopico o certificato di morte con maggiore frequenza, ma anche molte altre). Il Registro rilascia o *copia conforme all'originale* della scheda ISTAT e dei referti autoptici oppure un'*attestazione di quanto risulta agli atti*. Ciò va detto perché sia chiaro che la natura del documento in questione *non è quella di un certificato medico*, nel quale il medico dichiara circostanze di cui ha conoscenza diretta assunta nell'esercizio della sua attività; la natura dell'atto è quella di un *riscontro amministrativo* di una risultanza di cui il responsabile non ha alcuna conoscenza se non tramite dichiarazione di terzi. La natura dell'attestazione comporta che se non si risponde a un quesito specifico, è necessario riportare tutto quello che risulta senza omettere nulla, anche se si ritiene che le notizie possano avere aspetti riservati (il che è comunque vero, ma è superato dal diritto all'accesso che, nell'attestare, si riconosce al richiedente).

La richiesta da parte degli eredi

Il Deceduto conserva i propri diritti personali che sono rappresentati dagli eredi. Come detto, la Legge riconosce che "I diritti ... riferiti ai dati personali concernenti persone decedute possono essere esercitati da chiunque vi abbia interesse"; si ritiene tuttavia che sia l'erede a rappresentare l'interesse del defunto. L'erede è spesso sollecitato dagli enti erogatori a richiedere e produrre la certificazione delle cause di morte per accedere a prestazioni pensionistiche o assicurative. Benché sia una richiesta probabilmente illegittima, non pare tuttavia possibile rifiutare il documento all'erede che è titolare dei diritti su quelle informazioni. Certamente, se la funzione certificativa del Registro può essere prevista, è difficile negare al certificato, una volta emesso, una funzione amministrativa che il RPM non gli attribuisce.

Gli eredi legittimi sono elencati nell'art. 565 CC:

"Categorie dei successibili: nella successione legittima l'eredità si devolve al coniuge, ai discendenti legittimi, agli ascendenti legittimi, ai collaterali, ai parenti naturali e allo Stato, nell'ordine ..."

I successivi artt. 566 - 584 CC regolano l'ordine e il concorso; i dati più importanti sono:

- ascendenti e collaterali sono eredi solo in mancanza di discendenti;
- il coniuge è erede in concorso con i soli discendenti del morto se esistono, oppure, in assenza di questi, in concorso con fratelli e ascendenti del morto.

Certificazione della qualità di erede

I privati che avanzano la richiesta dell'attestazione della causa di morte di un congiunto devono dichiarare la propria qualità di erede legittimo o documentare quella di erede testamentario. Sull'attestazione, e sulla copia che resta agli atti, vengono annotate l'identità del richiedente e la sua qualità di erede. Di fatto si produce una domanda con dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (art. 4 L. 15/68) della qualità di erede con firma autenticata (se la persona non è riconosciuta dal funzionario addetto); il tutto in due copie, comprendenti anche l'attestazione, una per il richiedente e una agli atti del Servizio. L'art. 4 della Legge 4/1/1968 n. 15 prescrive:

"L'atto di notorietà concernente ... stati o qualità personali è sostituito da dichiarazione resa e sottoscritta ... dinanzi al funzionario competente a ricevere la documentazione ... il quale procede all'autenticazione della sottoscrizione".

Si potrebbe anche vedere, in molti casi, la fattispecie prevista dall'art. 2 della stessa Legge (dichiarazione sostitutiva di certificazioni, comunemente dette auto-certificazioni):

“... lo stato di vedovo, ... il decesso del coniuge, dell’ascendente o discendente sono comprovati con dichiarazioni ... sottoscritte dall’interessato e prodotte ... La sottoscrizione deve essere autenticata”.

Per l’autenticazione, il richiedente si fa riconoscere in genere mediante la carta d’identità, ma spesso propone la patente di guida, che è valida come documento d’identità solo per i primi cinque anni dal rilascio; ad un rifiuto da parte del funzionario, solitamente il titolare oppone la validità dell’abilitazione alla guida, senza contare che l’identità del titolare potrebbe non essere riconoscibile per l’alterazione della fisionomia del titolare o per il deterioramento del documento. Al riconoscimento può contribuire anche il confronto fra la firma apposta sulla richiesta e quella che compare sui documenti. Un’incertezza nell’identificazione del richiedente può essere motivo di rifiuto dell’attestazione, perché la responsabilità della comunicazione indebita ricade sul funzionario che fa il riconoscimento.

Il Magistrato

Il testo della L. 675/96 fa numerosi riferimenti all’uso dei dati personali in ambito giudiziario; in particolare richiama numerosi dettagli tecnici che solo un giurista potrebbe discutere. In buona sostanza, l’uso dei dati per fini di giustizia è fortemente incentivato e, si potrebbe dire, privilegiato. Su richiesta formale del Magistrato non pare possibile negare l’accesso ai dati; meno certa è l’ammissibilità della richiesta da parte dei periti del tribunale o di parte, in carenza di una richiesta del Magistrato. In questi casi la preventiva notifica al Garante è difficilmente proponibile, dati i tempi stretti che i periti cercano di imporre; un sollecito a far formalizzare da parte del Magistrato la richiesta potrebbe risolvere la questione con facilità.

Enti previdenziali

Gli enti richiedenti in genere necessitano di alcune determinate informazioni, ma, per prassi invalsa, richiedono l’intero documento, benché fornito di dati irrilevanti. La L. 675/96 pone nuovamente l’accento sul fatto che ciò che non serve non deve essere richiesto. La richiesta deve essere mirata alla conoscenza della sola informazione necessaria e la risposta deve dichiarare esclusivamente che dalla scheda ISTAT risulta o non risulta una determinata circostanza, senza fornire, con la copia integrale della scheda, altre notizie riservate e irrilevanti. Diverse informazioni possono poi essere fornite dagli eredi alle amministrazioni interessate attraverso la dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà o l’autocertificazione prevista dalla L. 15/68. Purtroppo però, l’ente che richiede o che manda a richiedere la documentazione

impropria, non precisa né il tipo di necessità né la norma che giustifica la trasmissione. Il consiglio da dare in questo caso è di insistere per avere una richiesta formalmente corretta e di inserire questo punto nella notifica al Garante. La situazione può essere diversa per l'Ufficio pensioni di guerra del Ministero del Tesoro, perché l'art. 15 del DPR 23/12/1978 n. 915 (T.U. delle pensioni di guerra) prevede espressamente che *"tutti i documenti necessari per l'istruttoria delle domande ... sono acquisiti d'ufficio"*. In particolare vengono menzionati *"i documenti sanitari"* e, tra i debitori, *"gli istituti ospedalieri"*: ciò rende probabile che la causa di morte possa essere legittimamente richiesta. Resta tuttavia incerta la pertinenza dei dati con le finalità del loro possesso. Anche l'INAIL ha diritto ad accedere ai *"documenti clinici e necroscopici"* relativi agli infortunati ricoverati negli ospedali (DPR 30/6/1995 n. 1124; T.U. degli infortuni sul lavoro art. 94).

Eccesso di richiesta

Ove pretesa da enti erogatori, la causa della morte dovrebbe essere richiesta non in termini diagnostici esatti (benché presuntivi), ma nella genericità sufficiente a sortire gli effetti istituzionali: una pensione, un'eredità, una provvidenza assicurativa possono essere vincolati (in positivo o in negativo) all'ipotesi di decesso per causa naturale, per infortunio, per eventi catastrofici o bellici, o ancora per suicidio o per reato. In ognuno di questi o altri casi, la richiesta dovrebbe limitarsi alla sola voce che interessa e ad essa dovrebbe attenersi la risposta. L'art. 9 della Legge precisa che

"I dati personali oggetto di trattamento devono essere ... d) pertinenti, completi e non eccedenti rispetto alle finalità per le quali sono raccolti o successivamente trattati".

È urgente che gli enti interessati adottino una nuova formula di istanza, che richieda i soli dati rilevanti e esponga le norme che ne prescrivono la trasmissione. È infatti evidente che mentre deve essere garantito l'assolvimento degli obblighi contrattati dagli enti con il defunto quando era in vita (*"Esecuzione di obblighi derivanti da un contratto del quale è parte l'interessato"*, art. 12, c. 1, l. b), la richiesta di dati non necessari viola la Legge.

Comunicazione dei dati per fini scientifici

La fornitura di dati ad ospedali e centri di ricerca sanitaria è spesso sollecitata e non parrebbe ammessa dalla Legge.

Le recenti disposizioni integrative della L. 275/96 e l'autorizzazione generale n. 2 intervengono, come si è detto, con particolare riguardo all'attività scientifica, statistica

ed epidemiologica. I criteri relativi alla finalità e alle modalità del trattamento, alle categorie dei dati, ai tempi di conservazione e agli aspetti della loro comunicazione devono indirizzare il titolare alla decisione di consentire o meno l'accesso ai dati.

Si ricorda che secondo l'art. 13 della Legge, se un ente ha un interesse legittimo alla conoscenza dei dati nominativi individuali di mortalità, può far valere i diritti alla conoscenza allo stesso livello della persona deceduta; in questo senso l'accesso non sarebbe soggetto alla notifica al Garante; tuttavia diversi giuristi non ritengono che la notifica debba essere omessa.

Il Comune

Come si è visto, l'art. 1, c. 1 del RPM prescrive che la denuncia della causa di morte sia fatta al Sindaco e non all'USL. Il Comune deve informare l'USL (c. 2) nel caso di morte per malattia infettiva, ed inviare all'USL *"copia della scheda di morte ... entro 30 giorni ..."*. L'USL, e non il Comune, *"deve inviare copia della scheda di morte all'USL di residenza"* (art. 1, c. 7). Il Comune trattiene dunque l'originale, non perché gli competa una funzione di registro, ma per provvedere alla trasmissione all'ISTAT. Anche ai fini degli atti di stato civile, la scheda di morte non ha alcun valore, competendo questa funzione alla dichiarazione di morte presentata dai familiari o da chiunque sia informato del decesso (art. 1 RPM; RD 9/7/1939 n. 1238 sullo stato civile). Quindi, il Comune non detiene il Registro delle cause di morte: la conoscenza da parte del Comune della causa di morte non è richiesta da alcuna norma vigente, pertanto il Comune non deve detenerla. La pratica di alcuni Comuni di mantenere fotocopie o trascrizioni della scheda di morte o di reclamare le relative certificazioni è arbitraria e sicuramente contraria allo spirito della L. 675/96. Del resto, il Registro conservato presso l'USL, oltre che essere organizzato per Comuni (art. 1 RPM), è di fatto il Registro del Comune, data la definizione dell'USL come *"complesso ... dei servizi dei Comuni singoli o associati i quali ... assolvono ai compiti del Servizio Sanitario Nazionale"* (art. 10 L. 833/78).

Va però detto che l'Ufficio statistico del Comune svolge una funzione di informazione alla collettività sui fenomeni più importanti, di interesse civico e anche sanitario, in forma di dati aggregati, in seguito a eventi che riguardano le singole persone e che sono rilevati dalla stessa struttura comunale. Di questi eventi fanno parte i decessi, e le malattie che portano a morte sono note, per motivi istituzionali, agli uffici comunali. La funzione statistica delle schede ISTAT è svolta localmente attraverso la sintesi tempestiva che i Comuni possono predisporre basandosi su di esse. Per questo, anche se l'autorità comunale non è tenuta a conoscere i dati sanitari individuali concernenti

la morte, l'ufficio statistico del Comune potrebbe tuttavia disporne per un uso non difforme da quelli che il RPM prevede e la L. 675/96 consente.

Registri di patologia

I Registri tumori e di patologia possono accedere ai dati di mortalità se sono istituiti come enti pubblici non economici e se la comunicazione è prescritta dalle norme istitutive. Diversamente, la comunicazione può ricadere nell'ambito dei trattamenti per fini scientifici di cui si è detto sopra.

LA CODIFICA DELLE CAUSE DI MORTE: INTRODUZIONE *

Come si è visto, il fine della certificazione delle cause di morte è l'uso statistico-epidemiologico: per questo uso non è però possibile servirsi del certificato così com'è, poiché esistono decine di migliaia di termini medici e le loro possibili combinazioni sono quindi molti milioni.

Ciò giustifica l'ulteriore passaggio, cioè la codifica, che consiste nel scegliere fra le patologie indicate dal medico certificatore quella che viene definita come causa iniziale e nel trasformare questa patologia in un codice. Questo deve avvenire applicando delle regole in maniera standardizzata, al fine di ottenere un risultato che sia riproducibile, cioè si deve operare in maniera tale che chiunque, applicando le regole allo stesso certificato, ottenga lo stesso codice.

Per raggiungere questo risultato è necessario avvalersi di alcuni strumenti cioè:

1. la *scheda (o le schede) per la certificazione* delle cause di morte (in Italia i modelli ISTAT D/4, D/5, D/4 bis, D/5 bis);
2. la *Classificazione internazionale* delle malattie, traumatismi e cause di morte - IX Revisione (I e II volume). È un utilissimo ausilio per la codifica anche la lista delle voci mancanti all'elenco alfabetico del 2° volume dell'*ICD-IX*, preparata dal Dott. Feola e collaboratori dell'ISTAT e riportata in appendice al presente volume (Appendice 3);
3. il *manuale ACME* già citato.

1. Scheda per la certificazione

Il fatto che esista un modello standard obbligatorio per la certificazione delle cause di morte facilita notevolmente il lavoro del codificatore: in effetti come si vedrà, se un certificato è correttamente compilato, la scelta della causa iniziale è estremamente facile. Molti medici tuttavia non ne conoscono il corretto impiego, o per incuria lo trascurano, segnalando per esempio, in caso di morte per causa naturale, più di una patologia al quesito 1 oppure indicando ai punti 2 e 3 patologie che non hanno rapporti con quella indicata come iniziale.

In ogni modo la scheda richiede al medico certificatore di segnalare se la morte sia dovuta a causa naturale o violenta. Nel primo caso si possono indicare fino ad un

* Carlo Alberto Goldoni

Azienda USL di Modena - coordinatore regionale dei Registri di mortalità

massimo di tre patologie fra loro concatenate che hanno portato al decesso, ed inoltre, ad un quarto quesito, tutte quelle patologie che, non essendo causa diretta della morte, possono avervi contribuito.

Infine, per ognuna di queste patologie può essere indicato il tempo trascorso dal loro instaurarsi, dato che può avere notevole riflesso sulla codifica.

Se la morte è dovuta a causa violenta, oltre ad indicare il tipo di causa (accidente, infortunio sul lavoro, suicidio, omicidio) il certificato deve descrivere sia la lesione sia la modalità dell'accidente.

La scheda di morte contiene poi una parte anagrafica (parte B) che deve essere completata dall'ufficiale di Stato Civile e che identifica esattamente la persona deceduta.

2. Classificazione internazionale

Il codice di cui si parlava non può essere scelto arbitrariamente ma deve fare riferimento ad un sistema universalmente accettato.

La necessità di disporre di una classificazione univoca delle malattie è stata sentita fin dagli inizi della statistica medica e dell'epidemiologia, tanto che la prima risale al 1855 (Farr); verso la fine dell'800 fu poi istituita la Classificazione Internazionale delle Cause di Morte, progressivamente ampliata in successive versioni fino alla attuale *ICD-IX* che comprende 1.178 categorie e 6.703 sottocategorie.

SCHEDA DI MORTE OLTRE IL 1° ANNO DI VITA PER MASCHIO

PROVINCIA DI _____

COMUNE DI _____

1. **Causa iniziale** (Scrivere in stampatello)
Indicare la malattia che, attraverso eventuali complicazione o stati morbosi intermedi da indicarsi al n. 2, ha condotto alla causa finale, da indicarsi al n. 3

anni _____

mesi _____

giorni _____

2. **Causa intermedia o complicazione** (Scrivere in stampatello)
Indicare l'eventuale complicazione o successione morbosa della malattia indicata al n. 1

anni _____

mesi _____

giorni _____

3. **Causa finale** (Scrivere in stampatello)
Indicare la malattia o lo stato morboso che ha direttamente provocato il decesso

anni _____

mesi _____

giorni _____

4. **Altri stati morbosi rilevanti** (Scrivere in stampatello)
Indicare le eventuali malattie o gli stati morbosi che hanno contribuito al decesso, ma senza rapporto con le cause indicate al n. 1, 2 e 3.

anni _____

mesi _____

giorni _____

1. **Causa violenta**
Accidentale ☐ Suicidio ☐

2. **Data dell'accidente, suicidio, omicidio**
ora _____ gg _____ mm _____ aa _____
ore _____ pr _____ mn _____ ss _____

3. **Intervallo tra azione violenta e morte (b)**
ore _____ pr _____ mn _____ ss _____

4. **Luogo dell'accidente, suicidio, omicidio**
Casa ☐ 1 Fabbrica ☐ 2 Cantiera ☐ 3
Lugli di ricorrenza o sport ☐ 5
Lugli di ricorrenza (specificare) _____

5. **Stato di morte**
Strada o piazza ☐ 4
altrove ☐ 6

1. **Data di nascita**
ora _____ gg _____ mm _____ aa _____

2. **Località di nascita**
Stesso comune di morte ☐ 1
Altro comune _____ ☐ 2
Stato estero _____ ☐ 3
(specificare comune e provincia) _____ (comune) _____ (prov.) _____

3. **Età completa**
Anni _____ 4. _____

4. **Stato civile**
Celibe _____ ☐ 1
Congiunto _____ ☐ 2
Vedovo _____ ☐ 3
Divorziato o già congiunto (a) _____ ☐ 4
Sposato legalmente _____ ☐ 5
Se coniugato o sposato legalmente indicare:
- Fanno di nascita del coniugio superstite _____
- Fanno di matrimonio _____
- Altro luogo (specificare) _____

5. **Residenza**
Stesso comune di morte ☐ 1
Altro comune _____ ☐ 2
(specificare comune e provincia) _____ (comune) _____ (prov.) _____
Stato estero _____ ☐ 3
(specificare) _____

6. **Grado di istruzione**
Lettura o dettato di lettera _____ ☐ 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

7. **Professione**
9. **Condizione professionale o non professionale**
Disoccupato _____ ☐ 1
In cerca di prima occupazione _____ ☐ 2
Ritirato dal lavoro _____ ☐ 3
Studente _____ ☐ 4
Inabile al lavoro _____ ☐ 5
Altro (compreso servizio di leva o servizio civile) _____ ☐ 6
10. **Posizione nella professione**
Per lavoratori autonomi
Imprenditore o libero professionista _____ ☐ 1
Lavoratori in proprio o coadiuvante _____ ☐ 2
Altro _____ ☐ 3
Per lavoratori dipendenti
Dirigente o direttivo _____ ☐ 4
Impiegato o internando _____ ☐ 5
Operario o assimilato _____ ☐ 6
Altro (apprendista, liv. a domicilio, ecc.) _____ ☐ 7
11. **Ramo di attività economica**
Agricoltura, caccia e pesca _____ ☐ 1
Industria _____ ☐ 2
Commercio, pubblico esercizi, alberghi _____ ☐ 3
Pubblica amministrazione e servizi pubblici _____ ☐ 4
Altri servizi privati _____ ☐ 5
12. **Cittadinanza**
Italiana _____ ☐ 1
Per nascita _____ ☐ 2
Acquisita _____ ☐ 3
Straniera _____ ☐ 4
(specificare) _____
13. **Codice individuale del decesso**
Firma dell'Ufficiale dello Stato Civile _____
Bollo _____

PROVINCIA _____

COMUNE _____

1. **Causa iniziale** (Scrivere in stampatello)
Indicare la malattia che, attraverso eventuali complicazione o stati morbosi intermedi da indicarsi al n. 2, ha condotto alla causa finale, da indicarsi al n. 3

anni _____

mesi _____

giorni _____

2. **Causa intermedia o complicazione** (Scrivere in stampatello)
Indicare l'eventuale complicazione o successione morbosa della malattia indicata al n. 1

anni _____

mesi _____

giorni _____

3. **Causa finale** (Scrivere in stampatello)
Indicare la malattia o lo stato morboso che ha direttamente provocato il decesso

anni _____

mesi _____

giorni _____

4. **Altri stati morbosi rilevanti** (Scrivere in stampatello)
Indicare le eventuali malattie o gli stati morbosi che hanno contribuito al decesso, ma senza rapporto con le cause indicate al n. 1, 2 e 3.

anni _____

mesi _____

giorni _____

1. **Causa violenta**
Accidentale ☐ Suicidio ☐

2. **Data dell'accidente, suicidio, omicidio**
ora _____ gg _____ mm _____ aa _____
ore _____ pr _____ mn _____ ss _____

3. **Intervallo tra azione violenta e morte (b)**
ore _____ pr _____ mn _____ ss _____

4. **Luogo dell'accidente, suicidio, omicidio**
Casa ☐ 1 Fabbrica ☐ 2 Cantiera ☐ 3
Lugli di ricorrenza o sport ☐ 5
Lugli di ricorrenza (specificare) _____

5. **Stato di morte**
Strada o piazza ☐ 4
altrove ☐ 6

1. **Data di nascita**
ora _____ gg _____ mm _____ aa _____

2. **Località di nascita**
Stesso comune di morte ☐ 1
Altro comune _____ ☐ 2
Stato estero _____ ☐ 3
(specificare comune e provincia) _____ (comune) _____ (prov.) _____

3. **Età completa**
Anni _____ 4. _____

4. **Stato civile**
Celibe _____ ☐ 1
Congiunto _____ ☐ 2
Vedovo _____ ☐ 3
Divorziato o già congiunto (a) _____ ☐ 4
Sposato legalmente _____ ☐ 5
Se coniugato o sposato legalmente indicare:
- Fanno di nascita del coniugio superstite _____
- Fanno di matrimonio _____
- Altro luogo (specificare) _____

5. **Residenza**
Stesso comune di morte ☐ 1
Altro comune _____ ☐ 2
(specificare comune e provincia) _____ (comune) _____ (prov.) _____
Stato estero _____ ☐ 3
(specificare) _____

6. **Grado di istruzione**
Lettura o dettato di lettera _____ ☐ 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

7. **Professione**
9. **Condizione professionale o non professionale**
Disoccupato _____ ☐ 1
In cerca di prima occupazione _____ ☐ 2
Ritirato dal lavoro _____ ☐ 3
Studente _____ ☐ 4
Inabile al lavoro _____ ☐ 5
Altro (compreso servizio di leva o servizio civile) _____ ☐ 6
10. **Posizione nella professione**
Per lavoratori autonomi
Imprenditore o libero professionista _____ ☐ 1
Lavoratori in proprio o coadiuvante _____ ☐ 2
Altro _____ ☐ 3
Per lavoratori dipendenti
Dirigente o direttivo _____ ☐ 4
Impiegato o internando _____ ☐ 5
Operario o assimilato _____ ☐ 6
Altro (apprendista, liv. a domicilio, ecc.) _____ ☐ 7
11. **Ramo di attività economica**
Agricoltura, caccia e pesca _____ ☐ 1
Industria _____ ☐ 2
Commercio, pubblico esercizi, alberghi _____ ☐ 3
Pubblica amministrazione e servizi pubblici _____ ☐ 4
Altri servizi privati _____ ☐ 5
12. **Cittadinanza**
Italiana _____ ☐ 1
Per nascita _____ ☐ 2
Acquisita _____ ☐ 3
Straniera _____ ☐ 4
(specificare) _____
13. **Codice individuale del decesso**
Firma dell'Ufficiale dello Stato Civile _____
Bollo _____

PROVINCIA _____

COMUNE _____

1. **Causa iniziale** (Scrivere in stampatello)
Indicare la malattia che, attraverso eventuali complicazione o stati morbosi intermedi da indicarsi al n. 2, ha condotto alla causa finale, da indicarsi al n. 3

anni _____

mesi _____

giorni _____

2. **Causa intermedia o complicazione** (Scrivere in stampatello)
Indicare l'eventuale complicazione o successione morbosa della malattia indicata al n. 1

anni _____

mesi _____

giorni _____

3. **Causa finale** (Scrivere in stampatello)
Indicare la malattia o lo stato morboso che ha direttamente provocato il decesso

anni _____

mesi _____

giorni _____

4. **Altri stati morbosi rilevanti** (Scrivere in stampatello)
Indicare le eventuali malattie o gli stati morbosi che hanno contribuito al decesso, ma senza rapporto con le cause indicate al n. 1, 2 e 3.

anni _____

mesi _____

giorni _____

1. **Causa violenta**
Accidentale ☐ Suicidio ☐

2. **Data dell'accidente, suicidio, omicidio**
ora _____ gg _____ mm _____ aa _____
ore _____ pr _____ mn _____ ss _____

3. **Intervallo tra azione violenta e morte (b)**
ore _____ pr _____ mn _____ ss _____

4. **Luogo dell'accidente, suicidio, omicidio**
Casa ☐ 1 Fabbrica ☐ 2 Cantiera ☐ 3
Lugli di ricorrenza o sport ☐ 5
Lugli di ricorrenza (specificare) _____

5. **Stato di morte**
Strada o piazza ☐ 4
altrove ☐ 6

1. **Data di nascita**
ora _____ gg _____ mm _____ aa _____

2. **Località di nascita**
Stesso comune di morte ☐ 1
Altro comune _____ ☐ 2
Stato estero _____ ☐ 3
(specificare comune e provincia) _____ (comune) _____ (prov.) _____

3. **Età completa**
Anni _____ 4. _____

4. **Stato civile**
Celibe _____ ☐ 1
Congiunto _____ ☐ 2
Vedovo _____ ☐ 3
Divorziato o già congiunto (a) _____ ☐ 4
Sposato legalmente _____ ☐ 5
Se coniugato o sposato legalmente indicare:
- Fanno di nascita del coniugio superstite _____
- Fanno di matrimonio _____
- Altro luogo (specificare) _____

5.

LA REGOLA GENERALE DI CODIFICA E LE REGOLE DI SCELTA DELLA CAUSA INIZIALE *

È anzitutto necessario definire cos'è la causa iniziale di morte. Per la ICD-IX essa è

“La malattia o il traumatismo che avvia il concatenamento degli eventi morbosi che conduce direttamente a morte, o l'insieme delle circostanze dell'accidente o della violenza che hanno provocata la lesione traumatica mortale.”

Se si applica questa definizione al modello di certificato internazionale, da cui deriva quello italiano, è possibile definire la prima regola o *regola generale* per la scelta della causa iniziale.

“Scegliere l'affezione indicata isolatamente per prima ad uno dei quesiti 1, 2 o 3, a meno che sia del tutto improbabile che tale affezione abbia potuto dare luogo a tutte le altre affezioni indicate ai quesiti successivi, fatta esclusione del quesito 4”.

La regola generale si applica, appunto, nella generalità dei casi, ma pone due condizioni:

- deve esserci una sola affezione nel primo quesito compilato (“isolatamente”)
- deve essere non del tutto improbabile che tale affezione abbia dato luogo a quelle presenti nei quesiti successivi, escluso il 4.

Poiché lo scopo è quello di giungere ad una codifica standardizzata ed uniforme, la prima condizione non pone problemi interpretativi, ma la seconda sì: che cosa si intende per “del tutto improbabile”?

Va anzitutto osservato che tale indicazione va interpretata in modo abbastanza ampio: in particolare non è necessario un rapporto diretto fra una affezione e l'altra, ma se ne possono supporre altre che il certificato non ha, per brevità, citato. Così ad esempio si può accettare il seguente concatenamento: *cirrosi epatica - anemia emorragica - scompenso cardiaco* potendo immaginare la rottura di varici esofagee, causate dalle cirrosi e non segnalate dal medico, come cause dirette dell'anemia emorragica.

Il testo della classificazione viene in aiuto al codificatore con un elenco di concatenanti possibili (tumori maligni, diabete, asma possono dare luogo a malattie acute o terminali del sistema circolatorio), e con un altro elenco di concatenamenti “del tutto improbabili”, riprodotto di seguito (pag. 49, vol. 1 ICD-IX).

* Carlo Alberto Goldoni

Azienda USL di Modena - coordinatore regionale dei Registri di mortalità

- a) una malattia infettiva o parassitaria (001 - 139) diversa da colite, enterite, gastroenterite e diarrea (009.1, 009.3), malattie da altri micobatteri (031), erisipela (035), tetano (037), setticemia o piemia (038), gangrena gassosa (040.0), angina di Vincent (101) e micosi (110 - 119) indicata come "dovuta" ad una malattia fuori del settore;
- b) un tumore maligno indicato come "dovuto" a qualsiasi altra malattia;
- c) una malformazione congenita (740 - 759) indicata come "dovuta" a qualsiasi altra malattia del soggetto, ivi compresa l'immaturità;
- d) il diabete (250) indicato come "dovuto" a qualsiasi altra malattia, esclusi l'emocromatosi (275.0), le malattie del pancreas (577) e i tumori del pancreas;
- e) l'emofilia (286.0 - 286.2) o l'influenza (487) indicate come "dovute" a qualsiasi altra malattia;
- f) il reumatismo articolare acuto (390 - 392) o una cardiopatia reumatica (393 - 398) indicati come "dovuti" ad una malattia diversa da angina streptococcica (034.0), scarlattina (034.1), setticemia da streptococco (038.0) e tonsillite acuta (463);
- g) una malattia non infiammatoria del sistema nervoso centrale (330 - 349, 430 - 438) indicata come "dovuta" a una malattia dell'apparato digerente (520 - 579) o, ad eccezione dell'embolia cerebrale (434.1), come "dovuta" a endocardite (394 - 397, 421, 424);
- h) una cardiopatia ischemica cronica (412 - 414) indicata come "dovuta" a qualsiasi tumore;
- i) ogni condizione morbosa descritta come aterosclerotica [arteriosclerotica] indicata come "dovuta" a un tumore;
- j) ogni condizione morbosa ipertensiva indicata come "dovuta" a qualsiasi tumore, ad eccezione dei tumori carcinoidi o dei tumori endocrini o renali;
- k) un'affezione iniziata ad una data x, indicata come "dovuta" ad un'affezione iniziata in una data y posteriore ad x;

Ma il problema si ripropone subito dopo, poiché il testo cita:

"Negli altri casi si seguirà la regola generale, a meno che ragioni molto valide vi si oppongano",

spostando il dilemma su quali possono essere le "ragioni molto valide".

Poiché questo punto non viene ulteriormente risolto, esso può essere affrontato solo con un costante esercizio e confronto dei codificatori in modo che l'interpretazione di questa frase sia la più possibile omogenea, oppure applicando, come si vedrà nel capitolo relativo, un sistema decisionale precostituito come quello del manuale utilizzato per la codifica automatica.

Prima di passare alle successive regole di codifica, vale la pena segnalare un avviso importante che compare nel 1° volume a pag. 28, avviso che richiama al fatto che la codifica non può essere un passaggio avulso dal restante procedimento che porta dalla diagnosi alla statistica, ma deve sforzarsi di distorcere il meno possibile l'informazione che giunge dal medico certificatore, infatti:

“Se non si può applicare la regola generale, si farà del tutto per ottenere dal certificante le informazioni necessarie per la sua applicazione, in quanto le altre regole di scelta sono in parte arbitrarie e non permettono sempre una scelta soddisfacente della causa iniziale”.

A titolo di esempio, è abitudine di molti medici certificatori richiamare al quesito 1 la patologia che essi considerano causa iniziale ed al quesito 2 (causa intermedia) la o le patologie che hanno concorso al decesso, pur non essendone causa diretta, cioè quelle che, correttamente, andrebbero inserite al quesito 4. Ebbene, l'applicazione delle altre regole di scelta porta, nella maggior parte dei casi, alla individuazione di quanto indicato al quesito 2 come causa iniziale.

Regola 1

Nel caso non sia possibile applicare la regola generale, si passa alle altre tre regole di scelta, in successione, partendo dalla regola 1:

“Quando è indicato un concatenamento terminante all'affezione indicata per prima al quesito 3 (o, in mancanza di questa al quesito 2), scegliere la causa iniziale di questo concatenamento. Se sono indicati più concatenamenti, scegliere la causa iniziale del concatenamento indicato per primo.”

In altre parole, si deve partire dall'affezione indicata come causa terminale. Se sono indicate più cause terminali, si parte da quella indicata per prima e si risale nel certificato agli altri quesiti, cercando quella o quelle affezioni che possono averla determinata. Nel caso si identifichi un concatenamento, composto da due o tre affezioni e risalente quindi al quesito 2 o al quesito 1, si sceglie come causa iniziale quella che dà origine al concatenamento.

Se però ci sono più concatenamenti, la norma dice di scegliere quello indicato per primo: ciò va interpretato tenendo conto del certificato internazionale, che è invertito rispetto a quello italiano. In esso viene presentata prima la causa terminale, poi quella intermedia e infine quella iniziale. Il concatenamento menzionato per primo è quindi quello più vicino alla causa terminale, ad esempio nel caso:

causa iniziale	cardiopatia ischemica
causa intermedia	tumore maligno dello stomaco
causa terminale	insufficienza cardiorespiratoria

esistono due concatenamenti, non essendo del tutto improbabile che sia il tumore maligno dello stomaco sia la cardiopatia ischemica provochino insufficienza cardiorespiratoria, si sceglie quindi il concatenamento indicato per primo e si identifica il tumore maligno dello stomaco come causa iniziale.

Regola 2

Quando non è possibile applicare la regola 1, si passa alla regola 2:

“Quando non è indicato alcun concatenamento terminante all'affezione menzionata per prima al quesito 3 (o in mancanza, al quesito 2 o, in mancanza ancora, al quesito 1), scegliere questa affezione indicata per prima al quesito 3 (o in mancanza, al quesito 2 o, in mancanza ancora, al quesito 1) come causa iniziale.”

Quindi, se non esistono concatenamenti, la patologia indicata come terminale che ha causato direttamente la morte, deve essere considerata anche come causa iniziale. Ad esempio nella sequenza:

causa iniziale diabete

causa intermedia retinopatia

causa terminale linfoma di Hodgkin

pur esistendo un concatenamento (retinopatia - diabete), esso non inizia dalla causa terminale, che, non potendo essere attribuita ad una delle affezioni indicate in precedenza, sarà scelta come causa iniziale.

Regola 3

Infine, la scelta della causa iniziale deve passare al vaglio della regola 3.

“Quando l'affezione scelta mediante l'applicazione della regola generale o delle regole 1 o 2 può essere considerata come conseguenza diretta di un'altra affezione indicata ai quesiti 1, 2, 3 o 4, scegliere quest'ultima affezione come causa iniziale. Se sono indicate più di una di tali affezioni primitive, scegliere quella menzionata per prima.”

Questa regola va applicata con molta prudenza perché è quella più arbitraria di tutte e presuppone che il medico certificatore abbia completamente sbagliato la compilazione del certificato, distribuendo a caso le affezioni nei vari quesiti. Ciò può accadere, ma molto raramente. Per questo motivo la regola non si accontenta di un semplice concatenamento, ma parla di “conseguenza diretta”.

A titolo di esempio chiarificatore, si può ritenere applicabile la regola 3 nel caso di scelta di metastasi tumorali come causa iniziale, quando in altra parte del certificato è citato un tumore primitivo .

Sempre a titolo di esempio, non si considera accettabile l'applicazione della regola 3 se, avendo scelto una cardiopatia ischemica, al quesito 4 si trova menzionato un diabete.

Esempio di applicazione

causa iniziale broncopneumopatia cronica

causa intermedia ipertensione arteriosa

causa terminale metastasi ossee

altri stati morbosi tumore maligno della prostata

Si sceglie tumore maligno della prostata come causa iniziale.

Esempio di non applicazione

causa iniziale cardiopatia ischemica cronica e diabete

causa intermedia infarto acuto del miocardio

causa terminale collasso cardiocircolatorio

Applicando la regola 1, si sceglie la cardiopatia ischemica cronica senza tenere conto del diabete.

REGOLE DI SELEZIONE DELLA CAUSA INIZIALE

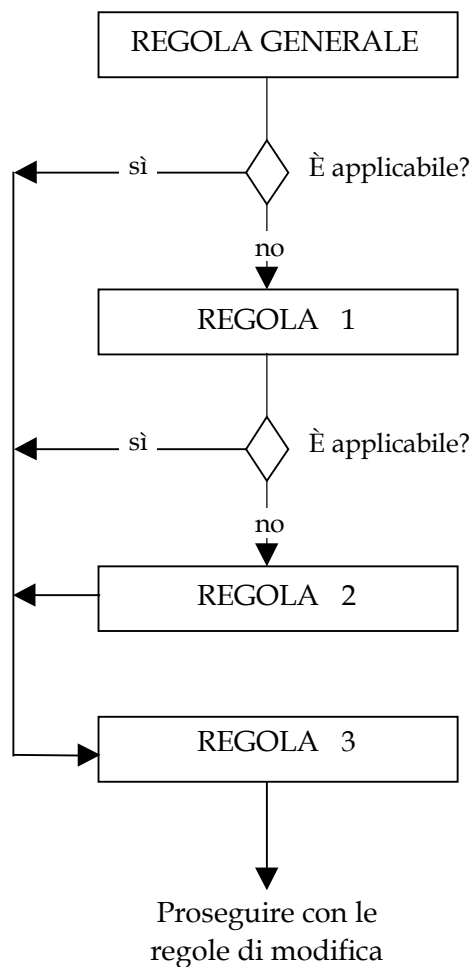
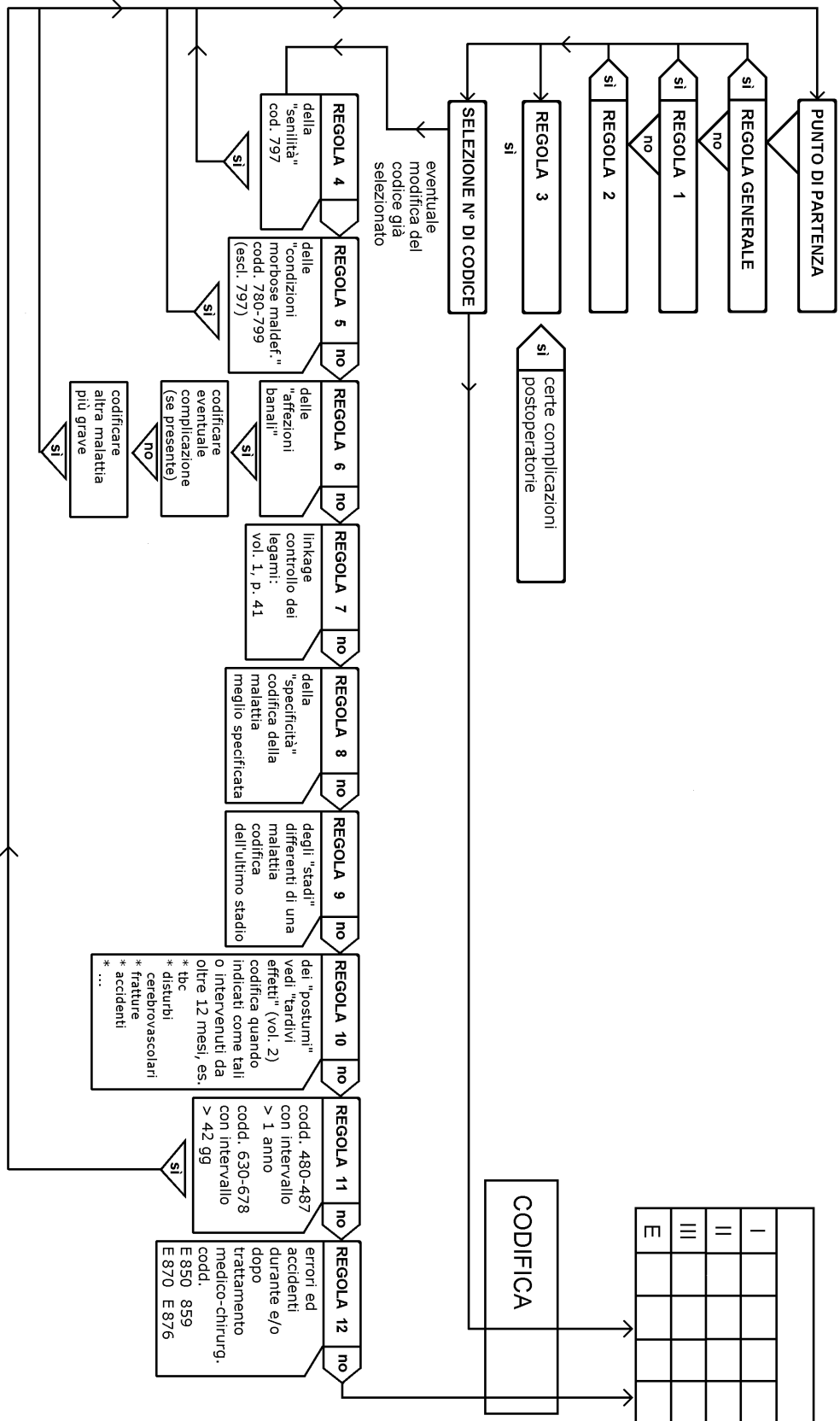


Figura 1 - Codifica delle cause di morte naturale (fonte: ISTAT - Feola, Fusillo)



LE REGOLE DI MODIFICA DELLA CAUSA INIZIALE *

Dopo aver effettuato la scelta della causa iniziale con la regola generale o le regole 1, 2 e 3, è necessario verificare la possibilità di applicazione delle *regole di modifica* della causa iniziale scelta per prima. Le regole di modifica (dalla 4 alla 12) hanno lo scopo di aumentare la precisione dei dati (*Figura 1*).

Regola 4 - Senilità (cod. 797)

Se si è selezionato senilità (797) e sulla scheda è presente un'altra malattia che non appartiene agli stati morbosi mal definiti (780 - 799), si scarta la senilità e si applicano nuovamente le regole di selezione (esempi 1, 2 e 3), a meno che la senilità non modifichi la codifica (esempio 4).

Regola 5 - Stati morbosi mal definiti (codd. 780 - 799 escluso 797)

Se è stata selezionata una condizione morbosa mal definita (codd. 780 - 796, 798 - 799) e sul certificato è indicata un'altra patologia non appartenente alle categorie 780 - 799, si scarta lo stato morboso mal definito e si applicano nuovamente le regole di selezione della causa iniziale. Si tiene conto dello stato morboso mal definito solo se modifica la codificazione (esempio 5).

Regola 6 - Affezioni banali

Se la causa iniziale scelta è un'affezione banale, incapace di per sé di provocare il decesso, si può procedere in due modi:

- 1) se la morte è provocata da un effetto nocivo del trattamento dell'affezione banale, è necessario scegliere l'effetto nocivo del trattamento stesso (esempio 6);
- 2) se l'affezione banale non è indicata come causa di una complicazione più grave e sulla scheda è indicata una affezione più grave senza rapporto con essa, bisogna scegliere la causa non tenendo conto dell'affezione banale (esempio 7).

Esempio: causa iniziale: borsite e colite ulcerosa. Si codifica colite ulcerosa (566).

Regola 7 - Associazioni di più affezioni in un solo codice (*Figura 1*)

È la regola più importante dopo la regola generale. Quando la causa iniziale scelta è riunita in un solo codice con una o più altre affezioni indicate in qualsiasi parte del certificato, la codifica va fatta secondo tale associazione (pag. 41, vol. 1 *ICD-IX*).

* *Giuliano Rigoni*

responsabile del Registro di mortalità dell'Azienda USL di Piacenza

Le associazioni che si incontrano più frequentemente riguardano:

- arteriosclerosi 440 (esempio 8)
- ipertensione 401 (esempi 9 e 10)
- insufficienza cardiaca n.s. 428.9
- cardiopatia non specificata 429.9 (esempio 11)
- prematuranza 765.0 (esempio 12)

È importante ricordare che l'associazione si fa anche con le patologie indicate al punto 4 del certificato (esempio 10).

Se sono possibili più associazioni (si parla in tal caso di *conflitti di legame*) si sceglie quella cui il decesso sarebbe stato imputato se non fosse stata indicata la causa iniziale scelta per prima (esempi 13 e 14).

Talvolta (per esempio per i codici 401 e 440) è prevista anche una associazione di "affezione dovuta a tal altra". Questa si applica solo se la relazione causale è denunciata o se può essere dedotta dall'applicazione delle regole di scelta. In pratica, in questo caso è necessario che le due patologie da associare siano legate insieme da un concatenamento (esempio 15); altrimenti l'associazione non deve essere fatta (esempio 16).

Regola 8 - Precisazioni

Quando la causa scelta è generica ed esistono informazioni più specifiche sulla natura o sulla localizzazione di tale affezione, la codifica va fatta secondo le informazioni più precise (esempio 17).

Regola 9 - Stadi differenti di una stessa malattia

Se la causa iniziale scelta è uno stadio di una malattia della quale sono indicati più stadi sul certificato, si codifica lo stadio più avanzato.

Esempio: causa iniziale: sifilide primaria; causa terminale: sifilide terziaria. Si codifica sifilide terziaria (097.0) (esempio 18).

Questa regola non si applica nei casi di una patologia "cronica" indicata come conseguenza di una patologia "acuta", tranne che per bronchite e glomerulonefrite (pagg. 46-47, vol. 1 ICD-IX).

Esempio: causa iniziale: miocardite acuta; causa terminale: miocardite cronica. Si codifica miocardite acuta (422.9) (esempi 19, 20 e 21).

Regola 10 - Postumi

I postumi sono condizioni morbose indicate come tali o presenti dopo un anno o più. Si cerca nell'indice analitico (p. 365, vol. 2 *ICD-IX*) sotto la voce "tardivi effetti" per le patologie; per le cause esterne dei traumatismi (codici E) si cerca: "postumi".

Non rientrano in senso stretto nella regola 10, ma vanno tuttavia ricordati, i postumi di infarto del miocardio se di durata superiore a 8 settimane (410 → 414.8; esempio 24).

Regola 11 - Polmonite, influenza ed affezioni della maternità di vecchia data

Quando la causa selezionata è una polmonite o influenza (480 - 487) ed è trascorso più di un anno dall'insorgenza di tali patologie, la causa selezionata deve essere scartata e vanno applicate nuovamente le regole di selezione.

Se è menzionata un'affezione cronica conseguente alla polmonite o all'influenza, va scelta l'affezione cronica.

Esempio: causa iniziale: polmonite (da più di 1 anno). Si codifica 799.9 (causa sconosciuta).

Allo stesso modo, se la causa iniziale scelta è una complicazione della gravidanza, del parto o del puerperio (630 - 676) e sono passati più di 42 giorni fra la fine della gravidanza e la morte, o è menzionata un'affezione cronica ad essa conseguente, si scarta la complicazione della maternità (esempio 25).

Regola 12 - Errori e accidenti nel corso di cure mediche (E 850 - 858; E 870 - 876)

Deve essere indicato esplicitamente che è stato un errore o un accidente. In tal caso si considera il susseguirsi degli eventi come aventi inizio nel momento in cui l'errore o l'accidente si è verificato (esempio 26).

Se sulla scheda di morte non è indicato in modo esplicito che è avvenuto un errore oppure un accidente durante un intervento chirurgico, è necessario codificare la causa dell'intervento stesso (esempio 27).

Sono esclusi i tentativi di rianimazione.

Regola 4 - Senilità (cod. 797)

Per l'applicazione della regola 4 si considerano anche le patologie presenti nel quesito 4 (altri stati morbosi rilevanti).

Esempio 1		
1. Causa iniziale	Senilità 797	
2. Causa intermedia o complicazione		
3. Causa terminale	Infarto del miocardico 410	
4. Altri stati morbosi rilevanti		

È possibile applicare la *regola generale* perché al quesito 1 è indicata una sola causa e vi è sequenzialità e concatenamento fra i due quesiti. Si applica poi la *regola 4* perché la causa iniziale scelta può essere classificata alla categoria 797 (senilità) e sul certificato è indicata un'affezione che può essere classificata in categorie diverse da 780 - 799.

Codice: 410

Esempio 2		
1. Causa iniziale	Senilità 797	
2. Causa intermedia o complicazione		
3. Causa terminale		
4. Altri stati morbosi rilevanti	BPCO 491.2	

È possibile applicare la *regola generale* perché al quesito 1 è indicata una sola causa e non sono indicate altre patologie nei quesiti 2 e 3. Si applica poi la *regola 4* perché la causa iniziale scelta può essere classificata nella categoria 797 (senilità) e sul certificato è indicata un'affezione che può essere classificata in categorie diverse da 780 - 799.

Codice: 491.2

Esempio 3		
1. Causa iniziale	Marasma senile 797	
2. Causa intermedia o complicazione	Anoressia 783.0	
3. Causa terminale	Shock 785.5	
4. Altri stati morbosi rilevanti		

È possibile applicare la *regola generale* perché nel quesito 1 (causa iniziale) è scritta una sola causa e vi è sequenzialità e concatenamento con le successive affezioni scritte ai quesiti 2 (causa intermedia) e 3 (causa terminale). La regola 4 non si applica, perché sia l'anoressia che lo shock appartengono alle categorie mal definite 780 - 799.

Esempio 4		
1. Causa iniziale	Senilità 797	
2. Causa intermedia o complicazione	Psicosi 298.9	
3. Causa terminale	Collasso cardiocircolatorio 785.5	
4. Altri stati morbosi rilevanti		

Si applica la *regola generale*. Poi secondo la *regola 4*, la senilità modifica la causa scelta (psicosi) trasformandola in 290.2 (psicosi senile).

Regola 5 - Stati morbosi mal definiti (codd. 780 - 799, escluso 797)

Esempio 5		
1. Causa iniziale	Splenomegalia 789.2	
2. Causa intermedia o complicazione		
3. Causa terminale	Anemia 285.9	
4. Altri stati morbosi rilevanti		

È possibile applicare la *regola generale* perché nel quesito 1 è indicata una sola causa e vi è sequenzialità e concatenamento fra i due quesiti. Si applica poi la *regola 5* perché la causa iniziale scelta (splenomegalia) è classificata nelle categorie 780 - 799 (stati morbosi mal definiti) ed è indicata sul certificato un'altra affezione (anemia) che può essere classificata in categoria diversa da 780 - 799. Infine la splenomegalia modifica la codificazione.

Codice: 285.8

Regola 6 - Affezioni banali

Esempio 6		
1. Causa iniziale	Ipertrofia tonsillare 474.1	
2. Causa intermedia o complicazione	Tonsillectomia E 878.6	
3. Causa terminale	Emorragia postoperatoria 998.1	
4. Altri stati morbosi rilevanti		

Si applica la *regola 6* (patologie banali). Si codifica l'effetto nocivo della terapia: emorragia postoperatoria da tonsillectomia. Viene pertanto eliminata l'ipertrofia tonsillare selezionata con la regola generale.

Codici: 998.1, E 878.6

Esempio 7		
1. Causa iniziale	Laringofaringite acuta 465.0 Cardiopatia ischemica 414.9	
2. Causa intermedia o complicazione	Insufficienza respiratoria 799.1	
3. Causa terminale	Shock cardiogeno 785.5	
4. Altri stati morbosi rilevanti		

Si applica la *regola 6* (patologie banali).

In questo caso la causa scelta in un primo momento con la regola 1 (laringofaringite acuta: 465.0) viene scartata perché non determina una patologia più grave e codificando senza tenerne conto si trova una patologia ben definita e non banale: la cardiopatia ischemica: 414.9

Codice: 414.9

Regola 7 - Associazione di più patologie in un solo codice (pag. 35, vol. 1 ICD-IX)

- a) Se si è selezionato (con la regola generale, le regole 1, 2 oppure 3) uno dei codici che compaiono nell'elenco da pag. 41 a pag. 48 del volume 1, è necessario controllare la presenza o meno di eventuali associazioni con altra patologia che condurrebbe a codificare un solo codice, che nell'elenco è indicato in grassetto.

Si devono considerare anche le associazioni scritte nel quesito 4 (altri stati morbosi rilevanti).

Ricordarsi di applicare sempre la regola 7.

In caso di dubbi sull'uso della regola 7 bisogna consultare le "Note per la codificazione delle cause di morte" (pagg. 41-48, vol. 1 ICD-IX): la causa scelta è associata in un solo codice con un'altra patologia presente sul certificato (anche al quesito 4)?

Se sì, allora codificare secondo tale associazione (indicata dal numero in grassetto).

<i>associazioni più frequenti</i>	<i>codici</i>
ipertensione	401 - 402 - 403 - 404
arteriosclerosi	437.0 - 440 - 440.9
cardiopatia non specificata	428.9 - 429.9
bronchite ed enfisema	466 - 490 - 491.9 - 492
patologia perinatale	da 760 a 779

<i>Esempio 8</i>		
1. Causa iniziale	Arteriosclerosi generalizzata 440.9	
2. Causa intermedia o complicazione	Infarto cardiaco acuto 410	
3. Causa terminale	Collasso cardiocircolatorio 785.5	
4. Altri stati morbosi rilevanti		

È possibile applicare la regola *generale* perché nel quesito 1 è indicata una sola causa e vi è sequenzialità e concatenamento fra i diversi quesiti. Si applica poi la *regola 7* perché la malattia scelta (arteriosclerosi generalizzata) è riunita in un solo codice (associazione) con un'altra affezione indicata sul certificato (infarto cardiaco acuto; pag. 45, vol. 1 ICD-IX).

Codice: 410

Esempio 9		
1. Causa iniziale	Ipertensione 401.9	
2. Causa intermedia o complicazione	Nefropatia ipertensiva 403.9	
3. Causa terminale	Insufficienza renale cronica 585	
4. Altri stati morbosi rilevanti		

È possibile applicare la *regola generale* perché nel quesito 1 è indicata una sola causa e vi è sequenzialità e concatenamento fra i diversi quesiti. Si applica poi la *regola 7* perché la malattia scelta (ipertensione) è riunita in un unico codice (associazione) con le due altre affezioni indicate nel certificato (nefropatia ipertensiva e insufficienza renale cronica; pag. 43, vol. 1 ICD-IX).

Codice: 403.9

Esempio 10		
1. Causa iniziale	Cardiopatía ipertensiva 402.9	A 10
2. Causa intermedia o complicazione		
3. Causa terminale	Shock cardiogeno 785.5	
4. Altri stati morbosi rilevanti	Cardiopatía ischemica 414.9	A 2

È possibile applicare la *regola generale* perché nel quesito 1 è indicata una sola causa e vi è sequenzialità e concatenamento con la patologia indicata nel quesito 3. Si applica poi la *regola 7* perché la malattia scelta (cardiopatía ipertensiva) è riunita in un solo codice (associazione) con un'altra affezione presente nel certificato (cardiopatía ischemica al quesito 4; vedi pag. 44, vol. 1 ICD-IX).

Codice: 414.9

Esempio 11		
1. Causa iniziale	Scompenso cardiaco 429.9	
2. Causa intermedia o complicazione		
3. Causa terminale	Edema polmonare acuto 518.4	
4. Altri stati morbosi rilevanti		

È possibile applicare la *regola generale* perché nel quesito 1 è indicata una sola causa e vi è sequenzialità e concatenamento fra i due quesiti. Si applica poi la *regola 7* perché la malattia scelta (scompenso cardiaco) è riunita in un solo codice (associazione) con l'altra malattia indicata nel quesito 3 (E.P.A.); vedi pag. 45, vol. 1 ICD-IX.

Codice: 428.1

Esempio 12		
1. Causa iniziale	Grave prematurità 765.0	
2. Causa intermedia o complicazione	Atelettasia polmonare 770.4	
3. Causa terminale	Shock 785.5	
4. Altri stati morbosi rilevanti		

È possibile applicare la *regola generale* perché al quesito 1 è indicata una sola causa e vi è sequenzialità e concatenamento fra i diversi quesiti. Si applica poi la *regola 7* perché la malattia scelta con la regola generale (grave prematurità) deve essere scartata se è indicata una qualsiasi altra causa di mortalità perinatale, in questo caso: atelettasia polmonare; vedi pag. 47, vol. 1 ICD-IX.

Codice: 770.4

Regola 7 - Associazione di più patologie in un solo codice: “Conflitti di legame”

b) Quando è possibile effettuare più di un’associazione:

occorre scegliere quella patologia a cui il decesso sarebbe stato imputato se non fosse stata indicata sul certificato la causa selezionata in un primo momento.

Bisogna tenere conto di tutte le associazioni possibili, per cui la *regola 7* si può applicare anche più di una volta.

<i>Esempio 13</i>		
1. Causa iniziale	Ipertensione essenziale 401.9	
2. Causa intermedia o complicazione	Miocardiosclerosi 429.0	
3. Causa terminale	Infarto cardiaco 410	
4. Altri stati morbosi rilevanti		

Si applica la *regola generale* (per i motivi esposti in precedenza) e si sceglie l’ipertensione essenziale: 401.9

È possibile applicare la *regola 7*? Sì, due volte. Si è infatti in presenza di un conflitto di legame, in quanto l’ipertensione si associa sia alla miocardiosclerosi (429.0) sia all’infarto (410), dando due codici diversi. Pertanto, in un primo tempo si sceglie il codice 429.0 (cui il decesso sarebbe stato imputato se non fosse stata indicata l’ipertensione; vedi pag. 35, 3° comma, vol. 1) il quale si associa al codice 410 (pag. 45, vol. 1 ICD-IX), si applica la *regola 7* per la seconda volta e si sceglie il codice definitivo.

Codice: 410

<i>Esempio 14</i>		
1. Causa iniziale	Ipertensione 401.9	
2. Causa intermedia o complicazione	Cardiopatía ipertensiva 402.9	
3. Causa terminale	Scompenso cardiocircolatorio 429.2 Cardiopatía ischemica 414.9	
4. Altri stati morbosi rilevanti		

Si applica la *regola generale*.

È possibile applicare la *regola 7*? Sì: si è in presenza di ben tre associazioni (vedi pag. 43, vol. 1 sotto la voce ipertensione). Ci si comporta in modo analogo a quanto visto all’esempio 13. Per arrivare al codice finale bisogna applicare due volte la *regola 7* (codice intermedio: 402.9, il quale si associa solo con il 414.9 e non con il 429.2: vedi pag.44, vol. 1 ICD-IX), pertanto:

Codice: 414.9

**Regola 7 - Associazione di più patologie in un solo codice: associazione del tipo
"Afezione dovuta a tal altra" (pag. 35, vol. 1 ICD-IX)**

c) Nei casi seguenti:

- ipertensione essenziale (401)
- nefropatia ipertensiva (403)
- arteriosclerosi cerebrale (437.0)
- arteriosclerosi (440)
- arteriosclerosi generalizzata e n.s. (440.9)

esiste anche l'associazione di "afezione dovuta a tal altra".

Significa che si codifica secondo l'associazione solo se la relazione causale è denunciata o se può essere dedotta dall'applicazione delle regole di selezione.

Pag. 43 volume 1 ICD-IX:

401 Ipertensione essenziale

Questa categoria *non* deve essere utilizzata se l'afezione classificata a 401 è indicata come la *causa iniziale* di:

- 362.1 (Retinopatia) (scegliere **362.1**)
- 394.0 (Stenosi mitralica non specificata come reumatica) (scegliere **424.0**)
- 394.2 (Stenosi mitralica con insufficienza non specificata come reumatica) (scegliere **424.0**)
- 394.9 (Altre e non specificate malattie della valvola mitrale non specificate come reumatiche) (scegliere **424.0**)
- 396 (Malattie delle valvole mitrale e aortica non specificate come reumatiche) (scegliere **424.0**)
- 397.0 (Malattie della valvola tricuspidale non specificate come reumatiche) (scegliere **424.2**)
- 424 (Altre malattie dell'endocardio) (scegliere **424**)
- 428 (Insufficienza cardiaca) (scegliere **402**)
- 429.0 (Miocardite non specificata) (scegliere **402**)
- 429.1 (Degenerazione miocardica) (scegliere **402**)
- 429.2 (Malattia cardiovascolare non specificata) (scegliere **402**)
- 429.3 (Cardiomegalia) (scegliere **402**)
- 429.8 (Altre forme e complicazioni mal definite di cardiopatie) (scegliere **402**)
- 429.9 (Cardiopia non specificata) (scegliere **402**)
- o come causa delle nefropatie (croniche) e malattie renali (croniche) classificate a 582, 583 e 593.9 (scegliere **403**)

Attenzione: si esclude l'ipertensione solo se c'è un *concatenamento causale*, non è sufficiente una qualsiasi associazione presente sul certificato tra l'ipertensione e le patologie sopra indicate. Altri esempi sono i seguenti:

437.0 Aterosclerosi cerebrale

Questa sottocategoria *non* deve essere utilizzata se l'afezione classificata a 437.0 è indicata come la *causa iniziale* di:

- 294.9 (Demenza non specificata) (scegliere **290.4**)
- 332.0 (Paralisi agitante) (scegliere **332.0**)

440 Aterosclerosi

Questa categoria *non* deve essere utilizzata se l'affezione classificabile a 440 è indicata come la *causa iniziale* di:

- 394.0 (Stenosi mitralica non specificata come reumatica) (scegliere **424.0**)
- 394.2 (Stenosi mitralica con insufficienza, non specificata come reumatica) (scegliere **424.0**)
- 394.9 (Altre e non specificate malattie della valvola mitrale, non specificate come reumatiche) (scegliere **424.0**)
- 396 (Malattie della valvola mitrale e aortica non specificate come reumatiche) (scegliere **424.0**)
- 397.0 (Malattie della valvola tricuspide non specificate come reumatiche) (scegliere **424.2**)
- 424 (Altre malattie dell'endocardio) (scegliere **424.0**)
- 441 - 447 (Altre malattie delle arterie e delle arteriole) (scegliere **441-447**)
- 557 (Insufficienza vascolare dell'intestino) (scegliere **557**)
- 587 (Sclerosi renale, non specificata) (scegliere **403**)
- e di malattia di Bright (cronica), nefrite (cronica), (interstiziale), nefropatia (cronica) e malattia renale (cronica) - solo se classificabili a 582, 583, 593.9 (scegliere **403**)

440.9 Arteriosclerosi generalizzata e non specificata

Questa sottocategoria *non* deve essere utilizzata se l'affezione classificabile a 440.9 è indicata come la *causa iniziale* di:

- 294.9 (Demenza non specificata) (scegliere **290.4**)
- 332.0 (Paralisi agitante) (scegliere **332.0**)

Esempio 15		
1. Causa iniziale	Arteriosclerosi 440.9	
2. Causa intermedia o complicazione	Morbo di Parkinson 332.0 Miocardiosclerosi 429.0	
3. Causa terminale	Insufficienza cardiorespiratoria 799.1	
4. Altri stati morbosi rilevanti		

Si applica la *regola generale*.

Si applica la *regola 7*: si hanno due patologie associate. Si mantiene la scelta del morbo di Parkinson (332.0) perché indicato al quesito 2, conseguenza dell'arteriosclerosi (440.9), cioè "affezione dovuta a tal altra". Vedi pag. 35, 2° comma, e pag. 45 sotto la voce "aterosclerosi generalizzata e non specificata", vol. 1 ICD-IX.

Codice: 332.0

Esempio 16		
1. Causa iniziale	Arteriosclerosi generalizzata 440.9 Morbo di Parkinson 332.0 Miocardiosclerosi 429.0	
2. Causa intermedia o complicazione	Convulsioni 780.3	
3. Causa terminale	Shock 785.5	
4. Altri stati morbosi rilevanti		

Non si applica la regola generale. Si applica la *regola 1*.

Regola 7: scheda molto simile alla precedente. La differenza consiste nel fatto che non si può scegliere come codice finale il 332.0, perché questo caso non è riconducibile a “affezione dovuta a tal altra”, non c’è rapporto causale col 440.9 (sono infatti scritti al medesimo quesito). Pertanto esiste un’unica associazione: 440.9 - 429.0 ed applicando una sola volta la regola 7 si ha (pag. 45 sotto i codici 440 e 440.9, vol. 1 ICD-IX):
Codice: 429.0

Regola 8 - Precisazioni

Esempio 17		
1. Causa iniziale	Ictus cerebri 436	mesi 1
2. Causa intermedia o complicazione	Emorragia subaracnoidea 430	giorni 20
3. Causa terminale	Arresto cardiaco 427.5	giorni 1
4. Altri stati morbosi rilevanti	Artrite reumatoide 740	giorni 10

Si applicano la *regola generale* e la *regola 8* e si sceglie il codice 430 anziché 436 perché più specifico e più preciso.
Codice: 430

Regola 9 - Stadi differenti di una stessa malattia

Esempio 18		
1. Causa iniziale	Sifilide primaria 091.0	
2. Causa intermedia o complicazione		
3. Causa terminale	Sifilide terziaria 097.0	
4. Altri stati morbosi rilevanti		

Si applicano la *regola generale* e la *regola 9*, e si codifica lo stadio di malattia più avanzato.
Codice: 097.0

Esempio 19		
1. Causa iniziale	Pericardite acuta 420.9	
2. Causa intermedia o complicazione		
3. Causa terminale	Pericardite cronica 423.8	
4. Altri stati morbosi rilevanti		

Si applica la *regola generale*. Non si applica la regola 9, pertanto:

Codice: 420.9

Esempio 20		
1. Causa iniziale	Epatite virale acuta C 070.5	
2. Causa intermedia o complicazione	Epatite cronica 571.4	
3. Causa terminale	Cirrosi epatica 571.5	
4. Altri stati morbosi rilevanti	Varici esofagee 456.2	

Si applica la *regola generale* (vedi ACME tab. C) e si sceglie 070.5. Non si può applicare la regola 9 pertanto:

Codice: 070.5

Esempio 21		
1. Causa iniziale	Glomerulonefrite acuta 580.9	
2. Causa intermedia o complicazione	Glomerulonefrite cronica 582.9	
3. Causa terminale	Insufficienza renale acuta 584.9	
4. Altri stati morbosi rilevanti		

Si applica la *regola generale*: codice 580.9. Tale codice viene scartato a favore del codice della glomerulonefrite cronica, applicando sia la *regola 7* sia la *regola 9* (in questo caso coincidono: vedi pagg. 46 e 47, vol. 1 ICD-IX).

Codice: 582.9

Regola 10 - Postumi (pag. 50, vol. 1 ICD-IX)

I postumi sono previsti per varie patologie, i più frequenti sono:

- postumi di malattie cerebrovascolari [430 - 437 → **438**] (esempio 22)
- postumi di traumatismo, avvelenamento ecc. [800 - 999 → **905 - 909**] (esempio 23)
- postumi meningoencefalite [320 - 325 → **326**]
- postumi di infarto miocardico (> 8 sett.) [410 → **414.8**]

NB - Se si codifica postumo di traumatismo bisogna codificare anche “postumo di causa esterna” (codice E: E 929, E 959, E 969, E 977, E 989, E 999).

Esempio 22		
1. Causa iniziale	Arteriosclerosi cerebrale 437.0 → 438.0	anni 8
2. Causa intermedia o complicazione	Trombosi cerebrale con emiplegia sx 434.0 → 438	anni 1
3. Causa terminale	Shock 785.5	
4. Altri stati morbosì rilevanti		

Si applica la *regola generale* (→ 437.0). Poi si applica la *regola 7* (→ 434.0). Infine si applica la *regola 10* (→ 438).

Codice: 438

Esempio 23		
5. Causa violenta		
6. Lesione	Frattura del femore destro (821.0 → 905.4)	
7. Complicazioni eventualmente sopravvenute a seguito della lesione	Ulcere sacrali da pressione (707.8)	
9. Mezzo o modo con cui è stata prodotta la lesione	Caduta accidentale in casa da sola (E 888 → E 929.3)	
9.3 Intervallo tra l'azione violenta e la morte	1 anno e 6 mesi	
9.4 Luogo	Casa	

Si applicano la *regola generale* e la *regola 10*.

Codici: 905.4, E 929.3

Esempio 24		
1. Causa iniziale	Miocardipatia ipertensiva 402.9	anni 6
2. Causa intermedia o complicazione	Infarto cardiaco (410 → 414.8)	mesi 2
3. Causa terminale	Broncopolmonite 485	
4. Altri stati morbosì rilevanti		

Si applicano la *regola generale* e la *regola 7*. Inoltre vedi nota a pag. 193, vol. 1 ICD-IX sotto il codice 414.8.

Codice: 414.8

Regola 11 - Polmonite, influenza e affezioni della maternità di vecchia data

<i>Esempio 25</i>		
1. Causa iniziale	Parto distocico 669.9	mesi 5
2. Causa intermedia o complicazione	Ipertensione 401.9	
3. Causa terminale	Emorragia cerebrale 431	
4. Altri stati morbosi rilevanti		

Si applicano la *regola generale*, la *regola 11* e per ultima la *regola 7* (associazione tra ipertensione ed emorragia cerebrale).

Codice: 431

Regola 12 - Errori e accidenti nel corso di cure mediche (codd. E 850 - 858; E 870 - 876)

<i>Esempio 26</i>		
1. Causa iniziale	Difetto del setto interventricolare 745.4	
2. Causa intermedia o complicazione	Perforazione dell'atrio durante cateterismo cardiaco 998.2	
3. Causa terminale	Shock cardiogeno 785.5	
4. Altri stati morbosi rilevanti		

Si applica la *regola generale*. Si applica la *regola 12* (pag. 40, vol. 1 ICD-IX)

Codice: 998.2, E 870.6

<i>Esempio 27</i>		
1. Causa iniziale	Diabete mellito 250.0 Insufficienza cardiaca 428.9	
2. Causa intermedia o complicazione	Intervento da artroprotesi dell'anca dx 719.9	
3. Causa terminale	Embolia polmonare 415.1	
4. Altri stati morbosi rilevanti		

Si applicano la *regola 1* e la *regola 12* (causa dell'intervento) → *malattia delle articolazioni non specificata*.

Codice: 719.9

GLI INDICI *

Il codificatore ha a disposizione tre importanti strumenti di lavoro: i due volumi *"Classificazioni delle malattie, traumatismi e cause di morte"*, 9ª revisione 1975 (ICD-IX), ed il fascicolo curato da Giuseppe Feola dell'ISTAT (maggio 1994), che è riportato in appendice al presente volume (Appendice 3).

Il 1° volume dell'ICD-IX comprende la *"Classificazione analitica delle cause di morte"* divise in 17 grandi categorie, oltre alle *"Classificazioni internazionali supplementari e speciali"* e alle *"Classificazioni ISTAT"*. Il codificatore delle cause di morte userà solo una parte di questo volume: la classificazione analitica (da pag. 81 a pag. 330) e la classificazione supplementare delle cause esterne dei traumatismi e degli avvelenamenti (da pag. 331 a pag. 372). Gli altri settori del 1° volume vengono utilizzati per altri tipi di codifica.

Il 2° volume comprende tre diverse sezioni. Caratteristica peculiare di questo volume è che le patologie ed i traumatismi sono elencati in ordine alfabetico.

Il fascicolo dell'ISTAT (indicato anche come FEOLA) comprende, fra l'altro, una fondamentale ed utilissima lista alfabetica di voci mancanti nell'ICD-IX (pag. 4), una lista di abbreviazioni e sigle che è possibile trovare nei certificati (pag. 49), una lista di *errata corrige* dei due volumi (pag. 53) e una serie di consigli per la buona codifica (pag. 57).

* Giannalberta Savelli
responsabile del Registro di mortalità dell'Azienda USL di Ravenna

Classificazioni delle malattie, traumatismi e cause di morte – INDICE VOLUME 1

INTRODUZIONE

Premessa	pag.	7
Certificato medico e regole di classificazione	"	13
Usi dei volumi, spiegazione di alcuni termini e delle abbreviazioni	"	73

CLASSIFICAZIONE ANALITICA DELLE MALATTIE E DEI TRAUMATISMI

I - Malattie infettive e parassitarie	"	81
II - Tumori	"	105
III - Malattie delle ghiandole endocrine della nutrizione e del metabolismo e disturbi immunitari	"	127
IV - Malattie del sangue e degli organi ematopoietici	"	137
V - Disturbi psichici	"	141
VI - Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	"	171
VII - Malattie del sistema circolatorio	"	191
VIII - Malattie dell'apparato respiratorio	"	203
IX - Malattie dell'apparato digerente	"	213
X - Malattie dell'apparato genitourinario	"	225
XI - Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio	"	237
XII - Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo	"	249
XIII - Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	"	257
XIV - Malformazioni congenite	"	271
XV - Alcune condizioni morbose di origine perinatale	"	277
XVI - Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	"	283
XVII - Traumatismi e avvelenamenti	"	291

CLASSIFICAZIONI INTERNAZIONALI SUPPLEMENTARI E SPECIALI

Classificazione supplementare delle cause esterne dei traumatismi e degli avvelenamenti (Codici E)	"	331
Classificazione supplementare dei fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari (Codici V)	"	373
Morfologia dei tumori (Codici M)	"	391
Classificazione degli incidenti industriali secondo l'agente	"	409
Liste speciali per l'intervallazione dei dati	"	413
Lista di base per l'intervallazione dei dati	"	414
Lista di 50 cause per i dati di mortalità	"	423
Lista di 50 cause per i dati di morbosità	"	425

CLASSIFICAZIONI ISTAT

Classificazione A intermedia ISTAT per le cause di morte	"	429
Classificazione B abbreviata ISTAT per le cause di morte	"	441
Classificazione P perinatale ISTAT per le cause di mortalità perinatale	"	447
Classificazione D cause di ricovero ISTAT per i dimessi dagli Istituti di cura	"	451
Classificazione ISTAT delle cause di aborto	"	455

Classificazioni delle malattie, traumatismi e cause di morte – INDICE VOLUME 2

Sezione I - Indice alfabetico delle malattie e della natura dei traumatismi (comprensivo dei Codici M e dei Codici V)	pag.	7
Sezione II - Indice alfabetico delle cause esterne dei traumatismi (Codici E)	"	431
Sezione III - Indice alfabetico dei farmaci e delle altre sostanze chimiche (Tabella dei farmaci e dei prodotti chimici)	"	467

<i>Fascicolo ISTAT 1994 - INDICE</i>			
Codifica cause di morte naturale	pag.	2	
Codifica cause di morte violenta	pag.	2	
Regole di selezione esemplificate	pag.	2	
Proposta di elenco provvisorio delle voci mancanti:		3	
1a lista	pag.	4 - 47	
2a lista	pag.	48 - 49	
3a lista	pag.	49 - 52	
<i>Errata corrige</i> - classificazioni delle malattie, traumatismi e cause di morte	pag.	53 - 56	
Codifica cause di morte: errori più comuni e consigli	pag.	57 - 71	

Quando si ricerca un codice, si deve consultare innanzitutto l'indice alfabetico del 2° volume. Nel far questo occorre ricercare prima la condizione morbosa e poi la sede anatomica interessata. Sotto ogni sede anatomica si troverà il rinvio: "vedi la condizione morbosa" o "vedi anche la condizione morbosa".

Esempio: ostruzione -
- biliare (dotto)

Occorre poi consultare la lista integrativa del fascicolo ISTAT (FEOLA) sia perché può contenere delle voci mancanti (es. AIDS: 279.1), sia per conoscere l'orientamento ISTAT

Infine si deve controllare il codice selezionato sul 1° volume per verificare che non si sia incappati in un'esclusione o che non ci sia la possibilità di un codice più preciso o di un'associazione.

L'ultima cosa da fare è controllare il codice selezionato sulla lista del fascicolo ISTAT dell'*errata corrige*.

RICERCA DEL CODICE

- 1) CONSULTARE INDICE ALFABETICO (2° volume *ICD-IX*)
- 2) CONSULTARE LISTA INTEGRATIVA (fascicolo ISTAT)
- 3) CONTROLLARE IL CODICE IDENTIFICATO SUL 1° VOLUME
per esclusione – maggiore precisione – associazioni
es. 560 occlusione intestinale senza menzione di ernia escl.: embolia mesenterica ecc.
(pag. 219, vol. 1 *ICD-IX*)
- 4) CONTROLLARE *ERRATA CORRIGE* (fascicolo ISTAT, pag. 53)

Precisazioni

Gli indici che vengono utilizzati hanno specifiche regole di lettura che comprendono abbreviazioni, simboli, ecc. Si tratta di un “cifrario” che bisogna conoscere bene per non cadere in errore.

PRECISAZIONI	
CATEGORIA	classe corrispondente ad un codice a 3 cifre es. 002 - febbre tifoide e paratifoide
SOTTOCATEGORIA	classe corrispondente ad un codice a 4 cifre es. 002.0 - febbre tifoide
CODICE _	il trattino (_) sta per 4 ^a cifra → cercare sul 1° volume la sottocategoria appropriata
PARENTESI QUADRA	racchiude i sinonimi es. 005.2 – intossicazione alimentare da <i>Clostridium perfringens</i> [Cl. welchii]
PARENTESI TONDA	racchiude termini supplementari che possono essere presenti o no nella scheda e non influenzano la codifica es. 005 – altre intossicazioni alimentari (batteriche)
DUE PUNTI	indicano incompletezza; la malattia deve essere specificata da un altro termine per poter essere ben classificata es. tetano: complicante l’aborto complicante la gravidanza
N.I.A. (Non Indicato Altrove)	precisazioni non incluse nel manuale e che non hanno valore di sinonimi rispetto ad altre citate es. deformità acquisita sede – non specificata 738.9 – specificata N.I.A. 738.8 – anca 736.3 – ano 751.5 ecc.
S.A.I. (Senza Altre Indicazioni)	assenza di ulteriori specificazioni es. tumore intestino S.A.I. 159.0
RINVII (vedi)	hanno più significati 1) mesenterite – v. arterite il codificatore è avvertito che “mesenterite” va codificata come “arterite” 2) infiammazione ... - cornea (v. anche cheratite) 370.9 se si deve codificare “infiammazione cornea” il numero è quello; se c’è qualsiasi altra indicazione, si deve cercare “cheratite” 3) ingrossamento – v. anche ipertrofia - adenoidi 474.1 - apertura del diaframma 756.6 - ecc. se si deve codificare un’altra sede, si deve cercare sotto “ipertrofia”

CLASSIFICAZIONE DOPPIA DI ALCUNE FORMULAZIONI DIAGNOSTICHE

ASTERISCO	non va mai usato come causa iniziale di morte
CROCE	scegliere sempre questo come causa del decesso
COMPR.	comprende, compreso, ecc.
ESCL.	esclude, escluso, ecc.

PRECISAZIONI RELATIVE AL FASCICOLO ISTAT 1994 (*Appendice 3*)

ASTERISCO	il termine può assumere diversi significati e codici non riportati sul 2° volume della classificazione
FRECCIA →	sottintende “complicato da”, “dà luogo a”
DOLLARO \$	codice provvisorio suscettibile di modifiche
POSTA	telefonare al medico certificatore per ulteriori chiarimenti

Inoltre bisogna tenere presente che gli indici dell'*ICD-IX* sono tradotti dall'inglese, quindi, come sopra riportato, viene posto sempre prima l'aggettivo poi il nome. Per la stessa ragione il termine italiano “insufficienza” corrisponde nel suo significato medico italiano a *defaillance*, non al termine “insufficienza” che troviamo nel secondo volume dell'*ICD-IX*.

ALTRE PRECISAZIONI ...

L'indice originariamente è stato fatto in lingua inglese:

- 1) prima aggettivo poi nome
- 2) “insufficienza” del 2° volume *ICD-IX* corrisponde al termine inglese *insufficiency*; *defaillance* corrisponde al termine inglese *failure*: è *defaillance* che corrisponde al termine italiano “insufficienza” (pag. 26, fascicolo ISTAT)

TUMORI *

Per codificare la voce tumore occorre in primo luogo cercare il tipo morfologico del tumore nell'indice alfabetico (2° volume *ICD-IX*) prima di codificare la sede.

Possano verificarsi più eventualità:

- Se quel tipo morfologico è presente in diversi organi l'indice rinvia alla voce "tumore"
Esempio: Adenocarcinoma (pag. 11, vol. 2) – v. anche Tumore, maligno
- Se quel tipo morfologico è presente in un tessuto particolare l'indice rinvia ad una parte speciale della voce "tumore".
Esempio: Sarcoma (pag. 333, vol. 2) – v. Tumore, tessuto connettivo, maligno
- Se la maggioranza dei tumori del tipo morfologico in questione ha una precisa localizzazione di organo o tessuto l'indice riporta il numero di codice da utilizzare per qualsiasi sede indicata nella scheda.
Esempio: Epatocarcinoma (pag. 150, vol. 2): 155.0
- Se nella scheda non è specificata alcuna sede l'indice riporta il numero di codice della sede più probabile per quel tipo morfologico.
*Esempio: Astrocitoma cistico (pag. 49, vol. 2):
sede non specificata 191.9
sede specificata vedi tumore maligno*

L'ISTAT considera *sempre* come *maligni* i tumori di:

- apparato digerente (dal labbro all'ano)
- apparato respiratorio (dal naso ai polmoni)
- mammella (nella donna)

anche in assenza di specifica menzione di malignità.

In tutte le altre localizzazioni, se non compare l'indicazione di malignità, si opta per il codice "tumore di natura non specificata" previsto per sede tumorale.

Esempio: Tumore cerebrale s.a.i. 239.6 (Tumore di natura non specificata)

* Daniela Zoni

responsabile del Registro di mortalità dell'Azienda USL Bologna Nord

La presenza nella scheda di morte delle voci:

- metastasi
- cachessia maligna
- espressioni simili

indica che si tratta di tumore maligno.

Localizzazioni multiple

Quando sul certificato sono indicati più tumori maligni di sedi diverse sarà scelto come causa iniziale quello indicato come primitivo. Le specificazioni e gli esempi riportati sono più ampiamente esposti a pag. 53 del 1° volume.

Tale indicazione può essere riportata mediante:

a) specificazione di sede primitiva

1. Tumore primitivo del rene
2.
3. Carcinoma della vescica
4.

Si sceglie il codice 189.0 Tumore primitivo del rene

b) specificazione di altre sedi come “secondarie” o sedi di metastasi

1.
2. Carcinoma della mammella con metastasi dell'encefalo
3.
4.

Si sceglie il codice 174.9 Tumore primitivo della mammella

c) ordine di compilazione accettabile che indirizzi ad una localizzazione come primitiva rispetto alle altre

1. Cancro dello stomaco
2. Cancro del fegato
3.
4.

Si sceglie il codice 151.9 Tumore primitivo dello stomaco

Nota bene

Se vengono indicati 2 o più tumori come primitivi si preferisce una localizzazione ben definita ad una mal definita classificabile a 195.-

1. Carcinoma dell'addome
2. Carcinoma dello stomaco
3.
4.

Si sceglie il codice 151.9 Tumore primitivo dello stomaco

Se entrambe le sedi sono ben definite preferire quella menzionata per prima

1. Carcinoma della mammella e del cieco
2.
3.
4.

Si sceglie il codice 174.9 Tumore primitivo della mammella

Tumori di sedi contigue

I tumori che si riferiscono a due differenti sottocategorie di una stessa categoria devono essere classificati nella sottocategoria 8 (pag. 108, vol. 1)

Esempio: Tumore del sigma (153.3) e Tumore del colon discendente (153.2)

Si sceglie il codice associativo 153.8

Per i tumori che si riferiscono a due o più categorie appartenenti allo stesso apparato si usano i seguenti codici associativi:

- | | |
|----------------------------|-------|
| per i codici da 140 – 148: | 149.8 |
| per i codici da 150 – 158: | 159.8 |
| per i codici da 160 – 164: | 165.8 |

Esempio: Tumore dell'esofago (150.9) e Tumore dello stomaco (151.9)

Si sceglie il codice 159.8

I tumori maligni estesi a sedi confinanti che non possono essere codificati con i criteri sopra esposti devono essere assegnati alla categoria 195.- (Tumori maligni di altre e mal definite sedi).

In casi estremi si utilizza la categoria 199.- (Tumori maligni senza indicazione di sede).

Descrizione imprecisa o dubbia nella localizzazione

I tumori con sede descritta come “nell’area ... nella regione” e i tumori la cui sede è designata dai prefissi: *peri, para, per, supra, infra*, qualora la definizione non sia espressamente indicata nell’indice (volume 2), devono essere codificati nel seguente modo:

- tipo morfologico chiaramente classificabile alle categorie:
 - 170.- tumori maligni delle ossa e della cartilagine articolare
 - 171.- tumori maligni del connettivo e dei tessuti molli
 - 172.- melanoma maligno della pelle
 - 173.- altri tumori maligni della pelle
 - 191.- tumori maligni dell’encefalo
 - 192.- tumori maligni altre e non specificate parti del sistema nervoso
- Si utilizza la categoria appropriata
- Esempio: Fibrosarcoma della regione del polso: 171.2 (Fibrosarcoma dell’arto superiore)*
- Per tutti gli altri utilizzare la sottocategoria appropriata di 195.- (Tumori maligni di altre e mal definite sedi)
- Esempio: Carcinoma peribiliare: 195.2 (Carcinoma dell’addome).*

Tumori indicati come appartenenti a una sede o a un’altra

Se esiste un codice “associativo” che comprende entrambe le sedi scegliere quel codice

Esempio: Carcinoma dell’intestino tenue o del colon: 159.0 (Carcinoma dell’intestino s.a.i.)

Se non esiste un codice “associativo” usare il codice corrispondente a “sede non specificata”.

Esempio: Carcinoma del pancreas o del polmone: 199.1 (Carcinoma di sede non specificata)

Quando compare sul certificato l’espressione “sede primitiva sconosciuta” si sceglie il codice corrispondente al tipo morfologico in questione di “sede non specificata”

Esempio: Adenocarcinoma: 199.1

Fibrosarcoma: 171.9

Tumori di sede secondaria

- I codici:
- 196.- tumori maligni secondari e non specificati dei linfonodi
 - 197.- tumori maligni secondari degli apparati respiratorio e digerente
 - 198.- tumori maligni secondari di altre sedi specificate
- non vanno mai usati per la codifica della causa iniziale.

Nel caso in cui queste espressioni compaiano sulla scheda si sceglie il codice corrispondente a “sede non specificata” relativa al tipo morfologico indicato.

Esempio: Carcinoma secondario dei linfonodi: 199.1

Sarcoma secondario del polmone: 171.9

Cancro metastatico

Se è indicato come “metastatico da una sede” viene considerato primitivo di quella sede.

Esempio: Cancro metastatico dal fegato nel polmone: 155.0 (Tumore maligno del fegato)

Se è indicato come “metastatico in una sede” viene considerato come secondario.

In questo caso possono verificarsi più eventualità:

a) nel caso di due o più sedi qualificate come metastatiche si codifica “sede primitiva sconosciuta”: 199.1

1. Cancro metastatico della mammella

2. Cancro metastatico del polmone 199.1 (Tumore maligno s.a.i.)

3.

4.

Si sceglie il codice 199.1

b) nel caso sia indicata una sola sede metastatica e il tipo morfologico consenta di individuare la sede di partenza si sceglie la sottocategoria “sede non specificata” del codice corrispondente al tipo morfologico in questione.

Esempio: Ipernefroma metastatico del polmone

Si sceglie il codice 189.0 (Tumore maligno del rene, sede non specificata)

Osteosarcoma metastatico dell'encefalo

Si sceglie il codice 170.9 (Tumore maligno delle ossa, sede non specificata).

Se non è possibile procedere secondo quanto previsto al punto b) nei casi in cui è indicata una sola sede metastatica si considera come tumore primitivo la sede indicata, ad eccezione delle seguenti sedi (encefalo, midollo spinale, meningi, fegato, linfonodi, ossa, peritoneo, retroperitoneo, mediastino, cuore, diaframma, pleura, sedi classificabili a 195) che devono essere sempre considerate come secondarie e pertanto devono essere codificate come 199.-

Esempio: Cancro metastatico del polmone: si sceglie il codice 162.9 (Tumore primitivo del polmone)

Cancro metastatico dell'encefalo: si sceglie il codice 199.1 (Tumore a sede primitiva sconosciuta)

È necessario fare attenzione a:

Tumore maligno fegato	155.2
Tumore maligno primitivo fegato	155.0
Tumore maligno rene	189.0 (non 189.9)
Tumore maligno cerebrale	191.0 (non 191.9)
Tumore maligno collo utero	180.9
Tumore maligno utero s.a.i.	179
Tumore s.a.i.	239.9
Tumore maligno s.a.i.	199.1

TRAUMATISMI E AVVELENAMENTI *

Per codificare le morti per causa violenta si utilizzano 2 codici:

- *un codice per indicare la natura del traumatismo* (quesito 6 della scheda ISTAT) individuabile tra quelli del XVII settore (800.0 – 999.9) da ricercare nel 2° volume (ICD-IX), sezione I, alla voce “Traumatismo”.
Se la natura del traumatismo non è specificata (traumatismo s.a.i.), scegliere il codice 959.9.
Se il traumatismo è specificato, ma non menzionato nell’indice del 2° volume, consultare la lista integrativa (FEOLA, Appendice 3 del presente volume).
- *un codice E o “causa esterna”* per indicare la modalità con cui la lesione si è prodotta (quesito 9, punto 1 della scheda ISTAT) da ricercare nel 2° volume, sezione II “Indice alfabetico delle cause esterne” (da pag. 431 a pag. 463).
Una volta individuato il codice E si controlla sul 1° volume per eventuali esclusioni o per verificare la presenza di una quarta cifra indicata da “_”.

In caso di morte dovuta a farmaci e prodotti chimici sia il codice per la natura del traumatismo sia il codice E vanno ricercati nel 2° volume, sezione III “Indice alfabetico dei farmaci delle altre sostanze chimiche” (da pag. 468 a pag. 532).

La consultazione dell’indice avviene cercando la sostanza che ha provocato la morte e verificando successivamente:

- il mezzo o il modo che ha determinato la lesione (vedi quesito 9, punto 1 della scheda ISTAT)
- l’intenzionalità o meno della lesione (vedi quesito 5)

Per la scelta del codice E occorre fare attenzione a quanto indicato nel quesito 5:

5. CAUSA VIOLENTA

Accidente	1	Infortunio sul lavoro	2
Suicidio	3	Omicidio	4

Se si sono barrati i punti 1 e 2 (accidente e infortunio sul lavoro) si procederà regolarmente. Se si è barrato il punto 3 (suicidio) dovranno essere utilizzati i codice da

* Daniela Zoni

responsabile del Registro di mortalità dell’Azienda USL Bologna Nord

E 950 a E 959. Se si è indicato il punto 4 (omicidio) dovranno essere utilizzati i codici da E 960 a E 969. L'esecuzione giudiziaria corrisponde al codice E 978.

Se il quesito 5 non è compilato si utilizzano i codici da E 980 a E 989 (lesioni non specificate se accidentali o provocate intenzionalmente).

Se anche il quesito 9 non è compilato, si sceglie il codice E 988.9 (mezzo non specificato).

Se è compilato il solo quesito 5 si sceglieranno i seguenti codici:

accidente s.a.i.	:	E 928.9
infortunio sul lavoro s.a.i.	:	E 928.9
suicidio s.a.i.	:	E 958.9
omicidio s.a.i.	:	E 968.9

Se la scheda non è compilata in quanto è in corso un accertamento giudiziario si utilizza il codice provvisorio 799.9 (altre cause sconosciute e non specificate).

Quando è indicata più di una lesione classificabile a 800 - 959 e nessuna è indicata in modo preciso come causa di morte, si codifica la causa iniziale scegliendo secondo l'ordine di precedenza di seguito esposto (pag. 58, vol. 1).

- frattura del cranio e del collo (800, 801, 803, 804; 805.0, 805.1, 806.0, 806.1)
- traumatismi interni del torace, dell'addome, del bacino (860 - 869)
- frattura delle ossa della faccia, della colonna vertebrale, del tronco (802, 805.2, 805.9, 806.2 - 809)
- traumatismi intra-cranici (850 - 854), ferite del collo e del torace (874, 875), amputazione traumatica degli arti (887, 897), traumatismi midollo spinale senza lesioni vertebrali (952)
- fratture degli arti (810 - 829)
- ustioni (840 - 849)
- altre lesioni classificabili da 800 - 959

Nel caso di fratture multiple del cranio, se il certificatore non ha precisato quale sia stata quella mortale, si fa riferimento al seguente ordine di priorità:

base	801	parietale	800
occipitale	801	frontale	800
temporale	801	altre	803
volta	800		

Il termine “trauma” viene utilizzato dai certificatori in modo spesso generico senza specificazione sulla presenza o meno di fratture. Per convenzione:

- se sulla scheda ISTAT è indicata la voce “trauma cranico” si codifica 854.0 / 854.1 (traumatismi intra-cranici di altra e non specificata natura) in quanto potrebbe trattarsi sia di frattura che di traumatismo senza frattura
- se sulla scheda ISTAT è indicata la voce “trauma del cranio” si codifica 803._ (altre e non specificate fratture del cranio) in quanto si intende che è presente una frattura

Per la scelta della quarta cifra (sottocategoria) si verifica a pag. 292 del 1° volume. Se una frattura non è specificata come esposta o chiusa si considera “chiusa”.

Se al trauma cranico sono associate nello stesso certificato condizioni patologiche quali:

- commozione cerebrale (850)
- lacerazione e contusione cerebrale (851)
- emorragia subaracnoidea, subdurale ed extradurale (852)
- altre non specificate emorragie intracraniche (853)

si scelgono i codici corrispondenti a queste patologie perché più specifici rispetto al codice 854.

La voce “trauma cranioencefalico” si codifica con:

- 803.1 (con frattura chiusa)
- 803.3 (con frattura esposta)

Alcune malattie quali:

epilessia

ictus

alcolismo

infarto miocardico

possono favorire un traumatismo.

Se il traumatismo è conseguente ad una caduta provocata da una di queste malattie, si codifica non il traumatismo, ma la malattia.

Esempio: *trauma da epilessia:* 345.9

Se la frattura è dichiarata come spontanea o patologica in conseguenza di osteoporosi, metastasi ossee ecc. si codifica non il traumatismo ma la malattia.

È importante non confondere un traumatismo con una malattia:

Esempio:

ematoma dell'encefalo (traumatico):	851.0
ematoma dell'encefalo (spontaneo):	431

<i>Esempio:</i>	<i>tetano e setticemia dopo traumatismo lieve:</i>	0.37
	<i>tetano e setticemia dopo traumatismo grave:</i>	si codifica il trauma

Nota bene

Se si codifica postumo di traumatismo o frattura si deve codificare anche postumo di accidente o altra causa violenta.

La morte provocata da sostanze stupefacenti in un tossicodipendente non si codifica come causa violenta ma come farmacodipendenza: 304._

Per codificare i traumatismi classificabili alle categorie 805 - 829, qualora non sia espressamente indicata la quarta cifra, si consulta la nota a pag. 173 del 2° volume. Se una frattura non è specificata come esposta o chiusa, si considera "chiusa".

Per codificare le fratture multiple si consulta la nota a pag. 176 del 2° volume e si cerca nell'indice la voce "frattura di osso prioritario con altro osso".

Per codificare i traumatismi interni multipli si consulta la nota a pag. 375 del 2° volume.

Esempio: traumatismo di origine intra-addominale con altro organo intra-addominale: 868._
traumatismo di origine intra-addominale con altro organo intra-toracico: 869._
traumatismo di origine intra-toracico con altro organo intra-toracico: 862._
traumatismo di origine intra-toracico con altro organo intra-addominale: 869._

Per la voce "politraumatismo viscerale o sulla strada" si utilizza il codice 869.1 (p. 37 FEOLA).

Per la voce "politraumatismo toracico" si utilizza il codice 862.8 (p. 37 FEOLA).

Per codificare gli incidenti stradali con scontro tra tipo differenti di veicoli, persone o oggetti si consulta la nota a pag. 438 del 2° volume. Per la scelta della quarta cifra si fa riferimento alle sottocategorie indicate a pag. 338 del 1° volume.