

MINISTERO DELLA SANITA'

DIPARTIMENTO PER L'ORDINAMENTO SANITARIO, LA
RICERCA E L'ORGANIZZAZIONE DEL MINISTERO

*Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e
dei problemi Sanitari Correlati*

Decima revisione

Volume 2

Manuale di istruzioni

Organizzazione Mondiale della Sanità
Ginevra

Volume 1

- Introduzione
- Centri Collaboratori dell'OMS per la Classificazione delle Malattie
- Rapporto della Conferenza Internazionale per la Decima Revisione
- Elenco delle categorie a tre caratteri
- Classificazione analitica delle inclusioni e delle sottocategorie a quattro caratteri
- Morfologia dei tumori
- Liste speciali per l'intabulazione delle cause di mortalità e morbosità
- Definizioni
- Regolamenti

Volume 2 - Manuale di istruzioni

Volume 3 - Indice Alfabetico

Responsabile del progetto di traduzione:

Franco Pennazza - Dirigente Ufficio di Statistica del Ministero della Sanità

Coordinatore della traduzione:

Lucia Lispi - Ministero della Sanità

Medico esperto della traduzione

Giuseppe Feola - ISTAT

Gruppo di lavoro:

L. Lispi, M.A. Russo, T. Loretucci, A. Di Giacinto, R. Lamponi, A.L. Adduce, D. Micchia - Ministero della Sanità;
G. Feola - ISTAT;
W Bergamaschi, A. Salmaggi, A. Romanelli, A. Del Santo - FISM;
D. Kemali - Il Univ. degli Studi di Napoli - Fac. Medicina e Chirurgia - Istituto di Psichiatria.

Si ringraziano le Società Medico - Scientifiche che attraverso la FISM hanno collaborato alla revisione della traduzione.

Comitato Scientifico e Comitato di Indirizzo e Coordinamento:

E. Porzia, G. Sirchia, G. Luporini, A. Pagni, P. Morganti, E Taroni, Di Loreto, A. Rossi Mori, A. Agostoni, G. Gasparetti, F. Repetto.

I Edizione - anno 2000

Indice

1. Introduzione	1
2. Descrizione della Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari	
Correlati	2
2.1 Scopo e applicabilità	2
2.2 Concetto di “famiglia” di classificazioni di malattie e problemi correlati alla salute	3
2.2.1 Classificazioni correlate alle diagnosi	5
2.2.2 Classificazioni non diagnostiche	7
2.2.3 Supporto informativo all’assistenza sanitaria di base	9
2.2.4 Nomenclatura Internazionale delle Malattie [IND]	10
2.2.5 Ruolo dell’OMS	11
2.3 Principi generali di classificazione delle malattie	11
2.4 La struttura di base ed i principi di classificazione dell’ICD	12
2.4.1 Volumi	13
2.4.2 Settori o capitoli	14
2.4.3 Classi o blocchi di categorie	15
2.4.4 Categorie a 3 caratteri	15
2.4.5 Sottocategorie a quattro caratteri	15
2.4.6 Suddivisioni supplementari per l’uso del quinto carattere e seguenti	16
2.4.7 I codici “U”	17
3. Come usare l’ICD	18
3.1 Come usare il volume 1	18
3.1.1 Introduzione	18
3.1.2 Uso della lista delle inclusioni e delle sottocategorie a quattro caratteri	18
3.1.3 Due codici per alcune condizioni morbose	20
3.1.4 Convenzioni usate nella classificazione analitica	22

3.1.5	Categorie con caratteristiche comuni	25
3.2	Come usare il volume 3	27
3.2.1	Le sezioni dell'indice Alfabetico	27
3.2.2	Struttura dell'indice	27
3.2.3	Numeri di codice	27
3.2.4	Convenzioni	28
3.3	Linee guida per la codifica di base	28
4.	Regole e linee guida per la codifica della mortalità e della morbosità	30
4.1	Mortalità: linee guida per la certificazione e regole di codifica	30
4.1.1	Cause di morte	30
4.1.2	Causa iniziale di morte	31
4.1.3	Modello di certificato medico internazionale della causa di morte e scheda usata in Italia ¹	31
4.1.3.1	Schede di morte usate in Italia ²	32
4.1.4	Procedure per la selezione della causa iniziale di morte per l'intabulazione dei dati di mortalità	36
4.1.5	Regole per la selezione della causa antecedente originante	37
4.1.6	Alcune considerazioni sulle regole di selezione	38
4.1.7	Esempi di applicazione del Principio Generale e delle regole di selezione	39
4.1.8	Modificazione della causa [originante] selezionata	45
4.1.9	Le regole di modificazione	46
4.1.10	Esempi di regole di modificazione	47
4.1.11	Note da utilizzare nella codifica della causa iniziale di morte	53
4.1.12	Riassunto delle associazioni per numero di codice	64
4.2	Note per l'interpretazione delle certificazioni delle cause di morte	69
4.2.1	Presunzione di una causa intermedia	70
4.2.2	Interpretazione delle parole "assai improbabile"	70
4.2.3	Influenza della durata della condizione morbosa sulla codifica	72
4.2.4	Sequela	73
4.2.5	Compatibilità fra sesso del paziente e diagnosi	74
4.2.6	Interventi operatori	74
4.2.7	Tumori maligni	75

¹ Al titolo originale della sezione 4.1.3 "Modello di certificato medico internazionale di causa di morte" è stato aggiunto: "e scheda di morte usata in Italia".

² Aggiunta alla versione italiana.

4.2.8	Reumatismo articolare acuto con interessamento cardiaco	89
4.2.9	Malformazioni e deformazioni congenite, anomalie cromosomiche	89
4.2.10	Natura del traumatismo	89
4.2.11	Avvelenamento da farmaci, medicinali e prodotti biologici	91
4.2.12	Cause esterne	91
4.2.13	Espressioni indicanti una diagnosi incerta	91
4.3	Mortalità perinatale: linee guida per la certificazione e regole di codifica	92
4.3.1	Certificazione di morte perinatale	92
4.3.2	Dichiarazione delle cause di morte perinatali	93
4.3.3	Intabulazione dei dati di mortalità perinatale per causa	95
4.3.4	Codifica delle cause di morte perinatali	96
4.3.5	Regole di codifica	96
4.4	Morbosità	99
4.4.1	Linee guida per la rilevazione dell'informazione diagnostica per l'analisi unicausale dei dati di morbosità	100
4.4.2	Linee guida per la codifica della "condizione principale" e di "altre condizioni"	102
4.4.3	Regole per la rifezione quando la condizione principale non è correttamente riportata	109
4.4.4	Note per specifici settori	115
5.	Presentazione statistica	127
5.1	Introduzione	127
5.2	La fonte dei dati	127
5.3	Il livello di dettaglio delle cause nelle tabelle	127
5.4	Le liste speciali di intabulazione raccomandate per la mortalità	128
5.4.1	Le liste abbreviate	128
5.4.2	Le liste selezionate	128
5.4.3	Uso dei prefissi per identificare le liste di mortalità	129
5.4.4	Liste per uso locale	129
5.5	La lista speciale per l'intabulazione della morbosità	130
5.5.1	Descrizione	130
5.5.2	Modificazione della lista speciale di intabulazione per la morbosità in relazione ad esigenze nazionali	130

5.6 Raccomandazioni per le tavole statistiche per i confronti internazionali	131
5.6.1 Tavole statistiche	131
5.6.2 Tabellazione delle cause di morte	132
5.7 Standard e requisiti per i report relativi alla mortalità fetale, perinatale, neonatale ed infantile	132
5.7.1 Definizioni	132
5.7.2 Criteri per i report	134
5.7.3 Statistiche per i confronti internazionali	134
5.7.4 Presentazione delle cause di mortalità perinatale	137
5.8 Standard e requisiti per i report relativi alla mortalità materna	138
5.8.1 Definizioni	138
5.8.2 Report internazionali	139
5.8.3 Pubblicazione dei tassi di mortalità materna	139
5.8.4 Denominatori per la mortalità materna	139
5.9 Proporzione di decessi classificati come cause mal definite	140
5.10 Morbosità	140
5.11 Precauzioni necessarie quando le liste di intabulazione includono subtotali	140
5.12 Problemi relativi ad una popolazione esigua	141
5.13 “Celle vuote” o celle con basse frequenze	141
6. Cenni storici sull’ICD	142
6.1 Origini	142
6.2 Adozione della Lista Internazionale delle Cause di Morte	143
6.3 La Quinta Conferenza di Revisione Decennale	145
6.4 Precedenti classificazioni di malattie per statistiche di morbosità	146
6.5 Commissione USA sulle cause multiple di morte	148
6.6 Sesta Revisione delle Liste Internazionali	149
6.7 La Settima e l’Ottava Revisione	151
6.8 La Nona Revisione	151
6.9 Preparazione della Decima Revisione	152

Bibliografia	154
Indice analitico	156

1. Introduzione

Il secondo volume della Decima Revisione della Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati (ICD-10)* contiene le istruzioni per la rilevazione e la codifica dei dati, insieme a copioso e nuovo materiale concernente aspetti pratici circa l'uso della classificazione, nonché cenni storici della classificazione. Tale materiale è presentato come volume separato per semplificare, quando è necessario, la consultazione contemporanea della classificazione (I volume) e delle istruzioni per il suo utilizzo. Istruzioni dettagliate sono riportate nell'introduzione del III volume per l'uso dell'indice Alfabetico.

il manuale fornisce una descrizione di base dell'ICD, istruzioni pratiche rivolte ai codificatori delle cause di morte e di morbosità, e linee-guida per la presentazione ed interpretazione dei dati. Non s'intende fornire un addestramento spinto fino ai dettagli circa l'utilizzo dell'ICD. Il materiale riportato in questo volume necessita di essere integrato con formali corsi regolari d'istruzione, che permettano di acquisire notevole pratica sia con schede sanitarie a campione sia con la discussione di problemi.

Se dovessero sorgere dei problemi sull'uso dell'ICD, che non possano essere risolti adeguatamente o a livello locale o con l'aiuto degli uffici statistici nazionali, è possibile contattare i Centri Collaboratori dell'OMS per la Classificazione delle Malattie (vedi Vol. I, pag. 7-8).

* La sigla "ICD" sta per International Classification of Diseases, mentre "ICD-10" sta per International Classification of Diseases - Tenth Revision

2. Descrizione della Classificazione Statistica internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati

2.1 Scopo e applicabilità

Una classificazione delle malattie può essere definita come un sistema di categorie al quale sono assegnate, secondo criteri prestabiliti, le diverse entità morbose. Lo scopo dell'ICD è di permettere una sistematica rilevazione, analisi, interpretazione e comparazione di dati di mortalità e morbosità raccolti in differenti paesi o aree, anche in tempi diversi. L'ICD è utilizzata per tradurre le diagnosi delle malattie e altri problemi sanitari in codici alfanumerici che rendano possibile una semplice memorizzazione, ricerca e analisi dei dati.

In pratica, l'ICD è diventata la classificazione diagnostica standard da utilizzarsi a livello internazionale per scopi epidemiologici generali e di gestione della sanità. Tali scopi includono l'analisi della situazione sanitaria di gruppi di popolazione ed il monitoraggio dell'incidenza e prevalenza di malattie e d'altri problemi sanitari in relazione ad altre variabili, come ad es. le caratteristiche e le circostanze degli individui affetti. L'ICD non è concepita e non è adatta per indicizzare entità cliniche distinte. Ci sono anche alcuni limiti sull'uso dell'ICD per studi di natura finanziaria come l'assegnazione di fondi o risorse.

L'ICD può essere utilizzata per classificare malattie ed altri problemi sanitari riportati in molti documenti sanitari e demografici. Il suo impiego originario era di classificare le cause di morte riportate sull'apposita scheda, successivamente si è esteso anche alle diagnosi di morbosità. E' da rilevare che, sebbene l'ICD sia stata progettata originariamente per la classificazione delle malattie e dei traumatismi con una diagnosi formale, non tutti i problemi o i motivi di ricorso ai servizi sanitari possono essere categorizzati in questo modo. Di conseguenza, l'ICD fornisce un'ampia varietà di segni, sintomi e risultati anormali di esami, disturbi e condizioni sociali, che possono essere utilizzati al posto della diagnosi su vari documenti sanitari (vedi i settori XVIII e XXI del Vol. I). Può quindi essere usata per classificare dati riportati sotto diciture quali "diagnosi", "motivo di ricovero", "condizioni trattate", "motivo di consultazione", che appaiono su un'ampia varietà di documenti sanitari e dai quali sono ricavate statistiche o altre informazioni sulla situazione sanitaria.

2.2 Concetto di “famiglia” di classificazioni di malattie e problemi correlati alla salute

Sebbene l'ICD si adatti a differenti applicazioni, non sempre contempla un sufficiente dettaglio per alcune discipline mediche specialistiche e, alcune volte, possono essere necessarie ulteriori informazioni su diversi attributi di condizioni morbose classificate. Si è suggerito anche di includere nell'ICD classificazioni di informazioni aggiuntive legate allo stato o al trattamento sanitario.

Poiché si è ritenuto che la parte principale dell'ICD (la classificazione a tre e a quattro caratteri), riportata nei tre volumi dell'ICD-10, non potesse incorporare tutte le informazioni aggiuntive e rimanere comunque accessibile e idonea ai suoi utenti usuali, è sorta l'idea di una “famiglia” di classificazioni di malattie e problemi correlati alla salute, che includesse volumi pubblicati separatamente rispetto alla parte principale dell'ICD e da usare quando richiesto.

Il “nucleo centrale” della classificazione dell'ICD-10 è il codice a tre caratteri, che costituisce il minimo livello necessario per fornire dati per la banca dati di mortalità internazionale dell'OMS e per confronti internazionali e di carattere generale. Le sottocategorie a quattro caratteri, mentre non sono necessarie per i confronti internazionali, sono consigliate per altri fini e costituiscono una parte integrante dell'ICD così come le liste speciali d'intabulazione dei dati.

Ci sono due tipi principali di classificazioni. Quelle del primo gruppo hanno per oggetto diagnosi e lo stato di salute. Esse derivano direttamente dall'ICD per accorpamento o espansione della classificazione analitica. Le liste accorpate o “abbreviate” possono essere usate per diverse presentazioni di dati, per tabelle statistiche riassuntive e potenzialmente come supporto informativo per lo sviluppo dell'assistenza sanitaria di base (vedi pag. 9), mentre le liste espanse sono usate per ottenere maggiori dettagli clinici come negli adattamenti specialistici (vedi pag. 5). Questo gruppo include inoltre classificazioni complementari a quella analitica, che permettono l'assegnazione delle diagnosi usando un differente sistema di classificazione, come ad esempio la morfologia dei tumori.

Il secondo gruppo di classificazioni prende in considerazione aspetti relativi a problemi sanitari che generalmente sono al di fuori delle diagnosi di condizioni morbose in atto, così come altre classificazioni relative al trattamento sanitario. Questo gruppo comprende le classificazioni di disabilità, delle procedure mediche e chirurgiche e dei motivi di ricorso ai servizi sanitari.

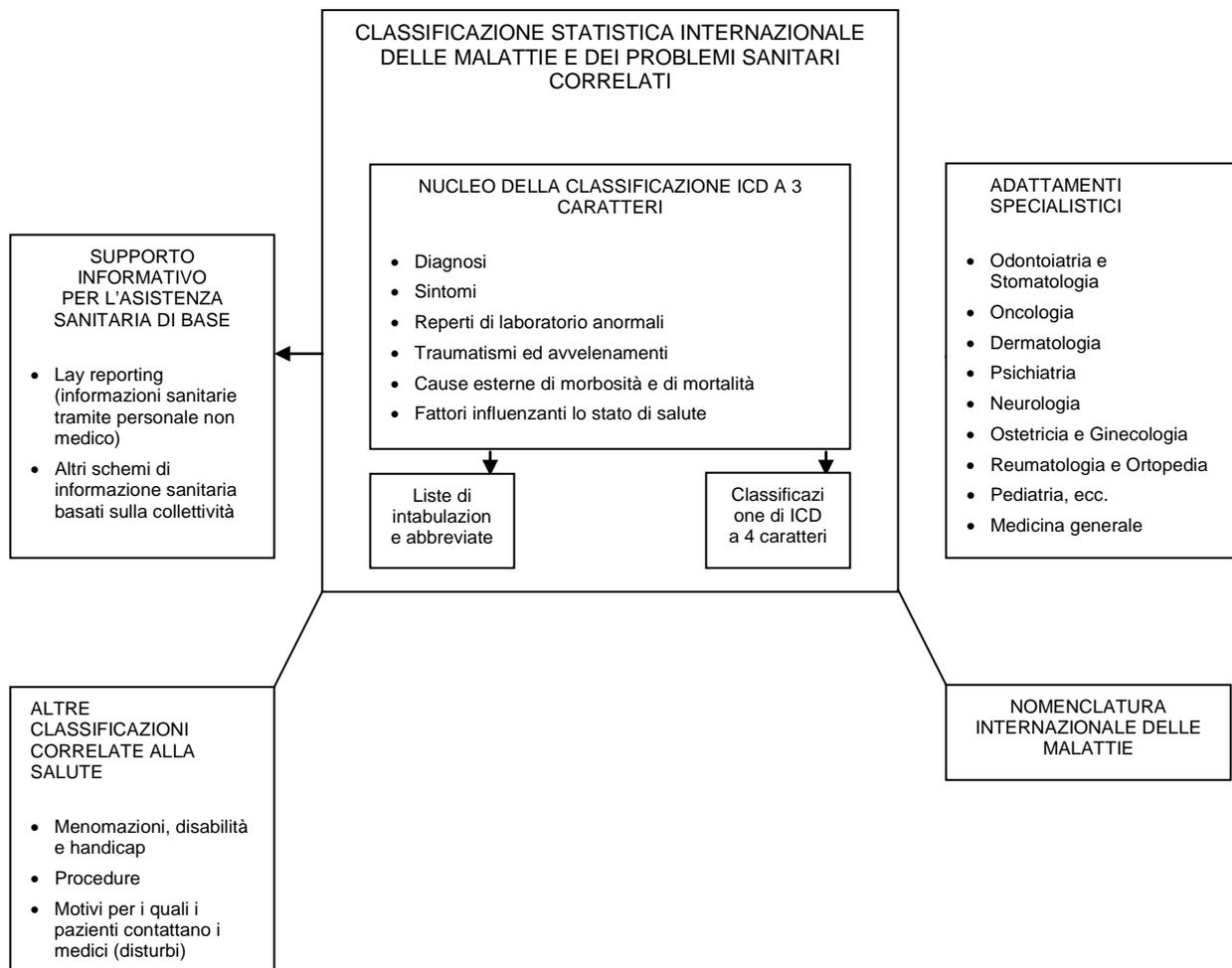
La famiglia dell'ICD racchiude altresì un insieme concettuale di definizioni, standard e metodi che, sebbene non costituiscano di per sé delle classificazioni, sono state strettamente legate

all'ICD per lungo tempo. Uno di questi concetti è lo sviluppo di metodi a supporto della raccolta ed uso d'informazioni per l'assistenza sanitaria di base a livello locale.

Un'altra pubblicazione legata all'ICD, ma non derivata da essa, è la Nomenclatura Internazionale delle Malattie (IND). La differenza tra una classificazione e una nomenclatura è discussa a pag. 12.

La figura che segue mostra il contenuto e le interrelazioni dei vari membri della famiglia di classificazioni.

Famiglia di classificazioni di malattie e problemi correlati alla salute



2.2.1 Classificazioni correlate alle diagnosi

Liste speciali d'intabulazione

Le liste speciali d'intabulazione derivano direttamente dal nucleo centrale della classificazione e vanno utilizzate nella presentazione dei dati e per facilitare l'analisi dello stato di salute e degli andamenti a livello internazionale, nazionale e subnazionale. Le liste speciali d'intabulazione raccomandate per i confronti e le pubblicazioni internazionali sono incluse nel vol. I (pag. 1205- 1231). Ci sono cinque liste, di cui quattro per la mortalità ed una per la morbosità (per ulteriori dettagli si vedano i paragrafi 5.4 e 5.5, pag. 128-130).

Adattamenti specialistici

Gli adattamenti specialistici generalmente riportano in un unico e conciso volume le sezioni o le categorie dell'ICD attinenti ad una particolare specialità. Sono mantenute le sottocategorie a quattro caratteri, ma sono spesso dati dettagli aggiuntivi mediante suddivisioni a cinque o talvolta a sei caratteri; vi è inoltre un indice alfabetico dei termini attinenti. Altri adattamenti possono fornire definizioni delle categorie e sottocategorie all'interno di discipline specialistiche.

Gli adattamenti specialistici sono stati spesso sviluppati da gruppi internazionali di specialisti, tuttavia in alcuni casi gruppi nazionali hanno pubblicato adattamenti utilizzati successivamente anche da altri paesi. La lista seguente include alcuni dei principali adattamenti specialistici già pubblicati sino al 1992.

Oncologia

La seconda edizione dell'International Classification of Diseases for Oncology (ICD-O) pubblicata dall'OMS nel 1990, è stata concepita per essere utilizzata nei registri tumori, in anatomia patologica e in altri settori specializzati in campo oncologico (1). L'ICD-O è una classificazione a due assi che includono un sistema di codifica sia della topografia sia della morfologia dei tumori. Il codice topografico usa, per la maggior parte dei tumori, le medesime categorie a tre e quattro caratteri usate nell'ICD-10 per i tumori maligni (categorie C00-C80). L'ICD-O permette una maggiore specificità di sede anatomica per i tumori non maligni di quanto sia possibile con l'ICD-10.

I codici morfologici per i tumori sono identici a quelli della Systematized nomenclature of medicine (SNOMED) (2), derivata dall'edizione del 1968 del Manual of tumor nomenclature and coding (MOTNAC) (3) e dalla Systematized nomenclature of pathology (SNOP) (4). Il codice morfologico ha cinque cifre; le prime quattro di esse identificano il tipo istologico e, la quinta, il comportamento (maligno, in situ, benigno, ecc.). I codici morfologici dell'ICD-O sono contenuti anche nel Primo Volume dell'ICD-10 e sono aggiunti

alle voci appropriate del Volume 3, l'Indice Alfabetico. Sono disponibili tavole per la conversione dei codici della seconda versione dell'ICD-O in quelli dell'ICD-10.

Dermatologia

Nel 1978, l'Associazione Britannica dei Dermatologi ha pubblicato l'International Coding Index for Dermatology, compatibile con la Nona Revisione dell'ICD. Non appena inviato alla stampa il II volume dell'ICD, l'Associazione ha iniziato a lavorare sull'adattamento dell'ICD-10 alla dermatologia, sotto gli auspici della Lega Internazionale delle Società di Dermatologia.

Odontoiatria e Stomatologia

L'OMS sta curando la pubblicazione della terza edizione *dell'Application of the International Classification of Diseases to Dentistry and Stomatology (ICD-DA)*, basata sull'ICD-10^a. Lo scopo è riunire le categorie ICD relative alle malattie o condizioni morbose, che insorgono o si manifestano nel cavo orale e nei tessuti adiacenti o hanno associazioni con essi. Essa fornisce maggiori dettagli dell'ICD-10 con l'introduzione di un quinto carattere. Il sistema di numerazione è organizzato in modo tale che la correlazione tra i codici ICD-DA con quelli dell'ICD, dai quali i primi derivano, sia ovvia e i dati relativi alle categorie ICD-DA possano essere facilmente incorporati nelle categorie dell'ICD.

Neurologia

L'OMS intende pubblicare un adattamento dell'ICD-10 alla neurologia, che mantenga la classificazione e il sistema di codifica dell'ICD-10, ma sia ulteriormente suddiviso a livello di un quinto carattere e oltre per permettere una più precisa classificazione delle malattie neurologiche^b.

Reumatologia e Ortopedia

La Lega Internazionale contro il Reumatismo (ILAR) sta lavorando alla revisione dell'Application of the International Classification of Diseases to Rheumatology and Orthopaedics (ICD-R&O), che include l'International Classification of Musculoskeletal Disorders (ICMSD), in modo tale da renderla compatibile con l'ICD-10. L'ICD-R&O fornisce una specificazione dettagliata delle condizioni morbose attraverso l'uso di codici con cifre addizionali, che permettono maggiori dettagli pur mantenendo la compatibilità con l'ICD-10. L'ICMSD è progettata per chiarire e uniformare l'uso di termini ed è supportata da un glossario di descrittori generici per gruppi di condizioni morbose, come ad esempio le poliartropatie infiammatorie.

^a La terza edizione dell'ICD-DA è stata pubblicata nel 1995.

^b La seconda edizione dell'adattamento dell'ICD-10 alla neurologia (ICD-10 NA) è stata pubblicata nel 1997.

Pediatria

Sotto gli auspici dell'Associazione Internazionale di Pediatria, l'Associazione Britannica di Pediatria (BPA) sta lavorando ad un'applicazione dell'ICD-10 alla pediatria, che utilizzerà codici con una quinta cifra per fornire una maggiore specificità. Tale applicazione segue quelle simili già preparate dalla BPA per l'ICD-8 e l'ICD-9.

Disturbi psichici

The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Questo volume pubblicato nel 1992, fornisce per ciascuna categoria del Settore V dell'ICD-10 (disturbi psichici e comportamentali) una descrizione generale e le linee guida per la diagnosi, così come commenti sulle diagnosi differenziali ed un elenco dei sinonimi e dei termini esclusi (5). Quando si richiede un maggiore dettaglio, le linee guida forniscono ulteriori suddivisioni a livello di una quinta e sesta cifra. Una seconda pubblicazione concernente il Settore V, *Diagnostic criteria for research*, è in corso di stampa¹.

E' stato inoltre pianificato di testare una versione del Settore V per l'utilizzo nell'assistenza sanitaria di base ed un'altra versione che utilizzerà un riordinamento delle categorie dei disturbi psichici dell'infanzia in un sistema multiassiale in modo tale da permettere la contemporanea valutazione dello stato clinico, di fattori ambientali attinenti e del grado di disabilità, collegati alla malattia.

2.2.2 Classificazioni non diagnostiche

Procedure in medicina

L'International Classification of Procedures in Medicine (ICPM) è stata pubblicata dall'OMS nel 1978 in due volumi (6). Include procedure diagnostiche mediche, preventive, terapeutiche, radiologiche, farmacologiche, chirurgiche e di laboratorio. La classificazione è stata adottata in alcuni paesi, mentre in altri è stata utilizzata come base per sviluppare proprie classificazioni nazionali sugli interventi chirurgici.

I responsabili dei Centri Collaboratori dell'OMS per la Classificazione delle Malattie riconobbero che il processo di consultazione, che doveva essere necessariamente seguito prima di giungere alla versione definitiva e alla pubblicazione, era inappropriato per un campo in così rapido avanzamento come quello delle procedure. Quindi raccomandarono che non ci fosse revisione dell'ICPM in congiunzione con la decima revisione dell'ICD.

¹ E' stata pubblicata nel 1993.

Nel 1987 il Comitato degli Esperti della Classificazione Internazionale delle Malattie chiese che l'OMS aggiornasse per la Decima Revisione almeno il riassunto delle procedure chirurgiche (capitolo 5). In risposta a questa richiesta e alle esigenze espresse da un certo numero di nazioni, la Segreteria ha preparato una lista d'intabulazione per le procedure.

I responsabili dei Centri Collaboratori in un loro incontro tenuto nel 1989, concordarono sull'utilità della lista come guida per la pubblicazione nazionale di statistiche sulle procedure chirurgiche e per facilitare i confronti tra le nazioni. La lista poteva anche essere usata come base per lo sviluppo di classificazioni nazionali delle procedure chirurgiche.

Il lavoro sulla lista continuerà, ma ogni pubblicazione seguirà la linea dell'ICD-10. Nel frattempo continueranno ad essere analizzati ulteriori approcci a questo tema. Alcuni di questi hanno caratteristiche comuni, come un campo fisso per specifiche voci (organo, tecnica, approccio, ecc.), la possibilità di aggiornamento automatico, e la flessibilità di utilizzo per più di uno scopo.

Classificazione internazionale delle Menomazioni, Disabilità e Handicap (ICIDH)^d

Il manuale della classificazione relativo alle conseguenze delle malattie (inclusi traumatismi e disturbi) fu pubblicato in Inghilterra dall'OMS nel 1980 (7). E' stato successivamente tradotto in oltre una dozzina di lingue.

L'ICIDH contiene tre distinte classificazioni, ognuna relativa ad una differente malattia.

Per *Menomazioni* [Impairments] (codice I) si intende la perdita o l'anormalità strutturale o funzionale psicologica, fisiologica o anatomica. In linea di massima le menomazioni rappresentano disturbi a livello di organo.

La struttura di base del codice I consta di due cifre prima e di una dopo il punto decimale. In alcune parti è stata utilizzata una quarta cifra. C'è inoltre un indice alfabetico per questa classificazione.

Le *disabilità* (codice D) riflettono le conseguenze di una menomazione in termini di qualsiasi restrizione o perdita della capacità di svolgere un'attività nel modo o entro limiti considerati normali. Le disabilità perciò riflettono i disturbi a livello personale.

La struttura di base del codice D consta di due cifre, con una cifra supplementare opzionale dopo un punto decimale. Non c'è un indice alfabetico per questa classificazione.

^d Nel 2001 sarà presentata alla sessione dell'Assemblea Mondiale di Sanità la ICDH-2 (Classification of functioning and Disability) il cui beta test (per la prima volta tramite INTERNET) è stato ultimato nel Luglio del 2000

Gli *handicap* (codice H) sono gli impedimenti per un dato individuo, risultanti da una menomazione o una disabilità, che limitano o impediscono di svolgere un ruolo che è normale (per età, sesso e fattori sociali e culturali) per quell'individuo; gli handicap perciò riflettono le discordanze tra le performance dell'individuo e le aspettative dell'individuo stesso o del gruppo del quale egli è membro.

La classificazione degli handicap ha sette dimensioni chiave: sei dimensioni chiave sono state designate come 'ruoli di sopravvivenza' ed una dimensione come 'altri handicap' per tutti quei problemi non inclusi nelle prime. Ad ogni dimensione è applicata una scala ad una cifra. Questa non è una classificazione d'individui ma di circostanze che pongono le persone con disabilità in svantaggio rispetto a quelle con caratteristiche analoghe, se analizzate da un punto di vista delle norme sociali. Non c'è un indice alfabetico per questa classificazione.

E' in corso d'attuazione una ricerca sull'uso dell'ICIDH in varie nazioni, ed è stata esaminata in diversi incontri internazionali in anni recenti. Sono stati costituiti i Centri Collaboratori dell'OMS per lo sviluppo e l'uso dell'ICIDH.

2.2.3 Supporto informativo all'assistenza sanitaria di base

Uno degli obiettivi indicati dalla "Strategia Globale per la salute per tutti nell'anno 2000" è di fornire un supporto informativo per l'assistenza sanitaria di base. Nei paesi con informazioni incomplete o con dati di qualità scadente si deve adottare una varietà d'approcci per integrare o sostituire l'uso convenzionale dell'ICD.

Già dagli anni '70 vari paesi hanno iniziato la sperimentazione con la raccolta di informazioni da parte di personale non sanitario. Il 'lay reporting' è stato successivamente esteso ad un concetto più ampio chiamato "metodi non convenzionali". Questi metodi, che coprono diversi approcci, sono stati sviluppati in vari paesi come mezzi per ottenere informazioni sullo stato di salute laddove i metodi convenzionali (censimenti, indagini campionarie, statistiche istituzionali e demografiche su morbosità e mortalità) risultavano inadeguati.

Uno di questi approcci, "informazione basata su comunità", implica la partecipazione di comunità nella definizione, raccolta ed uso dei dati relativi alla salute. Il grado di partecipazione della comunità varia dal solo coinvolgimento per la raccolta dei dati al disegno, analisi ed utilizzazione dell'informazione. Alcune esperienze in diversi paesi hanno mostrato che quest'approccio è più di una struttura teorica. La Conferenza internazionale per la Decima Revisione della Classificazione delle Malattie (vedi Volume I, pag. 9-28) ha rilevato nel suo rapporto:

La Conferenza fu informata dell'esperienza di vari paesi nello sviluppo e nell'applicazione di un'informazione sanitaria basata su comunità che coprisse problemi ed esigenze sanitarie, risorse e fattori di rischio associati. Essa sostenne l'idea di sviluppare metodi non convenzionali a livello di comunità, al fine di colmare difetti di informazione nei singoli paesi e rafforzare i loro sistemi informativi. Fu sottolineato che, sia per le nazioni sviluppate sia per quelle in via di sviluppo, tali metodi o sistemi dovevano essere sviluppati localmente e che, in ragione di fattori quali tipologia di morbosità e variazioni linguistiche e culturali, non dovevano essere trasferiti ad altre aree o nazioni.

Dati gli incoraggianti risultati di quest'approccio in molte nazioni, la Conferenza convenne che l'OMS continuasse a fornire una guida allo sviluppo di schemi locali e a supportare l'evoluzione della metodologia.

2.2.4 Nomenclatura Internazionale delle Malattie [IND]

Nel 1970 il Consiglio delle Organizzazioni Internazionali delle Scienze Mediche (CIOMS) cominciò la preparazione di una Nomenclatura Internazionale delle Malattie (IND) con l'aiuto delle sue organizzazioni. Tra il 1972 e il 1974 furono pubblicati cinque volumi della Nomenclatura provvisoria. Ci si rese subito conto, comunque, che la compilazione di tale nomenclatura sarebbe dovuta essere realmente internazionale, e che pertanto avrebbe avuto bisogno di una più ampia consultazione rispetto a quella possibile attraverso i soli membri del CIOMS. Nel 1975 la nomenclatura divenne un progetto congiunto del CIOMS e dell'OMS, guidato da un Comitato Tecnico Direttivo composto da rappresentanti di entrambe le organizzazioni.

Scopo principale dell'IND è di fornire per ogni entità morbosa un singolo termine raccomandato. I criteri principali per la scelta di tale termine sono: la specificità (applicabilità cioè ad una sola malattia), non ambiguità, auto-descrittività se possibile, la massima semplicità possibile, e, (per quanto possibile) l'eziologia. Comunque molti termini ampiamente utilizzati, che non trovano completa rispondenza con i criteri sopracitati, sono stati mantenuti come sinonimi, una volta constatato che non siano inappropriati, fuorvianti o contrari alle raccomandazioni delle organizzazioni specialistiche internazionali. I termini eponimi sono evitati dato che non sono autodescrittivi; comunque, molti di questi sono d'uso così diffuso (ad es. morbo di Hodgkin, morbo di Parkinson e malattia di Addison) che debbono essere mantenuti.

Ciascuna malattia o sindrome, per la quale è raccomandato un termine, è stata definita nel modo meno ambiguo e più breve possibile. A ciascuna definizione è stata annessa una lista di sinonimi. Queste liste sono integrate, se necessario, con spiegazioni sul perché alcuni sinonimi siano stati scartati o perché altri siano falsi sinonimi.

L'IND è stata concepita per essere complementare all'ICD. Le differenze tra una Nomenclatura ed una Classificazione sono discusse a pag. 12. Nei limiti del possibile sarà data preferenza alla terminologia dell'IND nell'ICD.

I volumi dell'IND pubblicati sino al 1992 (8) sono: *Infectious diseases* (bacterial diseases (1985), mycoses (1982), viral diseases (1983), parasitic diseases (1987)); *Diseases of the lower respiratory tract* (1979); *Diseases of the digestive system* (1990); *Cardiac and vascular diseases* (1989); *Metabolic, nutritional and endocrine disorders* (1991); *Diseases of the kidney, the lower urinary tract, and the male genital system* (1992); e *Diseases of the female genital system* (1992).

2.2.5 Ruolo dell'OMS

La maggior parte delle classificazioni descritte precedentemente sono il prodotto di una stretta collaborazione tra organizzazioni non governative, altri organismi e divisioni e unità dell'OMS, in cui l'unità responsabile dell'ICD assume un ruolo di coordinamento, guida e consulente.

L'OMS promuove lo sviluppo di adattamenti che estendano sia l'utilità dell'ICD sia la comparabilità delle statistiche sanitarie. Il ruolo dell'OMS nello sviluppo di nuove classificazioni, adattamenti e glossari consiste nel fornire una guida e nell'agire come centro di riferimento, dando un supporto tecnico quando è necessario. Chiunque sia interessato a preparare un adattamento dell'ICD-10 dovrebbe consultare l'OMS non appena siano stati decisi chiaramente gli obiettivi dell'adattamento. In tal modo duplicazioni non necessarie saranno evitate con un approccio coordinato allo sviluppo dei vari componenti della famiglia di classificazioni.

2.3 Principi generali di classificazione delle malattie

Come ha dichiarato William Farr nel 1856 (9):

La classificazione è un metodo di generalizzazione. Molte classificazioni possono essere utili; e il medico generico, l'anatomo patologo o il giurista, ognuno dal suo punto di vista, può classificare legittimamente le malattie e le cause di morte nel modo ritenuto maggiormente adatto a facilitare le proprie ricerche e a produrre risultati generali.

Una classificazione statistica delle malattie deve essere costituita da un numero limitato di categorie, mutualmente esclusive, capaci di racchiudere l'intera gamma delle condizioni morbose. Le categorie devono essere scelte per facilitare gli studi statistici sulle malattie. Una specifica entità morbosa che sia di particolare importanza per la salute pubblica o che abbia un'alta incidenza dovrebbe avere una propria categoria. Altrimenti le categorie saranno assegnate a gruppi di condizioni distinte ma correlate. Ogni malattia o entità morbosa deve avere una ben definita collocazione nell'elenco delle categorie.

Di conseguenza nella classificazione ci saranno categorie residue per altre e miscelanee condizioni che non possono essere collocate in categorie più specifiche. Meno entità possibili dovrebbero essere comunque classificate nelle categorie residue.

E' il principio di raggruppamento che distingue una classificazione statistica da una nomenclatura, che deve avere un titolo diverso per ogni entità morbosa conosciuta. I concetti di classificazione e nomenclatura sono tuttavia strettamente collegati poiché una nomenclatura è spesso organizzata in forma sistematica.

Una classificazione statistica può tenere conto di diversi livelli di dettaglio se ha una struttura gerarchica con suddivisioni. Una classificazione statistica di malattie dovrebbe mantenere la capacità sia di identificare specifiche entità morbose sia di permettere presentazioni statistiche di dati per raggruppamenti più ampi, in modo tale da rendere possibile ottenere informazioni utili e comprensibili.

I medesimi principi generali possono essere applicati alla classificazione di altri problemi sanitari e motivi di ricorso ai servizi sanitari che sono anche incorporati nell'ICD.

L'ICD si è sviluppata come classificazione pratica più che specificamente teorica, nella quale vi sono una serie di compromessi tra classificazioni basate sull'eziologia, sulla sede anatomica, sulle circostanze dell'esordio della malattia, ecc. Ci sono state anche modifiche per venire incontro alle varie applicazioni statistiche per le quali l'ICD è stata ideata, come la mortalità, la morbosità, la sicurezza sociale e altri tipi di statistiche ed indagini campionarie sanitarie.

2.4 La struttura di base ed i principi di classificazione dell'ICD

L'ICD è una classificazione ad asse variabile. La struttura è stata sviluppata secondo quanto proposto da William Farr durante i primi giorni di discussione internazionale sulla struttura della classificazione. Nello schema di Farr si richiedeva di raggruppare i dati statistici sulle malattie per tutti i fini pratici ed epidemiologici nel modo seguente:

- malattie epidemiche
- malattie costituzionali o a carattere sistemico
- malattie localizzate, ordinate per sedi anatomiche
- malattie dello sviluppo
- traumatismi

Questo schema può essere identificato nei settori dell'ICD-10. Esso ha superato la prova del tempo e, sebbene sotto alcuni punti di vista risulti arbitrario, è considerato come la struttura per fini epidemiologici generali più utile fra tutte quelle alternative esaminate.

I primi due gruppi, e gli ultimi due di quelli sopraelencati, includono "gruppi speciali", che riuniscono condizioni morbose le quali, qualora fossero disperse, come ad esempio in una classificazione basata essenzialmente sulla sede anatomica, non sarebbero convenientemente organizzate per studi epidemiologici. Il restante gruppo, "malattie localizzate, ordinate per sedi anatomiche" includono i settori ICD per ciascuno degli apparati o sistemi principali del corpo.

La distinzione tra i settori relativi ai "gruppi speciali" e quelli relativi agli "apparati o sistemi del corpo" ha implicazioni pratiche per la comprensione della struttura della classificazione, per la codifica e per l'interpretazione di statistiche basate su di essa. Da ricordare che, in generale, le condizioni sono primariamente classificate in uno dei settori relativi ai "gruppi speciali". Qualora vi sia qualche dubbio su dove collocare la condizione, si dovrebbe dare la priorità ai settori relativi ai "gruppi speciali".

La struttura base dell'ICD è un unico elenco codificato con categorie a tre caratteri, ognuna delle quali può essere ulteriormente suddivisa fino a dieci sottocategorie a quattro caratteri. Al posto del sistema di codifica puramente numerico delle precedenti revisioni, la Decima Revisione utilizza un codice alfanumerico con una lettera in prima posizione e cifre in seconda, terza e quarta posizione. Il quarto carattere segue il punto decimale. I codici possibili sono perciò compresi tra A00.0 e Z99.9. La lettera U non è utilizzata (vedi pag. 17).

2.4.1 Volumi

L'ICD-10 comprende tre volumi: il Volume 1 contiene le classificazioni principali, il Volume 2 fornisce una guida agli utenti dell'ICD, il Volume 3 è l'Indice Alfabetico della classificazione.

La maggior parte del Volume 1 è assorbita dalla classificazione principale, composta dalla lista di categorie a tre caratteri; dall'elenco dei termini inclusi e dalle sottocategorie a quattro caratteri. Il nucleo centrale della classificazione la lista di categorie a tre caratteri (Volume I pag. 29-104) - è il minimo livello necessario di codifica per la banca dati di mortalità dell'OMS e per i confronti internazionali. Tale nucleo centrale della classificazione elenca inoltre i settori e i titoli delle classi di malattie. La classificazione analitica, fornendo il massimo dettaglio a livello del quarto carattere, è divisa in 21 settori (pag. 105-1175).

Il Volume I contiene inoltre:

- *Morfologia dei tumori.* La classificazione della morfologia dei tumori (pag. 1177-1204) può essere utilizzata, se si desidera, come un codice aggiuntivo per classificare il tipo morfologico dei tumori che, con poche eccezioni, sono classificati nel Settore II solo secondo il comportamento e la sede anatomica (topografia). I codici morfologici sono gli stessi utilizzati per l'adattamento specialistico dell'ICD per l'oncologia (ICD-O) (1).
- *Liste speciali d'intabulazione.* Poiché le liste a quattro caratteri, ed anche quelle a tre, sono troppo lunghe per essere presentate in ogni tavola statistica, la maggior parte delle statistiche correnti usa una lista d'intabulazione che evidenzia alcune condizioni singolarmente e raggruppa le altre. Le quattro liste speciali per la tabulazione dei dati di mortalità sono parte integrale dell'ICD. Le liste 1 e 2 sono per la mortalità generale e le liste 3 e 4 sono per la mortalità neonatale ed infantile (età 0-4 anni). Vi è anche una lista speciale d'intabulazione per la morbosità. Tali liste sono riportate nelle pag. 1205-1231 del Volume I. Una guida, sull'uso appropriato dei vari livelli di dettaglio della classificazione e delle liste d'intabulazione, è data nel Capitolo 5 di questo volume.
- *Definizioni.* Le definizioni nelle pag. 1233-1238 del Volume I sono state adottate dall'Assemblea Mondiale della Sanità e sono incluse per facilitare i confronti internazionali.
- *Regolamenti per la Nomenclatura.* I regolamenti, adottati dall'Assemblea Mondiale della Sanità, stabiliscono le responsabilità formali degli stati membri dell'OMS riguardo alla classificazione delle malattie e cause di morte e all'esecuzione e pubblicazione delle statistiche. Si trovano nelle pag. 1239-1243 del Volume I.

2.4.2 Settori o capitoli

La classificazione è divisa in 21 settori o capitoli. Il primo carattere del codice ICD è una lettera. Ad ognuna di essa è associata un particolare settore, eccetto per la lettera D, che è usata sia nel Settore II, tumori, che nel Settore III, malattie del sangue e degli organi ematopoietici e alcuni disturbi del sistema immunitario, e la lettera H, che è utilizzata sia nel Settore VII, malattie dell'occhio e degli annessi oculari, che nel Settore VIII, malattie dell'orecchio e dell'apofisi mastoide. Quattro settori (Settore I, II, XIX e XX) usano lettere differenti nella prima posizione dei loro codici.

Ciascun settore contiene un numero sufficiente di categorie a tre caratteri per trattare il proprio contenuto; i codici disponibili non sono tutti utilizzati, lasciando spazio a future revisioni ed espansioni.

I Settori dal I al XVII trattano delle malattie e delle altre condizioni morbose, il Settore XIX tratta dei traumatismi, avvelenamenti ed alcune altre conseguenze di cause esterne. I rimanenti settori completano la gamma degli argomenti oggi inclusi nei dati diagnostici.

Il Settore XVIII tratta dei sintomi, segni e risultati anormali di esami cistici e di laboratorio, non classificati altrove. Il Settore XX, Cause esterne di morbosità e mortalità, era tradizionalmente usato per classificare cause di traumatismi e avvelenamenti, ma dalla Nona Revisione contiene anche cause esterne di malattie ed altre condizioni morbose. Infine, il Settore XXI, Fattori influenzanti lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari, va utilizzato per la classificazione di dati che spiegano i motivi di ricorso ai servizi sanitari di persone non con malattie in atto o le circostanze per le quali il paziente sta ricevendo delle cure in quel particolare momento oppure sta avendo in altro modo rapporto con i servizi sanitari.

2.4.3 Classi o blocchi di categorie

I settori sono suddivisi in “classi” omogenee di categorie a tre caratteri. Nel Settore I, i titoli delle classi riflettono la classificazione a due assi relativi sia alle modalità di trasmissione sia all'ampio gruppo degli organismi infettanti. Nel Settore II, il primo asse è il comportamento del tumore. Nell'ambito del comportamento l'asse è principalmente basato sulla sede anatomica, sebbene alcune categorie a tre caratteri siano predisposte per importanti tipi morfologici (es. leucemie, linfomi, melanomi, mesoteliomi, sarcoma di Kaposi). L'insieme delle categorie, cui si riferisce una singola classe, è dato in parentesi dopo il suo titolo.

2.4.4 Categorie a tre caratteri

All'interno di ciascuna classe, alcune delle categorie a tre caratteri sono predisposte per classificare singole condizioni, selezionate in base alla loro frequenza, gravità o suscettibilità d'intervento di sanità pubblica; le restanti sono classificate per gruppi di malattie con alcune caratteristiche comuni. È, di solito, prevista la presenza di “altre” categorie, che includono condizioni morbose diverse tra loro, ma più rare, così come condizioni “non specificate”.

2.4.5 Sottocategorie a quattro caratteri

La maggior parte delle categorie a tre caratteri è suddivisa mediante un quarto carattere numerico, situato dopo il punto decimale, sino a dieci sottocategorie, sebbene non sia obbligatorio riportarle a livello internazionale. Lì dove la categoria a tre caratteri non è suddivisa, si raccomanda l'utilizzazione della lettera “X” nella quarta posizione per permettere al codice di avere una lunghezza standard per l'elaborazione dei dati.

Le sottocategorie a quattro caratteri sono utilizzate in qualsiasi caso siano più adatte ad identificare, per esempio, differenti sedi anatomiche o varietà se la categoria a tre caratteri riguarda una sola malattia,

o malattie singole se la categoria a tre caratteri si riferisce ad un gruppo di condizioni.

Il quarto carattere .8 è generalmente utilizzato per “altre” condizioni appartenenti alla categoria a tre caratteri, mentre il .9 è principalmente utilizzato per trasmettere lo stesso significato del titolo di categoria a tre caratteri, senza aggiungere altre informazioni.

Quando le medesime suddivisioni a quattro caratteri riguardano un gruppo di categorie a tre caratteri, sono riportate una sola volta all’inizio di tale gruppo. Una nota su ciascuna categoria attinente indica ove sia possibile trovare i dettagli. Per esempio, le categorie O03-O06, riguardanti diversi tipi d’aborto, hanno il quarto carattere comune che concerne le complicanze associate (vedi Volume I, pag. 724).

2.4.6 Suddivisioni supplementari per l’uso del quinto carattere e seguenti

Il quinto carattere o i seguenti sono, di solito, sottoclassificazioni del quarto carattere sulla base di un asse differente. Si ritrovano in:

Settore XIII - Suddivisioni per sede anatomica

Settore XIX - Suddivisioni per indicare frattura aperta o chiusa così come traumatismi intracranici, intratoracici ed intraddominali con o senza ferite aperte

Settore XX - Suddivisioni per indicare il tipo di attività svolta al momento dell’evento.

2.4.7 I Codici "U" inutilizzati

I codici da U00 ad U49 devono essere utilizzati per classificare provvisoriamente nuove malattie di dubbia eziologia. I codici da U50 ad U99 possono essere utilizzati in ricerche, ad esempio quando si testa una sottoclassificazione alternativa per un progetto speciale.

3. Come usare l'ICD

Questo settore contiene informazioni pratiche che tutti gli utenti dovrebbero conoscere per utilizzare al meglio la classificazione. La conoscenza e la comprensione dello scopo e della struttura dell'ICD sono di fondamentale importanza per gli statistici, gli analisti dell'informazione sanitaria ed i codificatori. Un puntuale ed efficace uso dell'ICD dipende dal corretto utilizzo dei tre volumi.

3.1 Come usare il Volume I

3.1.1 Introduzione

Il Volume I dell'ICD contiene la classificazione stessa. In essa sono indicate le categorie alle quali le diagnosi devono essere attribuite per facilitare il loro ordinamento e conteggio a fini statistici. Il primo volume fornisce anche a coloro che utilizzano i dati statistici una definizione dei contenuti delle categorie, delle sottocategorie e delle voci delle liste d'intabulazione che possono trovare incluse nelle tabelle statistiche.

Per un codificatore è teoricamente possibile arrivare ad un corretto codice utilizzando il solo Volume I, ma ciò causerebbe un dispendio di tempo e potrebbe portare ad errori di codifica. Nel Volume 3 è contenuto un Indice Alfabetico come guida per la classificazione. L'introduzione all'indice contiene importanti informazioni circa le sue correlazioni con il Volume I.

I più comuni usi statistici dell'ICD riguardano la selezione di una singola condizione da un certificato o record, dove n'è riportata più di una. Le regole per questa selezione in relazione alla mortalità e alla morbosità sono contenute nel Capitolo 4 di questo volume.

Una descrizione dettagliata della classificazione analitica è data nel paragrafo 2.4.

3.1.2 Uso della lista delle inclusioni e delle sottocategorie a quattro caratteri

Termini inclusi

All'interno delle rubriche² a tre e quattro caratteri, sono usualmente elencati altri termini diagnostici.

² Nell'ambito dell'ICD, con il termine "rubrica" si intende sia una categoria a tre caratteri che una sottocategoria a quattro caratteri

Questi sono conosciuti come “termini inclusi” e sono dati, in aggiunta al titolo, come esempi delle formulazioni diagnostiche che devono essere classificate in quella rubrica. Essi possono riferirsi a condizioni differenti o essere sinonimi e non sono una sottoclassificazione della rubrica.

I termini inclusi sono elencati primariamente come una guida ai contenuti delle rubriche. Molte delle voci elencate sono correlate a termini importanti o comuni appartenenti alla rubrica. Altre sono condizioni borderline o sedi anatomiche elencate per distinguere il limite tra una sottocategoria ed un'altra. Queste liste di termini inclusi non hanno pretese di esaustività e i nomi alternativi delle entità diagnostiche sono inclusi nell'indice Alfabetico, cui si dovrebbe dapprima far riferimento quando si codifica una data formulazione diagnostica.

Qualche volta è necessario leggere i termini inclusi insieme ai titoli. Ciò è usualmente valido quando i termini inclusi indicano elenchi di sedi anatomiche o prodotti farmaceutici, dove parole appropriate del titolo (ad esempio “tumore maligno di”, “traumatismo di”, “avvelenamento da”) sono sottintese.

Descrizioni generali di diagnosi comuni ad un gruppo di categorie o a tutte le sottocategorie di una categoria a tre caratteri, si trovano nelle note intitolate “Include”, immediatamente successive ad un titolo di settore, classe o categoria.

Termini esclusi

Certe rubriche contengono liste di condizioni precedute dalla parola “Esclude”. Questi sono termini che, sebbene il titolo della rubrica potrebbe suggerire che siano da classificare qui, di fatto, sono classificati altrove. Ad esempio nella categoria A46, “Erisipela”, è esclusa l'erisipela post-partum o puerperale. Dopo ogni termine escluso, in parentesi, vi è il codice di altra categoria o sottocategoria, riportata altrove nella classificazione, con il quale il termine escluso dovrebbe essere classificato.

Le esclusioni generali per un gruppo di categorie o per tutte le sottocategorie di una categoria a tre caratteri vanno trovate nelle note intitolate “Esclude”, che seguono immediatamente il titolo di settore, classe o categoria.

Descrizioni del glossario

Oltre ai termini inclusi ed esclusi, il Settore V, Disturbi psichici e comportamentali, usa descrizioni di glossario per indicare il contenuto delle rubriche. Questo mezzo è usato perché la terminologia dei disturbi psichici varia grandemente, in modo particolare tra diversi paesi, e lo stesso nome può essere usato anche per descrivere condizioni alquanto diverse. Il glossario non è stato pensato per essere usato dai codificatori.

Tipi simili di definizione sono dati altrove nell'ICD, per esempio nel Settore XXI, per chiarire cosa s'intenda per il contenuto di una rubrica.

3.1.3 Due codici per alcune condizioni morbose

Il sistema a "daga-asterisco"

L'ICD-9 ha introdotto un sistema, mantenuto nell'ICD-10, per il quale ci sono due codici per formulazioni diagnostiche che contengono elementi d'informazioni sia su una manifestazione morbosa in un organo o una sede particolare, sia su un processo patologico di base o "iniziale" più generale.

Il codice primario è per la patologia iniziale ed è contrassegnato con una daga (†); un codice opzionale aggiuntivo per la manifestazione morbosa è contrassegnato con un asterisco (*). Tale convenzione fu adottata, poiché la codifica unicamente limitata alla causa iniziale era spesso insoddisfacente per rilevazioni statistiche relative ad alcune particolari branche specialistiche, in cui era auspicabile vedere la condizione patologica iniziale classificata nel settore appropriato per la manifestazione quando essa costituiva la causa delle cure mediche.

Il sistema a "daga-asterisco" fornisce classificazioni alternative per la rappresentazione di statistiche. E' principio fondamentale dell'ICD che il codice a daga sia quello primario e debba essere sempre utilizzato. Dovrebbero essere date disposizioni ad hoc per usare il codice ad asterisco *in aggiunta*, nel caso sia richiesto un metodo alternativo di presentazione dei dati. Per la codifica, il codice ad asterisco non deve mai essere usato da solo. Le statistiche che utilizzano il codice a daga sono conformi alla classificazione tradizionale, per presentare dati sulla mortalità e sulla morbosità e altri aspetti delle cure mediche.

I codici con asterisco appaiono come categorie a tre caratteri. Esistono categorie distinte per la stessa condizione nel caso in cui una malattia particolare non sia specificata come causa iniziale. Per esempio, le categorie G20 e G21 sono per forme di Parkinsonismo che non sono manifestazioni d'altre patologie classificate altrove, mentre la categoria G22* è per il "Parkinsonismo in malattie classificate altrove". I corrispondenti codici a daga sono previsti per condizioni menzionate nelle categorie con asterisco; ad esempio per Parkinsonismo sifilitico in G22*, il codice a daga è A52.1†.

Alcuni codici a daga sono presenti in speciali categorie con daga. Più spesso, il codice a daga per doppia diagnosi e i codici non marcati per condizioni a diagnosi singola possono derivare dalla stessa categoria o sottocategoria.

Le aree della classificazione in cui opera il sistema di codici a daga-asterisco sono limitate; ci sono, in tutta la classificazione, 83 categorie speciali con asterisco, che sono elencate all'inizio dei relativi settori.

Le rubriche in cui sono presenti termini marcati con la daga possono assumere una delle tre differenti forme che seguono:

- (i) Se il simbolo della daga (†) e il codice alternativo con asterisco appaiono entrambi nel titolo della rubrica, tutti i termini classificabili in essa sono soggetti a doppia classificazione e tutti hanno lo stesso codice alternativa, per esempio

A17.0† Meningite tubercolare (G01*)
Tubercolosi delle meningi (cerebrali) (spinali)
Leptomeningite tubercolare

- (ii) Se nel titolo della rubrica appare il simbolo della daga, ma non compare il codice alternativa con asterisco, tutti i termini classificabili in quella rubrica sono soggetti a doppia classificazione, ma essi hanno differenti codici alternativi con asterisco (che sono elencati per ciascun termine), per esempio

A18.1† Tubercolosi dell'apparato genitourinario

Tubercolosi di:

- cervice (N74.0*)
- organi genitali maschili (N51.-*)
- rene(N29.1)
- uretere(N29.1*)
- vescica (N33.0*)

Malattia infiammatoria pelvica femminile tubercolare (N74.1*)

- (iii) Se né il simbolo della daga né il codice alternativo con asterisco appare nel titolo, l'intera rubrica non è soggetta alla doppia classificazione, ma singoli termini inclusi possono esserlo; se così, questi saranno marcati con il simbolo della daga e sono dati i loro codici alternativi con asterisco, per esempio

A54.8 Altre infezioni gonococciche

Ascenso cerebrale gonococcico† (G07*)

Endocardite gonococcica† (I39.8*)

Lesione cutanea gonococcica

Meningite gonococcica† (G01*)

...

Altra codifica opzionale doppia

Vi sono alcune situazioni, diverse dal sistema a daga-asterisco, che permettono di utilizzare due codici dell'ICD per descrivere in maniera completa una condizione di una persona. Le note utilizzate nella classificazione analitica, "Usare un codice aggiuntivo, se si desidera ..." identificano molte di queste situazioni. I codici aggiuntivi dovrebbero essere usati soltanto in tavole speciali.

Queste situazioni sono:

- (i) per infezioni locali, classificabili nei settori relativi ai "sistemi o apparati del corpo", codici del Settore I possono essere aggiunti per identificare l'organismo infettante, dove quest'informazione non compaia nel titolo della rubrica. Una classe di categorie, B95-B97, è prevista per questo scopo nel Settore I.
- (ii) per i tumori funzionalmente attivi. Al codice del Settore II ne può essere aggiunto un altro appropriato del Settore IV per indicare il tipo d'attività funzionale.
- (iii) per i tumori può essere aggiunto al codice del Settore II anche quello relativo alla morfologia, la cui lista è riportata a pag. 1181-1204 del Volume I, sebbene non faccia parte della parte principale dell'ICD, per identificare il tipo morfologica del tumore.
- (iv) per condizioni classificabili in F00-F09 (Disturbi psichici di natura organica, compresi quelli sintomatici) nel Settore V, dove un codice di un altro settore può essere aggiunto per indicarne la causa, ad esempio la malattia di base, il traumatismo o altro danno cerebrale.
- (v) laddove una condizione sia causata da un agente tossico, un codice del Settore XX può essere aggiunto per identificare tale agente.
- (vi) laddove possono essere usati due codici per descrivere un traumatismo, un avvelenamento o altri effetti avversi: un codice del Settore XIX, che descrive la natura del traumatismo, e un codice del Settore XX, che ne descrive la causa. La scelta del codice aggiuntiva da usare dipende dal fine per il quale sono stati raccolti i dati. (Vedi l'introduzione al Settore XX, pag. 1011 del Volume I.)

3.1.4 Convenzioni usate nella classificazione analitica

Nell'elencazione dei termini inclusi ed esclusi nella classificazione analitica, l'ICD utilizza alcune convenzioni speciali relative all'uso delle parentesi tonde, parentesi quadre, due punti, parentesi graffe, l'abbreviazione "S.A.I.", la frase "non indicato altrove" (N.I.A.) e la congiunzione "e" nei titoli. Queste debbono essere chiaramente comprese sia dai codificatori sia da chiunque desideri interpretare le statistiche basate sull'ICD.

Parentesi tonde ()¹

Le parentesi tonde sono usate nel Volume I in quattro importanti situazioni.

- (a) Le parentesi tonde sono usate per includere parole supplementari, che possono seguire un termine diagnostico senza cambiare il numero di codice al quale le parole fuori le parentesi dovrebbero essere assegnate. Per esempio in I10 il termine incluso “Ipertensione (arteriosa) (benigna) (essenziale) (maligna) (primitiva) (sistemica)” comporta che I10 sia il numero di codice per la parola Ipertensione da sola o quando qualificata da una o più combinazione delle parole in parentesi.
- (b) Le parentesi tonde sono anche usate per includere il codice al quale si riferisce un termine escluso. Per esempio,
H01.0, Blefarite, esclude blefarocongiuntivite (H10.5).
- (c) Altro uso delle parentesi tonde é nei titoli delle classi, per includere i codici a tre caratteri delle categorie comprese in quella classe.
- (d) L'ultimo uso delle parentesi tonde è incorporato nell'ICD a partire dalla IX Revisione ed è correlato al sistema a daga-asterisco. Le parentesi tonde sono usate per racchiudere i codici a daga in una categoria con asterisco o il codice con asterisco che segue un termine a daga.

Parentesi quadre []²

Le parentesi quadre sono usate:

- (a) per includere sinonimi, parole alternative o frasi esplicative; per esempio,
A30 Lebbra [Malattia di Hansen];
- (b) per riferirsi a note precedenti; per esempio,
C008 Lesione sconfinante del labbro [vedi nota 5 pag. 182 del Volume I];
- (c) per riferirsi a gruppi prestabiliti di suddivisioni a livello del 4° carattere comune ad un gruppo di categorie; per esempio,
K27 Ulcera peptica di sede non specificata [vedi pag. 567 del Volume I per le suddivisioni].

¹ Nella versione italiana spesso le parentesi tonde sono anche utilizzate alla fine di una stessa parola per variazioni relative a femminile/maschile e/o singolare/plurale. Ad es. le parole “vaso(i) sanguigno(i)” stanno sia per “vaso sanguigno” che per “vasi sanguigni”. Un incolonnamento di parentesi tonde sostituisce la parentesi graffa.

² Nella versione italiana dell'ICD-10 talvolta si è fatto ricorso alle parentesi quadre per riportare espressioni originali della versione inglese.

Due punti :

I due punti sono usati nell'elenco dei termini inclusi ed esclusi, quando le parole che li precedono non sono complete per essere assegnate ad una rubrica. Richiedono una o più parole di modificazione o qualificazione indentate sotto di loro prima che possano essere assegnate alla rubrica. Per es., in K36, "Altre forme di appendicite", la diagnosi "appendicite" deve essere classificata lì solo se è qualificata dalle parole "cronica" o "ricorrente".

Parentesi graffa } [Per problemi tipografici nella versione italiana compare sotto forma di parentesi tonde incolonnate]

Una parentesi graffa è usata nella lista dei termini inclusi ed esclusi per indicare che né le parole che precedono, né quelle che seguono sono termini completi. Qualche termine prima della parentesi graffa dovrebbe essere qualificato da uno o più termini che la seguono. Per esempio:

O71.6	Lesioni ostetriche delle articolazioni e dei legamenti pelvici		
	Avulsione della cartilagine interna della sinfisi)	
	Lesione coccigea ostetrica)	ostetrica
	Diastasi traumatica della sinfisi (pubica))	

"S.A.I."

L'acronimo "S.A.I." sta per "senza altra indicazione", intendendosi per esso anche "non altrimenti specificato" o "non qualificato".

Qualche volta un termine non qualificato è, comunque, classificato in una rubrica per un tipo di condizione più specifico. Questo perché, nella terminologia medica, la forma più comune di una condizione è spesso conosciuta con il nome della condizione stessa e sono qualificati solo i tipi meno comuni. Per esempio, "stenosi mitralica" è comunemente usata per indicare "stenosi mitralica reumatica". Queste presunzioni implicite devono essere prese in considerazione per evitare una classificazione errata. Un attento controllo dei termini inclusi rivelerà dove c'è una presunzione; i codificatori dovrebbero essere attenti a non codificare un termine come non qualificato, salvo che sia ben chiara la mancanza di disponibilità di altre informazioni che potrebbero permettere una più specifica assegnazione. Analogamente nell'interpretare le statistiche basate sull'ICD, alcune condizioni assegnate ad una categoria apparentemente specificata potrebbero non essere state specificate allo stesso modo sul record codificato. Quando si comparano andamenti temporali e s'interpretano dati statistici, è importante essere consapevoli che alcune presunzioni possono cambiare nel passaggio da una revisione all'altra dell'ICD. Per esempio, prima della 8° Revisione, un aneurisma aortico non specificato era considerato come dovuto alla sifilide.

“Non indicato(a) altrove”, “Non classificato(a) altrove” (N.I.A.)

Le parole “non indicato(a) altrove”, quando usate in un titolo di categoria a tre caratteri, avvertono che alcune varianti specificate delle condizioni elencate possono apparire in altre parti della classificazione. Per esempio:

J16 Polmonite da altri microrganismi infettivi, non classificata altrove

Questa categoria include J16.0 Polmonite da *Chlamydiae* e J16.8 Polmonite da altri microrganismi infettivi. Molte altre categorie sono previste nel Settore X (per esempio J10-J15) e altri settori (per esempio P23.- Polmonite congenita) per polmoniti dovute a microrganismi infettivi specificati. J18 Polmonite da microrganismo non specificato, raggruppa le polmoniti per le quali non è stato individuato l'agente infettivo.

La congiunzione “E” nei titoli

La congiunzione “E” sta per “e/o”. Per esempio, nella rubrica A18.0, Tubercolosi delle ossa e delle articolazioni, devono essere classificati casi di “tubercolosi delle ossa”, “tubercolosi delle articolazioni” e “tubercolosi delle ossa e delle articolazioni”.

Punto e trattino .-

In alcuni casi, il quarto carattere di un codice di una sottocategoria è sostituito da un trattino, per esempio

G03 Meningite da altre e non precisate cause

Esclude: meningoencefalite (G04.-)

Questo indica al codificatore che il quarto carattere esiste e dovrebbe essere ricercato nella categoria appropriata. Questa convenzione è usata sia nella classificazione analitica sia nell'Indice Alfabetico.

3.1.5 Categorie con caratteristiche comuni

Per controlli di qualità è utile introdurre programmi di check nel computer. I seguenti gruppi di categorie sono previsti come base per questi check di coerenza interna, raggruppati secondo le speciali caratteristiche che li uniscono.

Categorie con asterisco

Le seguenti categorie con asterisco non sono usate da sole, ma devono essere sempre usate con il codice a daga:

D63*, D77*, E35*, E90*, F00*, F02*, G01*, G02*, G05*, G07*, G13*, G22*, G26*, G32*, G46*, G53*, G55*, G59*, G63*, G73*, G94*, G99*, H03*, H06*, H13*, H19*, H22*, H28*, H32*, H36*, H42*, H45*, H48*, H58*, H62*, H67*, H75*, H82*, H94*, I32*, I39*, I41*, I43*, I52*, I68*, I79*, I98*, J17*, J91*, J99*, K23*, K67*, K77*, K87*, K93*, L14*, L45*, L54*, L62*, L86*, L99*, M01*, M03*, M07*, M09*, M14*, M36*, M49*, M63*, M68*, M73*, M82*, M90*, N08*, N16*, N22*, N29*, N33*, N37*, N51*, N74*, N77*, P75*.

Categorie limitate ad un solo sesso

Le seguenti categorie si applicano solo ai maschi

B26.0, C60-C63, D07.4-D07.6, D17.6, D29.-, D40.-, E29.-, E89.5, F52.4, I86.1, L29.1, N40-N51, Q53-Q55, R86, S31.2-S31.3, Z12.5.

Le seguenti categorie si applicano solo alle femmine

A34, B37.3, C51-C58, C79.6, D06.-, D07.0-D07.3, D25-D28, D39.-, E28.-, E89.4, F52.5, F53.-, I86.3, L29.2, L70.5, M80.0-M80.1, M81.0-M81.1, M83.0, N70-N98, N99.2-N99.3, O00-O99, P54.6, Q50-Q52, R87, S31.4, S37.4-S37.6, T19.2-T19.3, T83.3, Y76.-, Z01.4, Z12.4, Z30.1, Z30.3, Z30.5, Z31.1, Z31.2, Z32-Z36, Z39.-, Z43.7, Z87.5, Z97.5.

Linee guida per trattare le incompatibilità tra le condizioni morbose ed il sesso sono date a pag. 74.

Categorie per le sequele

Le seguenti categorie sono previste per le sequele di condizioni morbose che non sono più in fase attiva:

B90-B94, E64.-, E68, G09, I69.-, O97, T90-T98, Y85-Y89.

Le linee guida per codificare le sequele ai fini della mortalità e della morbosità possono essere trovate rispettivamente a pag. 73 e pag. 107.

Disturbi iatrogeni

Le seguenti categorie non possono essere usate per codificare la causa di morte iniziale. Linee guida per il loro uso nel codificare la morbosità si trovano a pag. 108.

E89.-, G97.-, H59.-, H95.-, I97.-, J95.-, K91.-, M96.-, N99.-.

3.2 Come usare il Volume 3

L'introduzione al Volume 3, l'Indice Alfabetico dell'ICD-10, fornisce istruzioni su come usarlo. Queste istruzioni dovrebbero essere studiate attentamente prima di iniziare la codifica. Una breve descrizione della struttura e dell'uso dell'indice è data in seguito.

3.2.1 Le sezioni dell'indice Alfabetico

Il Volume 3 è suddiviso nelle seguenti 3 sezioni:

- Sezione I: elenca tutti i termini classificabili nei Settori I-XIX e nel Settore XXI, eccetto farmaci ed altre sostanze chimiche.
- Sezione II: è l'indice delle cause esterne di morbosità e mortalità e contiene tutti i termini classificabili nel Settore XX, eccetto farmaci ed altre sostanze chimiche.
- Sezione III, tabella dei farmaci e dei prodotti chimici: elenca per ciascuna sostanza i codici relativi all'avvelenamento e agli effetti avversi dei farmaci classificabili nel Settore XIX e i codici del Settore XX, che indicano se l'avvelenamento sia accidentale, deliberato (autolesivo), non determinato o un effetto avverso di una sostanza appropriata correttamente somministrata.

3.2.2 Struttura dell'indice

L'indice contiene "termini guida" [o lemmi], posizionati a partire dalla prima colonna a sinistra, con altre parole ("modificatori" o "qualificatori [o sottolemmi]") a differenti livelli d'indentazione sotto di loro. Nella sezione I, questi modificatori o qualificatori indentati sono generalmente varietà, sedi anatomiche o circostanze che hanno effetti sulla codifica; nella Sezione II essi indicano differenti tipi di incidenti o eventi, veicoli coinvolti, ecc.. Modificatori che non influenzano la codifica sono posti in parentesi tonda dopo la condizione.

3.2.3 Numeri di codice

I numeri di codice che seguono i termini si riferiscono alle categorie e sottocategorie con le quali i termini dovrebbero essere classificati. Se il codice ha solo tre caratteri, si può ritenere che la categoria non sia stata suddivisa. Nella maggior parte dei casi, quando la categoria è stata suddivisa, il numero di codice dell'indice riporterà il quarto carattere. Un trattino nella quarta posizione (per esempio O03.-) significa che la categoria è stata suddivisa e che il quarto carattere dovrà essere ricercato nella classificazione

analitica. Se il sistema a daga-asterisco si applica al termine, sono riportati entrambi i codici.

3.2.4 Convenzioni

Parentesi

Le parentesi sono usate nell'indice nello stesso modo che nel Volume I, ad esempio per includere modificatori.

"N.I.A."

L'acronimo N.I.A. (non indicato altrove) indica che varianti specificate delle condizioni elencate sono classificate altrove e che, dove appropriato, dovrebbe essere ricercato nell'indice un termine più preciso.

Rinvii

I rinvii sono usati per evitare duplicazioni non necessarie di termini nell'indice. La parola "vedi", abbreviata con "v." richiede che il codificatore si riferisca ad altro termine; "vedi anche" abbreviata con "v. anche" indica al codificatore di ricercare altrove nell'indice se la formulazione diagnostica che deve essere codificata contenga altre informazioni che non si trovino indentate sotto il termine che precede il "vedi anche".

3.3 Linee guida per la codifica di base

L'indice Alfabetico contiene numerosi termini non inclusi nel Volume I e la codifica richiede che si consulti sia l'indice sia la classificazione, prima di tentare di assegnare un codice.

Prima di assegnare un codice, il codificatore deve conoscere i principi della classificazione e della codifica e deve inoltre aver svolto esercizi pratici.

Quella che segue è una semplice guida che ha l'intento di assistere l'utente occasionale dell'ICD.

1. Identificare il tipo d'espressione che deve essere codificato e fare riferimento alla sezione appropriata dell'indice Alfabetico. (Se l'espressione da codificare è una patologia o un traumatismo o altra condizione classificabile nei Settori I-XIX o XXI, consultare la Sezione I dell'indice. Se l'espressione è una causa esterna di un traumatismo o d'altro evento classificabile nel Settore XX, consultare la Sezione II)

2. Individuare il termine guida o "lemma". Per patologie o traumatismi questo è generalmente una condizione morbosa espressa con un sostantivo. In ogni modo alcune condizioni espresse in forma aggettivale ed alcuni eponimi sono inclusi nell'indice come termini guida o lemmi.
3. Leggere e lasciarsi guidare da qualsiasi nota che appaia sotto il termine guida o lemma
4. Leggere tutti i termini compresi nelle parentesi tonde dopo quello guida (questi modificatori non influenzano il numero di codice), così come tutti quelli elencati sotto il termine guida (questi modificatori possono avere influenza sul numero di codice), fino a prendere in considerazione tutte le parole dell'espressione diagnostica.
5. Seguire attentamente ogni rinvio ("vedi" e "vedi anche") trovato nell'indice.
6. Fare riferimento alla classificazione analitica per verificare l'appropriatezza del numero di codice selezionato. Ricordare che un codice a tre caratteri nell'indice con un trattino in quarta posizione significa che vi è un quarto carattere, che deve essere ricercato nel Volume I. Ulteriori suddivisioni da utilizzare con caratteri supplementari non sono inserite nell'indice e, se usate, devono essere individuate nel Volume I.
7. Farsi guidare da ogni termine incluso o escluso sotto il codice selezionato o all'inizio di settore, classe o categoria.
8. Assegnare il codice.

Sono fornite nel Capitolo 4 specifiche linee guida per la selezione e codifica della causa o della condizione.

4. Regole e linee guida per la codifica della mortalità e della morbosità

Questo capitolo concerne le regole e le linee guida adottate dall'Assemblea Mondiale di Sanità, relative alla selezione di un'unica causa o condizione morbosa per l'intabulazione routinaria dei dati di mortalità e di morbosità. Sono altresì fornite le linee guida per l'applicazione delle regole e per la codifica della condizione selezionata per l'intabulazione.

4.1 Mortalità: linee guida per la certificazione e regole di codifica¹

Le statistiche di mortalità sono una delle principali fonti d'informazione sanitaria ed in molti Paesi sono il tipo più affidabile di dato sanitario.

4.1.1 Cause di morte

Nel 1967 la XX Assemblea Mondiale di Sanità ha dato la seguente definizione delle cause di decesso da riportare sul certificato medico di causa di morte: "Tutte le malattie, stati morbosi o traumatismi che abbiano direttamente determinato la morte o che abbiano contribuito ad essa e le circostanze dell'accidente o della violenza che abbiano provocato tali traumatismi." Questa definizione ha lo scopo di assicurare l'indicazione sul certificato di tutte le notizie attinenti e di evitare che il compilatore scelga di riportare solo alcune affezioni e ne scarti altre. Tale definizione non include né sintomi e né il modo di morire, come l'insufficienza cardiaca o l'insufficienza respiratoria.

Quando è riportata una sola causa di morte, è questa che sarà selezionata ai fini dell'intabulazione dei dati. Se è riportata più di una causa, la selezione dovrebbe essere fatta in base alle regole di cui al paragrafo 4.1.5. Tali regole sono basate sul concetto di causa iniziale di morte.

¹ Negli esempi riportati ai paragrafi 4.1 e 4.2 si fa presente che:

(1) sta per quesito causa iniziale;

(2 bis) se presente, sta per quesito complicazione nei paesi ove si è aggiunto un nuovo ulteriore quesito circa le complicazioni;

(2) sta per quesito complicazioni;

(3) sta per quesito causa terminale;

(4) sta per quesito concause.

4.1.2 Causa iniziale di morte

Nella Conferenza Internazionale per la Sesta Revisione Decennale della Classificazione Internazionale delle cause di morte si convenne di indicare col nome di “causa iniziale di morte” quella che deve essere presa in considerazione per la compilazione delle tavole statistiche.

Per la prevenzione delle cause di mortalità, è necessario rompere la catena d’eventi morbosi che portano a morte ed effettuare un trattamento ad un certo stadio. Obiettivo fondamentale di sanità pubblica è intervenire in modo tale da impedire alla causa che è all’inizio di tale catena d’eventi di agire. Per tale finalità, la causa iniziale di morte è stata definita come:

- a) “la malattia o il traumatismo che ha dato inizio a quella catena d’eventi morbosi che porta direttamente a morte”, oppure
- b) “l’insieme delle circostanze dell’accidente o della violenza che hanno provocato la lesione traumatica mortale”.

4.1.3 Modello di certificato medico internazionale della causa di morte e scheda usata in Italia¹

Al fine di assicurare l’applicazione uniforme dei principi enunciati sopra, è necessario utilizzare un modello di certificato medico che rispecchi per contenuto le raccomandazioni dell’Assemblea Mondiale di Sanità. Tale modello affida al medico che lo firma il compito di indicare il concatenamento dei fenomeni morbosi che ha portato direttamente a morte.

Il certificato medico della causa di morte è concepito in modo da fornire le informazioni che possono facilitare la selezione della causa iniziale di morte nei casi in cui siano indicate due o più cause.

MODELLO INTERNAZIONALE DI CERTIFICATO MEDICO DI CAUSA DI MORTE

Causa di morte	Intervallo Approssimato fra l’esordio della malattia ed il decesso
<p>I <i>Malattia o condizione morbosa che ha causato direttamente la morte*</i></p> <p>(a) dovuta a (o come conseguenza di)</p> <p><i>Cause antecedenti</i> Condizioni morbose che, se presenti, hanno dato luogo alla causa riportata sopra. La causa iniziale è quella menzionata all’ultimo quesito.</p> <p>(b) dovuta a (o come conseguenza di)</p> <p>(c) dovuta a (o come conseguenza di)</p> <p>(d)</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>II <i>Altre condizioni morbose significative che hanno contribuito al decesso, ma non correlate alla malattia o condizione morbosa determinante il decesso</i></p> <p>.....</p> <p>.....</p>	

*Ciò non significa il modo di morire ad es. insufficienza cardiaca, insufficienza respiratoria, bensì la malattia, il traumatismo o la complicanza causa di morte.

¹ Al titolo originale della sezione 4.1.3 “Modello di certificato medico internazionale di causa di morte” è stato aggiunto: “e scheda usata in Italia”. La descrizione aggiuntiva e sintetica della scheda di morte italiana viene riportata poco più in basso ben delimitata da una riga con asterischi all’inizio ed alla fine.

2

[4.1.3.1] [SCHEDE DI MORTE USATE IN ITALIA]

Nell'edizione italiana di tale modello, diverso nella forma ma non nella sostanza, da quello internazionale, il certificato medico di causa di morte è rappresentato dalla parte A della Scheda del Ministero della Sanità e dell'ISTAT (modd. ISTAT D.4 e D.5, rispettivamente per i maschi e le femmine deceduti oltre il primo anno di vita, e modd. D.4 bis e D.5 bis, rispettivamente per i maschi e per le femmine deceduti nel primo anno di vita). Il formato della scheda di morte è stabilita dal Ministero della Sanità d'intesa con l'ISTAT (art.1 D.P.R. 10/9/90 n. 285, circolare del Ministero della Sanità 24/6/93 n. 24). La parte A di tali schede deve essere interamente compilata e firmata dal medico curante o necroscopo. Essa consta di due riquadri, uno per le morti da cause naturali (comprendente quesiti relativi sia alla catena d'eventi morbosi che hanno determinato il decesso sia alle concause) e l'altro per le morti da causa violenta.

Riquadro Causa di morte naturale

CAUSA INIZIALE (quesito 1)

Per le morti da causa naturale deve essere indicata dapprima la causa iniziale cioè quella malattia che ha rappresentato il primo anello del concatenamento morboso che ha condotto alla morte. Può includere una causa diretta o una causa indiretta per esempio allorquando una condizione morbosa antecedente ha predisposto alla causa diretta tramite danneggiamento di tessuti o menomazione funzionale anche dopo un lungo intervallo temporale.

CAUSA INTERMEDIA O COMPLICAZIONE (Quesito 2)

Qui è chiesto di indicare l'eventuale complicazione o successione morbosa della malattia riportata al quesito 1 relativo alla causa iniziale.

CAUSA TERMINALE (Quesito 3)

Qui è chiesto di indicare la malattia o lo stato morboso che ha direttamente provocato il decesso.

² Il testo compreso fra le 2 righe con asterischi è un'aggiunta alla versione italiana dell'ICD-10.

È essenziale tenere presente che a tali quesiti non si deve rispondere, nei limiti del possibile, con espressioni indicanti niente più che il fatto della morte o il modo di morire, come ad esempio “paralisi cardiaca”, “insufficienza acuta di cuore”, “collasso cardiocircolatorio”, “insufficienza respiratoria”, ma con l’indicazione d’entità morbose che rispondano al concetto di malattia o di stato morboso.

ALTRI STATI MORBOSI RILEVANTI [o CONCAUSE] (Quesito 4)

Vanno qui indicate quelle malattie o condizioni morbose significative, che hanno contribuito al decesso [concause], ma non sono correlate alla malattia o condizione morbosa che causa direttamente la morte.

INTERVALLO APPROSSIMATIVO FRA L’INIZIO DELLA MALATTIA E LA MORTE

Accanto a ciascun quesito è richiesto di indicare il tempo approssimativo intercorso [intervallo] fra l’inizio della malattia o condizione morbosa indicata e la morte. Tale intervallo sarà indicato più semplicemente in anni se esso è di 12 mesi o più, semplicemente in mesi se esso è compreso fra i 30 giorni compiuti ed i 12 mesi non compiuti, in giorni se è inferiore ai 30 giorni, in ore se è inferiore a 24 ore (solo modd. D.4 bis e D.5 bis).

Nel caso che ad un quesito siano indicate più malattie (e ciò vale specialmente per il quesito 4), sottolineare quella cui l’intervallo indicato si riferisce.

L’annotazione dell’intervallo approssimativo (ore, giorni, settimane, mesi ed anni) fra l’inizio di ciascuna condizione morbosa e la morte aiuta il medico certificatore a stabilire la catena d’eventi che hanno condotto al decesso ed è, altresì, utile successivamente nel guidare il codificatore a scegliere il numero di codice appropriato.

Naturalmente la realtà morbosa può essere tale da essere difficilmente inserita nell’inquadramento predisposto sulla scheda, ma è evidente che l’intelligenza dello spirito della rilevazione, che in sostanza vuole registrare in un certo senso la storia dell’evento morboso che ha condotto a morte, aiuterà a risolvere anche i casi più complicati.

Riquadro Causa di morte violenta

CAUSA VIOLENTA (Quesito 5)

Tale quesito è il primo del riquadro per la morte da causa violenta e si riferisce alla specie della causa violenta e cioè se trattasi d'accidente (diverso da infortunio sul lavoro) o d'infortunio sul lavoro o di suicidio o d'omicidio: la compilazione si effettua barrando la corrispondente casella che fa al caso, tenendo presente che per infortunio sul lavoro s'intende quello definito come tale dalla legislazione vigente in Italia. Nel caso dei minori il quesito 5 prevede nei modelli D.4 bis e D.5 bis solo l'accidente o l'infanticidio.

DESCRIZIONE DELLA LESIONE (Quesito 6)

Nello spazio riservato a tale quesito si descrive, in modo sintetico ma chiaro, la lesione che ha causato la morte. In caso di lesioni multiple sottolineare, o comunque far risaltare, quella più probabilmente mortale.

MALATTIE O COMPLICAZIONI EVENTUALMENTE SOPRAVVENUTE A SEGUITO DELLA LESIONE (Quesito 7)

Questo quesito serve ad indicare le complicazioni eventualmente seguite alla lesione descritta al quesito 6.

STATI MORBOSI PREESISTENTI CHE HANNO EVENTUALMENTE CONTRIBUITO AL DECESSO (Quesito 8)

Indicare le malattie, eventualmente già esistenti al momento in cui si è verificato l'atto violento, e che, con la loro presenza, hanno contribuito al determinarsi della morte.

MEZZO E MODO COL QUALE LA LESIONE È STATA DETERMINATA. DATA E LUOGO. INTERVALLO FRA L'AZIONE VIOLENTA E LA MORTE. (Quesito 9)

Va riportato (al punto 9.1) con quale mezzo, o in che modo sia stata provocata la lesione indicata al quesito 6 e la data ed il luogo dell'evento violento (punto 9.2). È questo un quesito che si riferisce ad un fatto di non diretta esperienza medica, più legata, quest'ultima, al genere delle lesioni che al modo con cui sono state provocate. È necessario, perciò, insistere affinché a tale quesito sia risposto in modo sintetico ma completo e specifico.

La data che deve essere indicata nello stesso quesito 9 (punto 9.2) è quella in cui si è verificato il fatto violento: ovviamente se la morte è stata immediata essa coinciderà con quella di morte della parte B della scheda, altrimenti dovrà essere a questa anteriore. L'intervallo fra le due date sarà riportato nell'apposito spazio "intervallo fra l'azione violenta e la morte" (punto 9.3). Analogamente a quanto illustrato per l'intervallo tra l'inizio della malattia e la morte, relativo alla morte da cause naturali, anche qui l'intervallo sarà indicato in anni, se esso è di 12 mesi o più, in mesi, se è compreso fra i 30 giorni compiuti e 12 mesi non compiuti, in giorni se tra le 24 ore compiute ed i 30 giorni non compiuti, in ore se inferiore alle 24 ore.

Il quesito 9 si completa (punto 9.4) con l'indicazione del luogo in cui si è verificato l'atto violento. La compilazione (possibilmente in stampatello) della scheda termina con la data, la firma, leggibile, sotto la dichiarazione che le notizie date secondo scienza e coscienza sono vere e con l'indicazione della qualifica, se curante o necroscopo, del medico compilatore.

*****2

Nel 1990 la Quarantatreesima Assemblea Mondiale di Sanità adottò la raccomandazione che, laddove ne sia accertata la necessità, i Paesi dovrebbero prendere in considerazione la possibilità di introdurre un quesito addizionale fra causa iniziale e complicazione. [Quesito indicato con "(d)" nella scheda di morte raccomandata a livello internazionale. Tale quesito aggiuntivo è indicato negli esempi riportati nella versione italiana come quesito "2 bis"]. Comunque, i Paesi possono continuare ad utilizzare un modello con soltanto 3 quesiti oltre a quello relativo alle concause laddove tale modifica non sia necessaria o ci siano impedimenti legali o d'altro tipo all'adozione del certificato riportato a pag. 31.

La condizione morbosa riportata nel quesito più in alto del riquadro "cause di morte naturale" è, di solito, la causa iniziale di morte utilizzata per l'intabulazione dei dati. Tuttavia la metodologia descritta nei paragrafi 4.1.4 - 4.1.5 può dar luogo alla selezione di una diversa condizione morbosa come causa iniziale di morte. Per differenziare queste due possibilità, l'espressione causa antecedente originante (causa originante) sarà utilizzata per fare riferimento alla condizione morbosa appropriata riportata al quesito 1 (causa iniziale) od in mancanza al quesito 2 (causa intermedia o complicazione) e, comunque, selezionata in un primo tempo con l'applicazione delle cosiddette regole di selezione mentre l'espressione causa iniziale di morte sarà utilizzata in un secondo tempo per identificare la causa selezionata per l'intabulazione dei dati.

² Il testo compreso fra le 2 righe con asterischi è un'aggiunta alla versione italiana dell'ICD-10.

Se c'è un solo anello nella catena d'eventi morbosi che determinano il decesso, è sufficiente riportare una sola condizione morbosa al quesito 3 (causa terminale). Se ci sono più anelli nella catena d'eventi morbosi, la causa antecedente originante è riportata al quesito 1, l'insorgenza di qualsiasi complicazione è riportata al quesito 2 mentre la causa terminale è riportata al quesito 3. Un esempio di scheda di morte con 4 anelli nella catena d'eventi morbosi che conducono direttamente a morte è il seguente:

- (1) Carcinoma mammario
- (2 bis) Carcinoma secondario del femore
- (2) Frattura patologica
- (3) Embolia polmonare

Nel 1990 l'Assemblea Mondiale di Sanità adottò una raccomandazione, che le Nazioni avrebbero dovuto considerare l'opportunità di includere nelle schede di morte alcuni quesiti sulla gravidanza in atto e sulla gravidanza occorsa nell'anno che precede il decesso.

4.1.4 Procedure per la selezione della causa iniziale di morte per l'intabulazione dei dati di mortalità

Quando è indicata una sola causa di morte, questa stessa sarà presa in considerazione per l'intabulazione dei dati.

Se è indicata più di una causa, il primo passo nella selezione della causa iniziale è quello di determinare la causa antecedente originante appropriata al quesito 1 o, in mancanza, al quesito 2 o, in mancanza, al quesito 3 del certificato mediante l'applicazione del Principio Generale o delle regole di selezione 1, 2 e 3.

In talune circostanze l'ICD permette che la causa originante sia sostituita da altra causa più adatta ad esprimere la causa iniziale nell'intabulazione dei dati. Per esempio vi sono alcune categorie per combinazioni di condizioni morbose oppure possono talora prevalere motivi epidemiologici per preferire altre condizioni morbose riportate sul certificato.

Il secondo passo pertanto è quello di determinare se si applica una o più delle regole di modifica da A a F (vedere paragrafo 4.1.9), che riguardano le situazioni sopracitate. Il risultante numero di codice per l'intabulazione è quello della causa iniziale.

Laddove la causa antecedente originante sia un traumatismo o altro effetto di una causa esterna classificata al Settore XIX, le circostanze esterne determinanti tale traumatismo dovrebbero essere selezionate come causa iniziale per l'intabulazione dei dati e classificate a V01-Y89. Il codice per il traumatismo o l'effetto può essere usato come codice addizionale.

4.1.5 Regole per la selezione della causa antecedente originante³

Concatenamento

La parola “concatenamento” designa una sequenza di due o più condizioni morbose indicate ai quesiti 1, 2 e 3, di cui ognuna può essere considerata come causa plausibile di quella indicata ad un quesito successivo.

Esempio 1:

- 1) Epatite B
- 2 bis) Cirrosi epatica
- 2) Ipertensione portale
- 3) Sanguinamento di varici esofagee

Se sono riportate più di una causa di morte ad un quesito del certificato, è possibile che siano riportati più concatenamenti. Nell'esempio seguente sono riportati 4 concatenamenti:

Esempio 2:

- 1) Arteriosclerosi Ipertensione
- 2) Infarto miocardico e accidente cerebrovascolare
- 3) Coma

I concatenamenti sono:

- arteriosclerosi (che dà luogo ad) infarto miocardico (che dà luogo a) coma;
- arteriosclerosi (che dà luogo ad) accidente cerebrovascolare (che dà luogo a) coma;
- ipertensione (che dà luogo ad) infarto miocardico (che dà luogo a) coma;
- ipertensione (che dà luogo ad) accidente cerebrovascolare (che dà luogo a) coma.

Principio Generale

Il Principio Generale stabilisce che quando è riportata sulla scheda più di una malattia, dovrebbe essere selezionata l'affezione indicata isolatamente per prima al quesito 1 o, in mancanza, al quesito 2 o, in mancanza, al quesito 3 solo nel caso che possa aver dato luogo all'insorgenza di tutte le condizioni morbose indicate ai quesiti successivi ad eccezione del quesito 4.

³ La formulazione delle regole è stata adattata alla forma della scheda di morte utilizzata in Italia. Da tenere presente che i due riquadri, l'uno relativo alla causa di morte naturale e l'altro relativo alla causa di morte violenta, si corrispondono secondo il seguente schema:

il quesito 1 corrisponde al quesito 6;
i quesiti 2 e 3 al quesito 7;
il quesito 4 al quesito 8.

Regole di selezione

- Regola 1. Se il Principio Generale non è applicabile ed è riportato un concatenamento terminante all'affezione indicata per prima al quesito 3 (o in mancanza di questa al quesito 2) selezionare la causa originante di questo concatenamento. Se sono riportati più concatenamenti terminanti all'affezione indicata per prima al quesito 3 (o, in mancanza, al quesito 2) selezionare la causa originante del concatenamento menzionato per primo qualora le due cause originanti siano riportate a livello dello stesso quesito. Se, invece, due cause originanti di 2 diversi concatenamenti terminanti all'affezione indicata per prima al quesito 3 (o, in mancanza, al quesito 2) sono riportate a livello di quesiti differenti, selezionare la causa originante del concatenamento menzionato per ultimo (cioè quello più vicino al decesso).
- Regola 2. Quando non è riportato alcun concatenamento terminante all'affezione menzionata per prima al quesito 3 del certificato (od in mancanza al quesito 2 o, in mancanza ancora, al quesito 1) selezionare questa affezione indicata per prima al quesito 3 (o, in mancanza al quesito 2, o in mancanza ancora, al quesito 1).
- Regola 3. Quando l'affezione selezionata mediante l'applicazione del Principio Generale o delle regole 1 o 2 può essere considerata un'ovvia conseguenza diretta di un'altra affezione morbosa indicata ai quesiti 1, 2, 3 o 4, selezionare quest'ultima affezione come causa primaria.

4.1.6 Alcune considerazioni sulle regole di selezione

In un certificato correttamente compilato la causa antecedente originante sarà riportata isolatamente al quesito i (causa iniziale) e le eventuali affezioni da essa originate compariranno ai quesiti successivi "2 bis - causa intermedia o complicazione", "2 - causa intermedia o complicazione" e "3 - causa terminale", una per ciascun quesito in ordine causale discendente.

Esempio 3: 1) Ipertrofia prostatica
 2 bis) Ritenzione urinaria
 2) Idronefrosi
 3) Uremia

Esempio 4: 2) Bronchite cronica
 3) Broncopolmonite
 4) Miocardite cronica

In un certificato correttamente compilato, pertanto, si applicherà il Principio Generale. Pur tuttavia il Principio Generale può ancora applicarsi anche nel caso di compilazione non appropriata se l'affezione riportata, isolatamente, per prima abbia potuto dar luogo a tutte le affezioni indicate ai quesiti successivi

(escluse quelle relative al 4°), anche se queste affezioni non siano indicate nell'ordine eziologico corretto.

Esempio 5: 1) Tumore maligno del polmone
 2) Broncopolmonite
 3) Metastasi generalizzate

Il Principio Generale non si applica, solo se al primo quesito utilizzato figurano o più affezioni o una sola affezione, che potrebbe non aver dato luogo a tutte le affezioni riportate ai quesiti successivi (escluso quelle relative al 4°). Una guida sull'accettabilità di diversi concatenamenti è data alla fine dell'esposizione delle regole, ma si dovrebbe tenere a mente che la dichiarazione del certificante, che esprime un'opinione (sulla base d'informazioni) sulle condizioni morbose che hanno portato a morte e sulle loro interrelazioni causali, non dovrebbe essere posta in secondo piano.

Laddove non è possibile applicare il Principio Generale, si farà del tutto per ottenere dal medico certificatore le informazioni necessarie per la sua applicazione, in quanto le altre regole di selezione sono in parte arbitrarie e non permettono sempre una scelta soddisfacente della causa iniziale. Se, tuttavia, non è possibile ottenere tali informazioni, si devono applicare le regole di selezione. La Regola 1 è applicabile solo se sia riportato un concatenamento terminante alla condizione morbosa scritta per prima al quesito 3 o, in mancanza, al quesito 2, altrimenti si applica la Regola 2 e si seleziona l'affezione indicata per prima al quesito 3 o, in mancanza di questa, al quesito 2, o, in mancanza ancora, al quesito 1.

Se infine l'affezione scelta con l'applicazione delle regole sopraindicate è un'ovvia conseguenza di un'affezione che non è stata scritta nell'ordine eziologico corretto, per esempio al quesito 4 o sulla stessa riga di uno degli altri tre quesiti, allora si applica anche la Regola 3 e si prende in considerazione tale condizione morbosa iniziale. Tale scelta è però possibile solo se la loro correlazione causale è certa. Non è sufficiente la considerazione che tale correlazione causale fra di esse sarebbe stata accettata se il medico certificatore l'avesse riportata.

4.1.7. Esempi di applicazione del Principio Generale e delle regole di selezione

Principio Generale

Quando è riportata sulla scheda più di una malattia, selezionare l'affezione indicata isolatamente per prima al quesito 1 o, in mancanza, al quesito 2 o, in mancanza, al quesito 3 solo nel caso che possa aver dato luogo all'insorgenza di tutte le condizioni morbose indicate ai quesiti successivi ad eccezione del quesito 4.

- Esempio 6: 2) Polmonite lobare
3) Ascesso polmonare
Selezionare polmonite lobare (J18.1).
- Esempio 7: 1) Carcinoma della testa del pancreas
2) Ostruzione di dotto biliare
3) Insufficienza epatica
Selezionare carcinoma della testa del pancreas (C25.0).
- Esempio 8: 1) Adenoma prostatico
2 bis) Pielonefrite cronica
2) Ipertensione
3) Emorragia cerebrale
Selezionare adenoma prostatico (N40).
- Esempio 9: 9) Pedone investito da camion (accidente di traffico)
6) Fratture multiple
7) Shock traumatico
Selezionare pedone investito da camion (V04.1).
- Esempio 10: 3) Broncopolmonite
4) Anemia secondaria e leucemia linfatica cronica
Selezionare broncopolmonite. Però si applica successivamente la Regola 3; vedere esempio 26.

Regola 1

Se il Principio Generale non è applicabile ed è riportato un concatenamento terminante all'affezione indicata per prima al quesito 3 (o in mancanza di questa al quesito 2) selezionare la causa originante di questo concatenamento. Se sono riportati più concatenamenti terminanti all'affezione indicata per prima al quesito 3 (o, in mancanza, al quesito 2) selezionare la causa originante del concatenamento menzionato per primo qualora le due cause originanti siano riportate a livello dello stesso quesito. Se, invece, due cause originanti di 2 diversi concatenamenti terminanti all'affezione indicata per prima al quesito 3 (o, in mancanza, al quesito 2) sono riportate a livello di quesiti differenti, selezionare la causa originante del concatenamento menzionato per ultimo (cioè quello più vicino al decesso).

- Esempio 11: 2) Infarto cerebrale e cardiopatia ipertensiva
3) Broncopolmonite

Selezionare infarto cerebrale (I63.9). Ci sono due concatenamenti terminanti all'affezione indicata al quesito 3:

- infarto cerebrale che dà luogo a broncopolmonite e
- cardiopatia ipertensiva che dà luogo a broncopolmonite.

È selezionata la causa originante del concatenamento menzionato per primo, perché le due cause originanti sono riportate ambedue a livello dello stesso quesito 2.

- Esempio 12:
- 2) Cardiopatia reumatica cronica e cirrosi epatica
 - 3) Varici esofagee ed insufficienza cardiaca congestizia

Selezionare cirrosi epatica (K74.6). Il concatenamento terminante all'affezione indicata per prima al quesito 3 è:

cirrosi epatica che dà luogo a varici esofagee.

- Esempio 13:
- 1) Influenza
 - 2) Malattia arteriosclerotica del cuore
 - 3) Infarto miocardico acuto

Selezionare malattia arteriosclerotica del cuore. Il concatenamento terminante all'affezione indicata per prima al quesito 3 è:

malattia arteriosclerotica del cuore che dà luogo a infarto miocardico acuto.

È selezionata, in un primo tempo, la malattia arteriosclerotica del cuore. Però, successivamente, si applica la Regola di modifica C; vedere esempio 45.

- Esempio 14:
- 2) Uremia e polmonite
 - 3) Pericardite

Selezionare uremia. Sono riportati 2 concatenamenti terminanti all'affezione indicata per prima al quesito 3:

- uremia che dà luogo a pericardite
- polmonite che dà luogo a pericardite.

È selezionata, in un primo tempo, la causa originante del concatenamento menzionato per primo. Ma, successivamente, si applica la Regola di modifica B; vedere esempio 60.

- Esempio 15:
- 1) Arteriosclerosi
 - 2) Ipertensione e diabete
 - 3) Infarto cerebrale e polmonite ipostatica

Selezionare, in un primo tempo, arteriosclerosi. Sono riportati 2 concatenamenti terminanti all'affezione indicata per prima al quesito 3:

- arteriosclerosi che dà luogo a ipertensione che dà luogo a infarto cerebrale
- diabete che dà luogo a infarto cerebrale.

È selezionata la causa originante del concatenamento indicato per primo: infarto cerebrale dovuto ad ipertensione (a sua volta dovuta ad arteriosclerosi). Successivamente si applica la Regola di modifica C; vedere esempio 46.

Regola 2

Quando non è riportato alcun concatenamento terminante all'affezione menzionata per prima al quesito 3 del certificato (od in mancanza al quesito 2 o, in mancanza ancora, al quesito 1) selezionare quest'affezione indicata per prima al quesito 3 (o, in mancanza al quesito 2, o in mancanza ancora, al quesito 1).

- Esempio 16: 2) Aterosclerosi
3) Anemia perniciosa e gangrena del piede
Selezionare anemia perniciosa (D51.0). Non c'è alcun concatenamento terminante all'affezione menzionata per prima al quesito 3.
- Esempio 17: 3) Malattia reumatica ed arteriosclerotica del cuore.
Selezionare malattia reumatica del cuore (I09.9). Non è riportato alcun concatenamento; ambedue le affezioni sono riportate allo stesso quesito.
- Esempio 18: 2) Bronchite e bronchiectasia
3) Malattia fibrocistica del pancreas
Selezionare malattia fibrocistica del pancreas (E84.9). Non è riportato alcun concatenamento.
- Esempio 19: 2) Artrite reumatoide
3) Senilità e polmonite ipostatica
Selezionare in un primo tempo senilità. È indicato un concatenamento:
- artrite reumatoide che dà luogo a polmonite ipostatica,
ma esso non termina all'affezione indicata per prima al quesito 3. Però, successivamente, si applica la Regola di modifica A; vedere esempio 33.
- Esempio 20: 3) Borsite e colite ulcerosa
Selezionare in un primo tempo borsite. Non è riportato alcun concatenamento. Però si applica successivamente la Regola di modifica B; vedere esempio 41.
- Esempio 21: 3) Nefrite acuta, scarlattina
Selezionare in un primo tempo nefrite acuta. Non è riportato alcun concatenamento. Però successivamente si applica la Regola di modifica B; vedere esempio 28.

Regola 3

Quando l'afezione, selezionata mediante l'applicazione del Principio Generale o delle regole 1 o 2, può essere considerata un'ovvia conseguenza diretta di un'altra afezione morbosa indicata ai quesiti 1, 2, 3 o 4, selezionare quest'ultima afezione come causa iniziale.

Presunte dirette conseguenze di un'altra condizione morbosa

Il sarcoma di Kaposi, il tumore di Burkitt e qualsiasi altro tumore maligno del tessuto linfatico, ematopoietico e tessuti correlati, classificabili in C46.- o C81-C96, dovrebbero essere considerati come diretta conseguenza della malattia da HIV quando tale concatenamento è riportato sulla scheda. Ciò non vale per altri tipi di tumori maligni.

Qualsiasi malattia infettiva classificabile in A00-B19, B25-B49, B58-B64, B99 o J12-J18 dovrebbe essere considerata una diretta conseguenza della malattia da HIV se questa è riportata sulla scheda.

Talune complicanze postoperatorie (polmonite (qualsiasi tipo), emorragia, tromboflebite, embolia, trombosi, setticemia, arresto cardiaco, insufficienza renale (acuta), aspirazione, atelettasia ed infarto) possono essere considerate dirette conseguenze di un intervento operatorio, a meno che l'intervento sia stato eseguito 4 o più settimane prima del decesso.

La polmonite e la broncopolmonite possono essere accettate come complicanze di qualsiasi malattia. In particolare, la broncopolmonite si dovrebbe presumere che sia un'ovvia conseguenza di malattie consuntive (come tumori maligni e malnutrizione), di malattie causanti paralisi (come traumatismi dell'encefalo o del midollo spinale, emorragia o trombosi cerebrale e poliomielite), così come di malattie contagiose e traumatismi non banali.

Qualsiasi malattia descritta o qualificata come "embolica" si può presumere che sia diretta conseguenza di trombosi venosa, flebite o tromboflebite, valvulopatia cardiaca, fibrillazione atriale, parto o qualsiasi intervento operatorio.

Ogni malattia descritta come secondaria si dovrebbe presumere che sia diretta conseguenza della più probabile causa primaria riportata sulla scheda.

L'anemia, la malnutrizione, il marasma e la cachessia, secondarie o non specificate, si può presumere che siano dirette conseguenze di qualsiasi tumore maligno.

Qualsiasi pielonefrite si può presumere che sia una conseguenza di un'ostruzione delle vie urinarie dovuta a condizioni morbose come iperplasia della prostata o stenosi ureterale.

La sindrome nefritica si può presumere che sia una conseguenza di qualsiasi infezione streptococcica (scarlattina, angina streptococcica, ecc.).

La disidratazione si può presumere che sia una conseguenza di qualsiasi malattia infettiva intestinale.

Un intervento operatorio su un dato organo dovrebbe essere considerato una diretta conseguenza di qualsiasi condizione morbosa chirurgica (come ad esempio tumore maligno o trauma) del medesimo organo riportata in qualsiasi posto sulla scheda.

Esempio 22: 3) Sarcoma di Kaposi
4) AIDS

Selezionare malattia da HIV che dà luogo a sarcoma di Kaposi (B21.0).

Esempio 23: 3) Cancro ovarico
4) Malattia da HIV

Selezionare tumore maligno dell'ovaio (C56).

Esempio 24: 3) Tubercolosi
4) Malattia da HIV

Selezionare malattia da HIV che dà luogo a infezione da micobatteri (B20.0).

Esempio 25: 2) Toxoplasmosi cerebrale ed herpes zoster
3) Linfoma di Burkitt, malattia da HIV

Selezionare malattia da HIV che dà luogo a malattie multiple classificate altrove (B22.7).

La toxoplasmosi cerebrale, selezionata con la Regola 2, può essere considerata una diretta conseguenza della malattia da HIV.

Esempio 26: 3) Broncopolmonite
4) Anemia secondaria e leucemia linfatica cronica

Selezionare leucemia linfatica cronica (C91.1). La broncopolmonite, selezionata con il Principio Generale, (vedere esempio 10), e l'anemia secondaria possono entrambe essere considerate dirette conseguenze della leucemia linfatica cronica.

Esempio 27: 1) Pielonefrite cronica e stenosi uretrale di origine prostatica
2) Ipertensione
3) Emorragia cerebrale

Selezionare stenosi uretrale d'origine prostatica (N40). La pielonefrite cronica, selezionata applicando la Regola 1, può essere considerata diretta conseguenza della stenosi uretrale d'origine prostatica.

Esempio 28: 3) Nefrite acuta, scarlattina

Selezionare scarlattina (A38). La nefrite acuta, selezionata applicando la Regola 2 (vedere esempio 21), può essere considerata una diretta conseguenza della scarlattina.

Esempio 29: 3) Nefrectomia

4) Carcinoma a cellule chiare del rene

Selezionare carcinoma a cellule chiare del rene (C64). È evidente che la nefrectomia è stata praticata per il tumore maligno del rene.

Esempio 30: 1) Ipertensione portale

2 bis) Sanguinamento di varici esofagee

2) Ematemesi

3) Anemia acuta

4) Cirrosi epatica

Selezionare cirrosi epatica (K74.6). L'ipertensione portale, selezionata con il Principio Generale, può essere considerata come diretta conseguenza della cirrosi epatica.

Esempio 31: 1) Emorragia

2) cerebrale e cancro della mammella

3) Polmonite ipostatica

Selezionare emorragia cerebrale (I61.9). La polmonite ipostatica, selezionata con la Regola 2, può essere considerata una diretta sequela delle altre 2 affezioni riportate; delle due è selezionata quella menzionata per prima.

Esempio 32: 3) Infarto polmonare

4) Pneumonectomia per carcinoma del polmone sinistro, eseguita 3 settimane prima

Selezionare carcinoma del polmone (C34.9).

4.1.8 Modificazione della causa [originante] selezionata

La causa selezionata di morte non è necessariamente la condizione più utile ed informativa ai fini dell'intabulazione dei dati di mortalità. Per esempio, se la selezione dovesse cadere sulla senilità o su una malattia generalizzata come l'ipertensione o l'arteriosclerosi, ciò avrebbe un'utilità minore rispetto alla possibilità di selezionare una delle loro manifestazioni od un loro esito eventualmente indicati sulla scheda. In taluni casi può essere necessario modificare la selezione per conformarsi a quelle disposizioni della classificazione che riguardano sia l'associazione in un solo codice di due o più cause

riportate insieme sia la preferenza per una causa particolare quando essa è riportata con altre determinate affezioni.

Le regole di modificazione che seguono hanno perciò lo scopo di aumentare l'utilità e la precisione dei dati di mortalità e dovrebbero essere applicate dopo la selezione della causa antecedente originante. Per maggior chiarezza i processi di selezione e modificazione sono presentati separatamente, sebbene strettamente intrecciati.

Alcune regole di modificazione richiedono un'ulteriore applicazione delle regole di selezione, che non saranno difficili per codificatori esperti, ma è importante procedere attraverso le fasi di selezione, modificazione e, se necessario, ulteriore nuova selezione o rifelezione.

4.1.9 Le regole di modificazione

Regola A. Senilità ed altre condizioni morbose mal definite

Quando la causa selezionata è classificabile nel Settore XVIII delle malattie (Sintomi, segni e risultati anormali di esami clinici e di laboratorio, non classificati altrove) eccetto R95 (Sindrome della morte improvvisa nell'infanzia) e sul certificato è indicata un'affezione che può essere classificata in categorie diverse da R00-R94 o R96-R99, rifelezionare la causa di morte come se la condizione morbosa classificata nel Settore XVIII non sia stata riportata, a meno che essa modifichi la codifica.

Regola B. Affezioni banali

Quando la causa selezionata è un'affezione banale, incapace di per sé di provocare il decesso, ed è riportata una condizione morbosa più seria, rifelezionare la causa iniziale come se l'affezione banale non fosse stata riportata. Se la morte è stata la conseguenza di un effetto avverso del trattamento dell'affezione banale, selezionare l'effetto avverso.

Regola C. Associazione [linkage]

Quando la causa selezionata è associata, per disposizione della classificazione internazionale o delle note per la codifica della causa iniziale di morte, con altra(e) affezione(i) indicata(e) sul certificato, la codifica va fatta secondo tale associazione.

Quando la disposizione in questione prevede solamente associazioni del tipo "affezione specificata come dovuta a tal'altra" bisogna codificare secondo l'associazione solo se la relazione causale è dichiarata o se essa può essere presunta mediante l'applicazione delle regole di selezione.

Laddove ci sia un conflitto d'associazioni, scegliere l'associazione con l'affezione cui il decesso sarebbe stato imputato se non fosse stata indicata la causa originante selezionata in un primo momento. Tenere conto di tutte le associazioni ulteriori possibili.

Regola D. Specificità

Quando la causa selezionata descrive un'afezione in termini generali e, in altra parte del certificato, un termine fornisce informazioni più precise sulla localizzazione o la natura di tale afezione, preferire il termine più informativo. Questa regola si applicherà spesso quando il termine generale può essere considerato un aggettivo che qualifichi il termine più preciso.

Regola E. Stadi precoci e tardivi di malattie

Quando la causa selezionata è uno stadio precoce di una malattia ed in altra parte del certificato è indicato uno stadio più avanzato di detta malattia, codificare lo stadio più avanzato. Questa regola non si applica ad una forma "cronica" riportata come "dovuta ad" una forma "acuta", a meno che la classificazione dia istruzioni particolari a questo riguardo.

Regola F. Sequele

Quando la causa selezionata è uno stadio precoce di un'afezione, le cui sequele sono oggetto di una categoria distinta della classificazione ed è evidente che la morte sia dovuta alle sequele di quest'afezione piuttosto che alla sua forma attiva, codificare le appropriate "sequele di ..."

Per le "sequele di ..." sono previste le seguenti categorie: B90-B94, E64.-, E68, G09, I69, O97 e Y85-Y89.

4.1.10 Esempi di regole di modificazione

Regola A. Senilità ed altre condizioni morbose mal definite

Quando la causa selezionata è classificabile nel Settore XVIII delle malattie (Sintomi, segni e risultati anormali di esami clinici e di laboratorio, non classificati altrove) eccetto R95 (Sindrome della morte improvvisa nell'infanzia) e sul certificato è indicata un'afezione che può essere classificata in categorie diverse da R00-R94 o R96-R99, rifezionare la causa di morte come se la condizione morbosa classificata nel Settore XVIII non sia stata riportata, a meno che essa modifichi la codifica.

Esempio 33: 2) Artrite reumatoide

3) Senilità e polmonite ipostatica

Codificare artrite reumatoide (M06.9). La senilità, selezionata con la Regola 2 (v. esempio 19), è ignorata e si applica successivamente il Principio Generale.

Esempio 34: 2) Splenomegalia

3) Anemia

Codificare anemia splenomegalica (D64.8). La splenomegalia, selezionata con il Principio Generale, è ignorata ma modifica la codifica.

- Esempio 35: 1) Senilità
2)
3) Degenerazione del miocardio ed enfisema
Codificare degenerazione miocardica (I51.5). La senilità, selezionata con il Principio Generale, è ignorata e si applica la Regola 2.
- Esempio 36: 3) Tosse ed ematemesi
Codificare ematemesi (K92.0). La tosse, selezionata con la Regola 2, è ignorata.
- Esempio 37: 1) ____
2) Gangrena diffusa e Infarto cerebrovascolare
3) Polmonite terminale
Codificare infarto cerebrovascolare (I63.9). La gangrena, selezionata con la Regola 1, è ignorata e si applica il Principio Generale.

Regola B. Affezioni banali

Quando la causa selezionata è un'affezione banale, incapace di per sé di provocare il decesso, ed è riportata una condizione morbosa più seria, rifezionare la causa iniziale come se l'affezione banale non fosse stata riportata. Se la morte è stata la conseguenza di un effetto avverso del trattamento dell'affezione banale, selezionare l'effetto avverso.

- Esempio 38: 1) Carie dentaria
4) Arresto cardiaco
Codificare arresto cardiaco (I46.9). La carie dentaria, selezionata con il Principio Generale, è ignorata.
- Esempio 39: 1) Unghia incarnita dell'alluce ed insufficienza renale acuta
Codificare insufficienza renale acuta (N17.9). L'unghia incarnita dell'alluce, selezionata con la Regola 2, è ignorata.
- Esempio 40: 1) Ipertrofia tonsillare
2) Tonsillectomia
3) Emorragia intraoperatoria
Codificare emorragia nel corso di intervento chirurgico (Y60.0).
- Esempio 41: 1) Borsite e colite ulcerosa
Codificare colite ulcerosa (K51.9). La borsite, selezionata con la Regola 2 (vedere esempio 20), è ignorata.

Esempio 42: 1) Paronichia

4) Tetano

Codificare tetano (A35). La paronichia, selezionata con il Principio Generale, è ignorata.

Regola C. Associazione [linkage]

Quando la causa selezionata è associata, per disposizione della classificazione internazionale o delle note per la codifica della causa iniziale di morte, con altra(e) affezione(i) indicata(e) sul certificato, la codifica va fatta secondo tale associazione.

Quando la disposizione in questione prevede solamente associazioni del tipo “affezione specificata come dovuta a talaltra” bisogna codificare secondo l’associazione solo se la relazione causale è dichiarata o se essa può essere presunta mediante l’applicazione delle regole di selezione.

Laddove ci sia un conflitto d’associazioni, scegliere quell’associazione con l’affezione cui il decesso sarebbe stato imputato se non fosse stata indicata la causa originante selezionata in un primo momento. Tenere conto di tutte le associazioni ulteriori possibili.

Esempio 43: 2) Ernia femorale

3) Occlusione intestinale

Codificare ernia femorale con occlusione (K41 .3).

Esempio 44: 3) Blocco di branca destra e malattia di Chagas

Codificare malattia di Chagas con interessamento cardiaco (B57.2). Il blocco di branca destra, selezionato con la Regola 2, si associa con la malattia di Chagas.

Esempio 45: 1) Influenza

2) Cardiopatia aterosclerotica

3) Infarto miocardico acuto

Codificare infarto miocardico acuto (I21.9). La cardiopatia aterosclerotica, selezionata con la Regola 1 (vedere esempio 13) si associa con l’infarto miocardico acuto.

Esempio 46: 1) Aterosclerosi

2) Ipertensione e diabete

3) Infarto cerebrale e polmonite ipostatica

Codificare infarto cerebrale (I63.9). L’aterosclerosi, selezionata con la Regola 1 (vedere esempio 15), si associa con l’ipertensione, che, di per sé, si associa con l’infarto cerebrale.

- Esempio 47: 2) Ipertensione
3) Dilatazione cardiaca e sclerosi renale
Codificare malattia ipertensiva cardiaca e renale (I13.9). Tutte e tre le affezioni si associano.
- Esempio 48: 2) Aterosclerosi e cardiopatia ipertensiva
3) Ictus cerebrovascolare
Codificare cardiopatia ipertensiva (I11.9). L'aterosclerosi, selezionata con la Regola 1, si associa con la cardiopatia ipertensiva, dal momento che sarebbe stata selezionata la cardiopatia ipertensiva con il Principio Generale se l'aterosclerosi non fosse stata riportata sul certificato.
- Esempio 49: 1) Aterosclerosi
2) Ictus cerebrovascolare e cardiopatia ipertensiva
Codificare Ictus cerebrovascolare (I64). L'aterosclerosi, selezionata con il Principio Generale, si associa con l'ictus cerebrovascolare dal momento che quest'ultima affezione sarebbe stata selezionata con la Regola 2 se l'aterosclerosi non fosse stata riportata sul certificato.
- Esempio 50: 1) Bronchite cronica
2) Enfisema polmonare
3) Policitemia secondaria
Codificare bronchite cronica ostruttiva (J44.8). La bronchite cronica, selezionata con il Principio Generale, si associa con l'enfisema.
- Esempio 51: 1) Ipertensione
2) Dilatazione cardiaca
4) Atrofia dei reni
Codificare malattia ipertensiva cardiaca e renale (I13.9). Tutte e tre le affezioni si associano.
- Esempio 52: 1) Meningite tubercolare
2) Convulsioni
3) Broncopolmonite (da aspirazione)
4) Tubercolosi del polmone
Codificare tubercolosi del polmone (A16.2). La meningite tubercolare, selezionata con il Principio Generale, non può essere utilizzata se è menzionata la tubercolosi polmonare.

Esempio 53: 2) Caduta successiva a convulsioni epilettiche

3) Frattura occipitale

Codificare convulsioni epilettiche (G40.9). La caduta, selezionata con la Regola 1, si associa con le convulsioni epilettiche.

Esempio 54: 3) Arresto cardiaco

4) Malattia di Chagas

Codificare malattia di Chagas con interessamento cardiaco (B57.2). L'arresto cardiaco, selezionato con il Principio Generale, si associa con la malattia di Chagas.

Regola D. Specificità

Quando la causa selezionata 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, preferire il termine più informativo. Questa regola si applicherà spesso quando il termine generale può essere considerato un aggettivo che qualifichi il termine più preciso.

Esempio 55: 2) Accidente cerebrovascolare

3) Infarto cerebrale

Codificare infarto cerebrale (I63.9).

Esempio 56: 3) Cardiopatia reumatica, stenosi mitralica

Codificare stenosi mitralica reumatica (I05.0).

Esempio 57: 2) Tubercolosi

3) Meningite

Codificare meningite tubercolare (A17.0). Le affezioni sono indicate nella corretta correlazione causale.

Esempio 58: 3) Grave ipertensione in gravidanza

4) Convulsioni eclamptiche

Codificare eclampsia in gravidanza (O15.0).

Esempio 59: 2) Sifilide

3) Aneurisma dell'aorta

Codificare aneurisma dell'aorta sifilitico (A52.0). Le affezioni sono indicate nella corretta relazione causale.

Esempio 60: 2) Uremia e polmonite

3) Pericardite

Codificare pericardite uremica (N18.8). L'uremia, selezionata con la Regola 1, (vedere esempio 14) modifica la pericardite.

Regola E. Stadi precoci e tardivi di malattie

Quando la causa selezionata è uno stadio precoce di una malattia ed in altra parte del certificato è indicato uno stadio più avanzato di detta malattia, codificare lo stadio più avanzato. Questa regola non si applica ad una forma “cronica” riportata come dovuta ad una forma “acuta”, a meno che la classificazione dia istruzioni particolari a questo riguardo.

Esempio 61: 2) Sifilide primaria

3) Sifilide terziaria

Codificare sifilide terziaria (A52.9).

Esempio 62: 2) Preeclampsia

3) Eclampsia gravidica

Codificare eclampsia in gravidanza (O15.0).

Esempio 63: 2) Miocardite acuta

3) Miocardite cronica

Codificare miocardite acuta (I40.9).

Esempio 64: 2) Nefrite acuta

3) Nefrite cronica

Codificare nefrite cronica non specificata (N03.9), in quanto a tal riguardo è data una specifica istruzione (vedere pag. 62).

Regola F. Sequele

Quando la causa selezionata è uno stadio precoce di un'affezione le cui sequele sono oggetto di una categoria distinta della classificazione ed è evidente che la morte sia dovuta alle sequele di quest'affezione piuttosto che alla sua forma attiva, codificare le appropriate “sequele di...”.

Per le “sequele di ...” sono previste le seguenti categorie: B90-B94, E64.-, E68, G09, I69, O97 e Y85-Y89.

Esempio 65: 2) Tubercolosi polmonare di vecchia data
3) Fibrosi polmonare

Codificare sequele di tubercolosi respiratoria (B90.9).

Esempio 66: 1) Rachitismo nell'infanzia
2) Deformazione del rachide
3) Broncopolmonite

Codificare sequele del rachitismo (E64.3).

Esempio 67: 2) Meningite tubercolare
3) Idrocefalo

Codificare sequele di meningite tubercolare (B90.0).

Esempio 68: 1) Accidente cerebrovascolare (intervallo 10 anni)
2) Emiplegia
3) Polmonite ipostatica

Codificare sequele di accidente cerebrovascolare (I69.4).

Esempio 69: 2) Scarlattina
3) Nefrite cronica

Codificare sequele di altre malattie infettive e parassitarie specificate (B94.8). La descrizione della nefrite come "cronica" implica che la scarlattina non sia più in fase attiva.

4.1.11 Note da utilizzare nella codifica della causa iniziale di morte

Le note seguenti spesso indicano che se il codice provvisoriamente selezionato, come indicato nella colonna di sinistra, è presente con una delle affezioni elencate sotto di esso, il codice da utilizzare è quello che appare in grassetto. Ci sono due tipi di combinazione:

"con menzione di" significa che l'altra affezione può essere presente in qualsiasi parte del certificato;

"quando riportato(a) come causa antecedente originante di" significa che l'altra affezione deve essere riportata nella corretta relazione causale o essere altrimenti indicata come "dovuta alla" causa (antecedente) originante.

A00-B99 Alcune malattie infettive e parassitarie

Eccetto per la malattia da virus dell'immunodeficienza umana [HIV] (B20-B24), quando riportate come cause (antecedenti) originanti un tumore maligno, codificare **C00-C97**.

- A15.- Tuberculosi respiratoria, confermata batteriologicamente ed istologicamente
- A16.- Tuberculosi respiratoria, non confermata batteriologicamente ed istologicamente
con menzione di:
J60-J64 (Pneumoconiosi), codificare **J65**
- A17.- Tuberculosi del sistema nervoso
- A18.- Tuberculosi di altri organi
con menzione di:
A15 o A16 (Tuberculosi respiratoria), codificare **A15, A16**, a meno che sia riportata come la causa (antecedente) originante di e con una durata specificata superiore a quella dell'affezione in A15.- o A16.-
- A39.2 Meningococcemia acuta
- A39.3 Meningococcemia cronica
- A39.4 Meningococcemia non specificata
con menzione di:
- A39.0 (Meningite meningococcica), codificare **A39.0**
- A39.1 (Sindrome di Waterhouse-Friderichsen), codificare **A39.1**
- A40.- Setticemia streptococcica
- A41 Altre forme di setticemia
- A46 Erisipela
- Codificare queste malattie quando sono successive a traumatismi superficiali (qualsiasi affezione classificabile a S00, S10, S20, S30, S40, S50, S60, S70, S80, S90, T00, T09.0, T11.0) o a ustione di primo grado; quando sono invece successive a traumatismo più grave, codificare la causa esterna del traumatismo.
- B20-B24 Malattia da virus dell'immunodeficienza umana [HIV]
- Le sottocategorie di B20-B23 sono codici a 4 caratteri per uso esclusivamente opzionale per i Paesi che utilizzano la versione dell'ICD-10 a quattro caratteri. Queste sottocategorie a quattro caratteri sono previste laddove non sia possibile o desiderato utilizzare la codifica multipla delle cause di morte.
- Condizioni morbose classificabili a due o più sottocategorie della medesima categoria dovrebbero essere codificate alla sottocategoria .7 della categoria appropriata (B20 o B21). Se desiderato, possono essere utilizzati codici aggiuntivi dalla classe B20-B24 per specificare condizioni morbose individuali elencate.
- B22.7 Malattia da HIV che dà luogo a malattie multiple classificate altrove
- Questa sottocategoria dovrebbe essere utilizzata quando condizioni morbose classificabili a due o più categorie di B20-B22 sono elencate sul certificato.

Se desiderato, possono essere utilizzati codici aggiuntivi della classe B20-B24 per specificare condizioni morbose individuali elencate.

- B95-B97 Batteri, virus ed altri agenti infettivi
Da non utilizzare per la codifica della causa iniziale di morte.
- E86 Ipovolemia
con menzione di:
A00-A09 (Malattie infettive intestinali), codificare **A00-A09**
- E89.- Disturbi endocrini e metabolici iatrogeni, non classificati altrove
Da non utilizzare per la codifica della causa iniziale di morte. Vedere Interventi operatori a pag. 74.
- F01-F09 Disturbi psichici di natura organica, inclusi quelli sintomatici
Da non utilizzare se la condizione fisica iniziale sia conosciuta.
- F10-F19 Disturbi psichici e comportamentali da uso di sostanze psicoattive
Quarto carattere .0 (Intossicazione acuta) e .5 (Disturbi psicotici) *con menzione di* Sindrome di dipendenza (.2), codificare **F10-F19** con quarto carattere .2
- F10.- Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol
con menzione di:
K70.- (Epatopatia alcolica), codificare **K70.-**
- F10.2 Sindrome di dipendenza dovuta all'uso di alcol
con menzione di:
F10.4, F10.6, F10.7 Stato di astinenza con delirium, Sindrome amnesica, Disturbo psicotico residuo od a esordio tardivo, codificare **F10.4, F10.6, F10.7**
- F17.- Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di tabacco
quando riportati come causa antecedente originante di:
C34.- (Tumore maligno dei bronchi e del polmone), codificare **C34.-**
I20-I25 (Cardiopatie ischemiche), codificare **I20-I25**
J40-J47 (Malattia cronica delle basse vie respiratorie) codificare **J40-J47**
- F70-F79 Ritardo mentale
Da non utilizzare se la condizione morbosa fisica è conosciuta.
- G25.5 Altre coree
con menzione di:
I00-I02 (Reumatismo articolare acuto), codificare **I02.-**
I05-I09 (Cardiopatie reumatiche croniche), codificare **I02.-**

- G81.- Emiplegia
- G82.- Paraplegia e tetraplegia
- G83.- Altre sindromi paralitiche
Da non utilizzare se la causa della paralisi è conosciuta.
- G97.- Disturbi iatrogeni del sistema nervoso centrale, non classificati altrove
Da non utilizzare per la codifica della causa iniziale di morte. Vedere Interventi operatori (paragrafo 4.2.6 a pag. 74).
- H54.- Cecità e ipovisione
Da non utilizzare se è conosciuta la condizione morbosa antecedente.
- H59.- Disturbi iatrogeni dell'occhio e degli annessi, non classificati altrove
Da non utilizzare per la codifica della causa iniziale di morte.
Vedere Interventi operatori (paragrafo 4.2.6 a pag. 74).
- H90.- Sordità da difetto di trasmissione e/o neurosensoriale
- H91 .- Altra perdita uditiva
Da non utilizzare se la condizione morbosa antecedente sia nota.
- H95.- Disturbi iatrogeni dell'orecchio e dell'apofisi mastoide non classificati altrove.
Da non utilizzare per la codifica della causa iniziale di morte. Vedere Interventi operatori (paragrafo 4.2.6 a pag. 74).
- I05.8 Altre malattie della valvola mitralica
- I05.9 Malattia della valvola mitralica non specificata
quando di causa non specificata *con menzione di:*
I34.- (Disturbi non reumatici della valvola mitralica), codificare **I34.-**
- I09.1 Malattie reumatiche dell'endocardio, valvola non specificata
- I09.9 Cardiopatia reumatica non specificata
con menzione di:
I05-I08 (Cardiopatia reumatica cronica), codificare **I05-I08**
- I10 Ipertensione essenziale (primitiva)
con menzione di:
I11.- (Cardiopatia ipertensiva), codificare **I11.-**
I12. (Malattia renale ipertensiva), codificare **I12.-**
I13.- (Malattia ipertensiva cardiaca e renale), codificare **I13.-**
I20-I25 (Cardiopatie ischemiche), codificare **I20-I25**

I60-I69 (Malattie cerebrovascolari), codificare **I60-I69**

N00.- (Sindrome nefritica acuta), codificare **N00.-**

N01.- (Sindrome nefritica rapidamente progressiva), codificare **N01.-**

N03.- (Sindrome nefritica cronica), codificare **N03.-**

N04.- (Sindrome nefrosica), codificare **N04.-**

N05.- (Sindrome nefritica non specificata), codificare **N05.-**

N18.- (Insufficienza renale cronica), codificare **I12.-**

N19.- (Insufficienza renale non specificata), codificare **I12.-**

N26.- (Rene grinzoso non specificato), codificare **I12.-**

quando riportata come causa antecedente originante di:

H35.0 (Retinopatia non proliferativa [background] ed alterazioni vascolari retiniche),
codificare **H35.0**

I05-I09 (Condizioni morbose classificabili a I05-I09, ma non specificate come reumatiche),
codificare **I34-I38**

I34-I38 (Disturbi valvolari non reumatici), codificare **I34-I38**

I50.- (Insufficienza cardiaca), codificare **I11.0**

I51.4-I51.9 (Complicanze di cardiopatie e malattie cardiache mal definite), codificare **I11.-**

I11.- Cardiopatia ipertensiva

con menzione di:

I12.- (Malattia renale ipertensiva), codificare **I13.-**

I13.- (Malattia ipertensiva cardiaca e renale), codificare **I13.-**

I20-I25 (Cardiopatie ischemiche), codificare **I20-I25**

N18.- (Insufficienza renale cronica), codificare **I13.-**

N19 (Insufficienza renale non specificata), codificare **I13.-**

N26 (Rene grinzoso non specificato), codificare **I13.-**

I12.- Malattia renale ipertensiva

con menzione di:

I11.- (Cardiopatia ipertensiva), codificare **I13.-**

I113.- (Malattia ipertensiva cardiaca e renale), codificare **I13.-**

I20-I25 (Cardiopatie ischemiche), codificare **I20-I25**

quando riportata come causa antecedente originante di:

I50.- (Insufficienza cardiaca), codificare **I13.0**

I51.4-I51.9 (Complicanze di cardiopatie e malattie cardiache mal definite), codificare
I13.-

- I13.- Malattia ipertensiva cardiaca e renale
con menzione di:
I20-I25 (Cardiopatie ischemiche), codificare **I20-I25**
- I15.- Ipertensione secondaria
Da non utilizzare per la codifica della causa iniziale di morte. Se la causa non è indicata, codificare ad Altre cause di mortalità mal definite o non specificate (R99).
- I20.- Angina pectoris
- I24.- Altre cardiopatie ischemiche acute
- I25.- Cardiopatia ischemica cronica
con menzione di:
I21.- (Infarto miocardico acuto), codificare **I21.-**
I22.- (Infarto miocardico recidivante), codificare **I22.-**
- I21.- Infarto miocardico acuto
con menzione di:
I22.- (Infarto miocardico recidivante), codificare **I22.-**
- I23.- Alcune complicanze in atto susseguenti ad infarto miocardico acuto
Da non utilizzare per la codifica della causa iniziale di morte. Usare il codice appropriato **I21.- o I22.-**
- I24.0 Trombosi coronarica non esitante in infarto miocardico
Da non utilizzare per la codifica della causa iniziale di morte. Per la mortalità si presume l'insorgenza dell'infarto miocardico e l'assegnazione è fatta in maniera appropriata ad **I21.- o I22.-**
- I27.9 Cuore polmonare non specificato
con menzione di:
M41.- (Scoliosi), codificare **I27.1**
- I44.- Blocco atrioventricolare e blocco di branca sinistra
- I45.- Altri disturbi di conduzione
- I46.- Arresto cardiaco
- I47.- Tachicardia parossistica
- I48 Fibrillazione e flutter atriali
- I49.- Altre aritmie cardiache
- I50.- Insufficienza cardiaca
- I51.4-I51.9 Complicanze di cardiopatie e malattie cardiache mal definite

con menzione di:

B57.- (Malattia di Chagas) codificare **B57.-**

I20-I25 (Cardiopatie ischemiche) codificare **I20-I25**

I50.- Insufficienza cardiaca

I51.9 Cardiopatia non specificata

con menzione di:

M41.- (Scoliosi), codificare **I27.1**

I50.9 Insufficienza cardiaca non specificata

I51.9 Cardiopatia non specificata

con menzione di:

J81 (Edema polmonare), codificare **I50.1**

I65.- Occlusione e stenosi di arterie precerebrali, senza esiti in infarto cerebrale

I66.- Occlusione e stenosi di arterie cerebrali, senza esiti in infarto cerebrale

Da non utilizzare per la codifica della causa iniziale di morte. Per la mortalità, si presume l'insorgenza di infarto cerebrale e l'assegnazione è fatta a **I63.-**

I67.2 Aterosclerosi cerebrale

con menzione di:

I60-I64 (Emorragia cerebrale, infarto o accidente cerebrovascolare), codificare **I60-I64**

quando riportata come causa antecedente originante di condizioni morbose classificabili in:

F03 (Demenza non specificata), codificare **F01.-**

G20 (Morbo di Parkinson), codificare **G20**

I70.- Aterosclerosi

con menzione di:

I10-I13 (Malattia ipertensiva), codificare **I10-I13**

I20-I25 (Cardiopatie ischemiche), codificare **I20-I25**

I51.4 (Miocardite non specificata), codificare **I51.4**

I51.5 (Degenerazione miocardica), codificare **I51.5**

I51.6 (Malattia cardiovascolare non specificata), codificare **I51.6**

I51.8 (Altre cardiopatie mal definite), codificare **I51.8**

I51.9 (Cardiopatia non specificata), codificare **I51.9**

I60-I69 (Malattie cerebrovascolari), codificare **I60-I69**

quando riportata come causa antecedente originante di:

I05-I09 (Condizioni morbose classificabili a I05-I09, ma non specificate come reumatiche),
codificare **I34-I38**

I34-I38 (Disturbi valvolari non reumatici), codificare **I34-I38**

I71-I78 (Altre malattie delle arterie, delle arteriole e dei capillari), codificare **I71-I78**

K55.- (Disturbi vascolari dell'intestino), codificare **K55.-**

N26 (Rene grinzoso non specificato), codificare **I12.-**

I70.9 Aterosclerosi generalizzata e non specificata

con menzione di:

R02 (Gangrena non classificata altrove), codificare **I70.2**

quando riportata come causa antecedente originante di:

F03 (Demenza non specificata), codificare **F01**

G20 (Morbo di Parkinson), codificare **G20**

I97- Disturbi del sistema circolatorio successivi a procedure diagnostiche o terapeutiche, non classificati altrove

Da non utilizzare per la codifica della causa iniziale di morte. Vedere Interventi operatori (paragrafo 4.2.6 a pag. 74).

J00 Rinofaringite acuta [banale raffreddore]

J06.- Infezioni acute di sedi multiple e non specificate delle alte vie respiratorie

quando riportate come cause (antecedenti) originanti di:

G03.8 (Meningite), codificare **G03.8**

G06.0 (Ascessi e granulomi intracranici), codificare **G06.0**

H65-H66 (Otite media), codificare **H65-H66**

H70.- (Mastoidite e condizioni morbose correlate), codificare **H70.-**

J10-J18 (Influenza e polmonite), codificare **J10-J18**

J20-J21 (Bronchite e bronchiolite), codificare **J20-J21**

J40-J42 (Bronchite cronica e non specificata), codificare **J40-J42**

J44.- (Altre pneumopatie ostruttive croniche), codificare **J44.-**

N00.- (Sindrome nefritica acuta), codificare **N00.-**

J20.- Bronchite acuta

con menzione di:

J41.- (Bronchite cronica semplice e mucopurulenta), codificare **J41.-**

J42 (bronchite cronica non specificata), codificare **J42**

- J44.- (Altre pneumopatie ostruttive croniche), codificare **J44.-**
- J40 Bronchite non specificata come acuta o cronica
- J41.- Bronchite cronica semplice e mucopurulenta
- J42 Bronchite cronica non specificata
con menzione di:
- J43.- (Enfisema), codificare **J44.-**
- J44.- (Altre pneumopatie ostruttive croniche) codificare **J44.-**
quando riportate come cause antecedenti originanti di:
- J45.- (Asma), codificare **J44.-** (ma vedere anche la nota a J45.-, J46 più avanti).
- J43.- Enfisema
con menzione di:
- J40 (Bronchite non specificata come acuta o cronica), codificare **J44.-**
- J41 .- (Bronchite cronica semplice o mucopurulenta), codificare **J44.-**
- J42 (Bronchite cronica non specificata), codificare **J44.-**
- J45.- Asma
- J46 Stato di male asmatico
- Quando l'asma e la bronchite (acuta) (cronica) o altre pneumopatie ostruttive croniche siano indicate insieme sullo stesso certificato della causa di morte, la causa iniziale dovrebbe essere selezionata applicando il Principio Generale o le Regole 1, 2 o 3 in maniera normale. Nessuno dei due termini deve essere considerato come un aggettivo che modifichi l'altro.
- J60-J64 Pneumoconiosi
con menzione di:
- A15-A16 (Tubercolosi respiratoria), codificare **J65**
- J81 Edema polmonare
con menzione di:
- I50.9 (Insufficienza cardiaca non specificata), codificare **I50.1**
- I51.9 (Cardiopatía non specificata), codificare **I50.1**
- J95.- Disturbi respiratori iatrogeni non classificati altrove
- Da non utilizzare per la codifica della causa iniziale di morte. Vedere Interventi operatori (paragrafo 4.2.6 a pag. 74).
- K91.- Disturbi iatrogeni dell'apparato digerente non classificati altrove
- Da non utilizzare per la codifica della causa iniziale di morte. Vedere Interventi operatori (paragrafo 4.2.6 a pag. 74).

- M41.- Scoliosi
con menzione di:
I27.9 (Cuore polmonare non specificato), codificare **I27.1**
I50.- (Insufficienza cardiaca), codificare **I27.1**
I51.9 (Cardiopatía non specificata), codificare **I27.1**
- M96.- Disturbi osteomuscolari iatrogeni, non classificati altrove
Da non utilizzare per la codifica della causa iniziale di morte. Vedere Interventi operatori (paragrafo 4.2.6 a pag. 74).
- N00.- Sindrome nefritica acuta
quando riportata come causa antecedente originante di:
N03.- (Sindrome nefritica cronica), codificare **N03.-**
- N18.- Insufficienza renale cronica
- N19 Insufficienza renale non specificata
- N26 Rene grinzoso non specificato
con menzione di:
I10 (Ipertensione essenziale (primitiva)), codificare **I12.-**
I11.- (Cardiopatía ipertensiva), codificare **I13.-**
I12.- (Malattia renale ipertensiva), codificare **I12.-**
- N46 Infertilità maschile
- N97.- Infertilità femminile
Da non utilizzare se la condizione morbosa causale sia conosciuta.
- N99.- Disturbi iatrogeni delle vie genitourinarie non classificati altrove
Da non utilizzare per la codifica della causa iniziale di morte. Vedere Interventi operatori (paragrafo 4.2.6 a pag. 74).
- O08.- Complicanze successive ad aborto e a gravidanza ectopica o molare
Da non utilizzare per la codifica della causa iniziale di morte. Utilizzare le categorie O00-O07.
- O30.- Gravidanza multipla
Da non utilizzare per la codifica della causa iniziale di morte se sia riportata una complicanza più specifica.

- O32.- Assistenza prestata alla madre per presentazione anormale del feto, accertata o presunta
con menzione di:
O33.- (Assistenza prestata alla madre per accertata o presunta sproporzione), codificare **O33.-**
- O33.9 (Assistenza prestata alla madre per sproporzione non specificata)
con menzione di:
O33.0-O33.3 (Sproporzione da anomalia pelvica della madre), codificare **O33.0-O33.3**
- O64.- Distocia da posizione o presentazione anomala del feto
con menzione di:
O65.- (Distocia da anomalia pelvica della madre), codificare **O65.-**
- O80-O84 Metodo del parto
Da non utilizzare per la codifica della causa iniziale di morte. Se non è riportata alcun'altra causa di mortalità materna, codificare Complicanza del travaglio e del parto non specificata (O75.9).
- P07.- Disturbi correlati a gestazione breve ed a basso peso alla nascita, non classificati altrove
- P08.- Disturbi correlati a gestazione prolungata e ad elevato peso alla nascita
Da non utilizzare se è riportata qualsiasi altra causa di mortalità perinatale.
- R69 Cause sconosciute e non specificate di morbosità
Da non utilizzare per la codifica della causa iniziale di morte. Codificare in maniera appropriata con R95-R99.
- S00-T98 Traumatismi, avvelenamenti ed alcune altre conseguenze di cause esterne
Da non utilizzare per la codifica della causa iniziale di morte eccetto se utilizzato come codice addizionale a una categoria appropriata compresa fra V01-Y89.
- S02.- Frattura del cranio e delle ossa facciali
Quando sono menzionate più sedi, codificare fratture multiple interessanti cranio e ossa facciali, **S02.7**.
- S06.- Traumatismo intracranico
Quando una frattura del cranio o delle ossa facciali è associata a un traumatismo intracranico, si dovrebbe dare la priorità alla frattura.
con menzione di:

	S02.- (Frattura del cranio o di ossa facciali), codificare S02.-
T36-T50	Avvelenamento da farmaci, droghe e sostanze biologiche (Avvelenamento accidentale e avvelenamento indeterminato in quanto all'intenzione da alcol e medicinali che inducono dipendenza) <i>con menzione di:</i> F10-F19 col quarto carattere .2 (dipendenza da alcol o droga), codificare F10-F19 con il quarto carattere .2
T79.-	Alcune complicanze precoci di traumatismi, non classificate altrove. Da non utilizzare se la natura del traumatismo antecedente è conosciuto.
V01-X59	Accidenti <i>con menzione di:</i> A35 (Tetano), codificare A35 <i>successivo a:</i> G40-G41 (Epilessia), codificare G40-G41
X40-X49	Avvelenamento accidentale da ed esposizione a sostanze nocive
Y10-Y15	Avvelenamento da ed esposizione a sostanze nocive, intento indeterminato (avvelenamento da alcol o droghe che inducono dipendenza) <i>con menzione di:</i> F10-F19 con quarto carattere .2 (dipendenza da alcol o dipendenza da droga), codificare F10-F19 con quarto carattere .2
Y90-Y98	Fattori supplementari associati a cause di morbosità e mortalità classificate altrove. Da non utilizzare per la codifica della causa iniziale di morte.
Z00-Z99	Fattori influenzanti lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari. Da non utilizzare per la codifica della causa iniziale di morte.

4.1.12 Riassunto delle associazioni per numero di codice

Quando la causa selezionata ha un codice che è elencato nella prima colonna della tavola 1, e una o più cause classificabili a codici elencati nella seconda colonna sono riportate in qualsiasi punto del certificato, codificare come indicato alla quarta colonna.

Quando la causa selezionata ha un codice che è elencato nella prima colonna e appare nel certificato come causa di una delle malattie i cui codici sono elencati nella terza colonna, codificare come indicato nella quarta colonna.

TAVOLA 1. SOMMARIO DELLE ASSOCIAZIONI PER NUMERO DI CODICE

Causa selezionata	Con menzione di:	Come causa di:	Codice associativo risultante
A00-B19)			
B25-B99)		C00-C97	C00-C97
A15.-, A16.-	J60-J64		J65
A17.-, A18.-	A15.-, A16.-		A15.-, A16-
A39.2-A39.4	A39.0, A39.1		A39.0, A39.1
E86	A00-A09		A00-A09
F10-F19 (F1X.0) (F1x.5)	F10-F19 (F1x.2)		F10-F19 (F1x.2)
F10	K70.-		K70.-
F10.2	F10.4, F10.6, F10.7		F10.4, F10.6, F10.7

Causa selezionata	Con menzione di:	Come causa di:	Codice risultante	associativo
F17.-		C34.- I20-I25 J40-J47	C34.- I20-I25 J40-J47	
G25.5	I00-I02 I05-I09		I02.- I02.-	
I05.8) I05.9) (di causa non) specificata))	I34.-		I34.-	
I09.1) I09.9)	I05-I08		I05-I08	
I10	I11.- I12.- I13.- I20-I25 I60-I69 N00.- N01.- N03-N05 N18.- N19 N26		I11.- I12.- I13.- I20-I25 I60-I69 N00.- N01.- N03-N05 I12.- I12.- I12.-	
		H35.0 I05-I09 (non specificata) reumatica) come	H35.0 I34-I38 I34-I38	
		I50.- I51.4-I51.9	I11.0 I11.-	
I11.-	I12.- I13.- I20-I25 N18.- N19 N26		I13.- I13.- I20-I25 I13.- I13.- I13.-	
I12.-	I11.- I13.- I20-I25		I13.- I13.- I20-I25	
		I50.- I51.4-I51.9	I13.0 I13.-	
I13.- I20.-) I24.-) I25.-)	I20-I25 I21.- I22.-		I20-I25 I21.- I22.-	

Causa selezionata	Con menzione di:	Come causa di:	Codice risultante	associativo
I21.-	I22.-		I22.-	
I27.9	M41.-		I27.1	
I44-I50)	B57.-		B57.-	
I51.4-I51.9)	I20-I25		I20-I25	
I50.-)				
I51.9)	M41.-		I27.1	
I50.9)				
I51.9)	J81		I50.1	
I67.2	I60-I64		I60-I64	
		F03	F01.-	
		G20	G20	
I70.-	I10-I13		I10-I13	
	I20-I25		I20-I25	
	I51.4		I51.4	
	I51.5		I51.5	
	I51.6		I51.6	
	I51.8		I51.8	
	I51.9		I51.9	
	I60-I69		I60-I69	
		I05-I09		
		(non specificato come reumatica)	I34-I38	
		I34-I38	I34-I38	
		I71-I78	I71-I78	
		K55.-	K55.-	
		N26	I12.-	
I70.9	R02		I70.2	
		F03	F01.-	
		G20	G20	
J00)				
J06.-)		G03.8	G03.8	
		G06.0	G06.0	
		H65-H66	H65-H66	
		H70.-	H70.-	
		J 1 0-J 18	J 1 0-J 18	
		J20-J21	J20-J21	
		J40-J42	J40-J42	
		J44.-	J44.-	
		N00.-	N00.-	
J20.-	J41.-		J41.-	
	J42		J42	
	J44.-		J44.-	

Causa selezionata	Con menzione di:	Come causa di:	Codice associativo risultante
J40)			
J41.-)	J43.-		J44
J42)	J44		J44
		J45.-	J44
J43.-	J40		J44
	J41.-		J44
	J42		J44
J60-J64	A15.-		J65
	A16.-		J65
J81	I50.9		I50.1
	I51.9		I50.1
M41.-	I27.9		I27.1
	I50.-		I27.1
	I51.9		I27.1
N00.-		N03.-	N03.-
N18.-)			
N19.-)			
N26)	I10		I12.-
	I11.-		I13.-
	I12.-		I12.-
O32.-	O33.-		O33.-
O33.9	O33.0-O33.3		O33.0-O33.3
O64.-	O65.-		O65.-
S06.-	S02.-		S02.-
T36-T50	F10-F19 (F1x.2)		F10-F19 (F1x.2)
V01 -X59	A35		A35
X40-X49)			
Y10-Y15)	F10-F19 (F1x.2)		F10-F19 (F1x.2)

TAVOLA 2. ELENCO DEI CODICI DA NON UTILIZZARE PER LA CODIFICA DELLA CAUSA INIZIALE DI MORTE^a

Codici che non debbono essere utilizzati per la codifica della causa iniziale di morte (codificare le affezioni in parentesi; se non è indicato alcun codice, codificare R99)	Da non utilizzare se la causa iniziale è conosciuta
B95-B97	F01-F09
E89.-	F70-F79
G97.-	G81.-
H59.-	G82.-
H95.-	G83.-
I15.-	H54.-
I23.- (codificare I21 o I22)	H90-H91
I24.0 (codificare I21 o I22)	N46
I65.- (codificare I63)	N97.-
I66.- (codificare I63)	O30.-
I97.-	P07.-
J95.-	P08.-
K91.-	T79.-
M96.-	
N99.-	
O08.-	
O80-O84 (codificare O75.9)	
R69.- (codificare R95-R99)	
S00-T98 (codificare V01-Y89)	
Y90-Y98	
Z00-Z99	

a In aggiunta ai codici con asterisco (vedere paragrafo 3.1.3).

4.2 Note per l'interpretazione delle certificazioni delle cause di morte

Le regole illustrate in precedenza permetteranno, in generale, di individuare la causa iniziale di morte da scegliere per l'intabulazione dei dati di mortalità. Ciascun paese si troverà nella necessità di integrare queste regole, secondo la completezza e la qualità dei dati forniti dal certificato medico. Le indicazioni riportate in questo paragrafo saranno d'ulteriore aiuto per la formulazione di tali istruzioni aggiuntive.

4.2.1 Presunzione di una causa intermedia

Frequentemente sul certificato medico è indicato che una condizione morbosa è all'origine di un'altra, ma la seconda non è una diretta conseguenza della prima. Per esempio, l'ematemesi può essere riportata come causa terminale dovuta a cirrosi invece di essere riportata come l'evento finale del concatenamento cirrosi --- -> ipertensione portale ---> rottura di varici esofagee ---> ematemesi.

Si può presumere una causa intermedia (quesiti 1, 2 e 3 del certificato) al fine di poter accettare il concatenamento indicato, ma ciò non deve essere utilizzato per modificare la codifica.

Esempio 1: 2) Nefrite cronica

3) Emorragia cerebrale

Codificare nefrite cronica (N03.9). Bisogna supporre l'ipertensione come affezione intermedia tra la causa iniziale, nefrite cronica e l'emorragia cerebrale.

Esempio 2: 2) Distacco prematuro di placenta

3) Ritardo mentale

Codificare distacco prematuro di placenta interessando il feto od il neonato (P02.1). Bisogna supporre il trauma da parto, l'anossia o l'ipossia, come affezione intermedia fra la causa iniziale, distacco prematuro di placenta e il ritardo mentale.

4.2.2 Interpretazione delle parole "assai improbabile"

L'espressione "assai improbabile" è stata utilizzata a partire dalla VI Revisione dell'ICD per indicare una correlazione causale inaccettabile. Come guida per l'interpretazione delle parole "assai improbabile" usate nell'applicazione del Principio Generale e delle regole di selezione, i seguenti concatenamenti dovrebbero essere considerati "assai improbabili".

a) una malattia infettiva o parassitaria (A00-B99) riportata come "dovuta a" qualsiasi malattia al di fuori di tale settore, ad eccezione di:

- diarrea e gastroenterite di presunta origine infettiva (A09))
- setticemia (A40-A41)) che può/possono essere
- erisipela (A46)) accettata(e) come
- gangrena gassosa (A48.0)) "dovute a" qualsiasi
- angina di Vincent (A69.1)) altra malattia
- micosi (B35-B49)
- qualsiasi malattia infettiva può essere accettata come "dovuta a" disturbi del meccanismo immunitario come la malattia da virus dell'immunodeficienza umana [HIV] o AIDS; immunosoppressione da sostanze chimiche (chemioterapia) e radiazioni;

tumori che compromettono il sistema immunitario (ad esempio linfomi maligni),

- la varicella e le infezioni da zoster (B01-B02) possono essere accettate come “dovute a” diabete, tubercolosi e tumori linfoproliferativi;
- b) un tumore maligno indicato come “dovuto a” qualsiasi altra malattia ad eccezione della malattia da virus dell’immunodeficienza umana [HIV];
- c) l’emofilia (D66, D67, D68.0-D68.2) riportata come “dovuta a” qualsiasi altra malattia;
- d) il diabete mellito (E10-E14) riportato come “dovuto a” qualsiasi altra malattia ad eccezione di:
- emocromatosi (E83.1),
 - malattie del pancreas (K85-K86),
 - tumori pancreatici (C25.-, D13.6, D13.7, D37.7),
 - malnutrizione (E40-E46);
- e) il reumatismo articolare acuto (I00-I02) o la cardiopatia reumatica (I05-I09) riportati come “dovuti a” qualsiasi malattia diversa da scarlattina (A38), setticemia streptococcica (A40.-), angina streptococcica (J02.0) e tonsillite acuta (J03.-);
- f) ogni condizione morbosa ipertensiva riportata come “dovuta a” qualsiasi tumore ad eccezione di:
- tumori endocrini,
 - tumori renali,
 - tumori carcinoidi;
- g) la cardiopatia ischemica cronica (I20, I25) riportata come “dovuta a” qualsiasi tumore;
- h) qualsiasi malattia cerebrovascolare (I60-I69) riportata come “dovuta a” malattia dell’apparato digerente (K00-K92) o endocardite (I05-I08, I09.1, I33-I38), ad eccezione dell’embolia cerebrale (I65-I66) o emorragia intracranica (I60-I62);
- i) qualsiasi condizione morbosa descritta come arteriosclerotica [aterosclerotica] riportata come “dovuta a” qualsiasi tumore;
- j) l’influenza (J10-J11) riportata come “dovuta a” qualsiasi altra malattia;
- k) una malformazione congenita (Q00-Q99) riportata come “dovuta a” qualsiasi altra malattia dell’individuo, inclusa l’immaturità;
- l) una condizione morbosa iniziata ad una data x, riportata come “dovuta ad” un’affezione iniziata ad una data y posteriore a x;
- m) qualsiasi accidente (V01-X59) riportato come “dovuto a” qualsiasi altra causa al di fuori di questo settore ad eccezione dell’epilessia (G40-G41).

Questo elenco di concatenamenti “assai improbabili” non è esaustivo, tuttavia negli altri casi si seguirà il Principio Generale a meno che ragioni molto valide vi si oppongano.

Si potranno accettare come possibili (ai quesiti 1, 2 e 3 del certificato) i concatenamenti: malattie acute o terminali del sistema circolatorio quando siano indicate come dovute a tumori maligni, diabete o asma.

Sono considerate malattie acute o terminali del sistema circolatorio, le seguenti condizioni morbose:

- I21-I22 Infarto miocardico acuto
- I24.- Altre cardiopatie ischemiche acute
- I26.- Embolia polmonare
- I30.- Pericardite acuta
- I33.- Endocardite acuta e subacuta
- I40.- Miocardite acuta
- I44.- Blocco atrioventricolare e blocco di branca sinistra
- I45.- Altri disturbi di conduzione
- I46.- Arresto cardiaco
- I47.- Tachicardia parossistica
- I48 Fibrillazione e flutter atriali
- I49.- Altre aritmie cardiache
- I50.- Insufficienza cardiaca
- I51.8 Altre cardiopatie mal definite
- I60-I68 Malattie cerebrovascolari ad eccezione di I67.0-I67.5 e I67.9

4.2.3 Influenza della durata della condizione morbosa sulla codifica

Per la valutazione del concatenamento della causa diretta di morte con le cause antecedenti riportato sul certificato, si terrà conto di tutte le indicazioni relative all'intervallo intercorrente tra l'esordio della malattia o condizione ed il momento della morte. Ciò dovrebbe valere per l'interpretazione dei concatenamenti "assai improbabile" (vedere paragrafo 4.2.2) e per l'applicazione della Regola di modifica F (sequele).

Le categorie O95 (Morte di origine ostetrica da causa non specificata), O96 (Morte da qualsiasi causa ostetrica che avvenga da più di 42 giorni, ma meno di un anno, dopo il parto) e O97 (Morte per sequele di cause ostetriche dirette) classificano le morti da cause ostetriche in base al tempo intercorso fra l'evento ostetrico e la morte della donna). La categoria O95 deve essere utilizzata quando una donna muore durante la gravidanza, il travaglio, il parto o il puerperio e l'unica informazione disponibile sia morte "materna" o "da causa ostetrica". Se è specificata la causa ostetrica della morte, codificare con l'appropriata categoria. La categoria O96 è utilizzata per classificare le morti da cause ostetriche dirette o indirette che avvengano dopo 42 giorni, ma meno di un anno, dopo il parto. La categoria O97 è utilizzata per classificare le morti da qualsiasi causa ostetrica diretta che avvengano un anno o più dopo il parto.

Le condizioni morbose classificate come malformazioni e deformazioni congenite, anomalie cromosomiche (Q00-Q99), anche quando non siano specificate come congenite sul certificato medico, dovrebbero essere codificate come tali se l'intervallo fra l'esordio dell'affezione e la morte e l'età del deceduto indichino che tale affezione esisteva dalla nascita.

La classificazione internazionale prevede categorie specifiche per indicare le sequele o i postumi di alcune malattie e dei traumatismi. In molti casi queste sequele comprendono le affezioni presenti un anno o più dopo l'esordio della malattia o del traumatismo (vedere anche il paragrafo seguente "Sequele").

4.2.4 Sequele

Talune categorie (B90-B94, E64.-, E68, G09, I69.-, O97 e Y85-Y89) debbono essere utilizzate per la codifica della causa iniziale di morte per indicare che la morte è stata la conseguenza di postumi o effetti tardivi residui di una data malattia o lesione traumatica, piuttosto che della loro fase attiva. In tali circostanze si applica la Regola di modificazione F. Le condizioni morbose riportate come sequele od effetti residui di una data malattia o traumatismo dovrebbero essere classificate all'appropriata categoria relativa a sequele, indipendentemente dall'intervallo che intercorre tra l'esordio della malattia e la morte. Per talune condizioni morbose, le morti avvenute un anno o più dopo l'esordio della malattia o del traumatismo si presume siano dovute ad un postumo o sequela di tali affezioni, anche se nessuna sequela è esplicitamente menzionata. Una guida per l'interpretazione delle sequele è data sotto gran parte delle categorie relative a "sequele di..." nella classificazione analitica.

B90.- Sequele di tubercolosi

Le sequele comprendono condizioni morbose specificate come tali o come esiti di malattia tubercolare progressa e residui di tubercolosi specificata come di vecchia data, curata, cicatrizzata, inattiva o quiescente a meno che non vi siano segni evidenti di tubercolosi in fase attiva.

B94.0 Sequele di tracoma

Le sequele comprendono condizioni residuali del tracoma specificate come cicatrizzate o inattive e talune specificate sequele come cecità, entropion cicatrizzale e cicatrici congiuntivali, a meno che ci siano segni evidenti di infezione in fase attiva.

B94.1 Sequele di encefalite virale

Le sequele comprendono condizioni morbose specificate come tali o come esiti e quelle che sono presenti un anno o più dopo l'esordio della malattia.

B94.8 Sequele di altre malattie infettive e parassitarie

Le sequele comprendono condizioni morbose specificate come tali o come postumi o esiti di queste malattie indicate come di vecchia data, curate, cicatrizzate, inattive o quiescenti a meno che non vi siano segni evidenti di malattia in fase attiva. Le sequele comprendono inoltre condizioni morbose croniche indicate come dovute a, o condizioni morbose residue presenti un anno o più dopo l'insorgenza di, malattie classificabili nelle categorie A00-B89.

E64.3 Sequele di rachitismo

Le sequele includono qualsiasi condizione morbosa specificata come rachitica o dovuta a rachitismo e presente un anno o più dopo l'esordio, o dichiarata essere una sequela o un postumo del rachitismo.

G09 Sequele di malattie infiammatorie del sistema nervoso centrale

Questa categoria è prevista per la codifica di sequele di condizioni morbose classificabili a G00.-, G03-G04, G06.- e G08. Le sequele di malattie infiammatorie del sistema nervoso centrale soggette alla doppia classificazione (G01*-G02*, G05.-* e G07*) dovrebbero essere codificate alle categorie designate per le sequele delle condizioni morbose iniziali (ad esempio B90.0 Sequele di tubercolosi del sistema nervoso centrale). Se non vi è alcuna categoria per sequele della condizione morbosa iniziale, codificare la condizione morbosa iniziale stessa.

4.2.5 Compatibilità fra sesso del paziente e diagnosi

Alcune categorie della classificazione internazionale si riferiscono ad un solo sesso (vedere paragrafo 3.1.5). Se, dopo verifica, vi è incompatibilità tra sesso e causa di morte indicata sul certificato, la morte dovrebbe essere classificata in "Altre cause di mortalità mal definite o non specificate" (R99).

4.2.6 Interventi operatori

Se il certificato indica un'operazione come causa di morte, senza indicare l'affezione per la quale il soggetto è stato operato, né le constatazioni fatte durante l'operazione e l'indice alfabetico non prevede alcuna categoria specifica per tale operazione, codificare nella categoria residuale per l'organo o la sede indicati dal nome dell'operazione (ad esempio codificare "nefrectomia" in N28.9). Se l'operazione non indica un organo

o sede, ad esempio “laparotomia”, codificare “Altre cause di mortalità mal definite o non specificate” (R99), a meno che non sia menzionato un accidente terapeutico classificabile in Y60-Y84 od una complicanza postoperatoria.

4.2.7 Tumori maligni

Quando un tumore maligno è considerato causa iniziale di morte, è molto importante determinare quale sia la sede anatomica d’insorgenza. Si dovrebbe pure prendere in considerazione la morfologia ed il comportamento. Il termine “cancro” è generico e può essere utilizzato per qualsiasi gruppo morfologico, sebbene sia raramente applicato a tumori maligni del tessuto linfatico, ematopoietico e tessuti correlati. Il termine “carcinoma” è talvolta usato in maniera scorretta come sinonimo di “cancro”. Alcuni certificati di morte possono essere ambigui laddove ci sia un dubbio sulla sede d’insorgenza del tumore primitivo o sia imprecisa la compilazione del certificato. In queste circostanze, se possibile, si dovrebbero chiedere delucidazioni al medico certificatore. Se non è possibile ottenere tali informazioni, si dovranno osservare le seguenti linee guida.

I tipi morfologici dei tumori, classificati nelle pagine 1179-1204 del Volume I, possono essere trovati nell’indice Alfabetico con il loro codice morfologico e con un’indicazione riguardo alla codifica per sede d’insorgenza.

A. Indicazioni implicanti malignità

La menzione sul certificato che un tumore ha dato origine a metastasi, implica che il tumore sia maligno e pertanto deve essere codificato come tale anche quando il suo nome, in assenza d’indicazioni di metastasi, lo farebbe classificare in altra parte del II Settore.

Esempio 1: 2) Carcinoma in situ della mammella
 3) Interessamento metastatico dei linfonodi
 Codificare tumore maligno della mammella (C50.9).

B. Sedi con prefissi o definizioni imprecise

I tumori le cui sedi sono designate da prefissi quali “peri”, “para”, “pre”, “supra”, “infra”, etc. oppure descritti “nell’area” o “nella regione” di una sede, a meno che non siano specificatamente indicati nell’indice Alfabetico, dovrebbero essere codificati come segue: per i tipi morfologici classificabili in una delle categorie C40, C41 (ossa e cartilagine articolare), C43 (melanoma maligno della cute), C44 (altri tumori maligni della cute), C45 (mesotelioma), C47 (nervi periferici e sistema nervoso autonomo), C49 (tessuto connettivo ed

altri tessuti molli), C70 (meningi), C71 (encefalo) e C72 (altre parti del sistema nervoso centrale), codificare nell'appropriata sottocategoria; altrimenti utilizzare l'appropriata sottocategoria di C76 (altra e mal definita sede).

Esempio 2: 3) Fibrosarcoma nella regione della gamba

Codificare tumore maligno del tessuto connettivo e tessuti molli dell'arto inferiore (C49.2).

C. Tumori maligni di sede non specificata con altre condizioni morbose riportate

Quando la sede di un tumore maligno primitivo non è specificata, non si dovrebbe fare alcuna presunzione riguardo alla sede sulla base della localizzazione d'altre condizioni morbose riportate come perforazione, ostruzione od emorragia. Tali condizioni morbose possono insorgere in sedi non correlate con il tumore, ad esempio l'ostruzione intestinale può essere causata da una diffusione di un tumore maligno ovarico.

Esempio 3: 2) Carcinoma

3) Ostruzione intestinale

Codificare tumore maligno senza indicazione della sede (C80).

D. Tumori maligni con indicazione della sede primitiva

Se una sede particolare è indicata come primitiva, dovrebbe essere selezionata, indipendentemente dalla sua posizione sul certificato, e sia si trovi sia non si trovi a concausa. Se la sede primitiva è dichiarata sconosciuta, vedere sotto al punto E. La sede primitiva può essere indicata in uno dei modi seguenti:

a. La specificazione di una sede come primitiva ad un qualsiasi quesito.

Esempio 4: 3) Carcinoma della vescica

4) Tumore maligno primitivo del rene

Codificare tumore maligno del rene (C64).

b. La specificazione di altre sedi come "secondarie", "metastasi", "diffusione" o "carcinomatosi".

- Esempio 5: 2) Tumore secondario dell'encefalo
 3) Carcinoma della mammella

Codificare tumore maligno della mammella (C50.9), dal momento che si applica la Regola 2.

c. La morfologia indica un tumore maligno primitivo.

Se un tipo morfologico implica una sede primitiva, come l'epatoma, considerare questa come se la parola "primitivo" fosse stata inclusa.

- Esempio 6: 2) Adenocarcinoma pseudomucinoso
 3) Carcinoma metastatico

Codificare tumore maligno dell'ovaio (C56), dal momento che l'adenocarcinoma pseudomucinoso di sede non specificata è assegnato all'ovaio nell'Indice Alfabetico.

Se sono indicate due o più sedi primitive o morfologie, queste dovrebbero essere codificate secondo i paragrafi F, G e H riportati più avanti.

E. Sede primitiva sconosciuta

Quando in qualsiasi parte sul certificato compare "sede primitiva sconosciuta" o un'espressione ad essa equivalente, codificare nell'apposita categoria per sede non specificata per il tipo morfologico interessato (ad esempio adenocarcinoma C80, fibrosarcoma C49.9, osteosarcoma C41.9), indipendentemente dalla(e) sede(i) menzionata(e) altrove sul certificato.

- Esempio 7: 1) ? Stomaco ? Colon
 2) Sede primitiva sconosciuta
 3) Carcinoma secondario del fegato

Codificare tumore maligno senza indicazione della sede (C80).

- Esempio 8: 1) Sede primitiva sconosciuta
 2) Melanoma del dorso
 3) Metastasi generalizzate

Codificare melanoma maligno di sede non specificata (C43.9).

F. Sedi indipendenti (primitive) multiple (C97)

La presenza di più di un tumore primitivo potrebbe essere indicata dalla menzione di due sedi anatomiche differenti o di due tipi morfologici distinti (ad esempio ipernefroma e carcinoma intraduttale), o dall'indicazione di un tipo morfologico che implica una sede specifica più una seconda sede. È assai improbabile che quello primitivo sia dovuto ad altro tumore maligno primitivo ad eccezione del gruppo

dei tumori maligni del tessuto linfatico, ematopoietico e tessuti correlati (C81-C96), all'interno del quale una forma di tumore maligno può essere dovuta ad un'altra forma (ad esempio la leucemia può seguire un linfoma non-Hodgkin).

Se due o più sedi menzionate ai quesiti 1, 2 e 3 appartengono allo stesso organo o apparato, vedere paragrafo H, pag. 84. Se, invece, non appartengono allo stesso organo o apparato e non vi è alcun'indicazione che qualcuno sia primitivo o secondario codificare tumori maligni di sedi indipendenti (primitive) multiple (C97), a meno che tutte siano classificabili a C81-C96, o una delle sedi menzionate sia o una comune sede di metastasi o il polmone (vedere il paragrafo seguente G).

Esempio 9: 1) Cancro della mammella
2) Cancro dello stomaco

Codificare tumori maligni di sedi indipendenti (primitive) multiple (C97), dal momento che sono menzionate due sedi anatomiche differenti ed è improbabile che uno primitivo possa essere dovuto ad un altro.

Esempio 10: 1) Carcinoma della vescica
2) Morbo di Hodgkin

Codificare tumori maligni di sedi indipendenti (primitive) multiple (C97), dal momento che sono menzionati due tipi morfologici distinti.

Esempio 11: 1) Linfoma non-Hodgkin
2) Leucemia linfocitica acuta

Codificare linfoma non-Hodgkin (C85.9), dal momento che ambedue sono classificabili in C81-C96 ed il concatenamento è accettabile.

Esempio 12: 1) Carcinoma ovarico
2) Linfoma non-Hodgkin
3) Leucemia

Codificare tumori maligni di sedi indipendenti (primitive) multiple (C97), dal momento che, sebbene due dei tumori siano classificabili in C81-C96, vi è menzione di una sede che è classificabile altrove.

Esempio 13: 1) Leucemia
4) Carcinoma della mammella

Codificare leucemia (C95.9) perché il carcinoma della mammella è al quesito 4. Quando sono indicate sedi multiple, dovrebbero essere considerate solo le sedi riportate ai quesiti 1, 2 e 3 (vedere paragrafo H).

G. Tumori metastatici

Quando un tumore maligno si diffonde o metastatizza, di solito, mantiene la stessa morfologia anche se può diventare meno differenziato. Alcune metastasi hanno una tale caratteristica apparenza microscopica che l'anatomo-patologo può dedurre con sicurezza la sede primitiva, ad esempio la tiroide.

Una estesa diffusione di metastasi è spesso chiamata carcinomatosi. Se un termine aspecifico, non qualificato come carcinoma o sarcoma, compare con un termine che descrive un tipo istologico più specifico dello stesso gruppo esteso, codificare la sede morfologica più specifica, presumendo che l'altra sia metastatica.

Sebbene le cellule cancerigne possano metastatizzare ovunque nel corpo, talune sedi sono più comuni di altre e devono essere trattate differientemente (vedere sotto). Comunque, se una di queste sedi appare isolatamente su un certificato di morte e non è qualificata con la parola "metastatica", dovrebbe essere considerata primitiva.

Comuni sedi di metastasi

Cuore

Diaframma

Encefalo

Fegato

Linfonodi

Mediastino

Meningi

Midollo spinale

Ossa

Peritoneo

Pleura

Polmone

Retroperitoneo

Sedi mal definite (sedi classificabili in C76)

- Il polmone pone problemi speciali in quanto è comune sede sia di metastasi sia di tumori maligni primitivi, Il polmone dovrebbe essere considerato come una comune sede di metastasi allorquando esso appare con sedi non elencate in questa lista. Tuttavia, quando è menzionato il cancro bronchiale o broncogeno il tumore dovrebbe essere considerato primitivo. Se il polmone è menzionato e le sole altre sedi sono nella lista di comuni sedi di metastasi, considerare come primitiva la sede del polmone.

-
- Si dovrebbero presumere come secondari i tumori maligni dei linfonodi non specificati come primitivi.
-

Esempio 14: 3) Cancro dell'encefalo
Codificare tumore maligno dell'encefalo (C71.9).

Esempio 15: 1) Carcinoma metastatico del polmone
4) Cancro delle ossa
Codificare tumore maligno del polmone (C34.9), dal momento che le ossa rientrano nella lista delle comuni sedi di metastasi ed il polmone si può pertanto presumere primitivo.

L'aggettivo "metastatico" è usato in modo ambiguo: per indicare talvolta localizzazioni secondarie di un tumore primitivo localizzato altrove, altre volte per indicare un tumore primitivo, produttore di metastasi. Per evitare confusione, sono proposte le seguenti linee guida:

(a) Un tumore maligno descritto come "metastatico da" [from] una sede deve essere interpretato come primitivo di quella sede

Esempio 16: 3) Teratoma metastatico dall'ovaio
Codificare tumore maligno dell'ovaio (C56).

(b) Un tumore maligno, descritto come "metastatico a" ["to"] una sede, deve essere interpretato come secondario di quella sede a meno che la morfologia indichi una sede primitiva specifica.

Esempio 17: 3) Carcinoma metastatico al retto
Codificare tumore maligno secondario del retto (C78.5). La parola "al" indica chiaramente il retto come secondario.

Esempio 18: 3) Osteosarcoma metastatico all'encefalo
Codificare tumore maligno delle ossa (C41.9), dal momento che questa è la sede non specificata dell'osteosarcoma.

(c) Un tumore maligno singolo descritto come "metastatico (di, del)" ["of"]

Il termine "metastatico" o "metastatico di" dovrebbe essere interpretato come segue:

- (i) Se è menzionata una sola sede e questa è qualificata come metastatica, codificare tumore primitivo maligno di quella particolare sede se non è menzionato alcun tipo morfologico e non è una comune sede metastatica (vedere lista delle comuni sedi di metastasi, pag. 79)

Esempio 19: 3) Cancro cervicale metastatico

Codificare tumore maligno della cervice uterina (C53.9).

- (ii) Se non è riportata alcuna sede, ma il tipo morfologico è qualificato come “metastatico” codificare sede primitiva non specificata corrispondente al tipo morfologico in questione.

Esempio 20: 3) Carcinoma a cellule a chicchi d’avena metastatico

Codificare tumore maligno del polmone (C34.9).

- (iii) Se un singolo tipo morfologico e una sede, diversa dalle comuni sedi di metastasi (vedere lista a pag. 79), sono menzionati come metastatici, codificare nella categoria specifica per il tipo morfologico e sede interessati.

Esempio 21: 3) Melanoma metastatico del braccio

Codificare melanoma maligno della cute del braccio (C43.6), dal momento che in questo caso la sede mal definita del braccio è una sede specifica per il melanoma, non una comune sede di metastasi classificabile in C76.-.

- (iv) Se un singolo tipo morfologico è menzionato come metastatico e la sede menzionata è una delle comuni sedi di metastasi eccetto il polmone, codificare in “sede non specificata” per il tipo morfologico, a meno che la sede non specificata sia classificata a C80 (tumore maligno senza indicazione della sede), nel qual caso codificare tumore maligno secondario della sede menzionata.

Esempio 22: 3) Osteosarcoma metastatico dell’encefalo

Codificare tumore maligno osseo non specificato (C41.9), dal momento che l’encefalo è nella lista delle comuni sedi di metastasi.

- (v) Se una delle comuni sedi di metastasi, eccetto il polmone, è descritta come metastatica e non è menzionata nessun’altra sede o morfologia, codificare tumore secondario ditale sede (C77-C79).

Esempio 23: 3) Cancro metastatico dell’encefalo

Codificare tumore maligno secondario dell’encefalo (C79.3).

Esempio 24: 3) Carcinoma metastatico del polmone
Codificare tumore maligno del polmone (C34.9).

(a) Più tumori maligni qualificati come metastatici

- (i) Se sono riportate due o più sedi con la stessa morfologia, non nella lista delle comuni sedi di metastasi, e tutte sono qualificate come “metastatiche”, codificare come sede primaria non specificata dell'apparato e del tipo morfologico interessati.

Esempio 25: 2) Carcinoma metastatico della cute
3) Carcinoma metastatico della prostata
Codificare tumore maligno senza indicazione della sede (C80), dal momento che il carcinoma metastatico della prostata non è verosimile che sia dovuto al carcinoma metastatico della cute; ambedue sono probabilmente dovuti a una diffusione da un tumore maligno di sede primitiva sconosciuta, che avrebbe dovuto essere riportato al quesito 1.

Esempio 26: 1) Carcinoma metastatico del polmone
2) Carcinoma metastatico della mammella
3) Carcinoma metastatico dello stomaco
Codificare tumore maligno senza indicazione della sede (C80), dal momento che mammella e stomaco non appartengono allo stesso apparato anatomico ed il polmone è nella lista delle comuni sedi di metastasi.

- (ii) Se due o più tipi morfologici di gruppi istologici differenti sono qualificati come metastatici, codificare tumori maligni di sedi indipendenti (primitive) multiple (C97) (vedere paragrafo F, pag. 77).

Esempio 27: 1) Sarcoma metastatico dell'utero
2) Adenocarcinoma metastatico dell'intestino
3) Occlusione intestinale
Codificare tumori maligni di sedi indipendenti (primitive) multiple (C97).

- (iii) Se una morfologia implicante una sede ed una sede anatomica indipendente sono ambedue qualificate come metastatiche, codificare tumore maligno senza indicazione della sede (C80).

Esempio 28: 3) Carcinoma metastatico del colon e a cellule renali
Codificare tumore maligno senza indicazione della sede (C80).

- (iv) Se è menzionata più di una sede con la medesima morfologia e tutte, tranne una, sono qualificate come metastatiche o appaiono nella lista delle comuni sedi di metastasi, codificare la sede che non è qualificata come metastatica, senza riguardo all'ordine con cui sono riportate ai quesiti 1, 2, 3 o 4. Se tutte le sedi sono qualificate come metastatiche o sono nella lista di comuni sedi di metastasi, incluso il polmone, codificare tumore maligno senza indicazione della sede (C80).

Esempio 29: 1) Carcinoma metastatico del colon
2) Carcinoma della colecisti
3) Carcinoma metastatico dello stomaco
Codificare tumore maligno della colecisti (C23).

Esempio 30: 1) Carcinoma cervicale metastatico
2) Carcinoma polmonare
3) Carcinoma metastatico ovarico
Codificare tumore maligno senza indicazione della sede (C80).

Esempio 31: 2) Carcinoma metastatico del polmone
3) Carcinoma metastatico dello stomaco
4) Carcinoma del colon
Codificare tumore maligno del colon (C18.9), dal momento che questa è l'unica diagnosi non qualificata come metastatica, anche se essa è indicata al quesito 4.

- (v) Se tutte le sedi menzionate sono nella lista delle comuni sedi di metastasi, codificare sede primitiva sconosciuta del tipo morfologico interessato, a meno che non sia menzionato il polmone, nel qual caso codificare tumore maligno del polmone (C34.-).

Esempio 32: 2) Cancro addominale
3) Cancro del fegato
Codificare tumore maligno senza indicazione della sede (C80), dal momento che ambedue sono nella lista delle comuni sedi di metastasi. (L'addome è una delle sedi mal definite incluse in C76.-).

Esempio 33: 2) Cancro polmonare
3) Cancro dell'encefalo

Codificare tumore maligno del polmone (C34.9), dal momento che il polmone in questo caso è considerato essere primario, perché l'encefalo, l'unica altra sede menzionata, è nella lista delle comuni sedi di metastasi.

- (vi) Se solo una delle sedi menzionate è nella lista delle comuni sedi di metastasi o è il polmone, codificare la sede non elencata nella lista.

Esempio 34: 2) Cancro della mammella

3) Cancro del polmone

Codificare tumore maligno della mammella (C50.9), dal momento che in questo caso il polmone è considerato essere una sede metastatica, perché la mammella non è nella lista delle comuni sedi di metastasi.

- (vii) Se una o più delle sedi menzionate sono una comune sede di metastasi (vedere lista pag. 79), ma due o più sedi o tipi morfologici differenti sono pure menzionati, codificare tumori maligni di sedi indipendenti (primitive) multiple (C97) (vedere paragrafo F pag. 77).

Esempio 35: 1) Cancro del colon

2) Cancro della vescica

3) Cancro del fegato

Codificare tumori maligni di sedi indipendenti (primitive) multiple (C97), dal momento che il fegato è nella lista delle comuni sedi di metastasi e ci sono ancora due altre sedi indipendenti.

- (viii) Se c'è una commistione di diverse sedi qualificate come metastatiche e sono menzionate diverse altre, fare riferimento alle regole per sedi multiple (vedere paragrafi F ed H).

H. Sedi multiple

Nel caso di sedi multiple, occorre prendere in considerazione solo le sedi di cui ai quesiti 1, 2 e 3 del certificato.

Se sono riportate sul certificato più sedi di tumori maligni, dovrebbe essere selezionata la sede specificata come primitiva o tumore maligno non indicato se primitivo o secondario (vedere i precedenti paragrafi D, E e F).

Sedi multiple delle quali nessuna è specificata come primitiva

- (a) Nonostante le indicazioni del punto H di prendere in considerazione solo le sedi riportate ai quesiti 1, 2 e 3, se sono menzionate in qualsiasi parte del certificato comuni sedi di metastasi, ad eccezione del polmone, ed un'altra sede od altro tipo morfologico, codificare l'altra sede. Se, comunque, un tumore maligno del tessuto linfatico, ematopoietico e tessuti correlati appare al quesito 4, dovrebbero essere presi in considerazione solo i quesiti 1, 2 e 3.

Esempio 36: 2) Cancro del fegato

3) Cancro dello stomaco

Codificare tumore maligno dello stomaco (C16.9). Sebbene l'ordine di compilazione suggerisca che il fegato sia la sede primitiva, sono improbabili le metastasi dal fegato - comune sede di metastasi - allo stomaco e si presume che il cancro dello stomaco abbia metastatizzato il fegato.

Esempio 37: 3) Cancro peritoneale

4) Carcinoma mammario

Codificare tumore maligno della mammella (C50.9), dal momento che si presume che il cancro peritoneale sia secondario perché è menzionato nella lista delle comuni sedi di metastasi.

- (b) I tumori maligni descritti come una sede "o" un'altra oppure se "o" è implicito, dovrebbero essere codificati nella categoria che comprende ambedue le sedi. Se non esiste nessuna categoria appropriata, codificare nella sede non specificata del tipo morfologico interessato. Questa regola si applica a tutte le sedi, menzionate o non menzionate nella lista delle comuni sedi di metastasi.

Esempio 38: 3) Carcinoma del colon ascendente o discendente

Codificare tumore maligno del colon, non specificato (C18.9).

Esempio 39: 3) Osteosarcoma di vertebra lombare o del sacro

Codificare tumore maligno di osso, non specificato (C41.9).

- (c) Se due o più tipi morfologici di tumori maligni riguardano il tessuto linfatico, ematopoietico e tessuti correlati (C81-C96), codificare sulla base dell'ordine di compilazione, dal momento che questi tumori, talvolta, danno luogo ad altre entità morbose comprese fra C81-C96. Le riacutizzazioni o le crisi blastiche di una leucemia cronica dovrebbero essere codificate come forma cronica.

Esempio 40: 2) Linfoma non-Hodgkin
3) Leucemia linfocitica acuta
Codificare linfoma non-Hodgkin (C85.9).

Esempio 41: 3) Leucemia linfocitica acuta e cronica
Codificare leucemia linfocitica cronica (C91.1).

Sedi multiple nello stesso apparato

Se le sedi menzionate sono nello stesso apparato e sono contigue, dovrebbero essere utilizzate le sottocategorie .8, incluse quelle elencate a pagina 183 del Volume I. Ciò si applica quando il certificato descrive le sedi come una sede "e" un'altra oppure se le sedi sono menzionate in quesiti differenti. Codificare la sottocategoria .8 che comprende ambedue le sedi. Se c'è qualche dubbio sulla contiguità delle sedi menzionate, codificare nella sede non specificata dell'organo menzionato.

(a) Se c'è menzione di due sottosedi contigue della medesima sede, codificare la sottocategoria .8 di quella categoria a tre caratteri.

Esempio 42: 3) Carcinoma del colon discendente e del sigma
Codificare lesione sconfinante del colon (C18.8).

(b) Se le sottosedi non sono contigue, codificare nella sottocategoria .9 di quella categoria a 3 caratteri.

Esempio 43: 2) Carcinoma della coda del pancreas
3) Carcinoma della testa del pancreas
Codificare tumore maligno del pancreas, non specificato (C25.9).

(c) Se c'è menzione di due sedi contigue classificate in differenti categorie a 3 caratteri dello stesso apparato, codificare la sottocategoria .8 relativa a quell'apparato (vedere Nota 5 nell'introduzione del II Settore del Volume , pag. 183).

Esempio 44: 3) Carcinoma della vagina e della cervice uterina
Codificare lesione sconfinante degli organi genitali femminili (C57.8).

(d) Se sul certificato sono menzionate due sedi ed ambedue appartengono allo stesso organo ed hanno lo stesso tipo morfologico, codificare nella sottocategoria .9 relativa a quell'organo, secondo la lista seguente:

C26.9 Sedi mal definite dell'apparato digerente
C39.9 Sedi mal definite dell'apparato respiratorio
C41.9 Ossa e cartilagine articolare non specificati
C49.9 Tessuto connettivo e tessuti molli non specificati
C57.9 Organi genitali femminili non specificati
C63.9 Organi genitali maschili non specificati
C68.9 Organo urinario non specificato
C72.9 Sistema nervoso centrale non specificato

Esempio 45: 1) Cancro della colecisti
2) Cancro dello stomaco
3) Embolia polmonare
Codificare sedi mal definite dell'apparato digerente (C26.9).

(e) Se non è disponibile alcuna sottocategoria .8 o .9, codificare tumori maligni di sedi indipendenti (primitive) multiple (C97).

Esempio 46: 1) Carcinoma della prostata e della vescica
2) Arresto cardiaco
Codificare tumori maligni di sedi indipendenti (primitive) multiple (C97), dal momento che non è disponibile una sottocategoria .8.

I. Malattie infettive e tumori

(a) A causa dell'effetto della chemioterapia sul sistema immunitario, alcuni pazienti affetti da cancro diventano più suscettibili a sviluppare malattie infettive e muoiono a causa di esse. Perciò, qualsiasi malattia infettiva classificabile in A00-B19 o B25-B64, riportata sia ai quesiti 1, 2 e 3 che al quesito 4 come "dovuta a" cancro, sarà concatenata ad esso in modo accettabile.

Esempio 47: 1) Leucemia linfatica cronica
2) Zoster
Codificare leucemia linfatica cronica (C91.1).

(b) Nessuna infezione o malattia parassitaria, ad eccezione della malattia da virus dell'immunodeficienza umana [HIV], sarà accettata come causa di tumore maligno.

Esempio 48: 1) Epatite B
2) Carcinoma epatocellulare
Codificare carcinoma epatocellulare (C22.0).

Esempio 49: 1) Infezione da virus di Epstein-Barr
2) Tumore di Burkitt
Codificare tumore di Burkitt (C83.7).

Esempio 50: 1) Clonorchiasi
2) Colangiocarcinoma del fegato
Codificare tumore maligno delle vie biliari intraepatiche (C22.1).

J. Tumori maligni e malattie circolatorie

Si potranno accettare le seguenti malattie acute o terminali del sistema circolatorio riportate (ai quesiti 1, 2 e 3) come dovute a tumori maligni

- I21-I22 Infarto miocardico acuto
- I24.- Altre cardiopatie ischemiche acute
- I26.- Embolia polmonare
- I30.- Pericardite acuta
- I33.- Endocardite acuta e subacuta
- I40.- Miocardite acuta
- I44.- Blocco atrioventricolare e di branca sinistra
- I45.- Altri disturbi della conduzione
- I46.- Arresto cardiaco
- I47.- Tachicardia parossistica
- I48 Fibrillazione e flutter atriale
- I49.- Altre aritmie cardiache
- I50.- Insufficienza cardiaca
- I51.8 Altre cardiopatie mal definite
- I60-I69 Malattie cerebrovascolari, eccetto I67.0-I67.5, I67.9, I69.-

Le seguenti malattie circolatorie non saranno accettate come dovute a tumori maligni:

- I00-I09 Reumatismo articolare acuto e cardiopatie reumatiche
- I10-I15 Malattie ipertensive (eccetto quando riportate come dovute a tumori endocrini, tumori renali e tumori carcinoidi)

I20.- Angina pectoris

I25.- Cardiopatia ischemica cronica

I70.- Aterosclerosi

4.2.8 Reumatismo articolare acuto con interessamento cardiaco

In assenza d'indicazioni sulla fase evolutiva dell'affezione reumatica al momento della morte, presumerne l'attività se l'affezione cardiaca (diversa dalle affezioni terminali e dall'endocardite batterica) dichiarata come reumatica o dovuta al reumatismo articolare acuto è qualificata come acuta o subacuta. In assenza di queste qualificazioni, le voci "cardite", "endocardite", "malattia di cuore", "miocardite" e "pancardite" saranno considerate come un'affezione acuta se l'intervallo fra l'esordio della malattia ed il decesso è inferiore ad un anno e, nel caso che l'intervallo non sia indicato, se l'età alla morte è inferiore a 15 anni. Per la pericardite considerarla acuta qualunque sia l'età del soggetto.

4.2.9 Malformazioni e deformazioni congenite, anomalie cromosomiche

Le affezioni seguenti possono essere considerate come congenite quando provocano la morte alle età indicate di seguito e non è specificato che siano state contratte dopo la nascita.

Meno di 1 anno: affezioni valvolari cardiache, aneurisma, atresia, atrofia dell'encefalo, cisti dell'encefalo, deformità, posizione anomala d'organo, ectopia, ipoplasia d'organo, malformazione, stenosi aortica, stenosi polmonare.

Meno di 4 settimane: cardiopatia S.A.I., idrocefalo S.A.I. .

Se l'intervallo fra l'esordio e la morte e l'età del deceduto indicano che la condizione morbosa esisteva dalla nascita, qualsiasi malattia deve essere considerata come congenita anche se non specificata come congenita sul certificato medico.

4.2.10 Natura del traumatismo⁴

⁴ Da tenere presente nella lettura degli esempi del paragrafo 4.2.10 che i due riquadri, l'uno relativo alla causa di morte naturale e l'altro relativo alla causa di morte violenta, presenti con tale denominazione solo nella scheda di morte italiana, si corrispondono secondo il seguente schema:

0 - il quesito 1 del riquadro causa di morte naturale corrisponde al quesito 9 del riquadro causa di morte violenta

0 - i quesiti 2 bis, 2 e 3 al quesito 7;

0 - il quesito 4 al quesito 8.

In tal modo esiste una equivalenza sostanziale fra la scheda di morte italiana e quella raccomandata dall'OMS a livello internazionale.

I codici per le cause esterne (V01-Y89) dovrebbero essere utilizzati come codici primari per la codifica di una sola condizione morbosa e l'intabulazione dei dati di mortalità interessanti i traumatismi, l'avvelenamento e alcune altre conseguenze di cause esterne.

Si raccomanda di utilizzare un codice aggiuntivo del Settore XIX (S00-T98) per identificare la natura del traumatismo e permettere tabulazioni appropriate. Le seguenti note si riferiscono a tale codifica aggiuntiva.

Quando è menzionato più di un genere di traumatismo (classificabile in S00-S99, T08-T35, T66-T79) per una singola regione corporea e non c'è alcuna chiara indicazione di quale abbia causato la morte, si dovrebbero applicare in maniera usuale il Principio Generale e le Regole di selezione.

- Esempio 1:
- 1) Accidente stradale su via pubblica
 - 2 bis) Rottura del fegato
 - 2) Emorragia peritoneale
 - 3) Shock emorragico

Codificare rottura del fegato (S36.1), dal momento che questa è il punto di partenza del concatenamento che termina con la condizione morbosa menzionata per prima al quesito 3.

- Esempio 2:
- 1) Accidente stradale su via pubblica
 - 2 bis) Lacerazione della coscia
 - 2) Frattura di femore
 - 3) Embolia adiposa

Codificare frattura del femore (S72.9), dal momento che questa è il punto di partenza del concatenamento che termina con la condizione menzionata per prima al quesito 3. È "assai improbabile" che la lacerazione della coscia abbia dato luogo a tutte le condizioni morbose menzionate sotto di essa.

- Esempio 3:
- 1) Accidente stradale su via pubblica
 - 2) Rottura dello stomaco e del colon trasverso
 - 3) Peritonite

Codificare rottura dello stomaco (S36.3), dal momento che questo è il punto di partenza del concatenamento che termina con la condizione menzionata per prima al quesito 3 (in accordo con la Regola 1).

- Esempio 4:
- 2) Contusione palpebrale e ferita penetrante dell'orbita
 - 3) Meningite purulenta

Codificare ferita penetrante dell'orbita (S05.4), dal momento che la contusione palpebrale selezionata con la Regola 2 è, ovviamente, una diretta conseguenza della ferita penetrante dell'orbita (si applica la Regola 3).

Quando è interessata più di una regione corporea, si dovrebbe codificare nell'appropriata categoria di Traumatismi interessanti regioni corporee multiple (T00-T06). Ciò si applica allo stesso tipo di traumatismo e a più tipi di traumatismi di regioni corporee differenti.

4.2.11 Avvelenamento da farmaci, medicinali e prodotti biologici

Nel caso di associazioni di medicinali classificati diversamente si procederà come segue: se una delle sostanze è specificata come causa di morte, codificare quel componente. Se nessun componente è specificato come causa di morte, codificare nella categoria prevista per la combinazione, ad esempio antiepilettici in associazione, non classificati altrove (T42.5). Se le sostanze componenti sono classificate nella stessa categoria a 3 caratteri, codificare nella sottocategoria appropriata "Altri"; altrimenti codificare T50.9.

Le associazioni dei medicinali con l'alcol dovrebbero essere codificate nella categoria corrispondente al medicinale.

4.2.12 Cause esterne

I codici per le cause esterne (V01-Y89) dovrebbero essere utilizzati come codici primari per la codifica di una sola condizione morbosa e per l'intabulazione dei dati relativi alla causa iniziale quando, e solo in tale circostanza, la condizione morbosa è classificabile nel settore XIX (Traumatismi, avvelenamenti ed alcune altre conseguenze di cause esterne).

Quando la condizione morbosa è classificata nei Settori I-XVIII, essa stessa dovrebbe essere codificata come causa iniziale e si possono utilizzare, se lo si desidera, categorie dal Settore per le cause esterne come codici supplementari.

4.2.13 Espressioni indicanti una diagnosi incerta

Non si terrà conto delle espressioni aggiunte alla diagnosi per sottolineare un dubbio sulla sua esattezza, quali "apparentemente", "probabilmente", "presumibilmente", ecc., dal momento che le dichiarazioni non accompagnate da tali riserve non differiscono dalle altre che per il grado di certezza della diagnosi.

4.3 Mortalità perinatale: linee guida per la certificazione e regole di codifica

4.3.1 Certificazione di morte perinatale

Si raccomanda, laddove possibile, di adottare per la rilevazione delle cause di morte perinatali un apposito certificato, nel quale le cause siano indicate nella maniera seguente:

- (a) Principale malattia o condizione morbosa del feto o del neonato
- (b) Altre malattie o condizioni morbose del feto o del neonato
- (c) Principale malattia o condizione morbosa della madre interessante il feto o il neonato
- (d) Altre malattie o condizioni morbose della madre interessanti il feto o il neonato
- (e) Altre circostanze attinenti

Il modello di rilevazione dovrebbe comprendere dati di identificazione, con date e tempi attinenti, la precisazione se trattasi di nato vivo o di nato morto e dettagli relativi all'eventuale autopsia. Il modello proposto dall'OMS per le cause di morte perinatale è riportato in appendice a questo volume

Per un'analisi approfondita della mortalità perinatale sono necessari i seguenti dati supplementari relativi sia alla madre che al figlio in aggiunta alle informazioni sulle cause di morte, non solo per i casi di morte perinatali, ma anche per tutti i nati vivi:

MADRE

Data di nascita

Numero di gravidanze precedenti: nati vivi, nati morti, aborti.

Esito e data dell'ultima gravidanza precedente: nato vivo, nato morto, aborto.

GRAVIDANZA ATTUALE

primo giorno dell'ultima mestruazione (se ignorasi, durata presunta della gravidanza in settimane compiute)

assistenza prenatale con due o più visite: sì, no, ignorasi.

parto: presentazione normale e spontanea di vertice, altra presentazione (specificare).

NEONATO

Peso alla nascita in grammi

Sesso: maschio, femmina, indeterminato.

Parto semplice, primo gemello, secondo gemello, altro parto multiplo.

Se nato morto precisare il momento della morte: prima del travaglio, durante il travaglio, ignorasi.

Altre variabili che possono apparire sul certificato di base sono rappresentate da alcuni particolari relativi alle persone che assistono ai parto quali: medico, ostetrica, altra persona qualificata (specificare), altra (specificare).

Il metodo applicato per raccogliere i dati supplementari varia secondo l'organizzazione dello Stato Civile di ciascun paese. Allorché essi possono essere raccolti al momento della registrazione della natimortalità o dei decessi neonatali precoci, si potrà utilizzare un modello simile a quello menzionato a pag. 92. In caso contrario sarà necessario impartire disposizioni speciali, come ad esempio l'accoppiamento delle registrazioni di nascita e di morte, per ottenere contemporaneamente le notizie supplementari e la causa di morte.

Nei casi in cui l'organizzazione dello Stato Civile renda difficile l'adozione di una scheda comune per il nato vivo ed il nato morto, la soluzione potrebbe consistere nell'utilizzare modelli separati per la natimortalità e la mortalità neonatale precoce, nei quali sia incorporato il formato suggerito per le cause di morte.

4.3.2 Dichiarazione delle cause di morte perinatali

Il modello di rilevazione proposto prevede 5 sezioni, distinte da (a) ad (e), per la compilazione delle cause di morte perinatali. Nelle sezioni (a) e (b) dovrebbero essere indicate le malattie o le condizioni morbose del neonato o del feto, facendo figurare solo la "principale" in (a) e tutte le eventuali restanti in (b). S'intende per condizione morbosa "principale" quella che, a parere del compilatore, ha maggiormente contribuito a determinare il decesso. Le indicazioni generiche di morte, quali ad esempio, l'insufficienza cardiaca,

l'asfissia e l'anossia, non dovrebbero essere indicate in (a) a meno che non siano i soli elementi conosciuti per il feto o il neonato in questione. Quanto detto vale anche per la prematurità.

Nelle sezioni (c) e (d) dovrebbero essere indicate tutte le malattie o le condizioni morbose della madre che, a parere del compilatore, abbiano avuto un effetto avverso sul neonato o sul feto. Anche in questo caso dovrebbe essere riportata nella sezione (c) la causa principale, mentre le altre eventualmente presenti dovrebbero essere riportate in (d). La sezione (e) è prevista per segnalare tutte le altre circostanze che abbiano avuto un ruolo nel meccanismo della morte, ma non possano essere qualificate come malattia o condizione morbosa del neonato o della madre. Un esempio può essere il caso di parto senza la presenza di persona che fornisce assistenza.

Gli esempi seguenti illustrano le modalità per la dichiarazione delle cause di morte nei casi descritti.

Esempio 1. Donna con gravidanze precedenti abortive spontanee intorno alle 12-18 settimane, ricoverata a 24 settimane di gestazione per travaglio di parto prematuro. Segue parto spontaneo: nascita di un bambino del peso di 700 grammi, che muore nel corso della prima giornata. Conclusione principale dell'autopsia: "immaturità polmonare".

Cause di morte perinatale:

- a) Immaturità polmonare
- b)
- c) Travaglio di parto prematuro da causa sconosciuta
- d) Aborti ripetuti
- e)

Esempio 2. Primipara di 26 anni con anamnesi di mestruazioni regolari. Normale assistenza routinaria prenatale a partire dalla 10ma settimana di gestazione. Nel periodo compreso tra la 30ma e la 32ma settimana si osserva clinicamente un ritardo dello sviluppo del feto, confermato alla 34ma settimana. Nessuna causa eziologica evidente, a parte una batteriuria asintomatica. Si esegue taglio cesareo: nato vivo di 1600 gr di peso. Placenta di 300 gr descritta come infartuata. Comparsa di una sindrome da distress respiratorio che risponde al trattamento. Morte improvvisa del neonato in 3 giornate. L'autopsia rivela la presenza di estesa membrana ialina nel polmone ed un'emorragia massiva intraventricolare.

Cause di morte perinatale:

- (a) Emorragia intraventricolare

(b) Sindrome di distress respiratorio

Ritardo di sviluppo fetale

(c) Insufficienza placentare

(d) Batteriuria in gravidanza

Taglio cesareo

Esempio 3. Diabetica dichiarata, equilibrata con difficoltà nel corso della prima gravidanza. Alla 32 settimana sviluppa anemia megaloblastica. Travaglio indotto alla 38 settimana. Parto spontaneo: nato vivo di 3200 gr di peso. Si sviluppa nel neonato un'ipoglicemia; la morte sopravviene in seconda giornata. L'autopsia rivela l'esistenza di un tronco arterioso comune.

Cause di morte perinatale:

(a) Tronco arterioso comune

(b) Ipoglicemia

(c) Diabete

(d) Anemia megaloblastica

Esempio 4. Donna di 30 anni, madre di un bambino di 4 anni in buona salute. Gravidanza attuale normale, eccetto l'esistenza di idramnio. L'esame radiologico, effettuato alla 36ma settimana, mette in evidenza anencefalia. Travaglio indotto: feto anencefalico, di 1500 gr, nato morto.

Cause di morte perinatale:

(a) Anencefalia

(b)

(c) Idramnio

(d)

(e)

4.3.3 Intabulazione dei dati di mortalità perinatale per causa

Per le statistiche di mortalità perinatale derivate dal modello di certificato riportato a pag. 92, un'analisi multicausale relativa a tutte le condizioni morbose riportate produrrà il risultato migliore. Laddove ciò sia impraticabile dovrà essere considerato obiettivo minimo l'intabulazione incrociata di gruppi di malattie o condizioni morbose principali del feto o del neonato (parte (a)) e di malattie o condizioni morbose principali della madre interessanti il feto o il neonato (parte (c)). Laddove sia necessario selezionare solo una condizione morbosa (per esempio, quando sia necessario incorporare le morti precoci neonatali in tavole per cause singole di morte a tutte le età), dovrebbe essere selezionata la principale malattia o condizione morbosa del feto o neonato (sezione (a)).

4.3.4 Codifica delle cause di morte perinatali

Ciascuna condizione morbosa indicata in (a), (b), (c) e (d) dovrebbe essere codificata separatamente. Le condizioni morbose materne interessanti il feto o il neonato, indicate nelle sezioni (c) e (d), dovrebbero essere classificate nelle categorie P00-P04 e questi codici non dovrebbero essere utilizzati per le sezioni (a) e (b). Le condizioni morbose del feto o del neonato, indicate in (a), possono essere classificate in qualsiasi categoria diversa da P00-P04, ma più spesso saranno codificate nelle categorie P05-P96 (condizioni morbose perinatali) o Q00-Q99 (malformazioni e deformazioni congenite, anomalie cromosomiche). Si dovrebbe utilizzare un solo codice per le sezioni (a) e (c); al contrario per le sezioni (b) e (d) si possono utilizzare tanti codici quante sono le condizioni morbose riportate.

La sezione (e) è inclusa per un approfondimento delle singole morti perinatali, e, pertanto, non necessita normalmente di essere codificata. Tuttavia, se si desidera avere un'analisi statistica delle circostanze indicate nella sezione (e), si possono utilizzare alcune categorie adeguate dei settori XX e XXI; qualora queste non siano disponibili, gli utilizzatori potranno stabilire un proprio sistema di codifica per queste informazioni.

4.3.5 Regole di codifica

Le regole di selezione per la mortalità generale non si applicano ai certificati di morte perinatale. Può accadere tuttavia, che si ricevano alcuni modelli con le cause non formulate secondo le direttive riportate precedentemente. In questi casi occorrerebbe rimandare, nei limiti del possibile, detti modelli al compilatore, perché vi apporti le necessarie correzioni. Se ciò non fosse possibile, si applicheranno le seguenti regole:

Regola P1. Indicazioni generiche di morte o prematurità riportate nella sezione (a)

Allorché nella sezione (a) sia indicata l'insufficienza cardiaca, l'asfissia o l'anossia (ogni condizione morbosa in P20.-, P21.-) o la prematurità (ogni condizione morbosa in P07.-) ed altre condizioni morbose del feto o del neonato siano indicate sia nella sezione (a) che nella (b), codificare la condizione morbosa segnalata per prima tra queste altre condizioni morbose, come se essa fosse stata indicata da sola nella sezione (a), e codificare la condizione morbosa effettivamente indicata in (a) come se fosse stata segnalata nella sezione (b).

Esempio 1:	Nato vivo deceduto a 4 giorni	Codifica
	(a) Prematurità	Q05.9
	(b) Spina bifida	P07.3

(c) Insufficienza placentare P02.2

(d) ---

La prematurità è codificata in (b) e la spina bifida in (a)

Esempio 2: Nato vivo, morto a 50 minuti Codifica

(a) Grave asfissia alla nascita Q03.9

Idrocefalo

(b) --- P21.0

(c) Travaglio ostacolato P03.1

(d) Grave pre-eclampsia P00.0

La grave asfissia alla nascita è codificata in (b) e l'idrocefalo in (a).

Regola P2. Due o più condizioni morbose indica te nelle sezioni (a) o (c)

Se due o più condizioni morbose sono indicate nella sezione (a) o nella sezione (c), codificare la condizione morbosa segnalata per prima, come se fosse stata indicata da sola nella sezione (a) o (c) e codificare le altre come se fossero state indicate nelle sezioni (b) o (d).

Esempio 3: Nato morto prima dell'inizio del travaglio Codifica

(a) Grave malnutrizione fetale P05.0

Peso basso per l'età gestazionale

Anossia antepartum

(b) --- P20.9

(c) Grave pre-eclampsia P00.0

Placenta previa

(d) --- P02.0

Il peso basso per l'età gestazionale con malnutrizione fetale è codificata in (a) e l'anossia antepartum in (b); la grave pre-eclampsia è codificata in (c) e, infine, la placenta previa è codificata in (d).

Esempio 4: Nato vivo deceduto a 2 giorni Codifica

(a) Emorragia subdurale traumatica P10.0

Inalazione massiva di meconio

Anossia intrauterina

(b) Ipoglicemia P24.0

Gravidanza oltre il termine P20.9

P70.4

P08.2

(c) Parto con forcipe P03.2

(d) Grave pre-eclampsia P00.0

L'emorragia subdurale traumatica è codificata in (a) e le altre condizioni morbose riportate in (a) sono codificate in (b).

Regola P3. Nessun'indicazione nelle sezioni (a) o (c)

Qualora non vi sia alcun'indicazione nella sezione (a), ma condizioni morbose del feto o del neonato siano indicate nella sezione (b), codificare la condizione morbosa segnalata per prima, come se essa fosse stata indicata nella sezione (a); qualora non vi sia alcun'indicazione sia nella sezione (a) che nella sezione (b), si dovrebbe utilizzare per la sezione (a) il codice P95 (Morte fetale per causa non specificata) per i nati morti o codificare P96.9 (Condizione morbosa che ha origine nel periodo perinatale, non specificata) per le morti neonatali precoci.

Analogamente, se non vi sia alcun'indicazione nella sezione (c) ma condizioni morbose della madre siano indicate nella sezione (d), codificare la condizione morbosa segnalata per prima, come se essa fosse stata indicata nella sezione (c); se non vi è alcun'indicazione sia nella sezione (c) che nella sezione (d), utilizzare un codice arbitrario (ad esempio xxx.x) per la sezione (c) per indicare che non era riportata alcuna condizione morbosa della madre.

Esempio 5:	Nato vivo; deceduto a 15 minuti	Codifica
(a) ---		P10.4
(b)	Lacerazione del tentorio	P22.0
	Sindrome di sofferenza respiratoria	
(c) ---		xxx.x
(d) ---		

La lacerazione del tentorio è codificata nella sezione (a) ed il codice arbitrario xxx.x nella sezione (c).

Esempio 6:	Nato vivo; deceduto a 2 giorni	Codifica
(a) ---		P95
(b) ---		
(c) ---		P00.0
(d)	Eclampsia (ipertensione essenziale di lunga durata)	

La causa perinatale non specificata è codificata nella sezione (a) e l'eclampsia nella sezione (c).

Regola P4. Condizioni morbose indicate nelle sezioni sbagliate

Se una condizione morbosa della madre (ad esempio una di quelle classificate in P00-P04) è indicata nelle sezioni (a) o (b), oppure se una condizione morbosa del feto o del neonato è indicata nelle sezioni (c) o (d), codificare le condizioni morbose come se fossero indicate nelle rispettive sezioni appropriate.

Se una condizione morbosa classificabile come condizione del feto o del neonato o della madre è indicata erroneamente nella sezione (e), codificarla come una condizione morbosa aggiuntiva del feto o della madre, rispettivamente nelle sezioni (b) o (d).

Esempio 7:	Nato morto; morte dopo l'inizio del travaglio	Codifica
	(a) Grave ipossia intrauterina	P20.9
	(b) Posizione occipito-posteriore persistente	
	(c) ---	P03.1
	(d) ---	P03.2
	(e) Parto distocico con applicazione del forcipe	

La posizione occipito-posteriore è codificata nella sezione (c) ed il parto distocico con applicazione di forcipe è codificata nella sezione (d).

4.4 Morbosità

All'epoca della stesura della sesta revisione dell'ICD, adottata nel 1948, furono ricevute un certo numero di richieste da parte dei responsabili della sanità pubblica, dei manager dell'assistenza sanitaria, delle autorità preposte alla sicurezza sociale e di ricercatori di varie discipline sanitarie per una classificazione che fosse utilizzabile per la morbosità. L'ICD fu quindi resa utilizzabile per raggruppare i dati di morbosità, oltre ai suoi usi tradizionali. Gli aspetti inerenti alla morbosità furono, in seguito, progressivamente ampliati nelle successive revisioni. L'utilizzo dei dati di morbosità è andato sempre più aumentando nella formulazione, gestione, monitoraggio e valutazione delle politiche e dei programmi concernenti la sanità, in epidemiologia, nell'identificazione delle popolazioni a rischio e nella ricerca clinica (compresi gli studi circa l'insorgenza di malattie in differenti gruppi socioeconomici).

La condizione morbosa, che deve essere usata per l'analisi unicausale della morbosità, è la principale condizione trattata o esaminata durante l'episodio attinente il trattamento sanitario. La condizione principale è definita come la condizione, diagnosticata alla fine del trattamento sanitario, principale responsabile del bisogno del paziente di terapia o accertamento. Se è presente più di una di queste condizioni dovrebbe essere scelta quella ritenuta maggiormente responsabile dell'impiego di risorse. Se non è stata formulata alcuna diagnosi, dovrebbe essere selezionata come condizione morbosa principale il sintomo o il risultato anormale di esame o il problema più importante.

Oltre alla condizione principale, il modello di rilevazione dovrebbe, per quanto possibile, consentire anche di elencare separatamente le altre condizioni morbose o gli altri problemi esaminati durante l'episodio di cura.

Le “altre condizioni morbose” sono definite come quelle condizioni morbose che coesistono o si sviluppano durante l’episodio di cura ed interessano il trattamento del paziente. Condizioni morbose correlate ad un precedente episodio, che non incidono sull’episodio attuale, non dovrebbero essere rilevate.

Limitando l’analisi ad un’unica condizione morbosa per ciascun episodio, possono andare perse alcune informazioni disponibili. E’ quindi raccomandabile, quando ciò è praticabile, effettuare una codifica multipla delle condizioni morbose ed un’analisi multicausale per arricchire i dati di routine. Ciò dovrebbe essere fatto in accordo a norme locali, dal momento che non è stata stabilita alcuna norma internazionale. Comunque le esperienze di altre aree possono essere utili per sviluppare schemi locali.

4.4.1 Linee guida per la rilevazione dell’informazione diagnostica per l’analisi unicausale dei dati di morbosità

Principi generali

Il medico responsabile del trattamento del paziente dovrebbe selezionare la condizione principale da rilevare, così come ogni altra condizione, per ciascun episodio di cura. Quest’informazione dovrebbe essere organizzata sistematicamente usando metodi standard di rilevazione. Una corretta e completa rilevazione è essenziale per un buon trattamento del paziente, ed è una preziosa fonte di dati epidemiologici e statistici sulla morbosità e altri problemi connessi all’assistenza sanitaria.

Specificità e dettaglio

Qualsiasi formulazione diagnostica dovrebbe essere il più possibile completa per quanto concerne le informazioni, al fine di classificare la condizione morbosa nella categoria dell’ICD più specifica. Esempi di tali formulazioni diagnostiche includono:

- carcinoma a cellule transizionali del trigono vescicale
- appendicite acuta con perforazione
- cataratta in diabete insulino-dipendente
- pericardite meningococcica
- assistenza prenatale per ipertensione indotta da gravidanza
- diplopia da reazione allergica ad antistaminico assunto come prescritto
- osteoartrite di anca da pregressa frattura
- frattura del collo del femore da caduta in casa
- ustione di terzo grado del palmo della mano.

Diagnosi incerte o sintomi

Se alla fine di un episodio di cura non è stata posta una diagnosi ben definita, andrebbe allora rilevata l'informazione che permette il più alto grado di specificità e conoscenza della condizione morbosa che ha reso necessaria la cura o l'accertamento. Questo dovrebbe essere fatto dichiarando un sintomo, un risultato anormale di esame o un problema, piuttosto che definendo una diagnosi come "probabile", "discutibile" o "sospetta", quando essa è stata presa in considerazione ma non confermata.

Ricorso ai servizi sanitari per motivi diversi dalle malattie

Gli episodi di cura o i contatti con servizi sanitari non si limitano ai trattamenti o agli accertamenti per malattie in atto o per eventi traumatici. Possono presentarsi episodi quando qualcuno, che non è al momento malato, richiede o riceve particolari servizi o cure; i dettagli delle circostanze attinenti dovrebbero essere scelti come la "condizione principale". Gli esempi includono:

- monitoraggio di condizioni precedentemente trattate
- vaccinazione
- trattamento contraccettivo, assistenza prenatale e post-partum
- sorveglianza di persone a rischio per anamnesi personale o familiare
- visite mediche di persone sane, per esempio per fini assicurativi o occupazionali
- richiesta di consigli inerenti alla salute
- richieste di consigli da parte di persone con problemi sociali
- consultazione per conto terzi

Il Settore XXI (Fattori influenzanti lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari) prevede un'ampia gamma di categorie (Z00-Z99) per classificare queste circostanze. Il riferimento a questo settore darà un'indicazione del dettaglio richiesto per permettere la classificazione nelle categorie più appropriate.

Condizioni multiple

Quando un episodio di cura riguarda un numero di condizioni correlate (ad esempio traumatismi multipli, sequele multiple di una precedente malattia o traumatismo, o condizioni morbose multiple insorte nella malattia da virus dell'immunodeficienza umana [HIV]), quella che è chiaramente la più grave e richiede più impiego di risorse di altre dovrebbe essere riportata come la "condizione principale" seguita dalle altre denominate "altre condizioni". Laddove nessuna condizione predomina, un termine come "fratture multiple", "traumatismi multipli del capo" o "malattia da HIV che dà luogo ad infezioni multiple", può essere riportata come la "condizione principale" seguita da una lista di condizioni. Se c'è una serie di condizioni tali che nessuna predomina, allora andrebbe riportato isolatamente un termine come "traumatismi multipli" o "traumatismi multipli da schiacciamento".

Condizioni da cause esterne

Quando è riportata una condizione come un traumatismo, un avvelenamento o altro effetto di cause esterne, è importante descrivere in maniera completa sia la natura della condizione sia le circostanze che l'hanno causata. Per esempio: "Frattura del collo del femore per scivolamento su pavimento sdruciolevole"; "contusione cerebrale occorsa a seguito di perdita di controllo della macchina da parte del conducente e successivo urto contro un albero"; "avvelenamento accidentale - il paziente ingerì un disinfettante scambiandolo per bevanda non alcolica" o "grave ipotermia - la paziente è caduta nel suo giardino durante la stagione fredda".

Trattamento di sequele

Quando un episodio di cura è finalizzato al trattamento o all'accertamento di una condizione residua (sequela) di una patologia che non è più presente, la sequela dovrebbe essere descritta in maniera completa e dovrebbe essere dichiarata la sua origine, oltre ad una chiara indicazione che la patologia da cui essa origina non è più presente. Per esempio: "Deviazione del setto nasale - frattura del naso nell'infanzia", "contrattura del tendine d'Achille - postumo di una lesione del tendine" o "infertilità da occlusione tubarica da pregressa tubercolosi".

Quando sono presenti sequele multiple o i trattamenti e gli accertamenti non sono diretti preferenzialmente ad una di esse, è accettabile una dichiarazione del tipo "sequela di accidente cerebrovascolare" o "sequela di fratture multiple".

4.4.2 Linee guida per la codifica della "condizione principale" e di "altre condizioni"

Principi generali

La "condizione principale" e le "altre condizioni" attinenti ad un episodio di cura dovrebbero essere rilevate dal medico responsabile dell'assistenza sanitaria. La codifica è quindi di solito semplice, dal momento che la condizione principale dovrebbe essere accettata a fini di codifica e registrazione, a meno che risulti ovvio che le linee guida riportate in precedenza non siano state seguite. Se, invece, una scheda sanitaria presenta una condizione principale palesemente inconsistente o errata, dovrebbe, se possibile, essere rimandata al certificatore con richiesta di un chiarimento. In mancanza di chiarimento, le Regole da MB1 a MB5 (pag. 109-110) aiuteranno il codificatore a trattare alcune delle più comuni cause di errata compilazione. Le linee guida di seguito riportate devono essere utilizzate qualora al codificatore non sia chiaro quale codice utilizzare.

E' stato raccomandato di riportare le "altre condizioni" in relazione all'episodio di cura in aggiunta alla condizione principale, anche per l'analisi unicausale della morbosità, dal momento che quest'informazione

può essere d'aiuto nello scegliere il codice ICD corretto per la condizione principale.

Codici aggiuntivi opzionali

Nelle linee guida date di seguito, il codice preferito per la "condizione principale" è a volte indicato insieme con un codice aggiuntivo, opzionale per un maggiore contenuto informativo. Il codice preferito indica la condizione principale per l'analisi unicausale della morbosità e il codice addizionale può essere incluso per l'analisi multicausale.

Codifica delle condizioni alle quali applicare il sistema a daga-asterisco

Se applicabili, entrambi i codici a daga e asterisco dovrebbero essere usati per la condizione principale, dal momento che essi denotano due differenti aspetti di una singola condizione morbosa.

Esempio 1: Condizione principale: Polmonite post-morbillosa
Altre condizioni: —
Codificare morbillo complicato da polmonite (B05.2†) e polmonite in malattie virali classificate altrove (J17.1*).

Esempio 2: Condizione principale: Pericardite da tubercolosi
Altre condizioni: —
Codificare tubercolosi di altri organi specificati (A18.8†) e pericardite in malattie batteriche classificate altrove (I32.0*).

Esempio 3: Condizione principale: Artrite da malattia di Lyme
Altre condizioni: —
Codificare malattia di Lyme (A69.2†) e artrite in malattia di Lyme (M01.2*).

Codifica di sospetto di condizioni, sintomi, risultati anormali di esami e situazioni non patologiche

Se il periodo di cura si svolge in regime di ricovero, il codificatore dovrebbe essere cauto nel classificare la condizione principale nei Settori XVIII e XXI. Se una diagnosi più specifica non è stata fatta alla fine del ricovero o se, in realtà, non è insorta alcuna patologia o un traumatismo codificabile, allora sono ammessi i codici dei settori sopra riportati (confronta anche le Regole MB3 e MB5, pag. 110). Le categorie possono essere usate nel modo usuale per altri episodi di ricorso ai servizi sanitari.

Se, dopo un episodio di cura, la condizione principale è ancora rilevata come “sospetta, “discutibile”, ecc. e non ci sono ulteriori informazioni o chiarimenti, il sospetto diagnostico deve essere codificato, come se accertato.

Categoria Z03.- (Osservazione ed esame per sospetto di malattie e condizioni) va applicata ai sospetti diagnostici che possono essere esclusi dopo accertamenti.

Esempio 4: Condizione principale: Sospetto di colecistite acuta

Altre condizioni: —

Codificare colecistite acuta (K81.0) come “condizione principale”.

Esempio 5: Condizione principale: Ricoverata per accertamenti per sospetto di tumore maligno della cervice uterina - sospetto escluso

Codificare osservazione per sospetto di tumore maligno (Z03.1) come “condizione principale”.

Esempio 6: Condizione principale: Esclusione di infarto del miocardio

Altre condizioni: —

Codificare osservazione per sospetto di infarto miocardico (Z03.4) come “condizione principale”.

Esempio 7: Condizione principale: Epistassi di grave entità

Altre condizioni: —

Paziente in ospedale per un giorno. Non riportate né procedure né accertamenti.

Codificare epistassi (R04.0). Questo è accettabile perché il paziente era stato ovviamente ricoverato solo per trattare l'emergenza immediata.

Codifica di condizioni multiple

Laddove sono rilevate condizioni multiple con una categoria contenente nel titolo “... multiple” e non c'è una singola condizione predominante, dovrebbe essere preferito il codice per le categorie con nel titolo “... multiple”, e codici aggiuntivi opzionali possono essere associati per le condizioni individuali elencate.

Tale codifica si applica soprattutto a condizioni morbose associate con la malattia da HIV, ai traumatismi ed alle sequele.

Codifica con categorie di combinazione

L'ICD prevede alcune categorie dove due condizioni o una condizione con un processo secondario associato possono essere rappresentate da un unico codice. Tali categorie di combinazione dovrebbero essere usate come "condizione principale" laddove è riportata l'informazione appropriata. L'indice alfabetico indica dove queste combinazioni sono previste, sotto il sottolemma "con". Due o più condizioni riportate come "condizione principale" possono essere associate se una di loro può essere considerata un modificatore aggettivale dell'altra.

Esempio 8: Condizione principale: Insufficienza renale
 Altre condizioni: Malattia renale ipertensiva

 Codificare malattia renale ipertensiva con insufficienza renale (I12.0) come "condizione principale".

Esempio 9: Condizione principale: Glaucoma secondario ad infiammazione oculare
 Altre condizioni: —

 Codificare glaucoma secondario ad infiammazione oculare (H40.4) come "condizione principale".

Esempio 10: Condizione principale: Ostruzione intestinale
 Altre condizioni: Ernia inguinale sinistra

 Codificare ernia inguinale unilaterale o non specificata, con ostruzione, senza gangrena (K40.3).

Esempio 11: Condizione principale: Cataratta. Diabete insulino-dipendente
 Altre condizioni: Ipertensione
 Specialità: Oculistica

 Codificare diabete mellito insulino-dipendente con complicanze oculari (E10.3†) e cataratta diabetica (H28.0*) come "condizione principale".

Esempio 12: Condizione principale: Diabete mellito non insulino-dipendente
 Altre condizioni: Ipertensione
 Artrite reumatoide
 Cataratta
 Specialità: Medicina interna

 Codificare diabete mellito non insulino-dipendente senza complicanze (E11.9) come "condizione principale".

Notare che in questo esempio l'associazione della cataratta con diabete non deve essere fatta dal momento che ambedue non sono riportati come "condizione principale".

Codifica delle cause esterne di morbosità

Per i traumatismi e le altre condizioni dovute a cause esterne, dovrebbero essere codificate sia la natura della condizione che le circostanze della causa esterna. La codifica della "condizione principale" preferita dovrebbe essere quella che descrive la natura della condizione. Questa dovrà essere generalmente, ma non sempre, classificata nel Settore XIX. Il codice del Settore XX che indica la causa esterna dovrebbe essere utilizzato come un codice aggiuntivo opzionale.

Esempio 13: Condizione principale: Frattura del collo del femore da caduta per inciampamento su pavimentazione stradale irregolare

Altre condizioni: Contusione del gomito e del braccio

Codificare frattura del collo del femore (S72.0) come "condizione principale".

Il codice della causa esterna per cadute allo stesso livello per sdruciolamento, passo falso o inciampamento su strada e vie (W01.4) può essere usato come un codice aggiuntivo opzionale.

Esempio 14: Condizione principale: Ipotermia grave - paziente caduta nel proprio giardino nella stagione fredda

Altre condizioni: Senilità

Codificare ipotermia (T68) come "condizione principale".

Il codice della causa esterna per l'esposizione a freddo naturale eccessivo nel giardino nell'abitazione (X31.0) può essere usato come un codice aggiuntivo opzionale.

Esempio 15: Condizione principale: Diplopia da reazione allergica da antistaminico assunto come prescritto

Altre condizioni: —

Codificare diplopia (H53.2) come "causa principale".

Il codice della causa esterna per i farmaci antiallergici e antiemetici che causano nell'uso terapeutico effetti avversi (Y43.0) può essere usato come un codice aggiuntivo opzionale.

Esempio 16: Condizione principale: Emoglobinuria da allenamento per maratona (allenamento su pista allo stadio)

Altre condizioni: —

Codificare emoglobinuria dovuta ad emolisi da altre cause esterne (D59.6) come “condizione principale”.

Il codice della causa esterna per sforzo fisico eccessivo e movimenti violenti o ripetitivi in sport o stadio (X50.3) può essere usato come un codice aggiuntivo opzionale.

Codifica di sequele di alcune condizioni

L'ICD prevede una serie di categorie intitolate “Sequele di ...” (B90-B94, E64.-, E68, G09, I69.-, O97, T90-T98, Y85-Y89) che possono essere usate per indicare condizioni non più presenti come causa di un problema attuale in corso di trattamento o di accertamento. Il codice preferito per la “condizione principale” è comunque il codice per la natura della sequela stessa, al quale può essere aggiunto il codice per “Sequele di ...” come codice aggiuntivo opzionale.

Dove sono presenti sequele differenti e molto specifiche e nessuna di esse predomina per gravità e impiego di risorse per il trattamento, è permesso riportare come “condizione principale” la descrizione “Sequele di ...” e questa, poi, può essere codificata con la categoria appropriata. Notare che è sufficiente che la condizione causale sia descritta come “pregressa”, o “non più presente” ecc. o che la condizione a cui essa dia luogo sia descritta come “postumo di” o “sequela di ...” per applicare quanto sopra. Non c'è un intervallo minimo di tempo.

Esempio 17: Condizione principale: Disfasia da pregresso infarto cerebrale

Altre condizioni: —

Codificare disfasia (R47.0) come “condizione principale”.

Il codice per le sequele di infarto cerebrale (I69.3) può essere usato come un codice aggiuntivo opzionale.

Esempio 18: Condizione principale: Osteoartrite dell'articolazione dell'anca da pregressa frattura di anca in seguito ad accidente da veicolo a motore avvenuto 10 anni prima

Altre condizioni: —

Codificare altra coxartrosi post-traumatica (M16.5) come “condizione principale”.

I codici per le sequele di frattura del femore (T93.1) e sequele di accidente da veicolo a motore (Y85.0) possono essere usati come codici aggiuntivi opzionali.

Esempio 19: Condizione principale: Postumi di poliomelite

Altre condizioni: —

Codificare sequele di poliomielite (B91) come “condizione principale” dal momento che non vi sono altre informazioni disponibili.

Codifica di condizioni acute e croniche

Quando la condizione è riportata sia come acuta (o subacuta) che cronica e l'ICD prevede categorie separate o sottocategorie per ciascuna, ma non per la combinazione delle due, la categoria per la condizione acuta deve essere scelta come "condizione principale".

Esempio 20: Condizione principale: Colecistite acuta e cronica

Altre condizioni: —

Codificare colecistite acuta (K81 .0) come "condizione principale".

Il codice per colecistite cronica (K81.1) può essere usato come un codice aggiuntivo opzionale.

Esempio 21: Condizione principale: Esacerbazione acuta di bronchite cronica ostruttiva

Altre condizioni: —

Codificare pneumopatia ostruttiva cronica con esacerbazione acuta (J44.1) come condizione principale dal momento che l'ICD prevede un codice appropriato per la combinazione delle due.

Codifica di condizioni e complicanze iatrogene o successive a procedure

Nel Settore XIX sono previste categorie (T80-T88) per alcune complicanze correlate a procedure chirurgiche e di altro tipo, ad esempio infezione di ferita chirurgica, complicanze meccaniche di dispositivi impiantati, shock, ecc. La maggior parte dei settori che riguardano le malattie distinte per sedi anatomiche contengono categorie anche per condizioni che insorgono sia come conseguenze di specifiche procedure e tecniche e sia come risultati della rimozione di un organo, ad esempio sindrome da linfedema post-mastectomia, ipotiroidismo secondario a terapia radiante. Alcune condizioni (ad esempio polmonite, embolia polmonare) che possono insorgere nel periodo successivo a una procedura non sono considerate entità a sé e sono, quindi, codificate nel modo usuale, ma è aggiunto un codice aggiuntivo opzionale da Y83-Y84 per identificare la correlazione con una procedura.

Quando condizioni e complicanze successive a procedure o iatrogene sono riportate come "condizione principale", è essenziale per la scelta del corretto codice far riferimento a modificatori o qualificatori presenti nell'indice Alfabetico.

Esempio 22: Condizione principale: Ipotiroidismo da tiroidectomia da un anno

Altre condizioni: —

Specialità: Medicina interna

Codificare ipotiroidismo post-chirurgico (E89.O) come “condizione principale”.

Esempio 23: Condizione principale: Emorragia eccessiva dopo estrazione dentale
Altre condizioni: Dolore
Specialità: Odontoiatria
Codificare emorragia successiva a procedura (T81.O) come “condizione principale”.

Esempio 24: Condizione principale: Psicosi successiva a intervento di chirurgia plastica
Altre condizioni: —
Codificare psicosi (F09) come “condizione principale” ed aggiungere Y83.8 (altre procedure chirurgiche specificate [come causa di reazione anomala del paziente]) per indicare la correlazione con l'intervento.

4.4.3 Regole per la rielezione quando la condizione principale non è correttamente riportata

Il medico responsabile della cura indica la “condizione principale” che deve essere codificata, e normalmente essa deve essere accettata per essere codificata seguendo le linee guida sopra riportate e le note specifiche per settore riportate nel paragrafo 4.4.4. Comunque, alcune circostanze o la validità di altre informazioni possono indicare che il medico responsabile della cura non ha seguito la procedura corretta. In tal caso, quindi, se non è possibile ottenere chiarimenti dal medico responsabile della cura, può essere applicata una delle seguenti regole e rielezionata la “condizione principale”.

Regole per la rielezione della condizione

Regola MB1. Condizione di minore importanza riportata come “condizione principale”, e condizione più significativa riportata come ‘altra condizione’

Quando una condizione di minore importanza o di lunga durata, o un problema occasionale, sono riportati come “condizione principale”, e una condizione più significativa, relativa al trattamento praticato o alla specialità, è riportata come “altra condizione”, rielezionare quest'ultima come “condizione principale”.

Regola MB2. Numerose condizioni riportate come “condizione principale”

Se diverse condizioni, che non possono essere codificate assieme, sono riportate come “condizione principale”, ed altri dettagli del certificato evidenziano una di esse come “condizione principale” per la quale il

Riselezionare carcinoma endocervicale come ‘condizione principale’ e codificare C53.0.

Esempio 2: Condizione principale: Artrite reumatoide
Altre condizioni: Diabete mellito
Ernia femorale strozzata
Arteriosclerosi generalizzata
Durata della degenza: due settimane
Procedura: Erniorrafia
Specialità: Chirurgia

Riselezionare ernia femorale strozzata come “condizione principale” e codificare K41.3.

Esempio 3: Condizione principale: Epilessia
Altre condizioni: Otomicosi
Specialità: Otorinolaringoiatria

Riselezionare otomicosi come “condizione principale” e codificare B36.9† e H62.2*.

Esempio 4: Condizione principale: Insufficienza cardiaca congestizia
Altre condizioni: Frattura del collo del femore dovuta a caduta dal letto durante il ricovero
Durata della degenza: Quattro settimane
Procedura: Fissazione interna di frattura
Specialità: Prima settimana Medicina interna, successivamente trasferimento a Chirurgia ortopedica per il trattamento della frattura

Riselezionare frattura del collo del femore come “condizione principale” e codificare S72.0.

Esempio 5: Condizione principale: Carie dentali
Altre condizioni: Stenosi mitralica reumatica
Procedure: Estrazioni dentarie
Specialità: Odontoiatria

Selezionare carie dentaria come condizione principale e codificare K029. La Regola MB1 non va applicata. Sebbene la carie dentaria possa essere considerata come condizione meno importante e la stenosi mitralica reumatica come più significativa, quest’ultima non è la condizione trattata durante il periodo di ricovero.

Esempio 10: Condizione principale: Rottura prematura delle membrane
Presentazione podalica
Anemia

Altre condizioni: —

Procedura: Parto spontaneo

Selezionare rottura prematura delle membrane, condizione riportata per prima, come “condizione principale” e codificare O42.9.

Regola MB3. La condizione morbosa riportata come “condizione principale” è il sintomo di una condizione diagnosticata e trattata.

Se un sintomo o un segno (usualmente classificabili nel Settore XVIII) o un problema (classificabile nel Settore XXI), sono riportati come “condizione principale”, ed è ovvio che questo è un sintomo, un segno o un problema di una condizione morbosa diagnosticata riportata altrove, e la cura è stata erogata per quest’ultima, riselezionare la condizione diagnosticata come la “condizione principale”.

Esempio 11: Condizione principale: Ematuria

Altre condizioni: Vene varicose alle gambe
Papillomi della parete posteriore della vescica

Procedura: Diatermo-escissione dei papillomi

Specialità: Urologia

Riselezionare papilloma della parete posteriore della vescica come “condizione principale” e codificare D41 .4.

Esempio 12: Condizione principale: Coma

Altre condizioni: Cardiopatia ischemica
Otosclerosi
Diabete mellito insulino-dipendente

Specialità: Endocrinologia

Cura: Determinazione del corretto dosaggio di insulina

Riselezionare diabete mellito insulino-dipendente come “condizione principale” e codificare E10.0. L’informazione indica che il coma era dovuto al diabete mellito e del coma si tiene conto poiché modifica la codifica.

Esempio 13: Condizione principale: Dolore addominale

Altre condizioni: Appendicite acuta

Procedura: Appendicectomia

Riselezionare appendicite acuta come “condizione principale” e codificare K35.9.

Esempio 14: Condizione principale: Convulsioni febbrili

Altre condizioni: Anemia

Nessun'informazione circa la terapia.

Accettare le convulsioni febbrili come "condizione principale" e codificare R56.0.

La Regola MB3 non si applica dal momento che la "condizione principale", così come riportata, non è un sintomo caratterizzante l'altra condizione riportata.

Regola MB4. Specificità

Quando la diagnosi riportata come "condizione principale" descrive una condizione in termini generici, e un termine, che dà più precise informazioni circa la sede o la natura della condizione, è riportato altrove, risSelectedionare quest'ultimo come "condizione principale".

Esempio 15: Condizione principale: Accidente cerebro-vascolare

Altre condizioni: Diabete mellito

Ipertensione

Emorragia cerebrale

RisSelectedionare emorragia cerebrale come "condizione principale" e codificare I61.9.

Esempio 16: Condizione principale: Cardiopatia congenita

Altre condizioni: Difetto del setto interventricolare

RisSelectedionare difetto del setto interventricolare come "condizione principale" e codificare Q21.0.

Esempio 17: Condizione principale: Enterite

Altre condizioni: Morbo di Crohn dell'ileo

RisSelectedionare morbo di Crohn dell'ileo come "condizione principale" e codificare K50.0

Esempio 18: Condizione principale: Distocia

Altre condizioni: Feto idrocefalico

Distress fetale

Procedura: Taglio cesareo

RisSelectedionare distocia da altre anomalie del feto come "condizione principale" e codificare O66.3.

Regola MB5. Diagnosi principali alternative

Quando un sintomo o un segno è riportato come “condizione principale” con l’indicazione che può essere dovuto sia ad una sia ad altra condizione, selezionare il sintomo o segno come “condizione principale”. Laddove due o più condizioni sono riportate come possibili diagnosi per la “condizione principale”, selezionare la condizione riportata per prima.

Esempio 19: Condizione principale: Mal di testa da stress e tensione o da sinusite acuta
Altre condizioni: —
Selezionare mal di testa come “condizione principale” e codificare R51.

Esempio 20: Condizione principale: Colecistite acuta o pancreatite acuta
Altre condizioni: —
Selezionare colecistite acuta come “condizione principale” e codificare K81.0.

Esempio 21: Condizione principale: Gastroenterite infettiva o avvelenamento alimentare
Altre condizioni: —
Selezionare gastroenterite infettiva come “condizione principale” e codificare A09.

4.4.4 Note per specifici settori

Le seguenti linee guida per specifici settori possono essere d’ausilio quando sorgono dei problemi nella scelta dei codici preferiti per la “condizione principale”. Le linee guida generali e le regole date precedentemente vanno applicate a tutti i settori di malattie a meno che una nota dello specifico settore stabilisca altrimenti.

Settore I: Alcune malattie infettive e parassitarie

B20-B24 Malattia da virus dell’immunodeficienza umana [HIV]

Un paziente con il sistema immunitario compromesso a causa della malattia da HIV può a volte richiedere trattamenti durante lo stesso episodio di cura per più di una patologia, per esempio infezione da micobatteri e da citomegalovirus. In questa classe sono previste varie categorie e sottocategorie per la malattia da HIV con varie altre patologie cui essa dà luogo. Codificare la sottocategoria appropriata per la “condizione principale” così come scelta dal medico curante.

Laddove la condizione principale è stata riportata come malattia da HIV con patologie multiple che l’accompagnano, si deve codificare l’appropriata sottocategoria .7 di una delle categorie B20-B22. Condizioni classificabili in 2 o più sottocategorie della stessa categoria dovrebbero essere codificate alla

sottocategoria .7 della relativa categoria (ad esempio B20 o B21). La sottocategoria B22.7 dovrebbe essere usata quando sono presenti condizioni classificabili in due o più categorie comprese tra B20-B22. Possono essere usati codici aggiuntivi tra quelli presenti nella classe B20-B24, se si desidera, per specificare le condizioni singole elencate.

In quei rari casi, in cui la condizione associata precede chiaramente l'infezione da HIV, la combinazione non dovrebbe essere codificata ma dovrebbero essere seguite le regole di selezione.

Esempio 1: Condizione principale: Malattia da HIV e sarcoma di Kaposi

Altre condizioni: —

Codificare malattia da HIV che dà luogo a sarcoma di Kaposi (B21.0).

Esempio 2: Condizione principale: Toxoplasmosi e criptococcosi in paziente con HIV

Altre condizioni: —

Codificare malattia da HIV che dà luogo ad infezioni multiple (B20.7).

B20.8 (malattia da HIV che dà luogo ad altre malattie infettive e parassitarie) e B20.5 (malattia da HIV che dà luogo ad altre micosi) possono essere usati come codici aggiuntivi, se desiderato.

Esempio 3: Condizione principale: Malattia da HIV con polmonite da *Pneumocystis carinii*,
linfoma di Burkitt e candidosi orale

Altre condizioni: —

Codificare malattia da HIV che dà luogo a malattie multiple classificate altrove (B22.7). Se desiderato, possono essere usati i codici aggiuntivi B20.6 (malattia da HIV che dà luogo a polmonite da *Pneumocystis carinii*), B21.1 (malattia da HIV che dà luogo a linfoma di Burkitt) e B20.4 (malattia da HIV che dà luogo a candidosi).

Le sottocategorie di B20-B23 sono gli unici codici opzionali a quattro caratteri per i paesi che usano la versione a quattro caratteri dell'ICD-10. Dove non si desidera utilizzare tali sottocategorie a quattro caratteri, si dovrebbero usare altri codici aggiuntivi, per identificare le specifiche condizioni morbose originate dalla malattia da HIV. Nel precedente esempio 1, la "condizione morbosa principale" dovrebbe essere codificata in B21 (malattia da HIV che dà luogo a tumore maligno). Il codice C46.9 (sarcoma di Kaposi) dovrebbe essere usato come un codice aggiuntivo. Nell'esempio 2 la "condizione principale" dovrebbe essere codificata in B20 (malattia da HIV che dà luogo a malattie infettive o parassitarie). I codici B58.9 (Toxoplasmosi non specificata) e B45.9 (Criptococcosi non specificata) dovrebbero essere usati come codici aggiuntivi.

La decisione di utilizzare le sottocategorie a quattro caratteri di B20-B23 oppure la codifica a cause multiple per identificare le specifiche condizioni morbose è una decisione che dovrebbe essere presa al momento di adottare l'ICD-10.

B90-B94 *Sequela di malattie infettive e parassitarie*

Questi codici non devono essere preferiti per la "condizione principale" se è riportata la natura delle condizioni residuali. Quando si codifica la condizione residuale, si possono utilizzare i codici B90-B94 come opzionali aggiuntivi (vedi pag. 107, codifica delle sequela di alcune condizioni).

B95-B97 *Batteri, virus ed altri agenti infettivi*

Questi codici non devono essere usati per la "condizione principale". Le categorie sono previste per uso opzionale come codici aggiuntivi per identificare agenti infettivi o microrganismi in patologie classificate al di fuori del Settore I. Infezioni in sedi non specificate dovute a questi agenti sono classificate altrove nel Settore I.

Esempio 4: Condizione principale: Cistite acuta da *E. Coli*

Altre condizioni: —

Codificare cistite acuta (N30.0) come "condizione principale". B96.2 (*E. Coli* come causa di malattie classificate in altri settori) può essere usato come codice opzionale aggiuntivo.

Esempio 5: Condizione principale: Infezione batterica

Altre condizioni: —

Codificare infezione batterica non specificata (A49.9), come "condizione principale", non codificare in B95-B97.

Settore II: Tumori

Quando si codificano i tumori, guardare le note introduttive del Settore II del Volume I e l'introduzione dell'indice Alfabetico (Volume 3) riguardante l'assegnazione del codice e l'uso delle descrizioni morfologiche.

Un tumore, sia primitivo che metastatico, che costituisce l'obiettivo principale durante il relativo periodo di cura, dovrebbe essere riportato e codificato come "condizione principale". Quando la "condizione principale", così come riportata dal medico curante, è un tumore primitivo che non è più presente (essendo stato asportato in un precedente episodio di cura), codificare come "condizione principale" il tumore della sede secondaria, le complicanze in atto, o le circostanze appropriate codificabili nel Settore XXI (vedi pag. 101;

Esempio 10: Condizione principale: Mieloma multiplo ed adenocarcinoma primitivo della prostata
Codificare tumori maligni di sedi indipendenti (primitive) multiple (C97). C90.0 (mieloma multiplo) e C61 (tumore maligno della prostata) possono essere usati come codici aggiuntivi opzionali.

Settore III: Malattie del sangue e degli organi ematopoietici ed alcuni disturbi del sistema immunitario

Alcune condizioni classificabili in questo Settore possono essere imputate a farmaci o ad altre cause esterne. Possono essere usati codici dal Settore XX come codici aggiuntivi opzionali.

Esempio 11: Condizione principale : Anemia da carenza di folati indotta da trimethoprim
Altre condizioni: —
Codificare anemia da deficit di folati indotta da farmaci (D52.1) come “condizione principale”.
Y41 .2 (Antimalarici e farmaci attivi contro altri protozoi del sangue causa di effetti avversi nell’uso terapeutico) può essere usato come un codice aggiuntivo opzionale.

Settore IV: Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche

Alcune condizioni classificabili in questo Settore possono essere causate da farmaci e cause esterne. Possono essere usati codici del Settore XX come codici aggiuntivi opzionali.

E10-E14 Diabete mellito

Nel codificare la “condizione principale”, la selezione di una sottocategoria appropriata della lista che si applica a tutte queste categorie dovrebbe essere basata sulla condizione principale così come riportata dal medico curante. La sottocategoria .7 dovrebbe essere usata come codice per la “condizione principale” solo quando complicanze multiple del diabete siano state riportate come “condizione principale” senza preferenze per alcuna complicanza. Si può aggiungere un codice per ciascuna complicanza elencata.

Esempio 12: Condizione principale: Insufficienza renale da glomerulonefrosi diabetica
Codificare diabete mellito non specificato con complicanze renali (E14.2† e N08.3*).

Esempio 13: Condizione principale: Diabete insulino-dipendente con nefropatia, gangrena e cataratta

Altre condizioni: —

Codificare diabete mellito insulino-dipendente con complicanze multiple (E10.7). I codici E10.2† e N08.3* (diabete insulino-dipendente con nefropatia), E10.5 (diabete insulino-dipendente con complicanze del circolo periferico) e E10.3† e H28.0* (cataratta diabetica) possono essere inseriti come codici opzionali aggiuntivi per identificare le complicanze singole.

E340 **Sindrome da carcinoide**

Questo codice non deve essere usato come codice preferito per la “condizione principale” se è riportato un carcinoide, a meno che l’episodio di cura era diretto prevalentemente alla sindrome endocrina stessa. Quando si codifica il tipo di tumore, E34.0 può essere usato come codice opzionale aggiuntivo per identificare l’attività funzionale.

E64.- **Sequela di malnutrizione e di altri deficit nutrizionali**

E68 **Sequela dell’iperalimentazione**

Questi codici non devono essere preferiti per la “condizione principale” se è riportata la natura della condizione residuale. Quando si codifica la condizione residuale, E64.- o E68 possono essere usati come codici aggiuntivi opzionali.

Settore V: Disturbi psichici e comportamentali

Le definizioni delle categorie e delle sottocategorie in questo settore sono fornite per assistere il medico curante nello stabilire le diagnosi; esse non dovrebbero essere usate dai codificatori. Il codice della “condizione principale” dovrebbe essere assegnato sulla base della diagnosi riportata dal medico curante, anche se ciò comporta un conflitto tra la condizione così come riportata e la definizione. In alcune categorie vi è la possibilità di usare codici aggiuntivi opzionali.

Settore VI: Malattie del sistema nervoso

Alcune condizioni classificabili in questo settore possono essere causate dagli effetti di farmaci o di altre cause esterne. Possono essere usati i codici del settore XX come codici aggiuntivi opzionali.

G09 **Sequela di malattie infiammatorie del sistema nervoso centrale**

Questo codice non deve essere preferito come “condizione principale” se è riportata la natura della condizione residuale. Quando si codifica la condizione residuale, G09 può essere usato come un codice

aggiuntivo opzionale. Notare che le sequele delle categorie G01*, G02*, G05* e G07* non dovrebbero essere assegnate a G09, ma piuttosto alle categorie stabilite per le sequele della condizione morbosa iniziale, ad esempio B90-B94. Se non vi sono categorie per le sequele della condizione iniziale, codificare la condizione iniziale stessa.

Esempio 14: Condizione principale: Sordità da meningite tubercolare

Specialità: Audiologia e foniatria

Codificare perdita uditiva non specificata (H91.9) come “condizione principale”.

B90.0 (sequele di tubercolosi del sistema nervoso centrale), può essere usato come codice opzionale aggiuntivo.

Esempio 15: Condizione principale: Epilessia da pregresso ascesso cerebrale

Specialità: Neurologia

Codificare epilessia non specificata (G40.9) come “condizione principale”. G09 (sequele di malattie infiammatorie del sistema nervoso centrale) può essere usato come codice aggiuntivo opzionale.

Esempio 16: Condizione principale: Ritardo mentale di grado lieve dopo encefalite post vaccinica

Specialità: Psichiatria

Codificare ritardo mentale lieve, senza menzione di compromissione del comportamento (F70.9) come “condizione principale”. G09 (sequele di malattie infiammatorie del sistema nervoso centrale) può essere usato come codice aggiuntivo opzionale.

G81-G83 Sindromi paralitiche

Questi codici non devono essere preferiti come “condizione principale” se è riportata una causa in atto, a meno che l’episodio di cura sia stato causato principalmente dalla paralisi stessa. Quando si codifica la causa, G81-G83 possono essere usati come codici aggiuntivi opzionali.

Esempio 17: Condizione principale: Accidente cerebrovascolare con emiplegia

Altre condizioni: —

Specialità: Neurologia

Codificare accidente cerebrovascolare non specificato se da emorragia o da infarto (I64) come “condizione principale”. G81.9 (emiplegia non specificata) può essere usata come codice aggiuntivo opzionale.

Esempio 18: Condizione principale: Infarto cerebrale intervenuto 3 anni prima

Altre condizioni: Paralisi della gamba sinistra

Il paziente riceve terapia fisica

Codificare monoplegia di arto inferiore (G83.1) come “condizione principale”. I69.3 (sequele di infarto cerebrale) può essere usato come codice aggiuntivo opzionale.

Settore VII: Malattie dell'occhio e degli annessi oculari

H54.- Cecità e ipovisione

Questo codice non deve essere preferito come “condizione principale” se n'è riportata la causa, a meno che l'episodio di cura sia principalmente legato alla cecità stessa. Quando si codifica la causa, H54.- può essere usato come codice opzionale aggiuntivo.

Settore VIII: Malattie dell'orecchio e dell'apofisi mastoide

H90-H91 Perdita uditiva

Questi codici non devono essere preferiti come “condizione principale” se n'è riportata la causa, a meno che l'episodio di cura sia principalmente legato alla perdita uditiva. Quando si codifica la causa, H90.- o H91 .- possono essere usati come codici aggiuntivi opzionali.

Settore IX: Malattie del sistema circolatorio

I15.- Ipertensione secondaria

Questo codice non deve essere preferito come “condizione principale” se n'è riportata la causa, a meno che l'episodio di cura sia principalmente legato all'ipertensione. Quando si codifica la causa, I15.- può essere usato come codice aggiuntivo opzionale.

I69.- Sequele di malattia cerebrovascolare

Questo codice non deve essere preferito come “condizione principale” se è riportata la natura della condizione residuale. Quando si codifica la condizione residuale, I69.- può essere usato come codice aggiuntivo opzionale.

Settore XV: Gravidanza, parto e puerperio

O08- Complicanze successive ad aborto, gravidanza ectopica o molare

Questo codice non deve essere preferito come “condizione principale”, eccetto nei casi in cui un nuovo episodio di cura avviene esclusivamente per il trattamento di una complicanza, ad esempio una complicanza in atto di un precedente aborto. Questo può essere usato come codice aggiuntivo opzionale con le categorie

O00-O02 per identificare le complicanze associate e con le categorie O03-O07 per dare maggiori dettagli.

Notare che i termini inclusi previsti nelle sottocategorie di O08 dovrebbero essere riportati quando si assegnano le sottocategorie a 4 caratteri di O03-O07.

Esempio 19: Condizione principale: Rottura di tuba di Falloppio da gravidanza, con shock

Specialità: Ginecologia

Codificare rottura di tuba di Falloppio da gravidanza (O00.1) come “condizione principale”. O08.3 (shock successivo ad aborto o a gravidanza ectopica o molare) può essere usato come codice aggiuntivo opzionale.

Esempio 20: Condizione principale: Aborto incompleto con perforazione di utero

Specialità: Ginecologia

Codificare aborto incompleto con altre e non specificate complicanze (O06.3) come “condizione principale”. Il codice O08.6 (danni ad organi e a tessuti della pelvi successivi ad aborto e a gravidanza ectopica o molare) può essere usato come codice aggiuntivo opzionale.

Esempio 21: Condizione principale: Coagulazione intravascolare disseminata successiva ad aborto effettuato 2 giorni prima presso altra struttura

Specialità: Ginecologia

Codificare emorragia prolungata o eccessiva successiva ad aborto o a gravidanza ectopica o molare (O08.1). Nessun altro codice è richiesto dal momento che l'aborto fu eseguito durante un precedente episodio di cura.

O80-O 84 Parto

L'uso di questi codici per descrivere la “condizione principale” dovrebbe essere limitato a quei casi dove l'unica informazione riportata è una dichiarazione di parto o delle modalità del parto. I codici O80-O84 possono essere usati come codici aggiuntivi opzionali per indicare le modalità o il tipo di parto quando non sono usati a questo proposito registrazioni di dati separati o una classificazione delle procedure.

Esempio 22: Condizione principale: Gravidanza

Altre condizioni: —

Procedura: Parto con applicazione bassa di forcipe.

Codificare parto con applicazione bassa di forcipe (O81.0) come “condizione principale” dal momento che non è fornita alcun'altra informazione.

- Esempio 23: Condizione principale: Parto
Altre condizioni: Tentativo fallito di parto di prova per via vaginale
Procedura: Taglio cesareo
Codificare tentativo fallito di parto di prova per via vaginale (O66.4) come condizione principale. Il codice per il parto cesareo non specificato (O82.9), può essere usato come codice aggiuntivo opzionale.
- Esempio 24: Condizione principale: Parto gemellare
Altre condizioni: —
Procedura: Parto spontaneo
Codificare gravidanza gemellare (O30.0) come “condizione principale”. O84.0 (parto multiplo, tutto spontaneo) può essere aggiunto come codice aggiuntivo opzionale.
- Esempio 25: Condizione principale: Gravidanza a termine, parto di feto morto, peso di 2800 gr
Altre condizioni: —
Procedura: Parto spontaneo
Codificare assistenza prestata alla madre per morte intrauterina del feto (O36.4), se non può essere determinata nessuna specifica causa per la morte fetale.

098-099 Malattie materne classificabili altrove, ma complicanti la gravidanza, il parto e il puerperio

Le sottocategorie previste dovrebbero essere preferite come “condizione principale” rispetto alle categorie al di fuori del Settore XV, quando le condizioni da classificare siano state indicate dal medico curante come complicanti lo stato di gravidanza, o come aggravate dalla gravidanza o siano state motivo di cure ostetriche. I codici pertinenti di altri settori possono essere usati come codici aggiuntivi opzionali per accrescere la specificazione della condizione.

- Esempio 26: Condizione principale: Toxoplasmosi
Altre condizioni: Gravidanza non a termine
Specialità: Clinica ostetrica, gravidanza ad alto rischio
Codificare malattie da protozoi complicanti la gravidanza, il parto ed il puerperio (O98.6) come “condizione principale”. B58.9 (Toxoplasmosi non specificata) può essere usato come un codice aggiuntivo opzionale per identificare lo specifico microrganismo.

Settore XVIII: Sintomi, segni e risultati anormali di esami cimici e di laboratorio, non classificati altrove

Le categorie di questo settore non dovrebbero essere usate come “condizione principale” a meno che il sintomo, il segno o il risultato anormale di esame fossero chiaramente la condizione principale trattata o esaminata durante l’episodio di cura e non fossero correlate con altre condizioni riportate dal medico curante. Vedi anche Regola MB3 (pag. 113) e l’introduzione al Settore XVIII nel Volume I per ulteriori informazioni.

Settore XIX: Traumatismi, avvelenamenti ed alcune altre conseguenze di cause esterne

Laddove sono riportati traumatismi multipli e nessuno di questi è stato selezionato come condizione principale”, codificare con una delle categorie previste per i traumatismi multipli:

- dello stesso tipo interessanti la medesima regione corporea (usualmente quarto carattere delle categorie S00-S99)
- di tipi differenti interessanti la medesima regione corporea (usualmente quarto carattere .7 dell’ultima categoria di ciascuna classe, ad esempio S09, S19, S29, ecc.) e
- dello stesso tipo interessanti differenti regioni corporee (T00-T05).

Notare le seguenti eccezioni:

- per traumatismi interni riportati con traumatismi superficiali e/o ferite aperte, codificare traumatismi interni come “condizione principale”;
- per le fratture del cranio e delle ossa facciali con traumatismo intracranico associato, codificare il traumatismo intracranico come “condizione principale”;
- per emorragia intracranica riportata con altri traumatismi alla testa, codificare l’emorragia intracranica come “condizione principale”; e
- per fratture riportate con ferite aperte soltanto della stessa localizzazione, codificare la frattura come “condizione principale”.

Quando sono usate le categorie per i traumatismi multipli, si possono usare codici per ogni singolo traumatismo elencato come codici aggiuntivi opzionali. Nel caso delle eccezioni menzionate, oltre al codice per la condizione principale, il traumatismo associato può essere identificato o da un codice aggiuntivo opzionale o da una delle cifre previste per questo proposito.

Esempio 27: Condizione principale: Traumatismo della vescica e dell’uretra

Altre condizioni: —

Codificare traumatismo di organi multipli pelvici (S37.7) come “condizione principale”. S37.2 (Traumatismo della vescica) e S37.3 (Traumatismo dell’uretra) possono essere usati come codici aggiuntivi opzionali.

Esempio 28: Condizione principale: Ferita intracranica aperta con emorragia cerebellare

Altre condizioni: —

Codificare emorragia cerebellare di origine traumatica (S06.8) come condizione principale. La ferita intracranica aperta può essere indicata, se si desidera, aggiungendo il codice S01 .9 (Ferita aperta della testa, parte non specificata) o aggiungendo la cifra i (con ferita aperta intracranica) al codice S06.8 (S06.8.1).

T90-98 Sequele di traumatismi, di avvelenamenti e di altre conseguenze di cause esterne

Questi codici non devono essere usati come codici preferiti per la “condizione principale” se è riportata la natura delle condizioni residue. Quando si codifica la condizione residua, codici della classe T90-T98 possono essere usati come aggiuntivi opzionali.

Settore XX: Cause esterne di morbosità e di mortalità

Questi codici non devono essere usati come “condizione principale”. Essi sono stati concepiti per l’uso come codici aggiuntivi opzionali per identificare cause esterne di condizioni classificate nel Settore XIX, e possono anche essere usati come codici aggiuntivi opzionali in ogni altro settore nei casi che abbiano una causa esterna.

5. Presentazione statistica

5.1 Introduzione

Questo capitolo illustra le norme concernenti le statistiche per i confronti internazionali e le linee guida per la presentazione dei dati in tavole statistiche nazionali o subnazionali.

I responsabili dell'analisi dei dati dovrebbero essere coinvolti nella stesura del protocollo di procedura per la lavorazione (compresa la codifica) non solo dei dati diagnostici ma anche delle altre variabili da incrociare con essi.

5.2 La fonte dei dati

La certificazione medica della causa di morte è generalmente responsabilità del medico curante¹. Tale certificato dovrebbe essere in linea con le raccomandazioni internazionali (vedi il paragrafo 4.1.3). Le procedure amministrative dovrebbero assicurare la riservatezza dei dati riportati nel certificato di morte o in altri documenti medici.

Nel caso di morti certificate dall'autorità giudiziaria o da altre autorità legali, l'attestazione medica fornita a coloro che devono certificare dovrebbe essere riportata sul certificato in aggiunta a qualsiasi reperto legale.

5.3 Il livello di dettaglio delle cause nelle tabelle

Esistono procedure standard per elencare le cause codificate secondo l'ICD, e vi sono raccomandazioni formali riguardanti le liste di intabulazione che permettono confronti internazionali (vedi paragrafo 5.6). In altre tabellazioni, la struttura gerarchica dell'ICD permette una considerevole flessibilità per possibili raggruppamenti.

Le rubriche (a tre o a quattro caratteri) dell'ICD permettono considerevoli dettagli. Esse sono talvolta utilizzate per produrre tavole di riferimento che coprono l'intera gamma di dati, che può non essere pubblicata, ma è comunque conservata negli uffici centrali e, se richiesto, da essa possono essere estratte alcune informazioni concernenti specifiche diagnosi.

La classificazione a questo livello è anche utilizzata da specialisti per studi dettagliati riguardanti una gamma limitata di diagnosi. Per questi studi possono essere aggiunti maggiori dettagli a livello del

¹ Nel caso di morte senza assistenza medica, in base al regolamento di polizia mortuaria vigente in Italia, sarà il medico necroscopo a compilare la scheda di morte.

quinto o del sesto carattere, laddove la codifica sia fatta o con i caratteri supplementari forniti per alcune rubriche dell'ICD o con uno degli adattamenti specialistici della famiglia di classificazioni.

Sebbene siano stati fatti notevoli sforzi per assicurare dei titoli autoesplicativi alle sottocategorie a quattro caratteri dell'ICD, essi a volte necessitano di essere letti insieme ai titoli delle categorie a tre caratteri. Quando accade ciò, è necessario o includere le rubriche a 3 caratteri (ed i loro totali) o usare speciali titoli per le rubriche a quattro caratteri che siano intelleggibili anche presi singolarmente. Sono oltre 2.000 le rubriche a livello di tre caratteri, che identificano tutte le condizioni di interesse per la sanità pubblica.

Ci sono anche liste speciali di intabulazione nel Volume I (pag. 1205 -1231) da utilizzare quando la lista a 3 caratteri risulta troppo dettagliata; esse sono progettate in modo tale che i confronti internazionali su malattie o gruppi di malattie significativi non siano ostacolati da differenti raggruppamenti utilizzati in paesi diversi.

5.4 Le liste speciali di intabulazione raccomandate per la mortalità

Le liste speciali di intabulazione per la mortalità sono riportate nel Volume I alle pag. 1207 - 1220.

5.4.1 Le liste abbreviate

Le due liste abbreviate, Lista 1 e Lista 3, forniscono voci per ciascun settore dell'ICD ed inoltre, all'interno della maggior parte dei settori, identificano le voci delle liste selezionate insieme a voci residuali intitolate "Tutto il resto del settore ...", che completano i rispettivi settori. In tal modo esse condensano, accorpano tutte le categorie ICD a 3 caratteri in un numero maneggevole di voci che possono essere usate per molti tipi di pubblicazioni.

5.4.2 Le liste selezionate

Le due liste selezionate, Lista 2 e Lista 4, contengono voci all'interno della maggior parte dei settori ICD, da utilizzare per condizioni morbose e cause esterne significative per il monitoraggio e l'analisi dello stato di salute della popolazione e per problemi correlati alla mortalità sia a livello nazionale che internazionale. Non sono forniti i totali relativi ai singoli settori e solo alcuni di essi hanno rubriche residuali che permettono di ottenere tali totali.

5.4.3 Uso di prefissi per identificare le liste di mortalità

L'uso di prefissi numerici per i numeri di voce evita confusione tra le diverse liste speciali di intabulazione lì dove voci utilizzate per le stesse condizioni riportano numeri diversi. (I numeri di voce possono essere distinti dai codici ICD a quattro caratteri in quanto questi ultimi hanno una lettera nella prima posizione.) Laddove sia utilizzata una lista adattata per fini nazionali o subnazionali, dovrebbe essere utilizzato un prefisso identificativo alternativo.

5.4.4 Liste per uso locale

Le quattro liste speciali di intabulazione forniscono per la maggior parte dei paesi una fonte d'informazione adeguata riguardo alle più importanti malattie e cause esterne di morte. Esse facilitano inoltre, confronti nel tempo e l'osservazione dei cambiamenti che si verificano nelle frequenze relative, ad esempio, alle malattie infettive ed alle malattie degenerative, allorché i programmi sanitari sortiscono i loro effetti. Permettono inoltre il confronto tra aree subnazionali e sottogruppi di popolazione e, in aggiunta, rendono possibili confronti significativi sulle cause di morte a livello internazionale.

Quando non vi è necessità di confronti internazionali, si possono predisporre localmente delle liste analoghe a quelle speciali di intabulazione. Le rubriche ICD di tali liste possono essere selezionate e raggruppate nel modo che si ritenga più appropriato ed utile. Potrebbero servire, ad esempio, liste speciali per il monitoraggio dell'avanzamento, in termini di morbosità e mortalità, di molti programmi sanitari locali.

Quando, per esigenze nazionali, vengono approntati degli adattamenti alle liste speciali di intabulazione o quando viene predisposta una lista di intabulazione per un progetto nuovo o speciale, è utile eseguire un test pilota, contando semplicemente il numero dei casi attribuibili a ciascuna categoria a tre caratteri, ciò al fine di determinare quali raggruppamenti di condizioni siano appropriati e dove potrebbe essere necessario l'uso di sottocategorie.

Quando viene approntata una lista locale, i gruppi di categorie dovrebbe far riferimento, per chiarire la loro composizione, a codici a tre (o a quattro) caratteri del nucleo centrale della classificazione.

5.5 La lista speciale di intabulazione per la morbosità

5.5.1 Descrizione

La lista di intabulazione per la morbosità contiene 298 voci. E' una lista abbreviata nella quale ogni categoria è inclusa soltanto una volta e i totali per gruppi di malattie e per i settori ICD possono essere ottenuti sommando le voci che si susseguono.

La lista di morbosità è considerata una base per le liste nazionali e per i confronti tra paesi. Le liste nazionali possono essere approntate o accorpando o espandendo il nucleo centrale della classificazione in modo appropriato. La lista è adattabile ai dati riguardanti la cura dei ricoverati e, con qualche appropriato aggiustamento --- specialmente per aggregazione o espansione di alcune voci relativamente ai Settori XVIII (Sintomi, segni e risultati anormali di esami clinici e di laboratorio, non classificati altrove) e XXI (Fattori influenzanti lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari) --- alle informazioni provenienti da altre fonti come, ad esempio, l'assistenza ambulatoriale e le indagini campionarie. Quando viene approntata una lista locale, la chiave dei raggruppamenti di categorie dovrebbe far riferimento ai codici a tre (o quattro) caratteri del nucleo centrale della classificazione.

La lista di morbosità include i numeri di codice delle categorie con asterisco da utilizzare quando è incluso nell'analisi il codice con asterisco per la classificazione a due assi [sistema a daga-asterisco]. La lista può essere utilizzata sia nelle tabulazioni basate su codici a daga che in quelle basate su codici ad asterisco, ed è importante, quindi, precisare quale base è stata utilizzata in ogni tavola.

5.5.2 Modificazione della lista speciale di intabulazione per la morbosità in relazione ad esigenze nazionali

Se, dopo l'esame delle frequenze relative alle rubriche ICD a tre caratteri, si rende necessario espandere la lista, alcune delle voci possono essere suddivise attenendosi al nucleo centrale della classificazione o anche al livello del quarto carattere. Se la lista raccomandata è considerata troppo dettagliata o se è richiesta una lista più breve, la selezione può essere basata sulla situazione sanitaria nazionale o locale. A seconda del "profilo epidemiologico" della nazione possono essere combinate delle categorie per abbreviare la lista.

5.6 Raccomandazioni per le tavole statistiche per i confronti internazionali

5.6.1 Tavole statistiche

Il grado di dettaglio delle tabelle incrociate per causa, sesso, età e area geografica dipenderà dallo scopo, dal campo di azione delle statistiche e dai limiti pratici della tabella. I seguenti modelli, che sono stati progettati per favorire i confronti internazionali, presentano metodologie standard per esprimere le diverse caratteristiche. Se nelle tavole pubblicate viene usata una diversa classificazione (ad esempio nei raggruppamenti per età) essa dovrebbe essere riconducibile ad uno dei seguenti raggruppamenti raccomandati.

- (a) L'analisi appropriata mediante la Classificazione Internazionale delle Malattie dovrebbe conformarsi il più possibile:
- alla lista dettagliata delle categorie a tre caratteri con o senza le sottocategorie a quattro caratteri;
- (i) ad una delle liste speciali di intabulazione per la mortalità;
 - (ii) alla lista speciale di intabulazione per la morbosità.
- (b) Classificazione per età per scopi generali:
- (i) meno di 1 anno, singoli anni fino a 4, gruppi quinquennali da 5 a 84, 85 anni e oltre;
 - (ii) meno di 1 anno, 1-4 anni, 5-14 anni, 15-24 anni, 25-34 anni, 35-44 anni, 45-54 anni, 55-64 anni, 65-74 anni, 75 anni e oltre;
 - (iii) meno di 1 anno, 1-14 anni, 15-44 anni, 45-64 anni, 65 anni e oltre.
- (c) La classificazione per area per essere appropriata dovrebbe conformarsi il più possibile a:
- (i) ogni suddivisione amministrativa più importante;
 - (ii) ogni città o conurbazione di 1.000.000 di abitanti e oltre, altrimenti la città più grande con una popolazione di almeno 100.000 abitanti;
 - (iii) un aggregato nazionale di aree urbane di 100.000 abitanti e oltre;
 - (iv) un aggregato nazionale di aree urbane con meno di 100.000 abitanti;
 - (v) un aggregato nazionale di aree rurali.

Nota 1. Le statistiche relative al punto (c) dovrebbero includere la definizione dei concetti utilizzati di urbano e rurale.

Nota 2. Nei paesi dove la certificazione medica della causa di morte è incompleta o limitata ad alcune aree si dovrebbe riportare separatamente il numero delle morti senza certificazione medica.

5.6.2 Tabellazione delle cause di morte

Le statistiche sulle cause di morte per una ben definita area dovrebbero seguire la raccomandazione indicata al punto (a)(i), oppure, se ciò non fosse possibile, quella indicata al punto (a)(ii). Le morti dovrebbero essere classificate preferibilmente per sesso e gruppi di età come raccomandato al punto (b)(i).

Le statistiche sulle cause di morte per le aree di cui al punto (c) dovrebbero conformarsi alla raccomandazione (a)(ii), oppure se ciò non fosse possibile a quella del punto (a)(iii). Anche queste andrebbero tabellate preferibilmente per sesso ed età come definito nella raccomandazione (b)(ii).

5.7 Standard e requisiti per i report relativi alla mortalità fetale, perinatale, neonatale ed infantile

Le seguenti definizioni sono state adottate dall'Assemblea Mondiale della Sanità sia per le statistiche che si riferiscono ai confronti internazionali, che per i requisiti dei report di dati dai quali derivano. Le definizioni adottate dall'Assemblea della Sanità, sono presenti nel Volume I, pag. 1233 - 1238 e per convenienza riportate di seguito.

5.7.1 Definizioni

Nato vivo

Si definisce per nascita di bambino nato vivo la completa espulsione od estrazione dalla propria madre di un prodotto del concepimento che, indipendentemente dalla durata della gravidanza, dopo tale separazione, respira o presenta qualsiasi altro segno di vita, come il battito cardiaco, la pulsazione del cordone ombelicale o il chiaro movimento di muscoli volontari, indipendentemente dal fatto che il cordone ombelicale sia stato tagliato o la placenta sia attaccata; ciascun prodotto di una nascita di questo tipo viene considerato nato vivo.

Morte fetale [feto nato morto]

La morte fetale è la morte che avviene prima della completa espulsione o estrazione dalla propria madre di un prodotto del concepimento, indipendentemente dalla durata della gravidanza; la morte è indicata dal fatto che dopo tale separazione il feto non respira né mostra qualsiasi altro segno di vita, come il battito cardiaco, la pulsazione del cordone ombelicale o il chiaro movimento di muscoli volontari.

Peso alla nascita

Il primo peso del feto o neonato registrato dopo la nascita.

Per i nati vivi, il peso alla nascita dovrebbe preferibilmente essere misurato entro la prima ora di vita, prima che si sia verificato un significativo calo ponderale post-natale. Sebbene le tabulazioni statistiche prevedano raggruppamenti di 500 g per il peso alla nascita, i pesi non vanno registrati in quei raggruppamenti. Dovrebbe essere registrato il peso reale, con il grado di accuratezza della misurazione.

Le definizioni di peso alla nascita “basso”, “molto basso” e “estremamente basso” non rappresentano categorie mutuamente esclusive. Al di sotto dei limiti fissati esse sono omniinclusive e quindi embricate (cioè “basso” comprende “molto basso” e “estremamente basso”, mentre “molto basso” comprende “estremamente basso”).

Basso peso alla nascita

Inferiore a 2500 g (inferiore o uguale a 2499 g).

Peso alla nascita molto basso

Inferiore a 1500 g (inferiore o uguale a 1499 g).

Peso alla nascita estremamente basso

Inferiore a 1000 g (inferiore o uguale a 999 g).

Età gestazionale

La durata della gestazione viene calcolata dal primo giorno dell'ultimo ciclo mestruale normale. L'età gestazionale viene espressa in giorni o settimane compiuti (es. si considera che eventi che si manifestino da 280 a 286 giorni compiuti dopo l'inizio dell'ultimo ciclo mestruale normale, siano accaduti a 40 settimane di gestazione).

L'età gestazionale è frequentemente fonte di confusione quando i calcoli sono basati sulle date mestruali. Ai fini del calcolo dell'età gestazionale dalla data del primo giorno dell'ultimo ciclo mestruale normale e della data del parto, si dovrebbe ricordare che il primo giorno è il giorno zero e non uno; i giorni 0-6 corrispondono quindi alla “settimana compiuta zero”, i giorni 7-13 alla “settimana compiuta uno” e la 40° settimana reale di gestazione è sinonimo di “settimana compiuta 39”. Ove non risulti disponibile la data dell'ultimo ciclo mestruale normale, l'età gestazionale dovrebbe essere calcolata in base alla migliore stima clinica. Al fine di evitare equivoci, sulle tabulazioni dovrebbero essere indicati sia le settimane che i giorni.

Pre-termine

Meno di 37 settimane compiute (meno di 259 giorni) di gestazione.

Termine

Da 37 a meno di 42 settimane compiute (da 259 a 293 giorni) di gestazione.

Post-termine

42 o più settimane compiute (294 o più giorni) di gestazione.

Periodo perinatale

Il periodo perinatale inizia a 22 settimane compiute (154 giorni) di gestazione (epoca in cui il peso alla nascita è solitamente 500 g) e termina 7 giorni compiuti dopo la nascita.

Periodo neonatale

Il periodo neonatale inizia alla nascita e termina 28 giorni compiuti dopo la nascita. Le morti neonatali (morti tra i nati vivi nel corso dei primi 28 giorni compiuti di vita) possono essere suddivise in morti neonatali precoci, che si verificano nei primi 7 giorni di vita, e morti neonatali tardive, che si verificano dopo il settimo giorno ma prima dei 28 giorni compiuti di vita.

L'età alla morte nel corso del primo giorno di vita (giorno zero) dovrebbe essere registrata in unità costituite da minuti compiuti od ore compiute di vita. Per il secondo (giorno 1), terzo (giorno 2) e fino a 27 giorni compiuti di vita, età alla morte dovrebbe essere registrata in giorni.

5.7.2 Criteri per i report

La registrazione ufficiale dei nati morti e dei nati vivi varia da nazione a nazione e anche al loro interno per alcune nazioni. Se possibile, tutti i feti e i bambini che pesano almeno 500 grammi alla nascita, siano essi vivi o morti, dovrebbero essere inclusi nelle statistiche. Quando non sono disponibili le informazioni sul peso alla nascita, si dovrebbero utilizzare i criteri corrispondenti all'età gestazionale (22 settimane compiute) o alla lunghezza del corpo (25 cm dal vertice al tallone), I criteri per decidere se un evento si sia verificato entro il periodo perinatale dovrebbero essere nell'ordine: (1) peso alla nascita, (2) età gestazionale, (3) lunghezza del corpo (vertice-tallone). E' raccomandato l'inserimento nelle statistiche nazionali dei feti e bambini il cui peso è compreso tra i 500 e i 1.000 grammi sia per il suo valore intrinseco sia perché contribuisce a migliorare la copertura della rilevazione relativa a 1.000 grammi ed oltre.

5.7.3 Statistiche per i confronti internazionali

Nelle statistiche utilizzate per i confronti internazionali, l'inclusione del gruppo con peso alla nascita estremamente basso disturba la validità del confronto e non è pertanto raccomandato. Le nazioni dovrebbero disporre le procedure di rilevazione e di presentazione di dati in modo tale che gli eventi e i criteri di inclusione possano essere facilmente identificati. Feti e bambini non completamente sviluppati che non corrispondono a questi criteri (ad esempio che pesano meno di 1.000 grammi) dovrebbero essere esclusi dalle statistiche perinatali a meno che non ci siano valide ragioni legali o di altro tipo per il contrario, nel qual caso la loro inclusione dovrebbe essere esplicitata chiaramente. Quando il peso alla nascita, l'età gestazionale e la lunghezza del corpo (vertice-tallone) non sono conosciuti, l'evento dovrebbe comunque essere incluso, piuttosto che escluso, nelle statistiche di mortalità del periodo perinatale.

Le nazioni dovrebbero anche presentare statistiche nelle quali sia il numeratore che il denominatore di tutti i quozienti e i tassi siano riferiti a feti o a bambini che pesino 1.000 grammi o più (quozienti o tassi specifici per peso); ove le informazioni sul peso alla nascita non siano disponibili, si dovrebbero utilizzare la corrispondente età gestazionale (28 settimane compiute) o la lunghezza del corpo (35 cm vertice-tallone).

Nelle statistiche della mortalità fetale, perinatale, neonatale e infantile il numero delle morti dovute a malformazioni dovrebbe, quando possibile, essere distinto per nati vivi e nati morti, ed inoltre per peso alla nascita: 500-999 gr, 1.000 gr o più. Le morti neonatali dovute a malformazioni dovrebbero essere suddivise in precoci o tardive. Questa informazione rende idonee le statistiche di mortalità perinatale e neonatale ad essere riportate con o senza le morti dovute a malformazioni

Quozienti o tassi

I quozienti ed i tassi pubblicati dovrebbero specificare sempre il denominatore, ad esempio nati vivi o totale nati (nati vivi più nati morti). Le nazioni sono incoraggiate a fornire i quozienti e i tassi indicati sotto, o comunque la maggior parte di quelli che i loro sistemi di raccolta dati permettono.

Quoziente di natimortalità

$$\frac{\text{Nati morti}}{\text{Nati vivi}} \quad \times 1.000$$

Tasso di natimortalità

$$\frac{\text{Nati morti}}{\text{Totale nati}} \quad \times 1.000$$

Tasso specifico di natimortalità per peso

$$\frac{\text{Nati morti con peso } \geq 1.000 \text{ gr}}{\text{Totale nati con peso } \geq 1.000 \text{ gr}} \quad \times 1.000$$

Tasso di mortalità neonatale precoce

$$\frac{\text{Morti neonatali precoci}}{\text{Nati vivi}} \quad \times 1.000$$

Tasso specifico di mortalità neonatale precoce per peso

$$\frac{\text{Morti neonatali precoci con peso alla nascita } \geq 1.000 \text{ gr}}{\text{Totali nati con peso } \geq 1.000 \text{ gr}} \quad \times 1.000$$

Quoziente di mortalità perinatale

$$\frac{\text{Nati morti e morti neonatali precoci}}{\text{Nati vivi}} \times 1.000$$

Tasso di mortalità perinatale

$$\frac{\text{Nati morti e morti neonatali precoci}}{\text{Totale nati}} \times 1.000$$

Il tasso di mortalità perinatale è costituito dal numero dei nati morti che pesano almeno 500 gr (o se il peso non è disponibile, dopo 22 settimane compiute di gestazione o con una lunghezza del corpo vertice-tallone di 25 cm o più) più il numero dei morti neonatali precoci, per 1.000 nati vivi. A causa dei differenti denominatori di ogni componente, il tasso di mortalità perinatale non è necessariamente uguale alla somma del tasso di natimortalità e del tasso di mortalità neonatale precoce.

Tasso di mortalità perinatale specifico per peso

$$\frac{\text{Nati morti con peso } \geq 1.000 \text{ gr} + \text{morti neonatali precoci con peso alla nascita } \geq 1.000 \text{ gr}}{\text{Totale nati con peso } \geq 1.000 \text{ gr}} \times 1.000$$

Tasso di mortalità neonatale

$$\frac{\text{Morti neonatali}}{\text{Nati vivi}} \times 1.000$$

Tasso di mortalità neonatale specifico per peso

$$\frac{\text{Morti neonatali con peso alla nascita } \geq 1.000 \text{ gr}}{\text{Nati con peso } \geq 1.000 \text{ gr}} \times 1.000$$

Tasso di mortalità infantile

$$\frac{\text{Morti nel primo anno di vita}}{\text{Nati vivi}} \times 1.000$$

Tasso di mortalità infantile specifico per peso

$$\frac{\text{Morti nel primo anno di vita fra nati vivi con peso alla nascita } \geq 1.000 \text{ gr}}{\text{Nati con peso } \geq 1.000 \text{ gr}} \times 1.000$$

5.7.4 Presentazione delle cause di mortalità perinatale

Per le statistiche di mortalità perinatale derivate dalla scheda di rilevazione raccomandata per tale scopo (vedi paragrafo 4.3.1) sarebbe di grande beneficio utilizzare un'analisi multicausale a tutto campo che prenda in considerazione tutte le condizioni riportate. Dove tale analisi risulti impraticabile, si dovrebbe riportare come minimo l'analisi della malattia o della condizione morbosa principale del feto o del neonato [parte (a)] e della condizione materna principale interessante il feto o il neonato [parte (c)] con tabulazioni incrociate di gruppi di queste due condizioni. Dove è necessario scegliere una sola condizione (ad esempio, quando le morti neonatali precoci devono essere incorporate in una tavola di morti per singola causa di tutte le età), dovrebbe essere selezionata la malattia o la condizione morbosa principale del feto o del neonato [parte (a)].

Classificazione per età per speciali statistiche sulla mortalità infantile

- (i) Per singolo giorno della prima settimana di vita (entro le 24 ore, 1, 2, 3, 4, 5, 6 giorni), 7-13 giorni, 14-20 giorni, 21-27 giorni, 28 giorni e oltre fino a 2 mesi esclusi, e per singolo mese di vita da 2 mesi ad un anno (2, 3, 4, ..., 11 mesi).
- (ii) Entro le 24 ore, 1-6 giorni, 7-27 giorni, 28 giorni e oltre fino a 3 mesi esclusi, 3-5 mesi, da 6 mesi ad 1 anno.
- (iii) Entro i 7 giorni, 7-27 giorni, 28 giorni fino a 1 anno.

Classificazione per età per la mortalità neonatale precoce

- (i) Entro 1 ora, 1-11 ore, 12-23 ore, 24-47 ore, 48-71 ore, 72-167 ore;
- (ii) Entro 1 ora, 1-23 ore, 24-167 ore.

Classificazione del peso alla nascita per le statistiche sulla mortalità perinatale

Intervalli di peso di 500 gr, ad esempio 1.000-1.499 gr ecc.

Classificazione dell'età gestazionale per le statistiche di mortalità perinatale

Entro le 28 settimane (entro 196 giorni), 28-31 settimane (196-223 giorni), 32-36 settimane (224-258 giorni), 37-41 settimane (259-293 giorni), 42 settimane ed oltre (294 giorni e oltre).

5.8 Standard e requisiti per i report relativi alla mortalità materna

5.8.1 Definizioni

Morte materna

Una morte materna è la morte di una donna durante la gravidanza o entro 42 giorni dal termine della gravidanza, indipendentemente dalla durata e dalla sede della gravidanza, dovuta a qualsiasi causa correlata o aggravata dalla gravidanza o dal suo trattamento, ma non da cause accidentali o fortuite.

Morte materna tardiva

Una morte materna tardiva è la morte di una donna da cause ostetriche dirette o indirette oltre 42 giorni, ma entro un anno dal termine della gravidanza.

Morte correlata alla gravidanza

Una morte correlata alla gravidanza è la morte di una donna durante la gravidanza o entro 42 giorni dal termine della gravidanza, indipendentemente dalla causa della morte.

Le morti materne dovrebbero essere divise in due gruppi:

Morti ostetriche dirette

Le morti ostetriche dirette sono quelle risultanti da complicanze ostetriche dello stato gravidico (gravidanza, travaglio e puerperio) da interventi, omissioni, trattamento scorretto o da una catena di eventi originata da qualsiasi causa menzionata sopra.

Morti ostetriche indirette

Le morti ostetriche indirette sono quelle risultanti da una malattia precedentemente esistente o da una malattia sviluppata durante la gravidanza non direttamente legata a cause ostetriche dirette, ma aggravata dagli effetti fisiologici della gravidanza.

Per migliorare la qualità dei dati relativi alla mortalità materna e per fornire metodi alternativi di raccolta dei dati sulle morti durante la gravidanza o correlati ad essa, così come favorire la registrazione delle morti per cause ostetriche che insorgono successivamente ai 42 giorni dopo il termine della gravidanza, la XLIII Assemblea Mondiale della Sanità nel 1990 ha adottato la raccomandazione che i Paesi prendano in considerazione l'opportunità di inserire nelle schede di morte dei quesiti riguardanti la gravidanza in atto o l'eventuale gravidanza entro l'anno precedente il decesso.

5.8.2 Report internazionali

Per report internazionali sulla mortalità materna, devono essere inclusi nel computo dei quozienti e dei tassi soltanto i dati relativi a quelle morti materne che accadono entro la fine del 42° giorno successivo al termine della gravidanza, nonostante la registrazione delle morti materne più tardive sia utile per analisi nazionali analitiche.

5.8.3 Pubblicazione dei tassi di mortalità materna

I tassi di mortalità materna pubblicati dovrebbero sempre specificare il numeratore (numero delle morti materne registrate), che può essere dato dal:

- numero delle morti dipendenti da cause ostetriche dirette o
- numero delle morti registrate per cause ostetriche (dirette più indirette).

Si precisa che le morti materne dipendenti da virus dell'immunodeficienza umana [HIV] (B20- B24) ed il tetano ostetrico (A34) sono codificate nel Settore I. Bisogna aver cura di includere tali casi nel tasso di mortalità materna.

5.8.4 Denominatori per la mortalità materna

Il denominatore utilizzato per il calcolo della mortalità materna dovrebbe essere specificato se come numero dei nati vivi o numero totale dei nati (nati vivi più morti fetali). Dove siano disponibili entrambi i denominatori, sarebbe bene pubblicare entrambi.

Quozienti e tassi

I risultati dovrebbero essere espressi in termini di rapporto di numeratore su denominatore moltiplicato per k (dove k può essere 1.000, 10.000 o 100.000, come preferito e indicato dal Paese). I quozienti e i tassi di mortalità materna possono essere espressi come segue:

Tasso di mortalità materna⁴

$$\frac{\text{Morti materne (per cause ostetriche dirette ed indirette)}}{\text{Nati vivi}} \quad \times k$$

Quoziente di mortalità materna per cause ostetriche dirette

$$\frac{\text{Morti per sole cause ostetriche dirette}}{\text{Nati vivi}} \quad \times k$$

⁴ L'uso del termine "Tasso", sebbene inesatto in questo contesto, è mantenuto per ragioni di continuità.

Quozienti di mortalità correlata alla gravidanza

$$\frac{\text{Morti correlate alla gravidanza}}{\text{Nati vivi}} \times k$$

5.9 Proporzione dei decessi classificati come cause mal definite

La collocazione di una vasta proporzione di cause di morte nel Settore XVIII, (Sintomi, segni e risultati anormali di esami clinici e di laboratorio anormali, non classificati altrove) indica la necessità di controllare o stimare la qualità dei dati intabulati come cause più specifiche codificate in altri settori.

5.10 Morbosità

Vi è un'ampia varietà di fonti di informazione possibili sulla morbosità. I dati più adatti per l'analisi su base nazionale o regionale sono quelli che permettono calcoli sull'incidenza delle malattie, o almeno di quelle malattie, per esempio, in trattamento medico od ospedaliero. Le linee guida concordate formalmente, e le definizioni per la registrazione delle cause di morbosità e la selezione di una singola condizione sono destinate, dove risultino appropriate, principalmente ai dati relativi ad episodi di cura della salute. Altri tipi di dati richiedono la definizione di regole locali.

I problemi delle statistiche sulla morbosità cominciano con la stessa definizione di "morbosità". Esistono concrete possibilità per migliorare le statistiche sulla morbosità. I confronti internazionali su dati di morbosità sono, al momento, utilizzabili solo in campi molto limitati e per fini chiaramente definiti. Le informazioni nazionali o regionali sulla morbosità devono essere interpretate in relazione alla loro fonte e alla conoscenza di base della qualità dei dati, dell'affidabilità diagnostica e delle caratteristiche demografiche e socioeconomiche.

5.11 Precauzioni necessarie quando le liste di intabulazione includono subtotali

Può non essere sempre evidente a coloro che elaborano dati che alcune delle voci comprese nelle liste di intabulazione sono in effetti subtotali; per esempio, lo sono i titoli delle classi e, nel caso della lista a quattro caratteri dell'ICD-10, i titoli delle categorie a tre caratteri, così come le voci per i titoli dei settori nelle liste abbreviate di mortalità. Tali voci devono essere ignorate quando vengono calcolati i totali, altrimenti, i casi potrebbero essere computati più di una volta.

5.12 Problemi relativi ad una popolazione esigua

L'ampiezza di una popolazione è uno dei fattori da considerare quando lo stato di salute della popolazione è stimato attraverso i dati di mortalità e morbosità. Nei Paesi con popolazioni esigue, il numero degli eventi di molte categorie delle liste di intabulazione brevi sarà in un anno molto piccolo e fluttuerà casualmente anno per anno. Questo accadrà specialmente per fasce di età e sesso separate. I problemi possono essere attenuati con una o più delle seguenti misure:

- l'uso o la presentazione di ampi raggruppamenti di rubriche ICD, quali, ad esempio, i settori;
- l'aggregazione di dati per periodi più lunghi, ad esempio due anni precedenti insieme all'anno corrente, producendo una "media mobile";
- usando raggruppamenti di età più ampi rispetto a quelli consigliati alle pag. 131 e 137.

Ciò che vale per piccole popolazioni nazionali, si applica in genere anche a segmenti subnazionali di popolazioni più numerose. Le indagini su problemi sanitari in sottogruppi di popolazione devono prendere in considerazione l'effetto dell'ampiezza di ciascun sottogruppo sul tipo di analisi utilizzata. Tale necessità è generalmente riconosciuta quando si affrontano analisi campionarie, ma è spesso trascurata se l'indagine riguarda problemi sanitari di particolari gruppi della popolazione nazionale.

5.13 "Celle vuote" o celle con basse frequenze

Qualsiasi sia la lista di cause utilizzata, può accadere che non vi siano casi in alcune celle della tabella statistica. Laddove vi sono molte righe vuote in una tavola, è importante considerare l'opportunità di omettere tali righe da una tabella pubblicata oppure da un output di stampa di un computer. Quando è presente solo un caso di malattia nel paese, la riga può essere regolarmente omessa dalla tavola pubblicata e aggiunta una nota che indichi chiaramente o che non vi sono casi o, in presenza di casi sporadici, in quali celle apparirebbe il caso.

Per le celle con frequenze molto basse, specialmente quelle collegate a malattie che difficilmente ci si aspetta che accadano, è importante stabilire che i casi esistano davvero e che non siano il risultato di errori di codifica, registrazione o di elaborazione. Ciò dovrebbe essere effettuato come parte di un controllo generale di qualità dei dati.

6. Cenni storici sull'ICD⁵

6.1 Origini

L'eminente statistico australiano Sir George Knibbs attribuì il primo tentativo di classificazione sistematica delle malattie (10) a François Bossier de Lacroix (1706-1777), più noto come Sauvages, il cui vasto trattato fu pubblicato con il titolo: *Nosologia methodica*. Contemporaneo di Sauvages fu il grande metodologista Linnaeus (1707-1778), autore di un trattato dal titolo *Genera morborum*. All'inizio del XIX secolo la classificazione di malattie più usata era quella di William Cullen (1710-1790) di Edimburgo, pubblicata nel 1785 con il titolo "*Synopsis nosologiae methodicae*".

Tuttavia, ai fini pratici, lo studio statistico delle malattie iniziò nel secolo precedente con il lavoro di John Graunt sulle tavole mortuarie di Londra. Il tipo di classificazione da lui proposto è dato dal tentativo di stimare la proporzione di bambini nati vivi che morivano prima di raggiungere il sesto anno di età, in assenza della registrazione dell'età alla morte. Egli raccolse tutti i casi di decesso classificati come mugugno, convulsioni, rachitismo, denti e vermi, prematuri, "crisomi" [ovvero neonati morti nel primo mese, non ancora battezzati], infanti, epatomegalie, bambini morti per asfissia o soffocamento e vi aggiunse metà delle morti classificate come vaiolo, varicella, morbillo e vermi senza convulsioni. Nonostante la grossolanità di tale classificazione, tuttavia, alla luce degli studi successivi, risulta buona la sua stima del 36% di mortalità prima dei sei anni di età. Ancorchè in tre secoli sia migliorata l'accuratezza scientifica della classificazione di malattie, molti dubitano ancora, a causa delle difficoltà di classificazione, dell'utilità dei tentativi di compilazione di statistiche di malattie e, anche, di cause di morte. Per essi, si può citare la frase di Major Greenwood: "Il purista scientifico che attende l'esattezza nosologica delle statistiche mediche non dimostra maggiore saggezza del contadino di Orazio che aspetta che il fiume cessi di fluire" (11).

Grazie al progresso della medicina preventiva, il General Register Office di Inghilterra e Galles, trovò, alla sua fondazione nel 1837, in William Farr (1807-1883), suo primo statistico medico, un uomo capace non solo di utilizzare al meglio le imperfette classificazioni di malattia allora disponibili, ma anche di prodigarsi per migliorarle e per assicurare uniformità internazionale nel loro utilizzo.

⁵ La maggior parte del materiale presentato nei paragrafi 6.1-6.3 è riprodotto dalla "Introduzione alla settima revisione dell'ICD", che descrive in maniera eccellente l'origine della classificazione.

Farr non giudicò soddisfacente ai fini statistici la classificazione di Cullen, allora in uso nei servizi pubblici e che, peraltro, non era stata revisionata per tener conto dei progressi della scienza medica. Perciò nel primo Rapporto Annuale dell'Ufficio Centrale di Stato Civile (12) teorizzò i principi che dovrebbero essere alla base di una classificazione statistica e così sollecitò l'adozione di una classificazione uniforme:

I vantaggi di una nomenclatura statistica uniforme, ancorché imperfetta, sono così evidenti che sorprende come non ci si sia prodigati per migliorarla nell'uso delle tavole mortuarie. Ogni malattia è stata definita in molti casi con tre o quattro termini, ognuno dei quali è stato applicato a molte malattie differenti: sono state utilizzate voci vaghe ed improprie o sono state registrate complicità in luogo di malattie primarie. In questo dipartimento la nomenclatura ha importanza pari a quella dei pesi e delle misure nelle scienze fisiche e la si dovrebbe, pertanto, definire al più presto.

Sia la nomenclatura che la classificazione statistica furono continuamente esaminate e studiate da Farr nelle sue "Lettere" annuali al Registrar Generali pubblicate nei relativi Rapporti Annuali. L'utilità di una classificazione uniforme delle cause di morte fu talmente avvertita al 1° Congresso Internazionale di Statistica, tenutosi a Bruxelles nel 1853, che lo stesso Congresso incaricò William Farr e Marc D'Espine, di Ginevra, di preparare una classificazione uniforme delle cause di morte che fosse applicabile su scala internazionale. Al successivo Congresso di Parigi, nel 1855, Farr e D'Espine presentarono due liste differenti, basate su principi molto diversi. La classificazione di Farr si articolava in cinque gruppi: malattie epidemiche, malattie costituzionali o a carattere sistemico, malattie localizzate ordinate per sedi anatomiche, malattie dello sviluppo e malattie che sono la conseguenza diretta di un traumatismo. D'Espine classificò le malattie in base alla loro natura (gottosa, erpetica, ematica, ecc.). Il Congresso adottò una lista di compromesso di 139 rubriche. Tale lista fu revisionata a Parigi nel 1864 sulla base del modello di Farr, e, successivamente, nel 1874, 1880 e 1886. Sebbene tale classificazione non fosse stata mai accettata universalmente, tuttavia la disposizione generale proposta da Farr, comprendente il principio di classificazione delle malattie per sito anatomico, sopravvisse come base della Lista Internazionale delle Cause di Morte.

6.2 Adozione della lista Internazionale delle Cause di Morte

L'Istituto Internazionale di Statistica, subentrato al Congresso Internazionale di Statistica, nella sua assemblea di Vienna nel 1891, incaricò un comitato, presieduto da Jacques Bertillon (1851- 1922), capo dei Servizi Statistici della città di Parigi, di predisporre una Classificazione delle Cause di Morte. E' interessante notare che Bertillon era il nipote di Achille Guillard, famoso botanico e statistico, che aveva presentato la risoluzione che dava incarico a Farr e D'Espine di predisporre una classificazione uniforme al 1° Congresso Internazionale di Statistica del 1853. La relazione di questo comitato fu presentata da Bertillon all'assemblea dell'Istituto Internazionale di Statistica, tenutasi a Chicago del 1893, che la adottò. La classificazione preparata dalla commissione di Bertillon si basava sulla classificazione delle cause di morte

utilizzata dalla città di Parigi che, a partire dalla revisione del 1885, rappresentava una sintesi di classificazioni inglesi, tedesche e svizzere. La classificazione si basava sul principio adottato da Farr, della distinzione tra malattie generali e malattie localizzate ad organi o siti anatomici particolari. In accordo con le istruzioni del Congresso di Vienna, tenutosi su proposta di L. Guillaume, direttore dell'Ufficio Federale di Statistica svizzero, Bertillon incluse tre classificazioni: la prima, ridotta, di 44 rubriche; la seconda, di 99 rubriche; e la terza di 161 rubriche.

La Classificazione delle Cause di morte, detta di Bertillon, ricevette un consenso generale e fu adottata da molte nazioni e città. Essa fu utilizzata per la prima volta in America del Nord dal dr. Jesús E. Monjaràs per le statistiche di San Luis de Potosì, Messico (13). Nel 1898 l'American Public Health Association, nella sua assemblea di Ottawa, Canada, raccomandò l'adozione della Classificazione Bertillon da parte degli uffici di stato civile di Canada, Messico e Stati Uniti d'America e, inoltre, ne propose la revisione con cadenza decennale.

Nel 1899, all'assemblea di Christiania dell'Istituto Internazionale di Statistica, Bertillon presentò una relazione sull'aggiornamento della Classificazione, che includeva le raccomandazioni di revisioni decennali dell'American Public Health Association. L'Istituto Internazionale di Statistica adottò la seguente risoluzione (14):

L'Istituto Internazionale di Statistica, convinto della necessità di utilizzare nomenclature comparabili nelle diverse nazioni:

Apprende con soddisfazione che tutti gli uffici di statistica del Nord America, alcuni del Sud America e dell'Europa hanno adottato il sistema di nomenclatura delle cause di morte presentato nel 1893;

Insiste vivamente perché tale sistema di nomenclatura venga adottato in via di principio e senza revisione da tutte le istituzioni europee di statistica;

Approva, almeno a grandi linee, il sistema di revisione decennale proposto dall'American Public Health Association nell'assemblea di Ottawa (1898);

Sollecita gli uffici di statistica, che ancora non hanno aderito, a farlo senza indugio e a dare il loro contributo alla comparabilità della nomenclatura delle cause di morte.

A seguito di tale risoluzione il Governo francese convocò a Parigi, nell'agosto del 1900, la prima Conferenza Internazionale per la Revisione della Lista Bertillon o Lista Internazionale delle Cause di Morte, a cui parteciparono delegati provenienti da 26 nazioni. Il 21 agosto 1900 furono adottate due classificazioni: una, più dettagliata, di 179 raggruppamenti ed un'altra, ridotta, di 35 raggruppamenti. In tale sede venne riconosciuta l'auspicabilità di revisioni decennali e si invitò il Governo francese a convocare per il 1910 la successiva conferenza. In realtà tale conferenza si tenne nel 1909 ed il Governo francese convocò anche quelle successive nel 1920, 1929 e 1938.

Bertillon continuò a rappresentare il promotore della Lista internazionale delle Cause di Morte e le revisioni del 1900, 1910 e 1920 vennero eseguite sotto la sua direzione. Come segretario generale della Conferenza Internazionale egli inviò, con richiesta di commenti, ad oltre 500 persone, la bozza di revisione del 1920. La sua morte, avvenuta nel 1922, lasciò la Conferenza Internazionale priva del suo animatore.

Alla sessione dell'Assemblea dell'Istituto Internazionale di Statistica tenutasi nel 1923 Michel Huber, successore di Bertillon in Francia, riconobbe tale carenza di leadership e presentò una risoluzione affinché l'Istituto Internazionale di Statistica riconfermasse la propria posizione del 1893 nei riguardi della Classificazione Internazionale delle Cause di Morte e cooperasse con altre organizzazioni internazionali nella preparazione delle successive revisioni. Inoltre l'Organizzazione Sanitaria della Società delle Nazioni si interessò attivamente alle statistiche demografiche e nominò una commissione di esperti statistici per studiare la classificazione delle malattie e delle cause di morte ed altri problemi nel campo delle statistiche mediche. E. Roesie, capo del Servizio Medico Statistico del Ministero della Sanità tedesco e membro della Commissione di Esperti Statistici, preparò una monografia che sviluppava le rubriche della Lista Internazionale delle Cause di Morte del 1920, in modo da poter rendere utilizzabile tale classificazione per le statistiche di morbosità. Tale minuzioso studio venne pubblicato dall'Organizzazione Sanitaria della Società delle Nazioni nel 1928 (15). Per coordinare il lavoro delle due agenzie, si creò una commissione internazionale, nota come "Commissione Mista" formata da un eguale numero di rappresentanti dell'Istituto Internazionale di Statistica e dell'Organizzazione Sanitaria della Società delle Nazioni, che mise a punto le proposte per la Quarta (1929) e la Quinta (1938) revisione della Lista internazionale delle Cause di Morte.

6.3 La Quinta Conferenza di Revisione Decennale

La Quinta Conferenza internazionale per la Revisione della Lista Internazionale delle Cause di Morte fu convocata, come le precedenti, dal Governo francese e si tenne a Parigi nell'Ottobre del 1938. La Conferenza approvò tre liste: una dettagliata, di 200 rubriche; una intermedia, di 87 rubriche; ed un'altra, ridotta, di 44 rubriche. A parte l'aggiornamento delle liste in relazione al progresso scientifico, specialmente nel capitolo delle malattie infettive e parassitarie, e alcune modifiche nei capitoli delle condizioni puerperali e dei traumatismi, la Conferenza apportò il minor numero possibile di modifiche ai contenuti, al numero e alla numerazione delle voci. Per di più, la Conferenza mise a punto ed approvò una lista di cause di natimortalità.

Riguardo alla classificazione delle malattie per le statistiche di morbosità, la Conferenza riconobbe la crescente necessità di una corrispondente lista di malattie, atte a soddisfare le esigenze statistiche di organismi molto differenti, quali assicurazioni sanitarie, ospedali, servizi medici militari, amministrazioni sanitarie e strutture similari.

Fu pertanto adottata la seguente risoluzione (16):

2. Liste Internazionali di Malattie

Vista l'importanza dell'approntamento di liste internazionali di malattie in corrispondenza con le liste internazionali di cause di morte:

la Conferenza raccomanda che la Commissione Mista, nominata dall'Istituto Internazionale di Statistica e dall'Organizzazione Sanitaria della Società delle Nazioni, unitamente ad esperti e rappresentanti di organizzazioni particolarmente interessate si incarichi, come nel 1929, della redazione di liste internazionali di malattie.

Nelle more della compilazione delle liste internazionali di malattie, la Conferenza raccomanda che le varie liste nazionali in uso vengano allineate il più possibile alla Lista dettagliata Internazionale delle Cause di Morte (con indicazione tra parentesi dei numeri di capitolo, di titoli e sottotitoli).

La Conferenza raccomandò, inoltre, al Governo degli USA di proseguire i suoi studi di elaborazione statistica delle cause multiple di morte, nella seguente risoluzione (16):

3. Certificato di morte e selezione di cause di morte ove siano riportate più cause (cause multiple)

La Conferenza,

Nel prendere atto che, nel 1929, il Governo degli USA era abbastanza favorevole ad intraprendere uno studio per unificare i metodi di selezione della causa principale di morte da registrare, nei casi in cui sul certificato di morte siano menzionate due o più cause,

E nel prendere atto che le numerose indagini, completate o in preparazione in diverse nazioni, rivelano l'importanza di questo problema, ancora irrisolto,

E nel prendere atto che, secondo tali indagini la comparabilità internazionale dei tassi di mortalità per le varie malattie richiede, oltre alla soluzione del problema della selezione della causa principale di morte, anche la soluzione di altre questioni;

(1) Ringrazia vivamente il Governo degli USA per il lavoro svolto o promosso in tal senso;

(2) Chiede al Governo degli USA di proseguire le sue indagini per i prossimi dieci anni, in cooperazione con altre nazioni ed organizzazioni, su scala più ampia, e

(3) Suggestisce al Governo degli USA per le future indagini di costituire una sottocommissione comprendente i rappresentanti delle nazioni e delle organizzazioni partecipanti alle ricerche intraprese in tale direzione.

6.4 Precedenti classificazioni di malattie per statistiche di morbosità

Nelle prime discussioni, la classificazione delle malattie venne presentata, quasi esclusivamente, in relazione alle statistiche delle cause di morte. Farr, tuttavia, riconobbe auspicabile "estendere lo stesso sistema di nomenclatura a malattie che, sebbene non mortali, causano disabilità nella popolazione e che attualmente figurano nelle liste di malattie di eserciti, di marine militari, ospedali, prigionieri, manicomi, istituzioni pubbliche di ogni tipo e società di assicurazione per malattia, nonché nel censimento di Paesi come l'Irlanda, in cui vengono registrate le malattie di tutti i cittadini" (9).

Perciò nel suo Rapporto su *Nomenclatura e classificazione statistica delle malattie*, presentato al Secondo Congresso Internazionale di Statistica, Farr incluse nella lista generale delle malattie sia la maggior parte di quelle che minacciano lo stato di salute, sia quelle che risultano mortali. Al Quarto Congresso Internazionale di Statistica, tenutosi a Londra nel 1860, Florence Nightingale sollecitò, nel documento *Proposte per un progetto uniforme di statistiche ospedaliere*, l'utilizzo della classificazione di malattie elaborata da Farr per la registrazione della morbosità ospedaliera.

Alla Prima Conferenza Internazionale, tenutasi a Parigi nel 1900, per la revisione della Classificazione Bertillon delle Cause di Morte, venne adottata una classificazione parallela delle malattie da utilizzare nelle statistiche di morbosità; si fece altrettanto alla Seconda Conferenza nel 1909. Le categorie supplementari delle malattie non mortali erano costituite dalla suddivisione di alcune rubriche della classificazione delle cause di morte in due o tre gruppi di malattie ognuno contrassegnato da una lettera. La traduzione in lingua inglese della Seconda Revisione Decennale, pubblicata nel 1910 dal Dipartimento del Commercio e del Lavoro degli USA, venne intitolata *Classificazione Internazionale delle Cause di Malattie e Morte*. Revisioni più recenti inserirono alcuni dei gruppi di malattie nella Lista dettagliata Internazionale delle Cause di Morte. La Quarta Conferenza Internazionale adottò una Classificazione delle Malattie che si differenziava dalla Lista dettagliata Internazionale delle Cause di Morte unicamente per l'aggiunta di ulteriori suddivisioni di 12 rubriche. Tuttavia tali classificazioni di malattie non ebbero il consenso generale dal momento che fornivano soltanto uno sviluppo limitato della lista originaria di cause di morte.

In assenza di una classificazione uniforme di malattie da poter usare in modo soddisfacente per statistiche di morbosità, molti paesi ritennero necessario preparare delle liste proprie. Un Codice di Morbosità Standard venne messo a punto e pubblicato nel 1936 dal Dominion Council of Health del Canada. Le principali suddivisioni che caratterizzavano tale codice rappresentavano i 18 capitoli della Revisione della Lista Internazionale delle cause di morte del 1929, suddivisi in 380 specifiche categorie di malattie. Alla Quinta Conferenza Internazionale del 1938, il delegato canadese introdusse una modifica di tale lista da considerare quale base per la redazione di una lista internazionale di cause di malattie. Quantunque non si fece alcun intervento per concretizzare tale proposta, la Conferenza adottò la risoluzione sopra citata (pag 143).

Nel 1944 vennero pubblicate in Gran Bretagna e negli Usa delle classificazioni provvisorie di malattie e traumatismi da utilizzare per l'intabulazione dei dati relativi alle statistiche di morbosità. Entrambe le classificazioni erano più vaste rispetto alla lista canadese ma, come questa, riprendevano l'ordinamento generale di malattie della Lista Internazionale delle Cause di Morte. La Classificazione inglese venne preparata dal Comitato sulle Statistiche di Morbosità Ospedaliera dei Medical Research Council,

creato nel gennaio del 1942, ed aveva come titolo *Una classificazione provvisoria di malattie e traumatismi da utilizzare nella compilazione di statistiche di morbosità* (17). Essa venne preparata con l'intento di fornire uno schema di raccolta e registrazione di dati statistici di pazienti ricoverati negli ospedali del Regno Unito utilizzando una classificazione standard di malattie e traumatismi, e venne usata in tutto il paese sia da agenzie governative che non governative.

Pochi anni prima, nell'agosto 1940, il Surgeon General^a del Servizio di Sanità Pubblica degli USA ed il Direttore dell'Ufficio di Censimento degli USA pubblicarono una lista di malattie e traumatismi per l'intabulazione dei dati relativi alle statistiche di morbosità (18). Tale lista, messa a punto dalla Divisione di Metodologia di Sanità Pubblica del Servizio di Sanità Pubblica, in collaborazione con un Comitato di consulenti designati dal "Surgeon-general" e pubblicata nel 1944 con il titolo *Manuale di codifica delle cause di malattie secondo il codice relativo alla diagnosi per l'intabulazione di statistiche di morbosità* si componeva di un codice diagnostico, un elenco tabellare d'inclusioni ed un indice alfabetico. Essa venne utilizzata in molti ospedali, in un gran numero di progetti di assicurazione ospedaliera volontaria e di assicurazione sanitaria nonché in alcuni studi particolari eseguiti da altre agenzie degli USA.

6.5 Commissione USA sulle cause multiple di morte

In osservanza alla risoluzione adottata dalla Quinta Conferenza Internazionale, il Segretario di Stato americano nominò nel 1945 la "Commissione statunitense sulle cause multiple di morte", affidandone la presidenza a Lowell J. Reed, professore di Biostatistica della Johns Hopkins University, e designando in qualità di componenti e consulenti anche rappresentanti dei Governi canadese ed inglese e della Sezione Sanitaria della Società delle Nazioni. La Commissione confermò l'orientamento generale sul problema delle liste statistiche di morbosità e mortalità e ritenne utile l'esame preliminare delle classificazioni dal punto di vista della morbosità e della mortalità, prima di affrontare la questione delle cause multiple che, comunque, interessava entrambi i tipi di statistiche.

La Commissione prese inoltre in considerazione quella parte della risoluzione, adottata dalla precedente Conferenza Internazionale, sulle Liste Internazionali di Malattie, raccomandando "il maggiore allineamento possibile delle varie liste nazionali in uso alla Lista Internazionale dettagliata delle Cause di Morte. Riconobbe lo stretto collegamento della Classificazione di malattie e traumatismi con la Classificazione di cause di morte. Il ritenere tali liste fondamentalmente differenti scaturisce dall'erronea valutazione che la Lista Internazionale sia una classificazione di cause terminali, laddove, in effetti, essa si basa sulla condizione morbosa che ha dato inizio alla catena di eventi che hanno dato luogo alla morte.

^a responsabile statunitense della salute nazionale

La Commissione espresse il convincimento che, al fine di un utilizzo completo delle statistiche di morbosità e mortalità, la classificazione delle malattie dovesse essere sovrapponibile per entrambi gli scopi e, possibilmente, costituita da una lista unica.

Inoltre occorre considerare che un numero sempre crescente di organizzazioni statistiche utilizzava registrazioni mediche sia di malattie che di morte ed, inoltre, che la codifica sia dei casi mortali che di quelli non mortali era necessaria anche alle organizzazioni che compilavano unicamente statistiche di morbosità: una lista unica avrebbe, perciò, facilitato notevolmente le relative operazioni di codifica, fornendo, inoltre, una base comune per comparazioni tra statistiche di morbosità e mortalità.

Venne, pertanto, nominata una sottocommissione che mise a punto uno schema di “Proposta di classificazione statistica di malattie, traumatismi e cause di morte”, che modificato sulla scorta di ricerche condotte in Canada, Inghilterra e USA fu, quindi, adottato nella stesura finale dalla Commissione.

6.6 Sesta Revisione delle Liste Internazionali

La Conferenza Internazionale per la Salute, tenutasi a New York nel Giugno e Luglio del 1946 (19), affidò alla “Commissione ad interim” dell’OMS l’incarico di:

riesaminare il sistema di classificazione esistente ed avviare il lavoro preliminare necessario alla:

- (i) successiva revisione decennale delle “Liste Internazionali delle cause di morte” (comprehensive delle liste adottate in base all’Accordo Internazionale del 1934, relativo alle statistiche sulle cause di morte);
- (ii) alla definizione delle Liste Internazionali delle cause di morbosità.

Per far fronte a questo incarico, la “Commissione ad interim” nominò un Comitato di esperti per la preparazione della Sesta Revisione Decennale delle Liste Internazionali di Malattie e Cause di Morte.

Tale Comitato, tenendo ampiamente conto dell’opinione prevalente sulla classificazione della morbosità e della mortalità, riesaminò e revisionò la sopracitata *Proposta di Classificazione Statistica di Malattie, Traumatismi e Cause di Morte*, preparata dalla “Commissione statunitense per le cause multiple di morte”.

La classificazione che ne scaturì dal titolo *Classificazione Internazionale delle Malattie, Traumatismi e Cause di Morte* venne inviata per commenti e proposte ai Governi delle nazioni che effettuavano statistiche di morbosità e mortalità. Il Comitato di esperti esaminò le risposte ed elaborò una versione aggiornata comprendente tutte le modifiche atte a migliorare l’utilità e l’accettabilità della Classificazione.

Il Comitato compilò, inoltre, una lista di termini diagnostici da inserire quali sottotitoli nella classificazione. Venne altresì nominato un Sottocomitato con l'incarico di preparare un indice alfabetico esteso di termini diagnostici classificati alle appropriate categorie della classificazione.

Il Comitato, inoltre, prese in esame la tipologia strutturale e gli utilizzi di liste speciali di cause ai fini della intabulazione e pubblicazione dei dati relativi alle statistiche di morbosità e mortalità affrontando anche altre problematiche inerenti la comparabilità internazionale delle statistiche di mortalità, quali il modello di certificato medico e le regole di codifica.

In osservanza all'accordo siglato al termine della Conferenza per la Quinta Revisione del 1938, il Governo francese convocò a Parigi, dal 26 al 30 aprile 1948, la Conferenza Internazionale per la Sesta Revisione delle Liste Internazionali delle Malattie e delle Cause di Morte. La Segreteria della Conferenza fu affidata alle autorità competenti francesi ed all'OMS, che congiuntamente avevano messo a punto il lavoro preparatorio sulla scorta dell'accordo raggiunto dai rappresentanti di governo della Conferenza Internazionale per la Salute del 1946 (19).

La Conferenza adottò la Classificazione messa a punto dal Comitato di Esperti con il titolo "Sesta Revisione delle Liste Internazionali". Esaminò anche altre proposte del Comitato di Esperti riguardanti la compilazione, l'intabulazione e la pubblicazione di dati statistici di morbosità e mortalità. La Conferenza approvò, inoltre, il modello internazionale di Certificato Medico di Causa di Morte, accettò la causa iniziale di morte quale causa principale da registrare ed approvò le regole per selezionare la causa iniziale di morte, nonché le liste speciali per l'intabulazione dei dati di morbosità e di mortalità. Infine, essa raccomandò che l'Assemblea Mondiale della Sanità, in base all'articolo 21(b) della Costituzione dell'OMS, adottasse dei regolamenti atti a guidare gli Stati membri nella compilazione delle statistiche di morbosità e di mortalità in conformità con la Classificazione Statistica Internazionale.

Nel 1948, la prima Assemblea Mondiale di Sanità approvò la relazione della Conferenza per la Sesta Revisione ed adottò i Regolamenti dell'OMS n.1, elaborati sulla scorta delle raccomandazioni della Conferenza. La Classificazione Internazionale, comprendente la Classificazione Analitica, con la definizione del contenuto delle categorie, fu incorporata, assieme al modello di certificato medico di causa di morte, alle regole di classificazione ed alle liste speciali d'intabulazione, nel *Manuale della Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie, Traumatismi e Cause di Morte* (21). Il Manuale si articolava in due volumi, di cui il secondo era l'indice alfabetico di termini diagnostici codificati nelle appropriate categorie. La Conferenza per la Sesta Revisione Decennale segnò l'inizio di una nuova era nel campo delle statistiche demografiche e sanitarie internazionali. Oltre ad approvare un'ampia lista da utilizzare per statistiche sia di mortalità sia di morbosità, la Conferenza stabilì le regole internazionali per la selezione della causa iniziale

di morte e raccomandò l'adozione di un vasto programma di cooperazione internazionale nel campo delle statistiche demografiche e sanitarie. Parte importante di tale programma era la raccomandazione ai governi di nominare Commissioni Nazionali per le statistiche demografiche e sanitarie, che coordinassero le attività statistiche nei paesi di competenza e fungessero da "trait d'union" tra le istituzioni statistiche nazionali e l'OMS. Inoltre si esortavano tali commissioni a studiare, singolarmente o in collaborazione con altre, i problemi statistici d'interesse sanitario pubblico ed a rendere disponibili i risultati per l'OMS.

6.7 La Settima e l'Ottava Revisione

Nel febbraio del 1955 si tenne a Parigi, sotto il patrocinio dell'OMS, la Conferenza Internazionale per la Settima Revisione della Classificazione Internazionale di Malattie (22). Questa Revisione fu limitata a modifiche essenziali ed a correzioni di errori ed incongruenze (23), così come aveva raccomandato il Comitato di Esperti di Statistica Sanitaria dell'OMS.

La Conferenza per l'Ottava Revisione, convocata dall'OMS, si tenne a Ginevra dal 6 al 12 luglio del 1965 (24). Tale Revisione fu più radicale rispetto alla precedente, ma lasciò immutate la struttura di base della Classificazione e la metodologia di classificazione delle malattie, laddove possibile, in base alla loro eziologia piuttosto che ad una loro particolare manifestazione.

Negli anni in cui furono in vigore la Settima e l'Ottava Revisione della "Classificazione Internazionale di Malattie", l'utilizzo dell'ICD per la classificazione delle registrazioni mediche ospedaliere subì un rapido incremento ed alcuni paesi ne approntarono versioni adattate alla realtà nazionale, fornendo così dettagli aggiuntivi necessari per quest'applicazione dell'ICD.

6.8 La Nona Revisione

La Conferenza Internazionale per la Nona Revisione dell'ICD, convocata dall'OMS, si tenne a Ginevra dal 30 settembre al 6 ottobre del 1975 (25). Nel corso delle discussioni preparatorie alla Conferenza, si era deciso di apportare solo lievi modifiche oltre all'aggiornamento della Classificazione, soprattutto perché risultava costoso l'adattamento dei sistemi d'elaborazione dati ad ogni revisione della Classificazione. Si dovevano trovare soluzioni per venire incontro all'enorme crescita d'interesse per l'ICD, sia apportando modifiche alla stessa classificazione sia introducendo particolari modalità di codifica. Specialisti in varie discipline della medicina, che avevano cominciato ad interessarsi dell'uso dell'ICD per le loro stesse statistiche, fecero un certo numero d'osservazioni. Alcune parti essenziali nella classificazione furono considerate come ordinate impropriamente, e ci fu una notevole richiesta per una maggiore ricchezza di dettaglio e per l'adattamento della classificazione, in maniera da renderla più utile alla valutazione delle cure mediche, classificando

le condizioni in settori riguardanti la sede anatomica interessata piuttosto che in quelli riguardanti la malattia generalizzata iniziale. D'altra parte, però, furono fatte osservazioni da parte di Paesi ed aree che ritenevano irrilevante una classificazione dettagliata e sofisticata, pur necessitando di una classificazione basata sull'ICD per valutare i propri progressi nella prevenzione e nel controllo delle malattie.

Le proposte finali, presentate ed accettate dalla Conferenza, mantenevano la struttura di base dell'ICD, nonostante presentassero molti più dettagli a livello delle sottocategorie a quattro cifre ed alcune suddivisioni facoltative a cinque cifre.

A beneficio degli utenti che avessero voluto elaborare statistiche ed elenchi per la valutazione di cure mediche, poi, la Nona Revisione incluse un metodo alternativo opzionale di classificazione di termini diagnostici, che comprendeva indicazioni sia sulla malattia generale di base sia sulla sua manifestazione in un particolare sito d'organo. Tale sistema, noto come a daga-asterisco, è stato mantenuto nella Decima Revisione. Nella Nona Revisione vennero, inoltre, incluse altre novità tecniche tese ad accrescerne la flessibilità d'uso in varie situazioni.

La Ventinovesima Assemblea Mondiale di Sanità, in conformità alle raccomandazioni della Conferenza Internazionale per la Nona Revisione dell'ICD, approvò la pubblicazione, a tinte sperimentali, di classificazioni supplementari di "Menomazioni ed Handicap" e di "Procedure in Medicina" come supplementi e non come parti integranti dell'ICD. La Conferenza, inoltre, fece raccomandazioni su alcuni argomenti tecnici correlati: furono lievemente modificate delle regole di codifica per la mortalità; furono introdotte per la prima volta delle regole per la selezione di una singola causa per l'intabulazione dei dati di morbosità; furono modificate ed estese alcune definizioni e raccomandazioni per statistiche di mortalità perinatale e fu raccomandato un certificato di cause di morte perinatale. I Paesi furono esortati a proseguire il lavoro intrapreso sull'analisi e la codifica di condizioni multiple, ma non si raccomandò alcun metodo formale; infine fu presentata una nuova "Lista di base per l'intabulazione dei dati".

6.9 Preparazione della Decima Revisione

L'OMS aveva intrapreso la preparazione della Decima Revisione già prima della Conferenza per la Nona Revisione. Ci si era resi conto che l'allargamento dei campi d'applicazione dell'ICD imponeva un riesame completo della sua struttura e un tentativo di creare una classificazione, che fosse al tempo stesso stabile e flessibile e non richiedesse revisioni radicali per molti anni. Pertanto i Centri Collaboratori dell'OMS per la classificazione delle malattie (vedi voi. I pag.7-8) furono invitati a sperimentare nuovi modelli alternativi di struttura per l'ICD-10.

Risultava chiaro inoltre che l'intervallo di dieci anni stabilito tra una revisione e la successiva era troppo breve. Peraltro, il lavoro relativo al processo di revisione doveva iniziare prima che la versione in vigore dell'ICD potesse essere utilizzata, poiché il periodo necessario ad un'accurata valutazione e soprattutto la necessità di consultare un gran numero di Paesi e organizzazioni avrebbero reso il processo molto lungo. Per tale motivo, il Direttore Generale dell'OMS scrisse agli Stati membri ed ottenne il loro consenso per rimandare al 1989 la Conferenza per la Decima Revisione, precedentemente prevista per il 1985, e per differire l'introduzione della Decima Revisione in precedenza prevista per il 1989. Tutto ciò consentì, oltre

alla sperimentazione di modelli alternativi di struttura dell'ICD, anche il tempo necessario per una buona valutazione dell'ICD-9, ad es. con convegni organizzati da alcuni Uffici Regionali dell'OMS e con un'indagine organizzata presso la sede centrale dell'OMS.

Seguì, quindi, un vasto programma di lavoro sull'ICD, descritto nella Relazione della Conferenza Internazionale per la Decima Revisione dell'ICD, riportata nel Volume 1 che culminò nella Decima Revisione dell'ICD.

Bibliografia

1. *International classification of diseases for oncology (ICD-O)*, seconda ed. Ginevra, Organizzazione Mondiale della Sanità, 1990.
2. *Systematized nomenclature of medicine (SNOMED)*. Chicago, College of American Pathologists, 1976.
3. *Manual of tumor nomenclature and coding (MOTNAC)*. New York, American Cancer Society, 1968.
4. *Systematized nomenclature of pathology (SNOP)*. Chicago, College of American Pathologists, 1965.
5. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Ginevra, Organizzazione Mondiale della Sanità, 1992.
6. *International classification of procedures in medicine (ICPM)*. Vol. 1 e 2. Ginevra, Organizzazione Mondiale della Sanità, 1978.
7. *International classification of impairments, disabilities and handicaps. A manual of classification relating to the consequences of disease*. Ginevra, Organizzazione Mondiale della Sanità, 1980.
8. *International Nomenclature of Diseases*. Ginevra, Council for International Organizations of Medical Sciences e Organizzazione Mondiale della Sanità; per i dettagli dei volumi specifici vedere il testo.
9. *Sixteenth annual report*. Londra, Registrar General of England and Wales, 1856, App. p. 73.
10. Knibbs GH. *The international Classification of Disease and Causes of Death and its revision*. *Medical journal of Australia*, 1929, 1:2-12.
11. Greenwood M. *Medical statistics from Graunt to Farr*. Cambridge, Cambridge University Press, 1948.
12. *First Annual Report*. Londra, Registrar General of England and Wales, 1839, p. 99.
13. Bertillon J. Classification of the causes of death (abstract). in: *Transactions of the 15th International Congress on Hygiene Demography*. Washington, 1912.
14. *Bulletin of the Institute of international Statistics*, 1900, 12:280.
15. Roesle E. *Essai d'une statistique comparative de la morbidité devant servir à établir les listes spéciales des causes de morbidité*. Ginevra, League of Nations Health Organization, 1928 (documento C.H. 730).
16. *International list of causes of death*. The Hague, International Statistical Institute, 1940.
17. *Medical Research Council, Committee on Hospital Morbidity Statistics. A provisional classification of diseases and injuries for use in compiling morbidity statistics*. Londra, Her Majesty's Stationery Office, 1944 (Special Report Series No. 248).

18. US Public Health Service, Division of Public Health Methods. *Manual for coding causes of illness according to a diagnosis code for tabulating morbidity statistics*. Washington, Government Publishing Office, 1944 (Miscellaneous Publication No. 32).
19. *Official Records of the World Health Organization*, 1948, 11, 23.
20. *Official Records of the World Health Organization*, 1948, 2, 110.
21. *Manual of the international statistical classification of diseases, injuries, and causes of death. Sixth Revision*. Ginevra, Organizzazione Mondiale della Sanità, 1949.
22. *Report of the International Conference for the Seventh Revision of the International Lists of Diseases and Causes of Death*. Ginevra, Organizzazione Mondiale della Sanità, 1955 (documento inedito WHO/HS/7 Rev. Conf./17 Rev. 1; disponibile su richiesta presso: Strengthening of Epidemiological and Statistical Services, Organizzazione Mondiale della Sanità, 1211 Ginevra 27, Svizzera).
23. *Third report of the Expert Committee on Health Statistics*. Ginevra, Organizzazione Mondiale della Sanità, 1952 (WHO Technical Report Series, No. 53).
24. *Report of the International Conference for the Eighth Revision of the International Classification of Diseases*. Ginevra, Organizzazione Mondiale della Sanità, 1965 (documento inedito WHO/ICD9/74.4; disponibile a richiesta presso: Strengthening of Epidemiological and Statistical Services, Organizzazione Mondiale della Sanità, 1211 Ginevra 27, Svizzera).
25. *Manual of the international statistical classification of diseases, injuries, and causes of death. Volume I*. Ginevra, Organizzazione Mondiale della Sanità, 1977.

Indice analitico

- “Non Indicato Altrove” (N.I.A.) 25
- “Senza Altra Indicazione” (S.A.I.) 24
- “Vedi”, rinvii 28; 29
- “Vedi anche”, rinvii 28; 29
- Aborto, complicanze 62; 122
- Accidente 64-65; 71
- Adattamenti specialistici 5-7
- Affezione morbosa secondaria 43
- Affezioni banali 48
- Batteri 55; 117
- Agenti infettivi 55; 117
- Agenti tossici 22
- Alcol 55; 65
- Angina pectoris 58
- Anomalie cromosomiche 73; 89
- Application of the International Classification of Diseases to Dentistry and Stomatology (ICD-DA)* 6
- Application of the International Classification of Diseases to Rheumatology and Orthopaedics (ICD-R&O)* 6
- Aree urbane 131
- Aritmie cardiache 58
- Arresto cardiaco 58
- Asma 61
- Assistenza sanitaria di base 9-10
- Associazione
 - cause di morte 46; 49
 - per numero di codice 51; 64
 - riassunto 64-68
- Aterosclerosi 59
- Avvelenamento
 - codifica doppia 22
 - codifica per la morbosità 12 5-126
 - codifica per la mortalità 63; 64; 91
 - sequele 126
- Bertillon, Jacques 143-147
- Blocchi di categorie 15
- Bronchite 60-61
- Broncopolmonite 43
- Cancro. *Vedi tumore maligno*
- Carcinoma 75
- Carcinomatosi 79
- Cardiopatìa 56-59
- Cardiopatìa ischemica 58; 71
- Cardiopatìa reumatica 56; 71; 88-89
- Categorie a tre caratteri 3; 13; 14; 15
 - blocchi 15
 - indice alfabetico 28-29
 - presentazione statistica 127-128
- Categorie con asterisco 20; 21; 25-26. *Vedi anche sistema a daga-asterisco*
- Categorie di combinazione 105
- Cause di morte
 - causa antecedente originante 35; 36
 - causa iniziale 31, 32
 - elenco dei codici da non utilizzare 69
 - note da utilizzare nella codifica 53-64
 - procedure per la selezione 36
 - certificazione. *Vedi Certificatodi morteo*
 - compatibilità fra sesso e diagnosi 74
 - concatenamento 37
 - definizione 30
 - durata della malattia e 72-73
 - espressioni indicanti una diagnosi incerta 91
 - interpretazione delle certificazioni 69-91
 - modificazione 45
 - multiple, storia della classificazione 143-144; 148-149
 - presentazione statistica 131-132
 - presunzione di una causa intermedia 70
 - Principio Generale 37; 38; 39
 - regole di modificazione 46-53
 - regole di selezione 37-38; 38-45
- Cause esterne
 - morbosità 106; 125-126
 - mortalità 36; 64; 91
- Cecità 56; 122
- Certificato di morte 31-35; appendice perinatale 92
- Classi di categorie 15
- Classificazione analitica
 - convenzioni 22-24
 - uso 18-20; 28-29
- Classificazione di malattia
 - correlata alla diagnosi 3; 5-7
 - non diagnostica 3; 7-9
 - origini 142-153
 - principi 11
- Classificazione Internazionale delle Cause di Malattie e Morte 147
- Classificazione Internazionale delle Malattie, Traumatismi e Cause di Morte 150-151
 - decima revisione. *Vedi ICD-10*
 - nona revisione 151
 - ottava revisione 151
 - settima revisione 151
- Classificazione per area 131
- Classificazione per età 131; 137
- Codici “U” 17
- Codifica doppia 20-22; 130
- Codifica, linee guida di base 28-29
- Commissione Mista 145
- Concatenamento, cause di morte 37
- Condizione morbosa ipertensiva 56-5 8; 71
- Condizioni acute e croniche 108
- Condizioni morbose mal definite 46; 47; 140
- Condizioni multiple 101; 104
- Congiunzione “E” nei titoli 25
- Consiglio delle Organizzazioni Internazionali delle Scienze Mediche (CIOMS) 10
- Convenzioni 22-25; 28
- Corea 55
- Cullen, William 142
- D’Espine, Marc 143
- Definizioni 14; 132-134; 138
- Dermatologia 6
- Descrizioni del glossario 19
- Diabete mellito 71; 119-120
- Diagnosi incerte o sintomi 101

Diminuzione della volemia (disidratazione) 44; 55
 Disabilità 9
 Disidratazione (diminuzione della volemia) 42; 53
 Disturbi di conduzione 58
 Disturbi iatrogeni 26; 43
 apparato digerente 61
 apparato genitourinario 62
 apparato osteomuscolare 60
 apparato respiratorio 59
 codifica per la morbosità 108-109
 endocrini e metabolici 55
 occhio e annessi 56
 orecchio e ipofisi mastoidee 56
 sistema circolatorio 60
 sistema nervoso 56
 Disturbi psichici e comportamentali 7; 120
 codifica per la mortalità 55
 descrizioni del glossario 19
 organici 22; 55
 Due punti 24
 Durata della malattia, codifica per la mortalità e 72-73
 Edema polmonare 61
 Emiplegia 56
 Emofilia 71
 Encefalite virale, sequele 74
 Enfisema 61
 Erisipela 54
 Età gestazionale 133
 classificazione 137
 Farmaci, avvelenamento da 64; 91
 Farr, William 11; 12-13; 142-143; 146
 Femmine, categorie limitate al sesso femminile 26
 Frattura del cranio 63
 Frattura delle ossa facciali 63-64
 Governo degli USA, Commissione sulle cause multiple di morte 145; 148
 Graunt, John 142
 Gravidanza 36; 122-124
 Gravidanza ectopica, complicanze 62; 122
 Gravidanza molare, complicanze 62; 122
 Gravidanza multipla 62
 Handicap 8
 HIV
 codifica per la morbosità 115-117
 codifica per la mortalità 43-44; 54-55
 mortalità materna 139
 Huber, Michel 145
 ICD-10
 cenni storici 142-153
 classificazione correlata alla diagnosi 3; 5-7
 classificazioni non diagnostiche 3; 7-9
 famiglia di classificazioni di malattia e problemi correlati alla salute 3-4
 metodologia d'uso 18-29
 preparazione 152-153
 molo dell'OMS 11
 scopo e applicabilità 2
 struttura di base e principi 12-17
 IND 4; 10
 Indice Alfabetico 18; 27
 convenzioni 28
 numeri di codice 27
 ordinamento 27
 struttura 27
 Infarto miocardico, acuto 58
 Infertilità 62
 Infezioni acute di sedi multiple e non specificate delle alte vie respiratorie, 60
 Influenza 71
 Insufficienza cardiaca 59
 Insufficienza renale 62
International Classification of Diseases for Oncology (ICD-O) 5
International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps (ICIDH) 8-9
International Classification of Musculoskeletal Disorders (ICMSD) 6
International Classification of Procedures in Medicine (ICPM,) 7-8
International Coding Index for Dermatology 6
 Interpretazione delle parole "assai improbabile" 70-72
 Interventi operatori - *Vedi anche Disturbi iatrogeni*
 causa di morte 74
 conseguenze 44
 Iperalimentazione, sequele 120
 Ipertensione
 essenziale (primitiva) 56
 secondaria 58; 122
 Ipovolemia (disidratazione) 42; 53
 Istituto Internazionale di Statistica 143-145
 Lay reporting 9
 Lemmi 27; 29
 Linnaeus, Carolus 142
 Lista Internazionale delle Cause di Morte 143-145; 148
 quinta revisione 145-146
 sesta revisione 149-151
 Liste d'ntabulazione 5; 14
 morbosità 14; 130
 mortalità 14; 128
 Liste Internazionali di Malattie 146
 Lunghezza vertice-tallone 134
 Malattia, classificazione - *Vedi Classificazione di Malattia*
 Malattia da HIV
 codifica per la morbosità 115-117
 codifica per la mortalità 43; 53-55
 morti materne 138
 Malattie cerebrovascolari 59; 71; 121
 Malattie del sistema circolatorio 121
 acute o terminali 72
 disturbi iatrogeni 60
 tumore maligno e 71; 88
 Malattie del sistema nervoso 120-121
 disturbi iatrogeni 56
 infiammatorie 74; 120
 Malattie dell'apparato respiratorio, disturbi iatrogeni 61
 Malattie dell'apparato digerente, disturbi iatrogeni 61
 Malattie dell'apparato genitourinario, disturbi iatrogeni 62
 Malattie dell'apparato osteomuscolare, disturbi iatrogeni 62
 Malattie della valvola mitralica 56
 Malattie emboliche 43
 Malattie endocrine 55; 119-120
 Malattie infettive e parassitarie
 codifica per la morbosità 115-117
 codifica per la mortalità 53-55; 70
 sequele 73-74; 115-117

tumore maligno e 87-88
 Malattie infiammatorie del sistema nervoso 74; 120-121
 Malattie metaboliche 55; 119-121
 Malattie nutrizionali 120
 Malattie polmonari del cuore 58
 Malformazioni/deformazioni congenite 71; 73; 89;
 Maligno, tumore 5
 Malnutrizione, sequele 119
 Maschi, categorie limitate al sesso maschile 26
 Medicamenti, avvelenamento da 64; 91
 Meningococcemia 54
 Menomazioni 8
 Metodi non convenzionali, raccolta di informazioni 9
 Morbosità 99-126
 codifica della "condizione principale" e di "altre condizioni" 102-109
 informazione diagnostica per unicausale dei dati di morbosità 100-102
 liste speciali di intabulazione 14; 130
 liste per uso locale 129
 note per specifici settori 115-126
 regole per la rifelezione della condizione principale 109-115
 statistiche 139-140
 storia della classificazione 142-153
 Mortalità - *Vedi anche Cause di Morte*
 linee guida per la certificazione e regole di codifica 30-69
 liste speciali d'intabulazione 14; 128
 liste abbreviate 128
 liste per uso locale 129
 liste selezionate 128
 prefissi usati per l'identificazione 129
 Mortalità infantile 132-137
 classificazione per età 137
 Mortalità materna 62-63; 72; 138-140
 definizioni 138
 denominatori 139-140
 pubblicazione dei tassi 139
 report internazionali 139
 Mortalità perinatale 92-99; 132-137
 certificazione 92-93
 codifica 96
 criteri per i report 134
 definizioni 132-134
 dichiarazione delle cause di morte 93-95
 intabulazione dei dati per causa 95
 presentazione delle cause 137
 regole di codifica 96-99
 statistiche per i confronti internazionali 134-136
 Morte correlata alla gravidanza 138
 Morte materna 138
 tardiva 138
 Morte neonatale 134-137
 criteri per i report 134
 definizioni 132-134
 precoce 134; 135
 statistiche per i confronti internazionali 134-137
 tardiva 134
 Morte neonatale precoce 134
 Morte, cause di - *Vedi Cause di Morte*
 Morti da cause ostetriche 72
 dirette 138
 indirette 138
 Nascite 132
 nato vivo 132
 registrazione 134
 Natimortalità 132-137
 criteri per i report 134
 definizione 132
 registrazione 134
 statistiche per i confronti internazionali 134-135
 Neurologia 6
 N.I.A. (Non Indicato Altrove) 25; 28
 Nightingale, Florence 147
 Nomenclatura Internazionale delle Malattie 4; 10
 Non indicato altrove (N.I.A.) 25; 28
 Numeri di codice 27
 Occhio e annessi oculari, malattie dell' 56; 122
 Odontoiatria 6
 Oncologia 5
 Orecchio e ipofisi mastoide, malattie dell' 56; 122
 Organizzazione Sanitaria della Società delle Nazioni 145
 Ossa facciali, fratture 63
 Paraplegia 56
 Parentesi 23; 28
 Parentesi graffe 24
 Parentesi quadre 23
 Parentesi tonde 23
 Parto 63; 122-124
 Pediatria 7
 Perdita uditiva 56; 122
 Periodo neonatale 134
 Periodo perinatale 134
 Peso alla nascita 133-134
 basso 133
 classificazione 137
 estremamente basso 133
 molto basso 133
 Pielonefrite 43
 Pneumoconiosi 61
 Polmone, tumore maligno 79
 Polmonite 43
 Popolazione, esigua 141
 Post - termine 133
 Pre - termine 133
 Presentazione statistica 127-14 1
 "celle vuote/celle con basse frequenze 141
 cause di morte mal definite 140
 confronti internazionali 131-132
 fonte dei dati 127
 liste speciali per l'intabulazione della morbosità 128
 liste speciali di intabulazione per la mortalità 128-129
 livello di dettaglio delle cause 127-128
 morbosità 140
 mortalità fetale, perinatale, neonatale ed infantile 132-137
 mortalità materna 138-140
 popolazione esigua, problemi relativi a 141
 subtotali 140
 Principio Generale, cause di morte 37; 39
 Procedure in medicina 7-8
 Puerperio 122-125
 Punto e trattino (-) 25
 Quinto carattere e seguenti 16; 127-128
 Quoziente di mortalità correlata alla gravidanza 138
 Quoziente di mortalità materna per cause ostetriche dirette 138

Quoziente di mortalità perinatale 139-140
 Quoziente di natimortalità 135
 Rachitismo, sequele 74
 Regolamenti per la Nomenclatura 14
 Regole di modificazione, cause di morte 45-53
 Regole di selezione, cause di morte 37-45
 Regole per la rifelezione, codifica per la morbosità 109-115
 Rene grinzo 62
 Reperti anormali 103; 125
 Reperti clinici, anormali 103; 125
 Reperti di laboratorio, anormali 103; 125
 Reumatismo articolare acuto 71; 88-89
 Reumatologia 6
 Ricorso ai servizi sanitari, per motivi diversi dalle malattie 101
 Rinofaringite. acuta 60
 Rinvii 28; 29
 Ritardo mentale 55
 Roesle, E. 145
 S.A.I. (Senza Altra Indicazione) 24
 Sangue e organi emopoietici, malattie del 119
 Sauvages (Francois Bossier de Lacroix) 142
 Scheda di morte utilizzata in Italia 32
 Scoliosi 61
 Segni 125
 Senilità 46; 47
 Sequele
 categorie 26
 codifica per la morbosità 102; 107
 codifica per la mortalità 47; 5 2-53; 73-74
 Sesso
 categorie limitate ad un solo sesso 26
 compatibilità fra sesso e diagnosi 74
 Setticemia 54
 Settori 14
 Sindrome da carcinoide 120
 Sindrome nefritica 43; 62
 Sindromi paralitiche 56; 121
 Sintomi 101; 103-104; 125
 Sintomi, segni e risultati anormali di esami 103; 125
 Sistema a daga-asterisco 20-21; 23; 152
 codifica per la morbosità 103; 130
 Situazioni non patologiche 103-104
 Sospetti diagnostici 103-104
 Sostanze nocive
 avvelenamento da 64; 91
 Sottocategorie a quattro caratteri 3; 13; 15; 16
 presentazione statistica 127-128
 uso 18-20
 Specificità
 cause di morte 47; 51
 codifica per la morbosità 100; 110; 114
 Sproporzione pelvica materna 63
 Stadi precoci / tardivi di malattie 47; 52
 Stato asmatico 61
 Stomatologia 6
 Suddivisioni supplementari 16
Systematized nomenclature of medicine (SNOMED)
 5
 Tasso di mortalità 139-140
 Tasso di mortalità infantile 136
 specifico per peso 136
 Tasso di mortalità materna 139
 Tasso di mortalità neonatale 136
 specifico per peso 136
 Tasso di mortalità neonatale precoce 135
 specifico per peso 135
 Tasso di mortalità perinatale 136
 specifico per peso 136
 Tasso di natimortalità 135
 specifico per peso 135
 Termine (gravidanza) 133
 Termini esclusi 19
 Termini guida 27; 29
 Termini inclusi 18-19
 Tetraplegia 56
 Tracoma, sequele 73
 Traumatismi
 codifica doppia 22
 codifica per la morbosità 125-126
 codifica per la mortalità 36; 63-64; 89-90
 sequele 125
 Traumatismi multipli 125-126
 Traumatismo intracranico 63
 Tuberculosis 54; 73
 Tumore maligno 5-6
 codifica per la morbosità 117-119
 codifica per la mortalità 43; 71; 75-89
 indicazioni implicanti malignità 75
 malattie del sistema circolatorio e 88
 malattie infettive e 87-88
 metastatico 79-84
 sede non specificata 76; 118
 sede primitiva indicata 76-77
 sede primitiva sconosciuta 77
 sedi con prefissi o definizioni imprecise 75
 sedi indipendenti (primitive) multiple 77-78; 118
 sedi multiple 84-87
 Tumori
 codifica per la morbosità 117-119
 funzionalmente attivi 22
 morfologia 14
 Uso di sostanze psicoattive 55
 Uso di tabacco 55
 Vertice-tallone, lunghezza 134
 Virus 55; 117

© 2001 - versione italiana Ministero della Sanità
«Al fine di favorire la diffusione e l'utilizzazione della Classificazione,
il Ministero della Sanità autorizza la riproduzione del seguente volume a fini non commerciali e con la citazione della fonte»

(4653801) Roma, 2001 - Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato - Salario