

Modena 21 maggio 2015

Giornata di Studio
Registri Tumori / Registri di Mortalità



Il Registro Aziendale Locale di Mortalità

A cura di **Pier Carlo Vercellino**
S.O.S. Epidemiologia ASL-BI



IL REGISTRO AZIENDALE DELLE CAUSE DI MORTE

D.P.R. 10 settembre 1990 n.285
“Approvazione del regolamento di polizia mortuaria”

Art.1

comma 8: “ ... ogni unità sanitaria locale deve istituire e tenere aggiornato un registro per ogni comune incluso nel suo territorio contenente l'elenco dei deceduti nell'anno e la relativa causa di morte.”

Da questa disposizione legislativa origina il cosiddetto
“RENCA M” o **“Re.N.Ca.M.”**

acronimo di **R**egistro **N**ominativo (elenco dei deceduti nell'anno) delle **C**ause di **M**orte (e la relativa causa di morte)

Ma da dove si ricava la “causa di morte”?

Il dato relativo alla **“CAUSA DI MORTE”** lo si ricava da un **unica ed esclusiva fonte**.

LA SCHEDA DI MORTE ISTAT

così denominata perchè predisposta, per espresso dettame legislativo, congiuntamente da **Ministero e Istat**:

D.P.R. 10 settembre 1990 n.285 “Approvazione del regolamento di polizia mortuaria”

Art.1

comma 1: “... i medici ... debbono, per ogni caso di morte di persona da loro assistita, denunciare ... la malattia che, a loro giudizio, ne sarebbe stata la causa.”

comma 6: “La denuncia della causa di morte ... deve essere fatta ... su apposita scheda di morte stabilita dal Ministero della Sanità, d'intesa con l'Istituto Nazionale di Statistica.”

La causa per cui una persona muore

viene **decretata** dal giudizio

soggettivo ed arbitrario,
definitivo ed inappellabile (*)

del medico che compila la **scheda di morte Istat**

(indicato come medico "curante" o "necroscopo" e meglio definito come "**medico certificatore**")

Non hanno alcun valore:

- S.D.O.
- Cartella Clinica Ospedaliera
- Cartella Sanitaria MMG
- Bollettino/Certificato Necroscopico (ex art.141R.D.1238/39)
- Esami diagnostici vari (Radiografia, Esami emato-chimici, Ecografia, TAC RMN, Biopsia, Esame istologico)
- Referto autopsia (**)

- (*) **in casi eccezionali** le cause di morte indicate sulla scheda possono essere modificate:
- dal medico certificatore stesso per correggere eventuali errori involontari o per inserire nuovi elementi emersi in tempi successivi
 - dall'incaricato della tenuta del Registro di Mortalità su espressa indicazione del medico certificatore o per aggiungervi dati derivanti da riscontri autoptici

- (**) E' prevista ed ammessa la possibilità, in casi particolari, di correggere e/o integrare il contenuto della scheda di morte Istat, con i dati del riscontro autoptico

S.D.O. / D.R.G.

Paziente dimesso con diagnosi di carcinoma polmonare, lobo inferiore destro

RX tubo digerente

Diverticolosi diffusa del colon

ESAMI EMATO/CHIMICI

Glicemia:450 mg/dl
Glicosuria+++

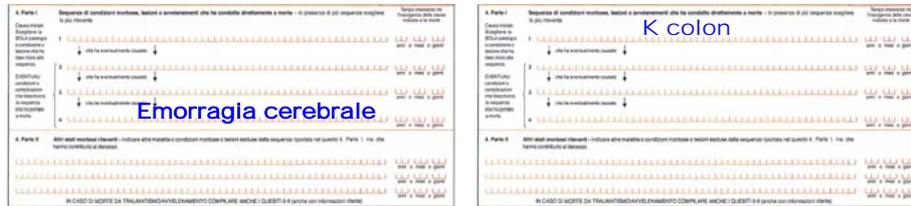
ESAME ISTOLOGICO

Linfoma diffuso a grandi cellule B

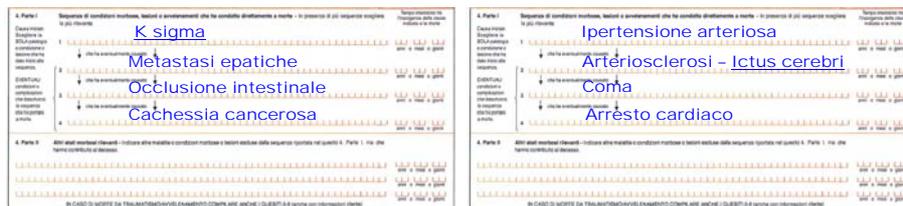
R.M.N.

Vasta area di emorragia in sede cerebrale intraparenchimale profonda

Quando sulla scheda viene menzionata una sola patologia, essa diverrà automaticamente “la condizione morbosa principale di morte”,



Quando invece sono riportate più patologie, si ricorrerà all’applicazione delle regole di codifica per selezionare la “causa morbosa principale” (causa iniziale di morte)



La causa morbosa principale o causa iniziale di morte - K sigma - corrisponde alla prima causa in ordine cronologico (applicazione del Principio Generale)

La causa morbosa principale o causa iniziale di morte - Ictus cerebrali - corrisponde alla causa nosologicamente più rilevante (applicazione della Regola di Modifica C)

Esistono precisi e rigorosi criteri che consentono di stabilire in modo oggettivo quale causa debba essere prescelta come “causa iniziale”



Si tratta delle cosiddette

REGOLE DI CODIFICAZIONE della Causa Iniziale di Morte,
appartenenti al sistema di

CLASSIFICAZIONE INTERNAZIONALE DELLE MALATTIE

meglio conosciuto con la sigla **ICD** (International Classification of Diseases)



L’ICD è un sistema universalmente riconosciuto ed applicato, gestito dall’**O.M.S.** e periodicamente aggiornato da una commissione di esperti.

Attualmente è ufficialmente in vigore la decima edizione o revisione, denominata

ICD-10 (o ICD-X)

(mentre, a cura della Commissione di esperti dell’O.M.S. è già in avanzata fase di elaborazione la undicesima revisione, in Italia, in molte realtà si usa ancora la vecchia nona revisione o ICD-9)



L’ICD prevede la preventiva e generalizzata trasformazione di tutte le patologie in caratteri codificati o “**codici nosologici**”.

Per questo motivo il procedimento che porta alla scelta della causa iniziale di morte (più propriamente definita come “**selezione**” della causa di morte) è denominato “**Codificazione**”

Il processo di codifica consiste:

- nell'attribuire a ciascuna patologia riportata sulla scheda di morte un "codice alfa-numerico" (1) e
- nell'individuare, per ogni scheda, un singolo codice, corrispondente alla cosiddetta "causa iniziale di morte" (2).

- Ictus cerebri = **I64**
- Emiplegia = **G81.9**
- Afasia = **R47.0**
- Disfagia = **R13**
- Broncopolmonite = **J18.0**
- Shock settico = **A41.9** (1)
- Insufficienza renale = **N19**
- Cirrosi epatica = **K74.6**
- K vescica = **C67.9**

Causa iniziale di morte: **I64** (2)
(Ictus cerebri)

Il processo di codifica è importante perché fornisce l'unità di base (cioè il singolo codice che rappresenta la "causa di morte") per l'elaborazione e lo studio dei dati di mortalità.



2. redazione scheda Medico Certificatore



3. Codificazione schede (Medico) Codificatore

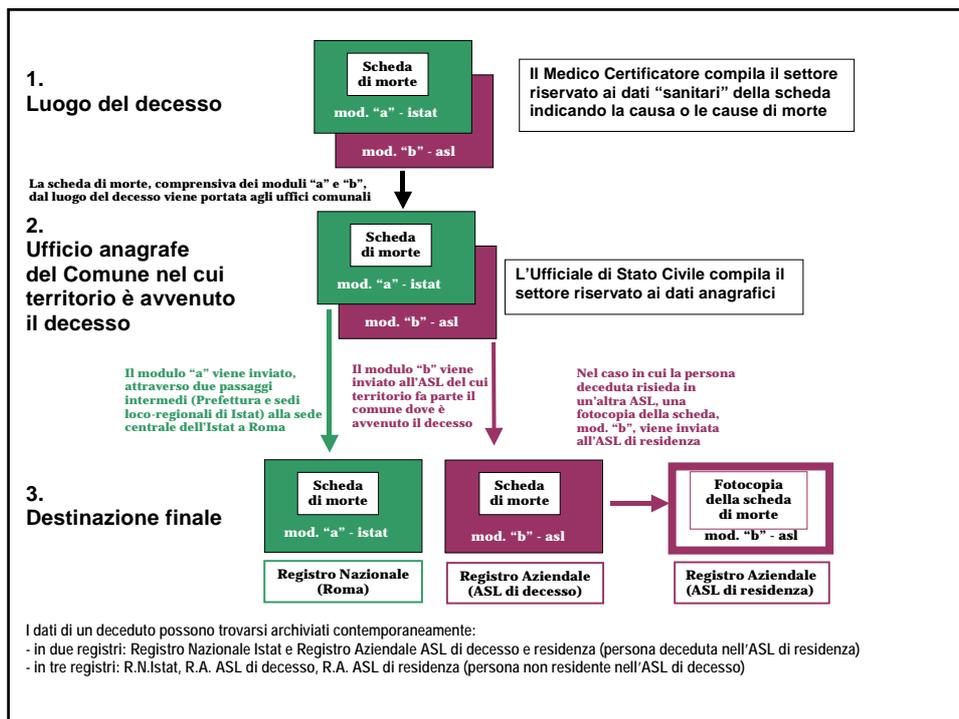


4. dato risultante



1. decesso

SCHEMA DEL PERCORSO CHE A PARTIRE DALL'EVENTO DECESSO CONDUCE ALL'INDIVIDUAZIONE DEL CODICE ICD-10



Compiti e attività svolti dal
Registro Locale o Aziendale di Mortalità (RENCAM)

1. Archiviazione

- **ricostruzione** dei Registri degli Atti di Morte Comunali sulla base degli elenchi dei deceduti che i Comuni inviano mensilmente all'ASL;
- **raccolta** delle schede di morte Istat dai comuni dell'ASL;
- **raccolta** delle schede di morte Istat dalle altre AASSLL;
- **trasmissione** delle schede dei non residenti alle AASSLL di residenza;
- **controllo** di qualità
- **controllo** di completezza

2. Codifica

- **selezione** causa iniziale

3. Utilizzo dei dati

- **elaborazioni** statistico-epidemiologiche;
- **certificazione** delle cause di morte a familiari per finalità assicurative e previdenziali;
- **certificazioni** delle cause di morte a enti ed istituti per finalità di studio e ricerca (nel rispetto della normativa sulla "privacy").

Obbiettivi e Indicatori di Qualità del
Registro Locale o Aziendale di Mortalità (RENCAM)

1. **Completezza** (nominativi, dati socio anagrafici, schede)
2. **Aggiornamento** (nominativi, schede)
3. **Codifica e Selezione** della Causa Iniziale (con ICD-10 e Acme)
4. **Informatizzazione** dei nominativi
dei dati socio anagrafici
della causa iniziale in codice (e in chiaro ?)
delle patologie "di interesse" in codice (e in chiaro?)
di tutte le cause menzionate ?
5. Rapida **consultabilità** di tutte le schede
6. **Esclusione** delle attività/operazioni con inadeguato rapporto costo/beneficio