

1 - GESTIONE DELLE SCHEDE DI MORTE

1.1 - IL FLUSSO INFORMATIVO SULLE CAUSE DI MORTE

L'attuale flusso informativo sulle cause di morte è normato dal Regio Decreto n.1238 del 9.7.1939 e dal più recente DPR n.803 del 21.10.1975, nonché dal "Regolamento di Polizia Mortuaria" (DPR n.285 del 10.9.90), che sanciscono l'obbligo di denuncia delle cause di morte al Sindaco, da parte del medico che accerta il decesso, entro le 24 ore successive all'evento.

La denuncia, presentata su di un'apposita scheda predisposta dal Ministero della Sanità d'intesa con l' ISTAT, viene compilata solitamente dal medico curante del defunto o dal medico ospedaliero che ha avuto in cura il paziente in fase terminale. Nel caso in cui il decesso avvenga senza alcuna assistenza medica, è il medico necroscopo che, oltre ad accertare il decesso, ha l'obbligo della denuncia. La scheda si compone di due parti distinte.

- ❑ **La Parte A** contiene le informazioni di natura sanitaria ed è compilata dal medico;
- ❑ **La Parte B** contiene le informazioni anagrafiche ed è compilata dall'Ufficiale di Stato Civile del comune, al quale la scheda è stata indirizzata dal medico che ha effettuato la denuncia.

La scheda è compilata in duplice copia. Una volta completata dall'Ufficiale di Stato Civile, la prima copia è destinata all'ISTAT attraverso le Prefetture, la seconda è destinata alla U.S.L. del comune del decesso.



Accanto alla Scheda ISTAT, l'Ufficiale dello Stato Civile ha l'obbligo di stilare anche l'Atto di Morte, un documento redatto sulla scorta della dichiarazione di due testimoni, che riporta sull'apposito Registro informazioni anagrafiche, ma non sanitarie (causa di morte, ecc.).

Copia dell'Atto di Morte viene inviata al comune di residenza qualora questo non coincida con quello del decesso.

La copia della Scheda ISTAT inviata dall'Ufficiale di Stato Civile del comune del decesso alla USL competente territorialmente (sempre per comune di decesso), viene conservata presso il Servizio di Igiene Pubblica che tiene il Registro Nominale delle Cause di Morte.

Per quanto riguarda il caso specifico della Azienda USL 8 di Siracusa, così come previsto dalla Legge Regionale 18.1.97 n.1, istitutiva del RTP, e dalla conseguente Delibera dell'ASL 8 n.1319 del 2.4.98, una copia della Scheda ISTAT viene inviata dal Servizio di Igiene al Registro Territoriale di Patologia, che ha sede presso il Distretto Capofila di Siracusa, dove i medici codificatori appositamente formati presso l'Osservatorio Epidemiologico Regionale provvedono alla codifica delle schede, nonché al controllo di qualità dei dati riportati sul certificato medico di decesso.

Le schede, codificate secondo la Classificazione Internazionale delle Malattie - IX Revisione, vengono quindi registrate negli appositi archivi informatizzati del RTP ed elaborate per i fini statistici ed epidemiologici.

La scheda codificata, infine, viene restituita al Servizio di Igiene della locale Azienda Sanitaria di Siracusa, che provvede all'inoltro di una copia all'Osservatorio Epidemiologico Regionale.

Visto, infine, che all'Azienda Sanitaria Locale non pervengono, se non raramente, le schede ISTAT dei cittadini deceduti fuori provincia, l'Ufficio RTP ha istituito una procedura in base alla quale viene richiesto ai comuni della Provincia di Siracusa l'elenco dei cittadini deceduti fuori provincia con l'indicazione del comune di decesso, sebbene privi dell'indicazione della causa di morte. Quindi vengono contattate le USL dei comuni di decesso per la richiesta delle copie delle Schede ISTAT dei cittadini della Provincia di Siracusa ivi deceduti, con l'indicazione della causa di morte. In tal modo è possibile ricostruire con estremo dettaglio l'intero quadro della mortalità riguardante tutti i cittadini residenti in Provincia di Siracusa, ancorchè deceduti altrove. A seguire si riporta la Flow Chart del flusso informativo sopra descritto.

1.2 - LE INFORMAZIONI RICAVABILI DA UNA SCHEDA ISTAT DI DECESSO

La scheda di morte, nella sua parte di interesse sanitario compilata dal medico, è suddivisa in un settore riservato alle morti per causa naturale ed in un settore riservato alle morti per causa violenta. Il primo di questi due settori riporta le seguenti informazioni:

- ❑ **Causa iniziale:** (Quesito 1) E' il primo evento del concatenamento causale che porta al decesso;
- ❑ **Causa intermedia:** (Quesito 2) E' lo stato morboso derivato dalla causa iniziale;
- ❑ **Causa terminale:** (Quesito 3) Deriva dalle prime, è l'evento diretto che ha provocato la morte;
- ❑ **Altri stati morbosi rilevanti:** (Quesito 4) Sono le condizioni morbose concomitanti che non rientrano direttamente nel concatenamento causale che ha condotto al decesso.

Per ogni causa viene richiesto inoltre l'intervallo di tempo intercorso tra l'inizio del processo morboso ed il decesso.

Il settore riservato alle morti da causa violenta contiene le seguenti informazioni:

- ❑ **Tipologia della causa violenta:** accidentale, infortunio sul lavoro, suicidio, omicidio;
- ❑ **Descrizione della lesione:** ovvero la lesione responsabile del decesso;
- ❑ **Malattie o complicazioni:** e dunque le complicazioni conseguenti alla lesione;
- ❑ **Stati morbosi pre-esistenti:** gli stati morbosi presenti al momento della lesione e che possono aver contribuito al decesso;
- ❑ **Mezzo e modo col quale la lesione è stata determinata - Data e luogo dell'evento - Intervallo di tempo intercorso tra l'atto violento e il decesso:** informazioni aggiuntive.

Le ulteriori informazioni presenti sulla scheda di morte sono quelle anagrafiche:

- ❑ **Età, Sesso, Luogo di nascita, Data di nascita e di morte, Residenza, Professione, ecc..**

1.3 - CONTROLLO DI QUALITA' SULLE SCHEDE DI MORTE

Ogni scheda va codificata, individuando la causa prima, responsabile del decesso, ed assegnando a questa il corrispondente codice della ICD - 9° Revisione. Le maggiori criticità, circa quest'aspetto, sono legate, come si è già detto, a due fattori:

- ❑ **Livello di accuratezza e di attendibilità delle dichiarazioni del medico** *certificatore che redige le schede di morte (solitamente il medico curante o il medico ospedaliero del nosocomio presso cui si è verificato il decesso);*
- ❑ **Grado di omogeneità di metodo da parte dei codificatori.**

Per quanto riguarda la **Omogeneità del metodo di codifica**, la centralizzazione della stessa codifica presso la sede dell' ISTAT è garanzia certa di omogeneità di metodo. Tuttavia la lontananza della sede centrale dell'ISTAT dalle sedi periferiche che inviano le schede non consente una immediata verifica della attendibilità delle certificazioni. Operazione, questa, che può essere curata solo in loco presso le sedi periferiche, contattando, nei casi dubbi, i medici certificatori e ricorrendo ad altre fonti locali. Inoltre tra la redazione delle schede inviate dalle Prefetture e la pubblicazione dei dati da parte dell'ISTAT intercorre un intervallo di tempo consistente (in atto da 4 a 5 anni).

Una soluzione ai suddetti problemi può essere rappresentata, appunto, dalla codifica periferica delle schede, curata direttamente presso le ASL territoriali da parte di personale medico appositamente formato, come nel caso dell'esperienza condotta col presente studio dal RTP di Siracusa. Detta soluzione presenta infatti due indubbi vantaggi:

- ❑ *Possibilità di effettuare controlli di qualità della certificazione pervenuta, contattando nei casi dubbi i medici che hanno redatto le schede (di solito il medico di famiglia o del locale ospedale), ovvero consultando altre fonti disponibili in loco (cartelle cliniche, riscontri autoptici, DRGs, ecc.);*
- ❑ *Possibilità di ottenere statistiche di mortalità più aggiornate e, dunque, più recenti rispetto ai dati forniti dall' ISTAT (nel caso del presente studio i dati ISTAT arrivano fino al 1999, a fronte di quelli elaborati dalla locale équipe del RTP che coprono l'intero periodo 1995-2002).*

Ovviamente la codifica periferica delle Schede ISTAT impone l'impiego di personale appositamente formato e, dunque, l'adozione di rigide regole e di procedure standardizzate, che limitino al massimo la possibilità di errori metodologici, come si vedrà nel prossimo paragrafo.

Per quanto riguarda invece la **Accuratezza e attendibilità nella fase di compilazione** delle Schede i fattori che influenzano la qualità dei dati sono raggruppabili in tre categorie:

- ❑ *Omissioni volontarie del compilatore: per motivi di ordine sociale o penale (suicidi, ecc.);*
- ❑ *Casi malconosciuti dal compilatore: deceduti seguiti da medico diverso dal compilatore;*
- ❑ *Scarsa conoscenza delle procedure per una corretta compilazione e/o superficialità*

I Controlli di Qualità che è possibile effettuare per correggere i suddetti fattori possono essere raggruppati nei seguenti punti:

- ❑ *Attività continua diretta di controllo*
- ❑ *Attività di formazione ed informazione verso i medici compilatori*
- ❑ *Attività periodica indiretta di controllo*

Per quanto riguarda la **Attività continua diretta di controllo** le procedure attivate dal RTP possono essere riassunte in controlli sulla completezza del numero di schede e controlli sulla completezza e sulla congruenza delle informazioni sulle singole schede. I primi controlli, tendenti alla ricostruzione completa della mortalità secondo la residenza, consistono essenzialmente nei seguenti passaggi:

- ❑ *Assicurarsi che tutti i Comuni della Provincia inviino mensilmente tutte le Schede alla ASL;*
- ❑ *Recuperare dai Comuni di residenza le liste dei cittadini deceduti in comuni fuori Provincia;*
- ❑ *Acquisire dalle ASL competenti copia delle Schede dei cittadini deceduti fuori Provincia;*
- ❑ *Verificare la corrispondenza numerica e nominale tra le Schede e le Liste ricevute dai Comuni;*

Il secondo gruppo di controlli è volto alla verifica della presenza in ogni scheda dei tre requisiti minimi di qualità (leggibilità, sequenzialità e specificazione) ed in particolare alla verifica di un pacchetto minimo di dati essenziali, identificabili nelle voci anagrafiche e sanitarie di maggior peso:

- ❑ *Completezza e congruenza dei DATI MINIMI di interesse ANAGRAFICO: la presenza di Nome e Cognome, Sesso, Data di Nascita e di Decesso, Comune di Residenza e di Decesso;*
- ❑ *Completezza e congruenza dei DATI MINIMI di interesse SANITARIO: la presenza delle Cause di decesso e, in caso di morte violenta, la presenza dei Quadri 5 (Decesso determinato da accidente, suicidio, omicidio, infortunio sul lavoro) e 9.1 (Descrizione del modo in cui si è determinata la lesione).*

Riguardo alle suddette verifiche di completezza e di congruenza possono emergere tre criticità:

- ❑ *Illegibilità dei dati o di parte di essi;*

- ❑ *Presenza di patologie indipendenti e "slegate" nelle Cause Iniziali, Intermedie, Terminali;*
- ❑ *Causa Iniziale ascrivibile alle "Malattie Mal definite" in soggetti di età inferiore a 75 anni.*

All'emergere delle suddette criticità scatta la procedura di recupero dell'informazione attraverso gli Uffici di Stato Civile dei Comuni di Decesso e di Residenza per quanto riguarda i dati anagrafici, ovvero consultando i medici che hanno compilato la Scheda, nonché le altre fonti della ASL (Cartelle Cliniche, DRGs, Riscontri autoptici, certificati necroscopici, ecc.) al fine di verificarne la concordanza coi dati della Scheda di Morte.

Per quanto riguarda la Attività di formazione ed informazione, il RTP pubblicizza periodicamente presso i Medici di Famiglia ed i Medici Ospedalieri, direttamente interessati alla compilazione, un apposito "*Decalogo per la corretta compilazione delle Schede di Morte*".

Inoltre appositi Corsi di Formazione rivolti al personale addetto ai lavori sono stati allestiti dal RTP in collaborazione con l'Ufficio Formazione dell'ASL 8 di Siracusa.

La prossima attivazione di sistematici "ritorni" delle informazioni sui dati di mortalità verso i medici compilatori, inoltre, dovrebbe ancor più motivare i medici nei confronti dell'atto della compilazione che, al momento attuale, viene considerato dalla categoria come un mero "dovere" burocratico e non come uno dei momenti più qualificanti di quelle competenze epidemiologiche di cui ogni medico di sanità pubblica, territoriale od ospedaliero, dovrebbe menar vanto.

Per quanto riguarda, infine, la Attività periodica indiretta di controllo il RTP ha attivato alcuni indicatori statistici che permettono di valutare in modo rapido e sintetico la qualità della certificazione, utilizzando i dati stessi in sede di elaborazione. Tali indicatori sono costituiti soprattutto dalla proporzione di decessi ascrivibili al Settore XVI (Malattie Mal definite) sul totale dei decessi, con particolare attenzione a quelli riguardanti i soggetti deceduti prima dei 75 anni d'età (visto che oltre i 75 anni l'alta incidenza di codici relativi a Malattie Mal definite è un evento quasi fisiologico). Un tasso elevato di "Malattie Mal definite", specie nelle fasce d'età inferiori a 75 anni di età, è genericamente un indicatore di scarsa qualità di compilazione delle Schede di Morte.

Questo indicatore si presenta ancora molto elevato in Provincia di Siracusa (7,3 % del totale delle cause di morte tra i maschi e 11 % tra le femmine), con valori massimi nel Distretto di Noto e minimi in quello di Lentini. E tuttavia il dato lentinese è di un certo interesse in quanto lascerebbe intravedere una suggestiva conferma all'importanza del ruolo educativo, culturale ed informativo determinato dalla presenza costante nel territorio di un Registro di Patologia, considerato che il RTP è nato proprio nel Distretto di Lentini nel 1992, e cioè 5 anni prima dell'estensione del Registro a tutta la Provincia.

Tuttavia l'alta incidenza delle Malattie Mal definite osservata nella Provincia di Siracusa pesa soprattutto sulla fascia d'età "fisiologica" degli ultrasettantacinquenni, con una proporzione del 76,5 % tra i maschi e dell' 89,3 % tra le femmine (percentuali di ultrasettantacinquenni sul totale).

In realtà oggi questo indicatore statistico ha finito col perdere molto interesse, poiché nella pratica finisce col valutare solamente il peso della mortalità per "Senilità", che rappresenta circa il 90% delle schede classificate come "mal definite".

1.4 - LE CLASSIFICAZIONI ICD-9, I SETTORI E LE CLASSIFICAZIONI ISTAT

La codifica si basa sulla 9° Revisione dell' ICD (International Classification Diseases).

La classificazione internazionale delle malattie ICD-9° si fonda su 17 categorie principali o Settori, che raccolgono complessivamente 999 malattie o stati morbosi individuati da codici a tre cifre che vanno appunto dal codice 001 al codice 999, seguito da una quarta cifra aggiuntiva che specifica la sottocategoria analitica (ad esempio, il codice 415 identifica la Malattia cardiopolmonare acuta, laddove il codice 415.0 specifica il Cuore polmonare acuto e il codice 415.1 l'Embolia polmonare). Nella sottostante tabella sono riportate le tavole di corrispondenza tra i 17 Settori, i codici della Class. ICD-9° e quelli di altre Classificazioni (ISTAT e supplementari).

Pertanto il Settore I, che riguarda le Malattie Infettive, raccoglie i codici ICD-9 che vanno dallo 001 al 139, il Settore II, che riguarda i Tumori, raccoglie i codici ICD-9 che vanno dal 140 al 239, e così via di seguito.

Accanto alla Classificazione ICD-9°, tuttavia, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha elaborato altre **Classificazioni Supplementari**, le più importanti delle quali sono quelle utilizzate per la classificazione dei Tumori (Classificazione con Codici M), dei Traumatismi secondo cause esterne (Classificazione con Codici E) e dei Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari (Classificazione con Codici V).

TAVOLE di CORRISPONDENZA

Settori	Malattie Traumatismi	ICD-9°	Class.A ISTAT	Class.B ISTAT	Class.P ISTAT	Class.D ISTAT	Classific. Supplem.
I	Malattie Infettive	001-139	01-07	01-11	01-03	01-04	-
II	Tumori	140-239	08-17	12-27	-	05-13	Class.M
III	Malattie Endocrine, ecc.	240-279	18-19	28-31	04-06	14-16	-
IV	Malattie del Sangue	280-289	20	32-33	-	17	-
V	Disturbi Psicici	290-319	21	34	-	18-20	-
VI	Malattie del Sist.Nervoso	320-389	22-24	35-37	07-08	21-24	-
VII	Malattie del Sist.Circolatorio	390-459	25-30	38-46	-	25-34	-
VIII	Malattie App. Respiratorio	460-519	31-32	47-50	09-11	35-40	-
IX	Malattie App. Digerente	520-579	33-34	51-55	12-14	41-49	-
X	Malattie Genito-Urinarie	580-629	35-37	56-58	-	50-57	-
XI	Complicazioni Gravidanza	630-679	38-41	59-61	-	58-60	-
XII	Malattie della Pelle	680-709	42	62	-	61	-
XIII	Malattie Sist. Osteoarticolare	710-739	43	63	-	62-63	-
XIV	Malformazioni Congenite	740-759	44	64-65	15-25	64	-
XV	Malattie di origine Perinatale	760-779	45	66-69	26-53	65	-
XVI	Stati Morbosi Mal Definiti	780-799	46	70	54-55*	66	-
XVII	Traumatismi-Avvelenamenti	800-999	47-56	71-78	56	67-73	Class.E
-	RICOVERI SPECIALI	V01-V82	-	-	-	74	Class.V

Note: (*) Nei Codici 54-55 della Class.P sono incluse anche le malattie dei rimanenti Settori contrassegnati col segno -.

La Classificazione con Codici M (Morfologia Tumori) è un adattamento della ICD-9° riservato all'Oncologia (ICD-O) e rappresenta la Classificazione Morfologica dei Tumori, molto utile soprattutto per gli studi di Incidenza, piuttosto che per quelli di Mortalità. E' una classificazione, infatti, che i Registri Tumori e tutti gli addetti ai lavori possono usare in combinazione con quella clinica del II Settore (che va, come è noto, dal codice ICD-9° 140 al 239).

I numeri di codice della morfologia sono composti da 5 cifre: le prime 4 permettono di identificare il tipo istologico del tumore; la quinta indica il suo comportamento secondo il seguente schema:

/ 0 = *Benigno*

/ 1 = *Incerto se benigno o maligno (al limite della malignità)*

/ 2 = *Carcinoma in situ (Intraepiteliale, Non infiltrativo, Non invasivo)*

/ 3 = *Maligno, sede primitiva*

/ 6 = *Maligno, sede metastatica (sede secondaria)*

/ 9 = *Maligno, incerto se sede primitiva o metastatica*

La cifra 9, in realtà non è mai applicabile nel contesto della Classificazione Internazionale delle Malattie, in quanto si presume che tutti i tumori maligni possono essere considerati primitivi (/ 3) o secondari (/ 6) in base alle altre informazioni contenute nelle dichiarazioni mediche.

Per fare un esempio, dunque, il codice ICD-9° 162.5 sta a indicare un Tumore Polmonare (Lobo inferiore bronco o polmone) e l'abbinato codice ICD-O M8250/3 sta a indicare il tipo istologico di un Adenocarcinoma bronchiolo-alveolare, maligno a sede primitiva.

I Codici M vanno da M8000 a M9970. La sottostante tabella mostra la corrispondenza tra il codice morfologico e i differenti raggruppamenti del II Settore della ICD-9°:

Settore II	ICD-9° 140-239	Gruppi di Tumori	Tipo Istologico M8000 - M9970	Codice di Comportamento
	140-195	Tumori maligni primitivi	Tutti i tipi	3
	196-198	Tumori maligni secondari	Tutti i tipi	6
	200-208	Tumori maligni primitivi	Tutti i tipi	3
	210-229	Tumori benigni	Tutti i tipi	0
	230-234	Carcinoma in situ	Tutti i tipi	2
	235-238	Tumori di comportamento incerto	M8010	1
	239	Tumori di natura non specificata	M8000-M8004	1

La Classificazione con Codici E (Cause Esterne Traumatismi) è un adattamento della ICD-9° che permette di classificare i Traumatismi e gli Avvelenamenti del Settore XVII non secondo la localizzazione anatomica o l'inquadramento nosologico (ad esempio "*trauma cranico*"), bensì secondo la causa esterna che ha provocato il trauma (ad esempio l'"*incidente stradale*" che ha provocato il trauma cranico).

Di norma le cause di morte per Traumatismi ed Avvelenamenti dovrebbero essere classificate col doppio codice (Settore XVII ICD-9° e Codici E), ma nei casi in cui ci si limiti ad un solo codice, vanno preferiti i codici E rispetto a quelli del Settore XVII, visto il maggiore interesse epidemiologico e preventivo che rivestono le cause esterne che hanno provocato il decesso (incidenti stradali, cadute accidentali, infortuni sul lavoro, ecc.) rispetto alle localizzazioni anatomiche (trauma, cranico, toracico, ecc.). I Codici E, vanno da E800 a E999, affiancando i Codici 800-999 del XVII Settore ICD-9°.

La Classificazione con Codici V è prevista per quelle occasioni in cui vengono registrate come "diagnosi" o "problemi", circostanze diverse dalle malattie o traumatismi classificabili nelle categorie 001-999. E tuttavia rappresentano fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari. Ciò, infatti, può verificarsi in due precise circostanze:

- ❑ *Quando una persona, che momentaneamente non è malata, ricorre ai servizi sanitari per qualche motivo specifico che non è di per sé una malattia o un traumatismo (ad esempio, donare un organo, fare una vaccinazione profilattica, ecc.);*
- ❑ *Quando sono presenti alcune circostanze o problemi che influenzano lo stato di salute della persona senza arrivare a costituire una malattia o un traumatismo (ad esempio un paziente con valvola cardiaca artificiale in situ).*

Questi Codici V sono supplementari ai 999 codici della ICD-9°, vanno da V01 a V82 e sono molto utilizzati in ambito ospedaliero quando, nella stesura delle SDO (Schede di Dimissione Ospedaliera) con relativo DRGs, ci si trova a dover codificare ricoveri effettuati in assenza di qualunque delle malattie o traumatismi previsti dai codici ICD-9° 001-999, ma per eseguire ad esempio accertamenti diagnostici correlati ai fattori di cui sopra (donazione organo, paziente con valvola cardiaca artificiale in situ, ecc.).

Accanto alla Classificazione Internazionale delle Malattie, l' ISTAT ha redatto altre classificazioni più sintetiche per la gestione delle statistiche di mortalità, derivandole dalla "**Lista di base**" per l'intavolazione dei dati (apposite Liste elaborate dalla Organizzazione Mondiale della Sanità, in base all'art.23 della Costituzione dell'O.M.S., al fine di permettere agli addetti ai lavori di tutto il mondo di allestire Liste proprie, comunque confrontabili tra i vari paesi). Per ognuna di queste **Classificazioni ISTAT** è possibile ricavare tavole di corrispondenza con i codici della Classificazione Internazionale (ICD-9) e coi 17 Settori, come si può osservare nelle precedenti Tavole di Corrispondenza. Dette Classificazioni, in effetti, si presentano molto utili ai fini statistici. Eccone l'elenco:

Classificazione A Intermedia ISTAT per le cause di morte è costituita da 56 categorie (ulteriormente suddivise in 200 sottocategorie). Ad ognuna di queste categorie corrisponde un gruppo più o meno cospicuo di Codici ICD-9°, così che tutte le 999 categorie della Classificazione Internazionale analitica sono suddivise tra le 56 categorie della Classificazione A. I codici che vanno da A47 ad A56, inclusi nel XVII Settore dei Traumatismi, sono affiancati dalla codifica speciale secondo Cause Esterne (Class.E), che si articola nei Codici AE47-AE56. L'ISTAT utilizza molto questa classificazione nei reports sintetici provinciali delle cause di morte.

Classificazione B Abbreviata ISTAT per le cause di morte è costituita da 77 categorie (senza nessuna sottocategoria), sicché risulta ulteriormente abbreviata rispetto alla Classificazione A (comprensiva di 56 Categorie e di 200 Sottocategorie), la quale a sua volta rappresenta la Classificazione intermedia tra la B (77 categorie) e la Classificazione analitica ICD-9° (999 Categorie). Anche nella Classificazione B tutte le 999 Categorie della ICD-9° sono suddivise nelle 77 Categorie della Classificazione abbreviata. E così come per la Classificazione A, anche per la B i codici compresi nel XVII Settore dei Traumatismi (B71-B77) sono affiancati dai Codici della Classificazione per Cause Esterne (che vanno da BE71 a BE78). L'ISTAT utilizza molto questa classificazione nei reports sintetici regionali delle cause di morte.

Classificazione P Perinatale ISTAT per le cause di mortalità perinatale è costituita da 56 Categorie (senza Sottocategorie), nelle quali sono suddivise le numerose Categorie ICD-9°. E' una Classificazione appositamente studiata dall'ISTAT per la ottimale gestione dei dati della Mortalità Perinatale. Non è superfluo ricordare, infatti, che il Settore XV ("Condizioni Morbose di origine perinatale") raccoglie quella parte di Mortalità Perinatale dovuta a cause di origine perinatale, ma non tutta la restante Mortalità Perinatale che può verificarsi a causa delle malattie classificate in altri Settori (Malformazioni congenite,

Malattie Infettive, Malattie Endocrine, ecc.). L'ISTAT utilizza questa Classificazione per la gestione della mortalità nel primo anno di vita.

Classificazione D Cause di Ricovero ISTAT sui dimessi dagli Istituti di Cura è costituita da 74 Categorie (senza Sottocategorie). Di queste, le prime 73 Categorie corrispondono ai 17 Settori e alle 999 Categorie della ICD-9°, mentre la Categoria D74 fa parte di un Settore aggiuntivo ("XVIII - Ricoveri di natura speciale"), a cui corrispondono i codici supplementari V01-V82 della Classificazione analitica ICD-9° (Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari). Questa Classificazione è molto utilizzata per la gestione delle Dimissione Ospedaliere e delle relative SDO.

Nel presente lavoro, viste le caratteristiche peculiari di uno studio sintetico di mortalità condotto anche per analisi geografiche sulle patologie cronico degenerative, con particolare approfondimento sui Tumori, si è preferito scartare le Classificazioni non pertinenti (Class.V o Class.D ISTAT per i ricoveri) o più utili negli studi di Incidenza (Class.M Morfologia Tumori), preferendo piuttosto Classificazioni sintetiche per la totalità delle Cause di Morte e Classificazioni analitiche sul Settore particolare dei Tumori. Pertanto sono state adottate le seguenti classificazioni:

Classificazione B Abbreviata ISTAT per la gestione di tutta la mortalità osservata in Provincia di Siracusa nel periodo 1995-2002, con Classificazione BE 71-78 per il Settore XVII;

Classificazione Analitica (ICD-9°) per la gestione della mortalità per Tumori osservata in Provincia di Siracusa nello stesso periodo (in aggiunta alla Classificazione B);

Classificazione P Perinatale ISTAT per la gestione della mortalità osservata entro il primo anno di vita in Provincia di Siracusa nel corrispondente periodo di riferimento.

1.5 - REGOLE E PROCEDURE STANDARDIZZATE DI CODIFICA

Dopo aver illustrato la gestione dei flussi informativi, i contenuti delle schede, i controlli di qualità effettuati e le classificazioni adottate, occorre soffermarsi su di uno dei momenti più importanti della procedura, che è rappresentato dalla codifica delle Schede di Morte.

Al fine di evitare difformità procedurali e metodologiche l'ISTAT ha emanato precise linee guida per i codificatori, che possono essere sintetizzate in 12 regole standard ed in una rigida procedura.

La procedura per una corretta codifica prevede primariamente tre fasi:

- ❑ *Lettura completa della scheda per evidenziare eventuali mancanze e per porre in evidenza il nesso di causalità tra le malattie dichiarate dal compilatore della scheda;*
- ❑ *Applicazione della regola generale e delle prime tre regole di codifica, per la determinazione della patologia da individuare, tra quelle segnalate dal compilatore, come causa iniziale ed applicazione del codice relativo;*
- ❑ *Applicazione eventuale delle regole che vanno dalla 4 alla 12 per modificare la causa di morte iniziale, nel caso in cui non fosse possibile applicare la regola generale e le prime tre regole.*

Scelta della Causa Iniziale. A tutte le schede i codificatori dovranno applicare o la regola generale o le regole 1 o 2, mentre la regola 3 può essere applicata in aggiunta ad una delle precedenti:

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

REGOLA 1: Quando è indicato un concatenamento terminante nell'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.

REGOLA 2: Quando non è indicato alcun concatenamento terminante all'affezione menzionata per prima al quesito 3 del certificato (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.

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.

Modificazione della Causa Iniziale. Spesso, tuttavia, la Causa Iniziale scelta applicando rigidamente le suddette regole non risulta essere la più consona. Per esempio se l'applicazione delle suddette regole porterebbe ad individuare come Causa Iniziale la senilità o altre malattie generalizzate come l'ipertensione o l'arteriosclerosi, e contemporaneamente figura sul certificato una malattia di maggiore spessore epidemiologico rispetto alle definizioni generiche di senilità o ipertensione, è più conveniente modificare la Causa Iniziale scelta in base alle precedenti regole e scegliere la malattia di maggior peso come causa iniziale. Queste "eccezioni" alla regola generale e alle prime tre regole sono rappresentate dalle "Regole di modificazione" (da 4 a 12), che permettono di modificare la Causa Iniziale e, dunque, le precedenti regole, quando la rigida applicazione di queste porterebbe a scelte non consone ai fini della correttezza dello studio.

***REGOLA 4 - Senilità:** Quando la causa iniziale scelta può essere classificata alla categoria 797 (senilità) e sul certificato è indicata un'affezione che può essere classificata a categorie diverse da 780-799, non tener conto della senilità per la scelta della causa iniziale, a meno che la senilità non modifichi la codificazione.*

***REGOLA 5 - Stati morbosi mal definiti:** Quando la causa iniziale scelta può essere classificata nelle categorie 780-796, 798-799 (stati morbosi mal definiti) ed è indicata sul certificato un'altra affezione che possa essere classificata a categorie diverse da 780-799, bisogna procedere ad una nuova scelta della causa iniziale senza tener conto dello stato mal definito a meno che esso non modifichi la codificazione.*

***REGOLA 6 - Afezioni banali:** Quando la causa iniziale scelta è un'affezione banale, incapace per se stessa di provocare il decesso, procedere nella maniera seguente: a) se la morte è stata la conseguenza di un effetto nocivo del trattamento dell'affezione banale, scegliere l'effetto nocivo; b) se l'affezione banale non è indicata come la causa di una complicazione più grave e sul certificato è indicata un'affezione più grave senza rapporto con essa, scegliere la causa iniziale senza tener conto dell'affezione banale.*

***REGOLA 7 - Associazioni di più affezioni in un solo codice:** Quando la causa iniziale scelta è riunita, per disposizione della classif. Internaz. o delle note per la codificazione delle cause di morte, in un solo codice con una o più altre affezioni indicate sul certificato, la codificazione va fatta secondo tale associazione.*

***REGOLA 8 - Precisazioni:** Quando la causa iniziale scelta descrive un'affezione in termini generali e, in altra parte del certificato, un termine fornisce informazioni più precise sulla localizzazione o la natura di tale affezione, codificare tenendo conto di queste precisazioni.*

***REGOLA 9 - Stadi differenti di una stessa malattia:** Quando la causa iniziale scelta è uno stadio precoce di una malattia e in altra parte del certificato è indicato uno stato più avanzato, codificare lo stato più avanzato.*

***REGOLA 10 - Postumi:** Quando la causa iniziale scelta è uno stadio precoce di un'affezione i cui postumi fanno oggetto di una categoria distinta della classificazione ed è evidente che la morte è dovuta ai postumi di questa affezione piuttosto che alla sua forma attiva, classificare i postumi.*

***REGOLA 11 - Polmonite, influenza e affezioni della maternità di vecchia data:** Quando la causa iniziale scelta è la polmonite o l'influenza (480-487) ed è trascorso un intervallo di un anno o più tra l'inizio della malattia e la morte o è menzionata un'affezione cronica ad essa conseguente, scegliere la causa iniziale come se la polmonite o l'influenza non fossero menzionate. Quando la causa iniziale scelta è una complicazione della gravidanza, del parto e del puerperio (630-678) e risulta che è trascorso un intervallo superiore a 42 giorni tra la fine della gravidanza e la morte o è menzionata un'affezione cronica ad essa conseguente, scegliere la causa iniziale come se l'affezione della maternità non fosse menzionata. Tenere conto della polmonite, dell'influenza o delle affezioni della maternità se modificano la codificazione.*

***REGOLA 12 - Errori e accidenti nel corso di cure mediche:** Quando la causa iniziale scelta era soggetta a cure mediche e la sequenza indicata sul certificato indica in maniera esplicita che la morte è stata il risultato di un errore o di un accidente occorso durante le cure mediche (condizioni classificabili a E850-E858, E870-E876), considerare il susseguirsi degli eventi, che hanno portato alla morte, come aventi inizio nel momento in cui l'errore o l'accidente si è verificato. Questa regola non si applica ai tentativi di rianimazione.*

Le Regole sopra illustrate consentono ai codificatori di tutto il mondo di individuare la causa iniziale di morte da scegliere ai fini della intavolazione dei dati sulla mortalità. Ciascun paese tuttavia si può trovare nella necessità di integrare queste regole, secondo la completezza e la qualità dei dati forniti dal certificato medico. Nel nostro paese l'ISTAT ha messo a disposizione ulteriori linee guida di codifica. La codifica delle Schede di Morte presso il RTP è stata affidata a personale della Medicina dei Servizi appositamente formatosi ai Corsi per Codificatori istituiti con Decreto Assessoriale n. 89024 del 15.12.1990 e tenutisi presso l'Assessorato Regionale alla Sanità di Palermo.

Una volta illustrate le varie fasi della "Gestione delle Schede di Morte", dalla raccolta dei dati e dei flussi informativi, ai controlli di qualità, fino alla codifica e alla registrazione su apposito archivio informatizzato, è possibile passare alla fase successiva, che è quella della elaborazione statistica dei dati.