

Tratto da

A cura del

Ministero della Sanità

Dipartimento per l'ordinamento sanitario la ricerca e
l'organizzazione del ministero

Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati

Decima revisione

Prima edizione

Organizzazione mondiale di della Sanità
Ginevra

Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato, 2001

Estratto del Volume I



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

ICD-10

**CLASSIFICAZIONE
STATISTICA
INTERNAZIONALE
DELLE MALATTIE
E DEI PROBLEMI SANITARI
CORRELATI**

DECIMA REVISIONE

VOLUME 1



ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ
GINEVRA

ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO
LIBRERIA DELLO STATO

Indice

Introduzione	1	
Ringraziamenti	5	
Centri Collaboratori dell'OMS per la Classificazione delle Malattie	7	
Rapporto della Conferenza Internazionale per la Decima Revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie	9	
Elenco delle categorie a tre caratteri	29	
Classificazione Analitica e sottocategorie a quattro caratteri	105	
I	Alcune malattie infettive e parassitarie	107
II	Tumori	181
III	Malattie del sangue e degli organi ematopoietici ed alcuni disturbi del sistema immunitario	249
IV	Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	271
V	Disturbi psichici e comportamentali	311
VI	Malattie del sistema nervoso	389
VII	Malattie dell'occhio e degli annessi oculari	429
VIII	Malattie dell'orecchio e dell'apofisi mastoide	459
IX	Malattie del sistema circolatorio	471
X	Malattie del sistema respiratorio	515
XI	Malattie dell'apparato digerente	549
XII	Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo	597
XIII	Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	627
XIV	Malattie dell'apparato genitourinario	679
XV	Gravidanza, parto e puerperio	721
XVI	Alcune condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale	765
XVII	Malformazioni e deformazioni congenite, anomalie cromosomiche	795
XVIII	Sintomi, segni e risultati anormali di esami clinici e di laboratorio, non classificati altrove	853
XIX	Traumatismi, avvelenamenti ed alcune altre conseguenze di cause esterne	891

XX	Cause esterne di morbosità e mortalità	1011
XXI	Fattori influenzanti lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	1125
	Morfologia dei Tumori	1177
	Liste speciali per l'intabulazione delle cause di mortalità e di morbosità	1205
	Definizioni	1233
	Regolamento riguardante la nomenclatura	1239

Introduzione

Una classificazione delle malattie può essere definita come un sistema di categorie al quale le entità morbose vengono assegnate secondo criteri prestabiliti. Esistono diversi possibili assi di classificazione e la selezione di uno di essi dipenderà da come dovranno essere utilizzate le statistiche elaborate. Una classificazione statistica delle malattie deve racchiudere l'intera gamma delle entità morbose entro un numero adeguato di categorie.

La Decima Revisione della Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati è la più recente di una serie che si iniziò nel 1893 come Classificazione di Bertillon o Lista Internazionale delle Cause di Morte. Una revisione completa delle origini storiche della classificazione è contenuta nel Volume 2. Sebbene il titolo sia stato modificato, per rendere più chiari il contenuto e lo scopo e per rispecchiare il progressivo ampliamento del campo d'azione della classificazione, al di là delle malattie e dei traumatismi, l'abbreviazione familiare "ICD" è stata mantenuta. Nella classificazione aggiornata, le condizioni morbose sono state raggruppate nel modo ritenuto più adeguato per scopi epidemiologici generali e per la valutazione dell'assistenza sanitaria.

I lavori per la Decima Revisione dell'ICD ebbero inizio nel Settembre 1983, quando fu convocata a Ginevra un'assemblea preparatoria sull'ICD-10. La direzione del programma di lavoro fu garantita da periodiche riunioni dei Responsabili dei Centri Collaboratori dell'OMS per la Classificazione delle Malattie. Il piano d'azione fu stabilito in alcune riunioni speciali, tra le quali quelle del Comitato di Esperti sulla Classificazione Internazionale delle Malattie - Decima Revisione, svoltesi nel 1984 e nel 1987.

Oltre ai contributi tecnici forniti da parecchi gruppi di specialisti e da singoli esperti, numerose osservazioni e suggerimenti giunsero dagli Stati Membri e dagli Uffici Regionali dell'OMS, come risultato della diffusione globale delle bozze proposte per la revisione nel 1984 e nel 1986. Dai commenti ricevuti risultò chiaro che molti utenti desideravano che l'ICD contenesse dati anche di tipo diverso dall' "informazione diagnostica" (nel senso più ampio del termine) da sempre inclusa. Al fine di conciliare le esigenze di questi utenti, nacque il concetto di "famiglia" di classificazioni centrate sulla tradizionale ICD, con la sua forma e struttura usuale. L'ICD stessa coprirebbe quindi le esigenze relative all'informazione diagnostica per scopi generali, mentre diverse altre classificazioni verrebbero utilizzate insieme ad essa trattando approcci differenti alla stessa informazione o un'informazione diversa (in particolare procedure mediche e chirurgiche e disabilità).

Sulla scorta dei suggerimenti ricevuti all'epoca dello sviluppo della Nona Revisione della classificazione, secondo i quali una diversa struttura di base sarebbe risultata più corrispondente alle esigenze di utenti numerosi e di vario tipo, furono valutati diversi modelli alternativi. Tuttavia risultò chiaro che il tradizionale disegno ad asse singolo variabile della classificazione, ed altri aspetti della sua struttura, enfatizzanti condizioni morbose frequenti, costose o comunque importanti per la salute pubblica, erano resistenti nel tempo e che molti utenti non sarebbero stati soddisfatti da nessuno dei modelli alternativi proposti.

Quindi, come dimostrerà lo studio della Decima Revisione, la struttura tradizionale dell'ICD è stata mantenuta, ma il precedente schema di codifica numerica è stato sostituito da uno schema alfanumerico. Questo metodo fornisce una struttura di codifica più ampia, lasciando spazio per future revisioni, senza modificazione del sistema di numerazione, diversamente da quanto avvenuto con le precedenti revisioni.

Per un uso ottimale dello spazio disponibile, alcuni disturbi del meccanismo immunitario sono inclusi nel settore delle malattie del sangue e degli organi ematopoietici (Settore III). Nuovi settori sono stati creati per le malattie degli occhi e degli annessi oculari e per le malattie dell'orecchio e dell'apofisi mastoide. Le classificazioni supplementari delle cause esterne e dei fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari ora fanno parte della classificazione principale.

E' stato mantenuto ed esteso il sistema a daga-asterisco, introdotto con la Nona Revisione, con classificazione doppia per certe informazioni diagnostiche.

Contenuto dei tre volumi dell'ICD-10

La presentazione della Classificazione è stata cambiata ed ora consta di tre volumi:

Volume 1. Classificazione Analitica. Contiene il rapporto della Conferenza Internazionale per la Decima Revisione, la Classificazione stessa a tre e a quattro caratteri, la morfologia dei tumori, liste speciali per l'intabulazione delle cause di mortalità e di morbosità, definizioni ed il regolamento riguardante la Nomenclatura.

Volume 2. Manuale d'Istruzione. Riporta insieme le note sia per la compilazione del certificato di morte che per la codifica, precedentemente incluse nel 1° volume, con una maggiore quantità di informazioni e di materiale di istruzione e di orientamento sull'uso del 1°

volume, sulle tavole e sulla programmazione per l'uso dell'ICD, aspetti ritenuti carenti nelle precedenti versioni. Vi sono inoltre riportati cenni storici già formalmente presentati nell'introduzione al I° volume.

Volume 3. Indice Alfabetico. Vi è contenuto l'indice con una introduzione ed una maggiore quantità di istruzioni per il suo uso.

*

*

*

La presente Classificazione è stata approvata dalla Conferenza Internazionale per la Decima Revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie nel 1989 e adottata dalla 43° Assemblea Mondiale della Sanità con la seguente risoluzione:

La 43° Assemblea Mondiale della Sanità,

tenuto conto del rapporto della Conferenza Internazionale per la Decima Revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie;

1. ADOTTA quanto segue, come raccomandato dalla Conferenza:

- (1) la classificazione dettagliata delle categorie a tre caratteri e quella opzionale delle sottocategorie a quattro caratteri con le Liste Abbreviate per l'Intabulazione delle cause di Mortalità e di Morbosità, costituenti la Decima Revisione della Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati, che dovrà entrare in vigore dall'1 gennaio 1993;
- (2) le definizioni, i criteri e le modalità di pubblicazione per ciò che concerne la mortalità materna, fetale, perinatale, neonatale e infantile;
- (3) le regole e le istruzioni per la codifica della causa iniziale di mortalità e per la codifica della condizione principale per la morbosità;

2. SOLLECITA il Direttore Generale a predisporre il *Manual of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*;

3. APPROVA le raccomandazione della Conferenza per quanto concerne:

- (1) il concetto e l'implementazione della famiglia di classificazioni di malattie e problemi correlati alla salute, con la Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e Problemi Sanitari Correlati come nucleo centrale della classificazione contornata da un certo numero di classificazioni supplementari e dalla Nomenclatura Internazionale delle Malattie;

(2) la messa a punto di un processo di aggiornamento entro il ciclo di revisione decennale

Ringraziamenti

La periodica revisione dell'ICD è stata, fin dalla Sesta Revisione del 1948, coordinata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. L'uso crescente della classificazione ha comprensibilmente ampliato il desiderio degli utenti di contribuire al processo di revisione. La Decima Revisione è il risultato di una rilevante attività di cooperazione e compromesso internazionale. L'OMS riconosce con gratitudine i contributi dei molti gruppi di specialisti e di esperti internazionali e nazionali di molti paesi.

Centri Collaboratori dell'OMS per la Classificazione delle Malattie

Esistono, attualmente, 10 Centri Collaboratori dell'OMS per la Classificazione delle Malattie per fornire assistenza ai Paesi riguardo ai problemi riscontrati nello sviluppo e nell'uso delle classificazioni sanitarie e, in particolare, nell'uso dell'ICD.

E' importante che i Paesi portino all'attenzione del rispettivo Centro ogni problema significativo rilevato nell'uso dell'ICD, in particolare allorché una nuova malattia, per la quale l'ICD non fornisce un'adeguata classificazione, risulti di frequente riscontro. Fino ad ora l'ICD non è stata aggiornata tra le revisioni, ma è stato proposto che, attraverso i Centri, venga introdotto un meccanismo atto a fornire codici adeguati per le nuove malattie, ove necessario.

Oltre ai Centri Collaboratori ufficiali, esiste un certo numero di centri nazionali di riferimento; i singoli utenti, qualora riscontrino problemi, dovrebbero consultare in primo luogo questi o l'appropriato ufficio nazionale.

Vi sono tre centri per gli utenti di lingua Inglese. Eventuali comunicazioni dovrebbero essere indirizzate al Responsabile del Centro Collaboratore dell'OMS per la Classificazione delle Malattie, ai seguenti indirizzi:

Australian Institute of Health and Welfare
GPO Box 570
Canberra ACT 2601
Australia

Office for National Statistics
1 Drummond Gate
London SW1V2QQ
United Kingdom

National Center for Health Statistics
6525 Belcrest Road
Room 1100
Hyattsville, MD 20782
Stati Uniti d'America

Gli altri sette Centri, ciascuno basato su una singola lingua o su un gruppo di lingue, hanno sede nei seguenti istituti:

Peking Union Medical College Hospital
Chinese Academy of Medical Sciences
Pechino 100730
Cina (per la lingua cinese)

INSERM
44 Chemin de Ronde
F-78110 Le Vésinet
Francia (per la lingua francese)

Department of Social Medicine
University Hospital
S-751 85 Uppsala
Svezia (per i Paesi nordici)

Faculdade de Saúde Pública/Universidade de São Paulo
Avenida Dr Arnaldo 715,
0255 San Paolo, SP
Brasile (per la lingua portoghese)

Semasko Scientific Research Institute
12 Vorontsovo Pole
103064 Mosca
Federazione Russa (per la lingua russa)

Centro Venezolano de Clasificación de Enfermedades
Edificio Sur, 9° Piso
M.S.A.S.,
Centro Simón Bolívar,
P.O. Box 6653
Caracas
Venezuela (per la lingua spagnola)

Department of Statistics and Medical Records,
Ministry of Public Health
P.O. Box 5286
13053, Safat, Kuwait (per la lingua araba)

Rapporto della Conferenza Internazionale per la Decima Revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie

La Conferenza Internazionale per la Decima Revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie fu convocata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità presso la sede centrale dell'OMS a Ginevra dal 26 Settembre al 2 Ottobre 1989. Alla Conferenza parteciparono delegati di 43 Stati Membri:

Angola	Mali
Australia	Malta
Bahamas	Mozambico
Belgio	Niger
Brasile	Paesi Bassi
Bulgaria	Portogallo
Burundi	Regno Unito di Gran Bretagna e Irlanda del Nord
Canada	Repubblica di Corea
Cina	Repubblica Democratica Tedesca
Cipro	Repubblica Federale Tedesca
Cuba	Senegal
Danimarca	Singapore
Emirati Arabi Uniti	Spagna
Finlandia	Stati Uniti d'America
Francia	Svezia
Giappone	Svizzera
India	Tailandia
Indonesia	Uganda
Israele	Ungheria
Kuwait	U.R.S.S
Lussemburgo	Venezuela
Madagascar	

Le Nazioni Unite, l'Organizzazione Internazionale del Lavoro e gli Uffici Regionali dell'OMS inviarono loro delegati a partecipare alla Conferenza, così come il Consiglio per le Organizzazioni Internazionali delle Scienze Mediche (CIOMS) e dodici altre organizzazioni non governative interessate a registri tumori, sordità, epidemiologia, medicina di famiglia, ostetricia e ginecologia, ipertensione, cartelle sanitarie, medicina preventiva e sociale, neurologia, psichiatria, riabilitazione e malattie a trasmissione sessuale.

La Conferenza fu aperta dal Dr. J.-P. Jardel, Assistente del Direttore Generale, per conto del Direttore Generale. Il Dr. Jardel illustrò la rilevante entità di consultazioni e di lavoro preparatorio dedicati alle proposte di revisione, che avevano reso necessario un intervallo maggiore del consueto tra le revisioni. Egli ricordò che la Decima Revisione avrebbe avuto un nuovo titolo, *Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati*, per enfatizzare il suo scopo statistico e rispecchiare l'ampliamento delle sue finalità. Sarebbe comunque stata mantenuta la consueta abbreviazione ICD. Citò anche il nuovo schema di codici alfanumerici, che aveva reso possibile un migliore equilibrio tra i vari settori, lasciando spazio per successive aggiunte e variazioni, e l'intenzione di produrre un manuale ICD di categorie a tre caratteri con indice alfabetico, da utilizzare in contesti in cui sarebbe risultata inappropriata la versione più complessa con dettaglio a quattro caratteri.

La Conferenza elesse i seguenti funzionari:

Dr. R.H.C. Wells, Australia (*Presidente*)
Dr. H. Bay-Nielsen, Danimarca (*Vice-Presidente*)
Dr. R. Braun, Repubblica Democratica Tedesca (*Vice-Presidente*)
Sig. R.A. Israel, Stati Uniti d'America (*Vice-Presidente*)
Dr. R. Laurenti, Brasile (*Vice-Presidente*)
Dr. P. Maguin, Francia (*Relatore*)
Sig.ra E. Taylor, Canada (*Relatore*)

Gli addetti alla Segreteria della Conferenza furono i seguenti:

Dr. J.-P. Jardel, Assistente del Direttore Generale, OMS, Ginevra, Svizzera
Dr. H.R. Hapsara, Direttore della Divisione di Sorveglianza Epidemiologica e Valutazione della situazione e delle tendenze della salute, OMS, Ginevra, Svizzera
Dr. J.-C. Alary, medico capo, Sviluppo dei Servizi Epidemiologici e Sanitari, OMS, Ginevra, Svizzera
Dr. G.R. Bramer, medico, Sviluppo dei Servizi Epidemiologici e Sanitari, OMS, Ginevra, Svizzera, (*Segretario*)
Sig. A. l'Hours, Ufficiale Tecnico, Sviluppo dei Servizi Epidemiologici e Sanitari, OMS, Ginevra, Svizzera
Prof. W. Janisch, Repubblica Democratica Tedesca (*Consigliere temporaneo*)
Sig. T. Kruse, Danimarca (*Consigliere temporaneo*)
Dr. K. Kupka, Francia (*Consigliere temporaneo*)
Dr. J. Leowski, Polonia (*Consigliere temporaneo*)
Ms R.M. Loy, Regno Unito di Gran Bretagna e Irlanda del Nord (*Consigliere temporaneo*)
Sig. R.H. Seeman, Stati Uniti d'America (*Consigliere temporaneo*)

Con la Segreteria della Conferenza collaborarono delegati di altre unità tecniche pertinenti della sede centrale dell'OMS.

La Conferenza adottò un'agenda dei lavori che trattava di: proposte di contenuto dei settori della Decima Revisione; materiali da includere nel manuale da pubblicare; processo operativo per la sua implementazione; famiglia di classificazioni e argomenti correlati.

1. Storia e sviluppo degli impieghi della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD)

L'imponente bagaglio storico di una classificazione statistica le cui origini risalgono al diciottesimo secolo, fu ricordato alla Conferenza. Mentre le prime revisioni della classificazione riguardavano solamente le cause di morte, le sue finalità si ampliarono a partire dalla Sesta Revisione, nel 1948, passando ad includere anche le malattie non mortali. Tale ampliamento continuò fino alla Nona Revisione, con alcune innovazioni messe a punto per soddisfare le esigenze statistiche di varie organizzazioni. Inoltre, alla Conferenza Internazionale per la Nona Revisione (Ginevra, 1975) (1) furono fatte ed approvate raccomandazioni per la pubblicazione a scopo sperimentale di classificazioni supplementari delle procedure in medicina e delle menomazioni, disabilità e handicap.

2. Retrospectiva dell'attività di preparazione delle proposte per la Decima Revisione dell'ICD

Le proposte presentate alla Conferenza costituivano il risultato di una vasta attività svolta alla sede centrale dell'OMS ed in tutto il mondo. Il programma di lavoro era stato orientato da incontri periodici dei responsabili dei Centri Collaboratori dell'OMS per la Classificazione delle Malattie. Il piano d'azione fu stabilito in alcune riunioni speciali e dal Comitato di Esperti sulla Classificazione Internazionale delle Malattie - Decima Revisione, riunitosi nel 1984 (2) e nel 1987 (3) per decidere la direzione che il lavoro doveva seguire e la forma delle proposte finali.

Una vasta attività preparatoria era stata dedicata ad una radicale revisione dell'adeguatezza della struttura dell'ICD, essenzialmente una classificazione statistica delle malattie e di altri problemi sanitari, per svariate esigenze relative a dati di mortalità e assistenza sanitaria. Furono indagati metodi per stabilizzare il sistema di codici, al fine di minimizzare la discontinuità nelle revisioni successive, e la possibilità di fornire un miglior equilibrio nel contenuto dei diversi settori dell'ICD.

Era comunque evidente che, anche con una nuova struttura, una classificazione non avrebbe potuto far fronte a tutte le esigenze. Nacque quindi il concetto di una "famiglia" di classificazioni, con un nucleo centrale costituito dall'ICD, destinato a coprire le esigenze fondamentali per le tradizionali statistiche di mortalità e morbosità, mentre le esigenze di classificazioni più o meno dettagliate o differenti e di argomenti associati sarebbero state soddisfatte da altri membri della famiglia.

Diversi modelli alternativi per la struttura dell'ICD erano stati studiati dai Centri Collaboratori, ma era stato rilevato che ciascuno di essi presentava caratteristiche insoddisfacenti e nessuno presentava vantaggi rispetto alla struttura esistente sufficienti a giustificare la sua sostituzione. Le riunioni speciali finalizzate alla valutazione della Nona Revisione confermarono che, sebbene la struttura esistente dell'ICD fosse ritenuta inadeguata da alcuni potenziali utenti, esisteva un grosso numero di utenti soddisfatti che ritenevano possedesse molti punti di forza intrinseci, nonostante le sue apparenti inconsistenze, e desideravano che fosse mantenuta nella sua forma attuale.

Furono esaminati numerosi schemi implicanti la notazione alfanumerica al fine di produrre una struttura di classificazione in grado di garantire un miglior equilibrio tra i settori e spazio sufficiente per successive aggiunte e variazioni senza sconvolgimento dell'ordine dei codici.

Le decisioni prese in merito a questi argomenti avevano preparato il terreno per la stesura delle successive bozze dei settori proposti per la Decima Revisione. Queste bozze furono diffuse per due volte agli Stati Membri per sollecitarne i commenti e furono revisionate da altri interessati nell'ambito delle riunioni dei Responsabili di Centro e dal Comitato di Esperti. Un grosso numero di associazioni internazionali di professionisti specializzati, singoli specialisti ed esperti, altre unità operative dell'OMS e gli Uffici Regionali avevano fornito consigli all'unità operativa dell'OMS responsabile per l'ICD e ai Centri Collaboratori per la preparazione delle proposte e di altri materiali presentati alla Conferenza. L'OMS riconobbe con gratitudine questa collaborazione.

3. Caratteristiche generali e contenuto della proposta per la Decima Revisione dell'ICD

La novità fondamentale delle proposte per la Decima Revisione era costituita dall'introduzione di uno schema di codici alfanumerici costituito da una lettera seguita da tre cifre con un totale di quattro caratteri. Per effetto di questo sistema la dimensione della struttura dei codici risultava più che raddoppiata rispetto alla Nona Revisione rendendo possibile assegnare alla gran parte dei settori una lettera unica o un gruppo di lettere, ciascuna in grado di fornire 100 categorie a tre caratteri. Furono utilizzate 25 delle 26 lettere disponibili, lasciando la lettera U disponibile per successive aggiunte e variazioni e per possibili classificazioni transitorie destinate a risolvere difficoltà sorgenti a livello nazionale ed internazionale nel periodo tra le revisioni.

In base alle direttive, alcune categorie a tre caratteri erano state lasciate libere per successive espansioni e revisioni, in numero variabile secondo i settori: a quelli con un asse principale di classificazione anatomico fu assegnato un numero minore di categorie libere, in considerazione del fatto che le successive modificazioni del loro contenuto sarebbero state di natura più limitata.

La Nona Revisione conteneva 17 settori più due classificazioni supplementari: la Classificazione Supplementare delle Cause Esterne dei Traumatismi e degli Avvelenamenti (Codici E) e la Classificazione Supplementare dei Fattori che influenzano lo Stato di Salute e il Ricorso ai Servizi Sanitari (Codici V). Secondo le raccomandazioni della Riunione Preparatoria sulla Decima Revisione (Ginevra, 1983) (4), confermate dalle successive riunioni, queste due classificazioni non furono più considerate supplementari, venendo incluse come settori nel nucleo principale della classificazione.

In origine la successione dei settori proposta per la Decima Revisione era identica a quella della Nona Revisione; tuttavia, per utilizzare efficientemente lo spazio disponibile, i disturbi del sistema immunitario furono successivamente inseriti tra le malattie del sangue e degli organi emopoietici, mentre nella Nona Revisione erano compresi tra le malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche. Il nuovo settore "Malattie del sangue e degli organi ematopoietici e alcuni disturbi del sistema immunitario" segue ora il settore "Tumori", con il quale condivide la lettera D.

Durante l'elaborazione delle prime bozze del settore "Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso" risultò presto chiaro che non sarebbe stato possibile conciliare tutto il dettaglio richiesto con una lettera unica in 100 categorie a tre caratteri. Fu deciso quindi di creare tre settori separati - "Malattie del sistema nervoso" con la lettera G, e due altri settori "Malattie dell'occhio e degli annessi oculari" e "Malattie dell'orecchio e dell'apofisi mastoide", condividenti la lettera H.

Inoltre, i settori "Malattie dell'apparato genitourinario", "Gravidanza, parto e puerperio", "Alcune condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale" e "Malformazioni e deformazioni congenite, anomalie cromosomiche" furono riuniti come settori consecutivi dal XIV al XVII.

Con l'inserimento delle precedenti classificazioni supplementari nella classificazione centrale e la creazione di due nuovi settori, la proposta per la Decima Revisione conteneva 21 settori. I titoli di alcuni settori furono corretti per fornire un'indicazione migliore del loro contenuto.

Ove erano state proposte radicali modificazioni all'ICD, era risultato appropriato un test sul campo, come nel caso dei seguenti settori:

V. Disturbi psichici e comportamentali

XIX. Traumatismi, avvelenamenti e alcune altre conseguenze di cause esterne

XX. Cause esterne di morbosità e mortalità

Anche il settore II, "Tumori", fu sottoposto ad un test sul campo, pur essendo le modifiche al suo contenuto di entità minore.

Seguono alcune nuove caratteristiche delle proposte per la Decima Revisione:

- Le note di esclusione all'inizio di ogni settore erano state ampliate per spiegare la gerarchia relativa dei settori, e per rendere chiaro che i settori "di gruppo speciale" avevano priorità di codifica rispetto ai settori d'organo o di sistema e che, tra i settori di gruppo speciale, quelli su "Gravidanza, parto e puerperio" e su "Alcune condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale" avevano la priorità sugli altri.
- Inoltre, all'inizio di ogni settore, veniva fornita una visione d'insieme delle classi di categorie a tre caratteri e, ove era pertinente, delle categorie con asterisco; ciò al fine di chiarire la struttura dei settori e facilitare l'uso delle categorie con asterisco.
- Le note della Classificazione Analitica erano applicabili per tutti gli usi della classificazione; qualora una nota fosse appropriata solo per la morbosità o solo per la mortalità, essa veniva inclusa nelle note speciali associate alle regole di codifica della morbosità o alle regole di codifica della mortalità.
- La Nona Revisione aveva identificato un certo numero di condizioni morbose indotte da farmaci; questo approccio era stato adottato anche nella compilazione delle proposte per la Decima Revisione e molte di queste condizioni morbose sono ora identificate separatamente.

* Vedere anche volume 2 pag. 12-13

- Una importante innovazione fu la creazione, verso la fine di alcuni settori, di categorie per i disturbi iatrogeni ovvero successivi a interventi o procedure. Tali categorie identificavano condizioni morbose importanti, costituenti di per sè un problema di assistenza medica, comprendendo ad es. le malattie endocrine e metaboliche successive ad ablazione di un organo e altre condizioni morbose specifiche quali la sindrome da accelerato svuotamento post-gastrectomia. Condizioni morbose successive ad interventi non specifiche di un particolare sistema corporeo, come le complicanze immediate, quali l'embolia gassosa e lo shock post-operatorio, continuarono ad essere classificate nel settore "Traumatismi, avvelenamenti e alcune altre conseguenze di cause esterne".

Un'altra modificazione era che nella Nona Revisione i titoli delle sottocategorie a quattro caratteri dovevano spesso essere letti congiuntamente ai titoli delle categorie a tre caratteri per apprendere l'intero significato della sottocategoria, mentre nella bozza presentata alla Conferenza i titoli erano quasi costantemente completi e, quindi, indipendenti.

Il duplice schema di classificazione per eziologia e manifestazione, noto come sistema a daga ed asterisco, introdotto nella Nona Revisione, era stato oggetto di alcune critiche. Ciò era dovuto principalmente al fatto che la classificazione conteneva frequentemente una mescolanza di informazioni relative alla manifestazione e ad altro ai livelli di tre e quattro cifre, talora con le stesse etichette diagnostiche, che apparivano sotto entrambi gli assi. Inoltre, molti consideravano il sistema non sufficientemente esauriente. Per superare questi problemi, nella bozza della Decima Revisione, l'informazione con asterisco fu limitata a 82 categorie omogenee a tre caratteri per uso facoltativo. Tale approccio consentiva l'assegnazione di due codici a quelle etichette diagnostiche contenenti informazioni relative sia ad un processo patologico di base generalizzato che ad una manifestazione o complicanza a carico di un particolare organo o sede, consentendo il recupero dei dati o la tabulazione secondo entrambi gli assi.

Queste caratteristiche della proposta per la Decima Revisione furono accettate dalla Conferenza.

Ciascuno dei settori fu presentato alla Conferenza con una descrizione dei cambiamenti rispetto alla Nona Revisione ed alcune informazioni indispensabili per comprendere alcune innovazioni. Alcune questioni relative a modificazioni nella struttura dei settori furono discusse dalla Conferenza e fu raggiunto un accordo in seguito a modificazioni effettuate dagli addetti alla Segreteria.

4. Criteri e definizioni relativi alla salute materna e infantile

La Conferenza considerò con interesse le definizioni raccomandate, i criteri e i requisiti relativi alla mortalità materna e alla mortalità fetale, perinatale, neonatale ed infantile per la Decima Revisione. Tali raccomandazioni erano il risultato di una serie di riunioni e consultazioni speciali e avevano come obiettivo il miglioramento della comparabilità dei dati.

La Conferenza concordò sull'opportunità di mantenere le definizioni di nato vivo e morte fetale così come erano riportate nella Nona Revisione.

Dopo qualche discussione, la Conferenza organizzò un gruppo di lavoro sulla mortalità materna e, in base alle raccomandazioni di questo, concordò di mantenere anche la definizione di morte materna così come era riportata nella Nona Revisione.

Al fine di migliorare la qualità dei dati sulla mortalità materna e fornire metodi alternativi di raccolta dei dati sui decessi avvenuti durante la gravidanza o correlati ad essa, e anche per incoraggiare la registrazione dei decessi da cause ostetriche avvenuti dopo più di 42 giorni dal termine della gravidanza, furono formulate dal gruppo di lavoro due ulteriori definizioni, "morte correlata alla gravidanza" e "morte materna tardiva". [Esse sono riportate alla pagina 1238.]

La Conferenza

RACCOMANDO' che i Paesi valutassero l'opportunità dell'inserimento nelle schede di morte di quesiti relativi ad una gravidanza in atto o nell'ultimo anno precedente il decesso.

La Conferenza concordò sul fatto che, essendo il numero di nati vivi più universalmente disponibile rispetto al numero totale dei nati (nati vivi più morti fetali), esso dovrebbe essere utilizzato come denominatore nei tassi associati alla mortalità materna [come specificato nel Volume 2].

Riguardo alla mortalità perinatale, neonatale e infantile, fu fortemente raccomandato che i tassi pubblicati basati su coorti di nati fossero identificati e differenziati.

La Conferenza confermò la pratica di esprimere l'età in unità temporali finite e, in tal modo, designò il primo giorno di vita come giorno zero.

La Conferenza

RACCOMANDO' l'inclusione, nel manuale della Decima Revisione dell'ICD, di definizioni, criteri e requisiti per la pubblicazione dei dati relativi alla mortalità materna, fetale, perinatale, neonatale e infantile.

5. Regole di codifica e selezione e liste per l'intabulazione dei dati

5.1 Regole di codifica e selezione per la mortalità

La Conferenza fu informata dell'esistenza di un processo di revisione delle regole di selezione e modifica per la causa^a iniziale di morte e delle note associate, rispetto a come erano riportate nella Nona Revisione, da cui erano scaturite diverse raccomandazioni per modificazioni delle regole ed ampie modificazioni delle note.

La Conferenza

RACCOMANDO' che le regole per la selezione della causa di morte per l'intabulazione "primaria" [della sola causa iniziale] dei dati di mortalità contenute nella Nona Revisione, fossero sostituite nella Decima Revisione [con quelle contenute nel Volume 2].

La Conferenza fu inoltre informata che erano in corso di revisione le bozze contenenti ulteriori note da utilizzare nella codifica della causa iniziale e nell'interpretazione delle certificazioni delle cause di morte. Poichè queste note erano state studiate per migliorare la consistenza della codifica, la Conferenza concordò che fossero inserite anch'esse nella Decima Revisione.

La Conferenza prese atto del ripetuto uso della codifica e dell'analisi delle condizioni morbose multiple in relazione alle cause di morte. Essa espresse incoraggiamento per tali attività, ma non raccomandò che la Decima Revisione contenesse alcuna particolare regola o metodo di analisi da seguire.

Nel considerare il formato internazionale del certificato medico di causa di morte, il Comitato di Esperti riconobbe che la situazione di una popolazione che invecchia, con una maggior proporzione di decessi coinvolgenti processi patologici multipli e gli effetti degli interventi terapeutici associati, tendeva ad aumentare il numero di possibili termini diagnostici menzionati tra la causa iniziale e la causa terminale di morte: ciò comportava un numero crescente di condizioni morbose riportate sui certificati di morte in molti paesi. Perciò il Comitato raccomandò

l'inserimento di un'ulteriore riga o quesito (d) nella Parte I del certificato [di causa di morte proposto dall'OMS] **

La Conferenza quindi

RACCOMANDO' che, in caso di necessità, i paesi considerassero la possibilità di inserire un'ulteriore riga o quesito (d) nella Parte I del certificato medico di causa di morte [proposto dall'OMS].

5.2 Regole di codifica e selezione per la morbosità

Per la prima volta, la Nona Revisione conteneva linee guida sulla registrazione e codifica per la morbosità e, specificamente, per la selezione di una condizione morbosa unica per la presentazione delle statistiche di morbosità. L'esperienza maturata con l'uso delle definizioni e delle regole contenute nella Nona Revisione ha dimostrato la loro utilità e sollecitato richieste per una loro chiarificazione, per una ulteriore elaborazione relativa alla registrazione dell'informazione diagnostica formulata da parte degli operatori sanitari e per maggiori direttive sulla gestione di specifiche situazioni problematiche.

La Conferenza confermò le raccomandazioni della Conferenza relativa alla Revisione del 1975 riguardo alla condizione morbosa da selezionare per l'analisi di un'unica causa per qualsiasi episodio di assistenza sanitaria, e la sua opinione che, ove possibile, dovrebbe essere intrapresa la codifica delle cause multiple, che permette un'analisi supplementare delle statistiche correnti. Essa sottolineò inoltre che nella Decima Revisione doveva risultare chiaro che l'applicabilità della maggior parte delle norme era vincolata all'appropriata intabulazione di una "condizione morbosa principale" per un episodio e al fatto che il concetto di un "episodio" fosse pertinente rispetto al metodo con cui era stata organizzata la raccolta dei dati.

La Conferenza

RACCOMANDO' quindi che fossero incluse nella Decima Revisione ulteriori norme per la registrazione e la codifica della morbosità e le definizioni di "condizione principale" e "altre condizioni", insieme alle norme aggiornate da seguire in caso fosse riportata una "condizione principale" in maniera palesemente scorretta. [Esse sono riportate nel Volume 2.]

** Nella versione italiana dell'ICD tale quesito è stato denominato arbitrariamente "quesito 2 bis" in relazione alla scheda di morte italiana. La scheda di morte proposta dall'OMS è riportata a pag. 31 del volume 2.

La Conferenza inoltre

RACCOMANDO' che, ove la "condizione morbosa principale" fosse soggetta al duplice sistema a daga e asterisco di classificazione fornito nell'ICD, fossero registrati ambedue i codici, in modo da rendere possibile l'intabulazione basata sia su l'uno che sull'altro.

La Conferenza concordò sull'aggiunta di numerose note ed esempi al fine di permettere una migliore comprensione.

5.3 Liste per l'intabulazione delle cause di mortalità e di morbosità

La Conferenza fu informata delle difficoltà originate nell'uso della Lista di base per l'intabulazione dei dati, basata sulla Nona Revisione, e delle attività intraprese, in particolare dall'OMS, per sviluppare nuove liste per l'intabulazione e la pubblicazione delle cause di mortalità. Da questo processo di revisione era risultato che, in molti Paesi, la mortalità fino all'età di cinque anni era un indicatore migliore rispetto alla mortalità infantile, e che sarebbe quindi stato preferibile avere una lista che comprendesse decessi infantili e decessi dei bambini fino a cinque anni, piuttosto che una lista per i soli morti nel primo anno di vita.

Erano state preparate due versioni della lista per i dati di mortalità generale e della lista per i dati di mortalità infantile e dei bambini, da presentare alla Conferenza; la seconda versione comprendeva titoli dei settori e voci residue per altri settori, dove necessario.

In considerazione dei dubbi emersi riguardo alle liste per i dati di mortalità presentate, fu riunito un piccolo gruppo di lavoro per valutare l'eventuale inserimento di alcune voci ulteriori. Il rapporto del gruppo di lavoro fu accettato dalla Conferenza ed è illustrato nelle liste per i dati di mortalità alle pagine 1207-1220.

Per quanto riguarda le liste per l'intabulazione delle cause di morbosità, la Conferenza prese visione di una proposta di lista per l'intabulazione dei dati e di un modello di lista per la pubblicazione basato sui titoli dei settori, con voci selezionate incluse come esempi sotto ciascun titolo. L'applicabilità di tali liste a tutti i dati di morbosità nel senso più ampio destò numerose perplessità. Esisteva un accordo generale sul fatto che le liste presentate fossero probabilmente più adeguate per la morbosità dei pazienti ricoverati in ospedale e si ritenne che sarebbero stati necessari ulteriori sforzi per sviluppare liste adeguate per altre applicazioni riguardanti la morbosità, e inoltre che le liste per l'intabulazione delle cause di mortalità e di morbosità della Decima Revisione dovevano essere accompagnate da appropriate spiegazioni ed istruzioni per l'uso.

Alla luce delle perplessità emerse nella Conferenza e delle conclusioni del gruppo di lavoro, la Conferenza concordò sul fatto che le liste per l'intabulazione e di pubblicazione comparissero

nella Decima Revisione, mentre ravvisò la necessità di uno sforzo per stabilire titoli più chiari e più descrittivi per le suddette liste. Concordò anche sul fatto che, al fine di facilitare l'intabulazione alternativa delle categorie con asterisco, doveva essere sviluppata una seconda versione della lista per l'intabulazione delle cause di morbosità che includesse le categorie con asterisco.

6. Famiglia di classificazioni

6.1 Concetto di famiglia di classificazioni

Nel corso della preparazione della Nona Revisione era già risultato chiaro che la sola ICD non poteva coprire tutte le informazioni necessarie, e che solo una "famiglia" di classificazioni di malattie e problemi correlati alla salute avrebbe potuto fare fronte alle differenti esigenze nell'ambito della sanità pubblica. Verso la fine degli anni '70 quindi erano state considerate varie possibili soluzioni, una delle quali richiedeva una classificazione centrale (ICD) con una serie di moduli, alcuni collegati gerarchicamente ed altri di natura supplementare.

Dopo studi e discussioni in collaborazione con i vari Centri Collaboratori, fu elaborato il concetto di una famiglia di classificazioni, successivamente revisionato nel 1987 dal Comitato di Esperti, che aveva raccomandato lo schema di seguito illustrato:

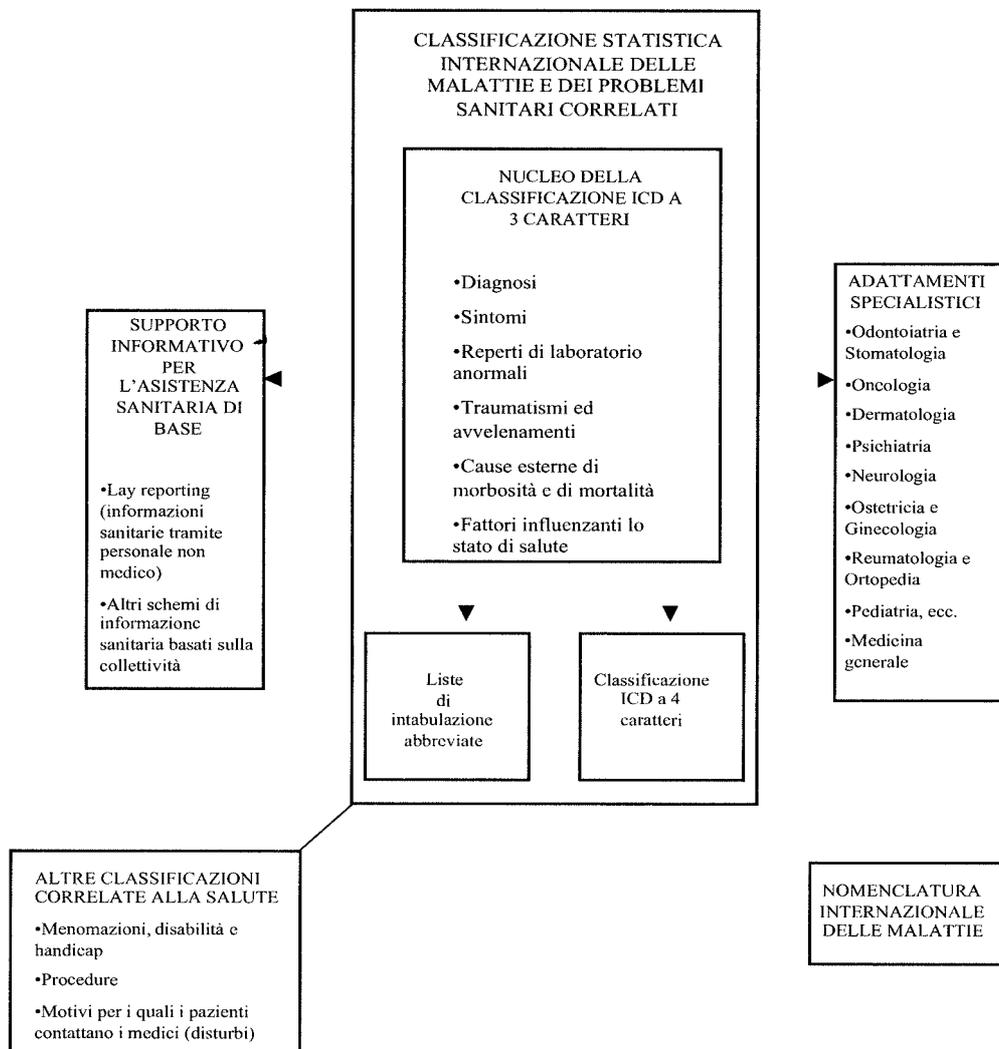
La Conferenza

RACCOMANDO' che il concetto di famiglia di classificazioni di malattie e problemi correlati alla salute fosse seguito dall'OMS.

Al fine di mantenere l'integrità dell'ICD stessa e questo concetto di famiglia, la Conferenza

RACCOMANDO' che, al fine di garantire la comparabilità internazionale, nella preparazione di traduzioni o adattamenti non fossero apportate modifiche al contenuto (come indicato dai titoli) delle categorie a tre caratteri e delle sottocategorie a quattro caratteri della Decima Revisione, tranne quelle autorizzate dall'OMS. L'Ufficio di Segreteria dell'OMS è responsabile dell'ICD e agisce da ente centrale di controllo per ogni pubblicazione (tranne le pubblicazioni statistiche nazionali) o traduzione che derivino dall'ICD. L'OMS dovrebbe essere tempestivamente edotta dell'intento di produrre traduzioni e adattamenti o altre classificazioni correlate all'ICD.

Famiglia di classificazioni di malattie e problemi correlati alla salute



La Conferenza prese visione con interesse dell'uso e del legame di differenti membri della famiglia dell'ICD per la valutazione medico-sociale e multidimensionale dell'anziano, in relazione non solo alla salute, ma anche alle attività della vita quotidiana e all'ambiente sociale e fisico. Fu dimostrato che si potevano ottenere utili informazioni attraverso l'uso dell'ICD e della Classificazione Internazionale delle Menomazioni, Disabilità e Handicap (ICIDH), e in particolare attraverso l'utilizzo di codici del Settore XXI proposto per la Decima Revisione.

6.2 Adattamenti specialistici

La Conferenza fu informata dell'esistenza di progetti per lo sviluppo di adattamenti della Decima Revisione nell'ambito dei programmi per la tutela della salute mentale. Una versione progettata per l'uso da parte dei clinici operanti nel campo della psichiatria avrebbe dovuto essere accompagnata da linee guida cliniche; sarebbero stati proposti criteri di ricerca per lo studio dei problemi di salute mentale; inoltre sarebbero state sviluppate presentazioni multiassiali da utilizzare per i disturbi infantili e per la classificazione dei problemi degli adulti e anche una versione per l'uso da parte dei medici generici. Compilazioni di codici dell'ICD attinenti la psichiatria e la neurologia saranno prodotte nelle stesse serie precedenti su tale tema.

La Conferenza fu inoltre informata dei metodi utilizzati per assicurare la conservazione della struttura di base e della funzione dell'ICD all'inizio dello sviluppo dell'adattamento per i medici specialisti in odontoiatria e stomatologia (ICD-DA), e del fatto che era nelle ultime fasi di preparazione una nuova revisione dell'ICD-DA legata alla Decima Revisione.

Fu presentata la Classificazione Internazionale delle Malattie per l'Oncologia (ICD-O), Seconda Edizione, una classificazione multiassiale che comprende sia la topografia che la morfologia dei tumori. I codici morfologici dell'ICD-O, evoluti in un lungo periodo di tempo, sono stati ampiamente revisionati e collaudati praticamente. I codici topografici della seconda edizione sarebbero stati basati sulle categorie C00-C80 della Decima Revisione e la pubblicazione sarebbe quindi stata successiva all'approvazione della Decima Revisione da parte dell'Assemblea Mondiale della Sanità.

Esisteva accordo generale sul valore di un adattamento nell'area della pratica medica generica e la Conferenza fu informata della volontà di collaborare con l'OMS espressa da gruppi operanti in quest'area. Riguardo agli altri adattamenti specialistici, destinati a divenire molto numerosi, fu ribadita l'estrema importanza del ruolo svolto dall'OMS come centro di riferimento.

6.3 Supporto informativo l'assistenza sanitaria di base

In accordo con le raccomandazioni della Conferenza relative alla Revisione del 1975, l'Ufficio Regionale dell'OMS per il Sud Est Asiatico aveva riunito nel 1976 un gruppo di lavoro a Delhi. Questo gruppo aveva redatto una lista dettagliata di associazioni sintomatologiche e da questa furono tratte due liste brevi, una per le cause di morte e l'altra per i motivi di contatto con i servizi sanitari. Furono condotte sperimentazioni sul campo di questo sistema in alcuni paesi della Regione del Sud Est Asiatico e i risultati furono utilizzati per revisionare la lista delle associazioni sintomatologiche e il modo di presentarli. La versione revisionata è stata pubblicata dall'OMS nel 1978 nell'opuscolo *Lay reporting of health information* (5).

La Strategia Globale della Salute per tutti per l'anno 2000, lanciata nel 1978, aveva dato origine negli Stati Membri ad un certo numero di progetti per lo sviluppo di sistemi informativi. Alla Conferenza Internazionale sulle Statistiche Sanitarie per il 2000 (Bellagio, Italia, 1982) (6), l'integrazione dell'informazione del "lay reporting" con altra informazione generata e utilizzata per scopi amministrativi era stata identificata come uno dei maggiori problemi inibenti un più ampio sviluppo degli schemi di lay reporting. La Consultazione sulle Classificazioni dell'Assistenza sanitaria di Base (Ginevra, 1985) (7) aveva sottolineato la necessità di un approccio che potesse unificare supporto informativo, gestione del servizio sanitario e servizi sanitari di comunità attraverso l'informazione basata sul lay reporting nel senso esteso di informazione basata su comunità.

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 rinforzare i loro sistemi informativi. Fu sottolineato che, sia per le nazioni sviluppate che per quelle in via di sviluppo, tali metodi o sistemi avrebbero dovuto essere sviluppati localmente e che, in ragione di fattori quali tipologia di morbosità e variazioni linguistiche e culturali, non avrebbero dovuto essere trasferiti ad altre aree o nazioni.

6.4 Menomazioni, disabilità e handicap

La Classificazione Internazionale delle Menomazioni, Disabilità e Handicap (ICIDH) (8) è stata pubblicata dall'OMS in inglese nel 1980 per scopi sperimentali, in accordo con le raccomandazioni della Conferenza relativa alla Revisione del 1975 e la risoluzione WHA29.35 (9) dell'Assemblea Mondiale della Sanità del 1976. Da questa data, ricerca e sviluppo sulla classificazione hanno seguito varie strade.

Le definizioni maggiori dei tre elementi - menomazione, disabilità e handicap [impairments, disabilities and handicaps]- erano risultate indubbiamente utili nel modificare gli atteggiamenti nei confronti della disabilità. La definizione di menomazione, area in cui esisteva considerevole sovrapposizione con i termini inclusi nell'ICD, era stata ampiamente accettata. La definizione di disabilità investiva ampiamente il campo d'azione dei professionisti e dei gruppi che si occupano di riabilitazione, sebbene fosse sentita la necessità di attribuire, nel codice associato, maggior attenzione al livello di gravità, spesso predittivo dell'handicap. Erano state numerose le richieste di revisione della definizione di handicap, al fine di porre maggior enfasi sull'effetto dell'interazione con l'ambiente.

La rapida evoluzione di idee e pratiche nella gestione della disabilità ha reso impossibile la produzione di una ICIDH revisionata in tempo utile per essere presentata alla Conferenza.

Secondo le dichiarazioni, era improbabile la pubblicazione di una nuova versione prima dello sviluppo della Decima Revisione.

6.5 Procedure in medicina

La Classificazione Internazionale delle Procedure in Medicina (ICPM) (10) era stata pubblicata a scopo sperimentale dall'OMS nel 1978, in accordo con le raccomandazioni della Conferenza relativa alla Revisione del 1975 e la risoluzione WHA29.35 (9) dell'Assemblea Mondiale della Sanità del 1976. La Classificazione era stata adottata da un numero esiguo di nazioni e fu utilizzata da altre nazioni come base per le classificazioni nazionali degli interventi chirurgici.

I Responsabili dei Centri Collaboratori per la Classificazione delle Malattie avevano riconosciuto che il processo di redazione delle bozze delle proposte, acquisizione dei commenti, aggiornamento delle bozze e sollecito di ulteriori commenti, che l'OMS doveva necessariamente affrontare prima di giungere alla versione definitiva e alla pubblicazione, era inappropriato per un campo in così rapido avanzamento come quello delle procedure. I Responsabili dei Centri avevano quindi raccomandato che non ci fosse revisione dell'ICPM congiuntamente con la Decima Revisione dell'ICD.

Nel 1987 il Comitato di Esperti aveva richiesto che l'OMS aggiornasse per la Decima Revisione almeno la struttura del Capitolo 5 "Procedure chirurgiche" dell'ICPM sperimentale. In risposta a questa richiesta e alle esigenze espresse da un certo numero di nazioni, la Segreteria operò un tentativo di preparazione di una lista di intabulazione per le procedure.

Questa lista era stata presentata ai Responsabili dei Centri alla loro riunione del 1989 e si concordò sulla sua utilità come guida per la presentazione o pubblicazione nazionale di statistiche sulle procedure chirurgiche, potendo anche facilitare i confronti tra le nazioni. Scopi della lista erano l'identificazione di procedure e gruppi di procedure e la loro definizione come base per lo sviluppo di classificazioni nazionali, con conseguente miglioramento della comparabilità di tali classificazioni.

La Conferenza confermò il valore della suddetta lista e la necessità che proseguisse l'attività per il suo sviluppo, sebbene qualsiasi pubblicazione dovesse essere successiva all'implementazione della Decima Revisione.

6.6 Nomenclatura Internazionale delle Malattie

Sin dal 1970 il Consiglio delle Organizzazioni Internazionali delle Scienze Mediche (CIOMS) era stato interessato nella preparazione di una Nomenclatura Internazionale delle Malattie (IND) che doveva costituire un complemento dell'ICD.

Scopo principale dell'IND era l'attribuzione di un'unico termine raccomandato ad ogni entità nosologica. Criteri principali per la scelta del termine erano che fosse specifico, non ambiguo, il più auto-descrittivo e semplice possibile, e basato sulla causa laddove possibile. Ciascuna malattia o sindrome per la quale fu raccomandato un termine fu definita nel modo meno ambiguo e più breve, dove possibile. A ciascuna definizione fu aggiunta una lista di sinonimi.

All'epoca della Conferenza erano stati pubblicati i volumi sulle delle basse vie respiratorie, sulle malattie infettive (malattie virali, batteriche e parassitarie e micosi) e sulle malattie cardiache e vascolari, mentre erano in preparazione i volumi per le malattie dell'apparato digerente, apparato genitale femminile, apparato urinario e genitale maschile, malattie metaboliche ed endocrine, sangue ed organi emopoietici, sistema immunitario, sistema osteomuscolare e sistema nervoso. Tra i temi proposti per i successivi volumi figuravano le malattie psichiatriche, le malattie della cute, dell'orecchio, naso e gola e dell'occhio e degli annessi.

La Conferenza riconobbe l'importanza di un'autorevole e aggiornata nomenclatura internazionale delle malattie per lo sviluppo dell'ICD e per una migliore comparabilità dell'informazione sanitaria. La Conferenza quindi

RACCOMANDO' che OMS e CIOMS fossero incoraggiati ad esplorare i meccanismi di costo-benefici per completare ed aggiornare tempestivamente tale nomenclatura.

7. Realizzazione della Decima Revisione dell'ICD

La Conferenza fu informata dell'intenzione dell'OMS di pubblicare la versione dettagliata a quattro caratteri della Decima Revisione in tre volumi: il primo contenente la classificazione analitica, il secondo contenente tutte le definizioni correlate, i criteri, le regole e le istruzioni e il terzo contenente l'Indice Alfabetico.

La Conferenza fu inoltre informata del fatto che sarebbe stata pubblicata una versione della Decima Revisione con codici a tre caratteri, in volume singolo, che avrebbe contenuto, nella Classificazione Analitica, tutte le note di inclusione ed esclusione. Avrebbe contenuto anche tutte le definizioni correlate, i criteri, le regole e istruzioni e un Indice Alfabetico abbreviato.

Gli Stati Membri intenzionati a produrre versioni della Decima Revisione nella propria lingua nazionale dovevano informare l'OMS, che avrebbe reso disponibili copie delle bozze dell'ICD a tre e quattro caratteri, sia in forma stampata che su supporto magnetico.

Rispetto al formato delle pagine e dei caratteri tipografici della Classificazione Analitica e dell'Indice Alfabetico, la Conferenza ebbe l'assicurazione che le raccomandazioni provenienti dai responsabili dei Centri Collaboratori e le segnalazioni in proposito da parte dei codificatori sarebbero state prese in considerazione e sarebbe stato fatto tutto il possibile per migliorare questi aspetti in confronto con la Nona Revisione

Come in occasione della Nona Revisione, era in programma lo sviluppo di materiali per la formazione dei codificatori qualificati, in collaborazione con i Centri Collaboratori. I corsi di addestramento sarebbero stati organizzati sotto la responsabilità degli uffici regionali dell'OMS e delle singole nazioni. Sarebbero stati effettuati dalla fine del 1991 alla fine del 1992, per terminare prima dell'implementazione della Decima Revisione.

L'OMS avrebbe provveduto a sviluppare anche materiale per l'addestramento di base dei nuovi utenti dell'ICD; fu tuttavia pianificato di iniziare i corsi non prima del 1993.

Come specificato sopra, l'OMS sarebbe stata pronta a fornire la Decima Revisione (sia la Classificazione Analitica che l'Indice Alfabetico) su supporto magnetico. In futuro, con la collaborazione dei Centri Collaboratori, avrebbe potuto essere reso disponibile anche altro software. Un programma di conversione dalla Nona alla Decima Revisione e viceversa, sarebbe stato disponibile prima dell'implementazione della Decima Revisione.

Dato che le attività di sviluppo che erano state approvate dal Comitato di Esperti stavano rispettando il programma, la Conferenza

RACCOMANDO' che la Decima Revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie entrasse in vigore a partire dal 1° gennaio 1993.

8. Revisioni future dell'ICD

La Conferenza discusse le difficoltà incontrate nel lungo periodo di utilizzo della Nona Revisione, dipendenti dalla comparsa di nuove malattie e dalla mancanza di un meccanismo di aggiornamento per classificarle.

Furono discussi numerosi suggerimenti per superare queste difficoltà ed evitare problemi simili con la Decima Revisione. Scaturì la chiara sensazione che fosse necessario un continuo scambio di informazioni tra le nazioni per standardizzare l'uso della Decima Revisione, ma che qualsiasi variazione introdotta durante il suo "periodo di vita" avrebbe dovuto essere considerata con grande attenzione in relazione all'impatto che avrebbe avuto sulle analisi e sulle tendenze. Il dibattito considerò anche il tipo di forum in cui avrebbero potuto essere discusse tali variazioni ed il potenziale uso della lettera vacante "U" per nuove o temporanee assegnazioni di codici. Ci fu accordo generale sulla impossibilità pratica di effettuare conferenze di revisione più frequentemente di ogni 10 anni.

In base alle esigenze espresse e al fatto che sarebbe stato inappropriato tentare di determinare o definire l'esatto procedimento da utilizzare, la Conferenza

RACCOMANDO' che la successiva Conferenza Internazionale di Revisione si svolgesse entro dieci anni, e che l'OMS approvasse il concetto di un processo di aggiornamento tra le revisioni, considerando le modalità per rendere operativo un efficace meccanismo di aggiornamento.

9. Adozione della Decima Revisione dell'ICD

La Conferenza fece la seguente raccomandazione:

Considerate le proposte preparate dall'Organizzazione sulla base delle raccomandazioni del Comitato di Esperti sulla Classificazione Internazionale delle Malattie - Decima Revisione,

Riconosciuta la necessità di poche modificazioni minori atte a rispecchiare i commenti su punti di dettaglio presentati dagli Stati Membri durante la Conferenza,

RACCOMANDO' che la Decima Revisione della Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati sarebbe stata costituita

dai settori revisionati proposti, con le loro categorie a tre caratteri e sottocategorie a quattro caratteri, e dalle Liste Speciali per l'Intabulazione delle cause di Morbosità e di Mortalità.

References

1. *International Classification of Diseases, 1975 Revision*, Volume 1. Ginevra, WHO, 1977, pp xiii-xxiv
2. *Report of the Expert Committee on the International Classification of Diseases - 10th Revision: First Meeting*. Ginevra, WHO, 1984 (documento non pubblicato DES/EC/ICD-10/84.34)
3. *Report of the Expert Committee on the International Classification of Diseases - 10th Revision: Second Meeting*. Ginevra, WHO, 1987 (documento non pubblicato WHO/DES/EC/ICD-10/87.38).
4. *Report of the Preparatory Meeting on ICD-10*. Ginevra, WHO, 1983 (documento non pubblicato DES/ICD-10/83.19).
5. *Lay reporting of health information*. Ginevra, WHO, 1978.
6. *International Conference on Health Statistics for the Year 2000*. Budapest, Statistical Publishing House, 1984.
7. *Report of the Consultation on Primary Care Classifications*. Ginevra, WHO, 1985 (documento non pubblicato DES/PHC/85.7).
8. *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps*. Ginevra, WHO, 1980
9. *WHO Official Records*, No 233, 1976, p.18.
10. *International Classification of Procedures in Medicine*. Ginevra, WHO, 1978.

Definizioni

Nota: Queste definizioni sono state adottate dall'Assemblea Mondiale della Sanità (risoluzioni WHA20.19 e WHA43.24) in base all'Articolo 23 della Costituzione dell'Organizzazione Mondiale di Sanità.

1. Cause di morte

Le cause di morte da indicarsi sulla scheda di morte sono tutte quelle malattie, stati morbosi o traumatismi che abbiano condotto o contribuito al decesso e le circostanze dell'accidente o della violenza che hanno provocato questi traumatismi.

2. Causa iniziale di morte

La causa iniziale di morte

(a) è la malattia o il traumatismo che avvia il concatenamento degli eventi morbosi che conduce direttamente alla morte, o

(b) è costituita dalle circostanze dell'accidente o della violenza che hanno provocato la lesione mortale.

3. Definizioni in relazione alla mortalità fetale, perinatale, neonatale e infantile

3.1 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.

3.2 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.

3.3 Peso alla nascita

Il primo peso del feto o neonato registrato dopo la nascita.

3.4 Basso peso alla nascita

Inferiore a 2500 g (inferiore o uguale a 2499 g).

3.5 Peso alla nascita molto basso

Inferiore a 1500 g (inferiore o uguale a 1499 g).

3.6 Peso alla nascita estremamente basso

Inferiore a 1000 g (inferiore o uguale a 999 g).

3.7 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).

3.8 Pre-termine

Meno di 37 settimane compiute (meno di 259 giorni) di gestazione.

3.9 Termine

Da 37 a meno di 42 settimane compiute (da 259 a 293 giorni) di gestazione.

3.10 Post-termine

42 o più settimane compiute (294 o più giorni) di gestazione.

3.11 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.

3.12 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.

Note alle definizioni

- I. 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.
- II. Le definizioni di peso "basso", "molto basso" e "estremamente basso" alla nascita non rappresentano categorie mutuamente esclusive. Al di sotto dei limiti fissati esse sono omni-inclusive e quindi embricate (cioè "basso" comprende "molto basso" e "estremamente basso", mentre "molto basso" comprende "estremamente basso").
- III. 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.
- IV. L'età alla morte nel corso del primo giorno di vita (giorno zero) dovrebbe essere registrata in unità costituite da minuti od ore compiuti di vita. Per il secondo (giorno 1), terzo (giorno 2) e fino a 27 giorni compiuti di vita, l'età alla morte dovrebbe essere registrata in giorni.

4. Definizioni relative alla mortalità materna

4.1 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.

4.2 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.

4.3 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:

4.4 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.

4.5 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.

Estratto del Volume II



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

ICD-10

**CLASSIFICAZIONE
STATISTICA
INTERNAZIONALE
DELLE MALATTIE
E DEI PROBLEMI SANITARI
CORRELATI**

DECIMA REVISIONE

VOLUME 2
MANUALE DI ISTRUZIONI



ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ
GINEVRA

ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO
LIBRERIA DELLO STATO

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.

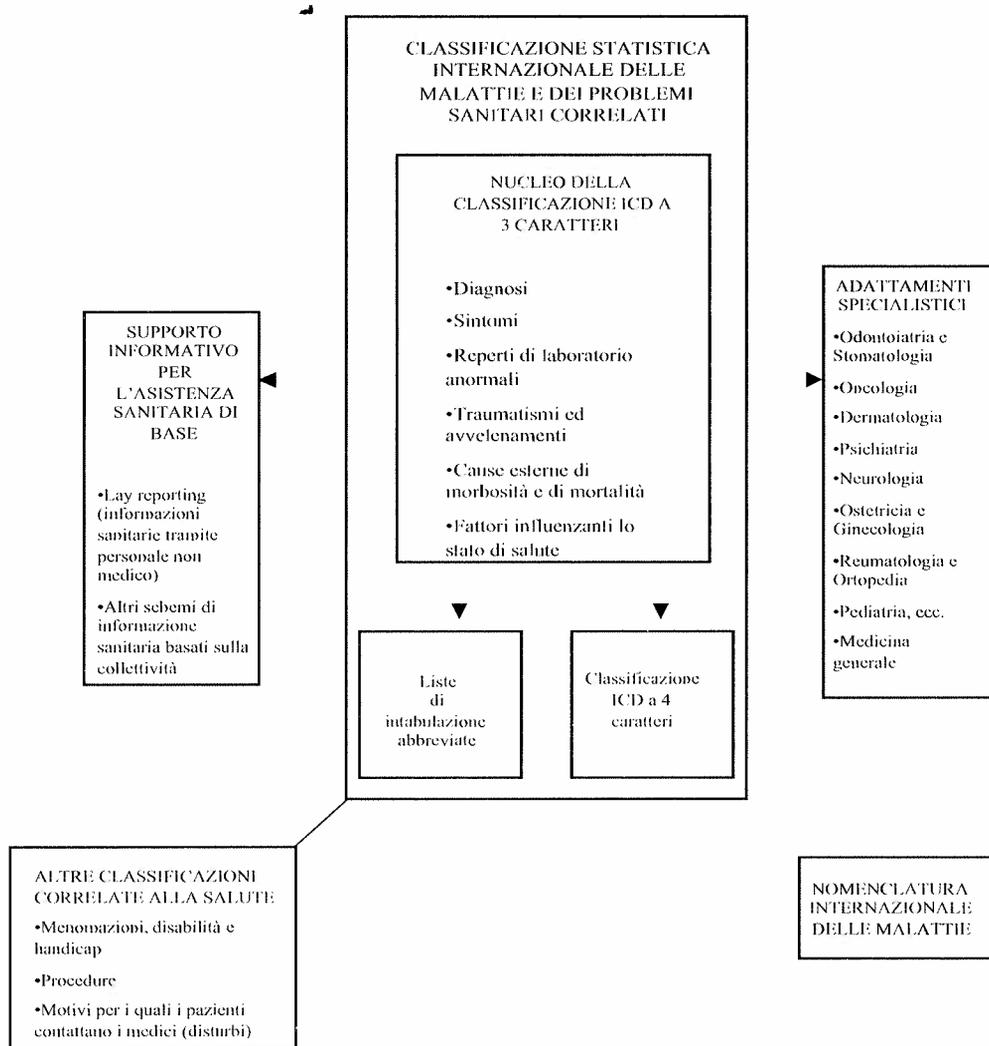
La famiglia dell'ICD racchiude altresì un insieme concettuale di definizioni, standard e metodi che, sebbene non costituiscano di per sé delle classificazioni, sono state strettamente legate

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 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 al 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 miscellanee 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

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 alternativo, 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 alternativo 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
Ascesso 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 morfologico 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 aggiuntivo 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 è 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,
C00.8 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
	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
I <i>Malattia o condizione morbosa che ha causato direttamente la morte*</i> (a)..... dovuta a (o come conseguenza di)
<i>Cause antecedenti</i> (b)..... Condizioni morbose che, se presenti, hanno dato luogo alla causa riportata sopra. La causa iniziale è quella menzionata all'ultimo quesito. dovuta a (o come conseguenza di)
(c)..... dovuta a (o come conseguenza di)
(d).....
II Altre condizioni morbose significative che hanno contribuito al decesso, ma non correlate alla malattia o condizione morbosa determinante il decesso	

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

[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'incidente (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'incidente 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) Iperensione 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 Iperensione
- 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 1 (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.

4.1.8 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'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.

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'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.

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 omni-inclusive 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, l'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

$$\frac{\text{Nati morti}}{\text{Nati vivi}} \times 1.000$$

Tasso di natimortalità

$$\frac{\text{Nati morti}}{\text{Totale nati}} \times 1.000$$

Tasso specifico di natimortalità per peso

$$\frac{\text{Nati morti con peso } \geq 1.000 \text{ gr}}{\text{Totale nati con peso } \geq 1.000 \text{ gr}} \times 1.000$$

Tasso di mortalità neonatale precoce

$$\frac{\text{Morti neonatali precoci}}{\text{Nati vivi}} \times 1.000$$

Tasso specifico di mortalità neonatale precoce per peso

$$\frac{\text{Morti neonatali precoci con peso alla nascita } \geq 1.000 \text{ gr}}{\text{Totale nati con peso } \geq 1.000 \text{ gr}} \times 1.000$$

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

$$\frac{\text{Morti entro il primo anno di vita fra nati vivi con peso alla nascita } \geq 1.000 \text{ gr}}{\text{nati con peso } \geq 1.000 \text{ gr}} \times 1.000$$

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 i 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

$$\frac{\text{Morti materne (per cause ostetriche dirette ed indirette)}}{\text{Nati vivi}} \times k$$

Quoziente di mortalità materna per cause ostetriche dirette

$$\frac{\text{Morti per le sole cause ostetriche dirette}}{\text{Nati vivi}} \times k$$

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.