

La compilazione del certificato sulle cause di morte

I motivi, le norme di riferimento ed i consigli per la corretta compilazione delle schede Istat per il rilevamento delle cause di morte

di Daniele Cafini (*)

Cenni storici

L'Istituto internazionale di statistica venne fondato a Vienna nel 1891. Due anni dopo, nel 1993 a Chicago, fu stilato il primo progetto di codifica internazionale sulle cause di morte.

Successivamente, in diverse occasioni (nel 1900, 1909, '20, '29, '38, '48, '55 e '65), vennero apportate revisioni-modifiche allo schema originario.

Infine, a Ginevra nel 1975, i 46 Stati componenti l'OMS formularono il vigente sistema statistico.

Lo schema che contraddistingue la scheda Istat utilizzata in Italia è stato appunto codificato a livello internazionale.

Aspetti legislativi

La denuncia della malattia-evento causa di morte è regolata dall'art. 1 del DPR 285/90 e successiva circolare esplicativa (n. 24/93), che prevede la compilazione da parte del medico curante (generalmente a conoscenza dell'eventuale patologia patita dal defunto) ovvero del medico necroscopo (art. 4 DPR 285/90), qualora il decesso sia avvenuto senza assistenza medica. La scheda Istat va inoltrata entro 24 ore dalla morte al sindaco del comune presso cui è avvenuto il decesso ed eventuale copia al sindaco del comune di residenza del deceduto, qualora quest'ultimo risieda in altra sede. Essa non riporta l'ora del decesso.

La scheda Istat è una certificazione medica (ovvero un'attestazione scritta di fatti obiettivamente rilevati) a fini statistici; configura un atto pubblico quando redatto da un pubblico ufficiale; rappresenta una scrittura privata se redatto da un libero professionista.

Non è necessario né obbligatorio utilizzare la scheda Istat; si può ammettere, pur in situazioni eccezionali, la stesura di un certificato inerente alla causa di morte su carta intestata, sempre che vengano soddisfatte le notizie richieste dalla modulistica Istat. Il modulo non è uno strumento, è un mezzo.

Il medico curante, qualora si allontani dalla sede, poiché obbligato a disporre di scheda sanitaria per ciascun assistito, dovrebbe consentire al proprio sostituto di identificare la causa di morte del paziente sulla base delle notizie clinico-anamnestiche. E, dovendo il medico curante garantire una pur generica reperibilità – a parere di chi scrive – egli non può esimersi dal compilare la scheda Istat relativa al decesso di un proprio assistito, qualora ne siano note le cause, neppure durante le giornate festive o le ferie. Perché ciò sia attuabile, il sostituto del medico di base, il medico di guardia medica o il necroscopo dovrebbero avere la possibilità di contattare il medico curante, così da poter acquisire le notizie necessarie alla compilazione della denuncia delle cause di morte, specificando possibilmente le modalità con cui si sono apprese delle informazioni anamnestiche relative al defunto.

Nell'ulteriore ipotesi che il medico curante non sia a conoscenza di particolari ed importanti patologie che possano spiegare le cause del decesso del proprio assistito, il medico necroscopo si trova nella condizione di avanzare richiesta di indagine autoptica.

Occorre infine precisare che la scheda stessa rappresenta uno dei documenti necessari affinché, a meno di un intervento della magistratura, si possa procedere alle esequie funebri. La scheda – o certificato – Istat si somma ad una serie di altri atti certificativi e non, quali:

- 1) l'*avviso di morte* (titolo VII del RD 9 luglio 1939, n. 1238), che, redatto in forma libera da uno dei congiunti o da persona convivente o da loro delegato (anche impresa di pompe funebri) o, in alternativa, da persona informata, va inoltrato entro 24 ore dal decesso all'Ufficiale di stato civile locale;
- 2) *certificato di necroscopia* (art. 4, DPR 285/90);
- 3) *certificato per l'imbalsamazione* (art. 46, DPR 285/90);
- 4) *certificato per la cremazione* (art. 79, DPR 285/90).

Alcuni aspetti dottrinali esplicativi in merito alla denuncia delle cause di morte

In merito agli aspetti sostanziali che connotano la scheda Istat, occorre precisare che tale modello schematico attiene alla descrizione concisa, ancorché esauriente, delle *cause di morte*. La modulistica impiegata distingue sostanzialmente due tipologie di decesso in relazione alla causa di morte:

- *morte per causa naturale*: tutte le malattie o gli stati morbosi che abbiano causato o contribuito al decesso;
- *morte per causa violenta*: tutti i traumatismi che hanno provocato il decesso e le circostanze dell'incidente.

Non è richiesto che la *causa mortis* sia certa, ma quantomeno suffragata da validi criteri probabilistici, non soddisfacendo il solo fondamento possibilistico per poter attribuire ad una qualsiasi patologia significato di causa di morte *tout court*.

Di converso, la probabilità che un evento sia vero è misura indicativa dell'entità percentuale che l'evento stesso si realizzi. Un evento è possibile a meno che non sia assolutamente impossibile; un evento è invece probabile quando, nell'ambito di tutti gli eventi possibili, è stato stabilito mediante valutazione tecnico-statistica quale di tutti questi eventi possibili è probabile e quale non lo è.

A tale proposito, la nostra giurisprudenza ha formulato una sentenza storica, che consente di parlare di evento significativamente probabile, quando esso possieda almeno il 25% di probabilità di verificarsi – d'altro canto la *statistica sanitaria* è anch'essa un metodo analitico che consente di stabilire la probabilità che un determinato evento abbia di manifestarsi. La valutazione della probabilità deve basarsi su dati tecnici concreti (obiettivi e documentabili); non è sufficiente un'affermazione generica, fondata su elementi patogenetici indefiniti, ovvero un'affermazione aprioristica senza elementi dimostrativi, non essendo dunque sufficiente la descrizione ipotetica dell'evento patologico, quanto piuttosto capisaldi concreti in merito al fondamento patogenetico.

Dunque, dovendo procedere a compilazione della scheda Istat, è necessario:

(*) Servizio di medicina legale Azienda Usl n. 14 della Regione Piemonte (Omegna-Verbania).

■ non elencare i *sintomi* ovvero le *modalità* con cui si è presentato il decesso. Quindi, vanno evitate diagnosi quali: paralisi cardiaca o collasso cardiocircolatorio (si tratta di sintomi ovvero tipologie con cui si è verificato il decesso, non di vera e propria causa di morte), arresto cardiaco privo di dimostrazione ECGrafica, astenia, dolore precordiale, insufficienza di circolo o di respiro (anche in questo caso non sono la causa dell'*exitus*); ancora, emorragia profusa senza che venga specificata la provenienza (l'emorragia profusa con fuoriuscita di sangue dal naso può trovare molteplice origine: frattura della base cranica, ulcera gastrica, ulcera esofagea); *shock* indefinito (è scorretto scrivere *shock*, è invece corretto annotare "*shock* cardiogeno in soggetto con infarto del miocardio recente"); termini come "età anagrafica avanzata" ovvero "senilità biologica", "*senectus*" o anche "marasma senile", pur situazioni in cui l'evento morte si manifesta con maggior facilità rispetto ad un soggetto giovane, non rappresentano una causa di morte;

■ distinguere la causa di morte *naturale* (parte sinistra della scheda) dalla causa violenta (parte destra della scheda): la nozione di morte da causa violenta piuttosto che naturale trova parametro di riferimento concettuale nella dizione di "infortunio", fattispecie di causa violenta. Ancora, per meglio dirimere eventuali difficoltà interpretative, la *causa naturale* presuppone sempre un substrato patologico, configurandosi quindi il concetto di *malattia*, ovvero quell'apprezzabile danno della salute, tale da richiedere prestazioni terapeutiche; un processo anormale, un fenomeno estraneo alla fisiologia, evolutivo, con o senza apprezzabili alterazioni anatomiche, comunque caratterizzato da disturbi funzionali (dolore, deficit funzionale della regione lesa, etc.) locali o sistemici, abissognevole delle più varie prestazioni terapeutiche (rientrandovi anche psicoterapia, terapia omeopatica, riposo, etc.). Quindi, la malattia dev'essere caratterizzata da:

- a) disturbo funzionale diffuso o localizzato, a decorso dinamico;
- b) alterazione organica, per lo più localizzata alla regione interessata;
- c) necessità di cure.

È necessario infine completare la scheda Istat inserendo l'epoca d'insorgenza delle malattie, così da evidenziare gli intervalli temporali nel succedersi delle diverse condizioni morbose.

Di converso, la morte da *causa violenta* presuppone il verificarsi di un fenomeno esterno all'organismo, che agisce sull'organismo medesimo in modo concentrato nel tempo, determinando lesioni fisiche obiettivamente. La morte dopo un intervento chirurgico, non imputabile ad altra causa, per esempio, deve essere attribuita a causa violenta.

Alcune e ben distinte tipologie situazionali vengono ascritte al concetto di causa violenta; essa può essere:

- *accidentale*: tale dev'essere considerato quell'evento che si è prodotto senza l'intervento diretto di terzi (ad esempio caduta dalle scale, precipitazione dall'alto, caduta sull'asfalto ghiacciato, uscita di strada di autovettura condotta dallo stesso deceduto in assenza di sinistro stradale coinvolgente altri veicoli);
- *infortunio sul lavoro*: distinto dall'incidente per i conseguenti riflessi assicurativi; esso si configura quando l'evento violento e accidentale si verifica prima/durante/alla fine di un turno lavorativo, al fine di realizzare la stessa specifica attività lavorativa, precisandosi che l'evento non deve essere "doloso" e non deve necessariamente avvenire durante il turno di lavoro (è il caso dell'infortunio *in itinere* o quello della morte avvenuta in un opificio durante una banale discussione tra dipendenti, qualora l'oggetto del discutere inerisca all'attività lavorativa stessa).
- *suicidio*: implica, come elemento differenziale dall'incidente e

dall'omicidio, la volontà (espressa o implicita) di morire da parte del deceduto;

– *omicidio*: secondo interpretazione coerente con il concetto giuridico del termine, esso comprenderebbe sia l'omicidio colposo (ad esempio incidente della strada), sia quello preterintenzionale, sia quello doloso; altri orientamenti dottrinali prevedono che si utilizzi la dizione omicidio unicamente quando realizzato con dolo; considerano invece accidente l'omicidio colposo e quello preterintenzionale. È convincimento personale che il medico designato a compilare la scheda Istat, spesso, non sia in possesso di quegli elementi utili e dirimenti per distinguere il dolo, la colpa o la preterintenzionalità nelle specifiche situazioni; pertanto, in tutti i casi dubbi, si propone di contrassegnare sia la casella indicante l'omicidio sia quella dell'incidente, marcando la sola casella inerente all'omicidio esclusivamente qualora si verificino situazioni di dolo eclatante.

Nella sezione relativa alle cause violente vi è un secondo comparto riguardante la descrizione sintetica ma accurata della lesione riscontrata; nel caso si obiettino lesioni multiple deve essere dato risalto a quelle che con maggior probabilità abbiano determinato l'*obitus*, raccomandandosi di evitare dizioni onnicomprensive (ad esempio politraumatismo, traumatismo multiplo, ecc.). La lesione indicata deve essere certa o, comunque, altamente probabile, non solo possibile.

La terza sezione attiene alle malattie o complicanze eventualmente insorte a seguito della lesione: anche in questo caso devono essere indicate solo le condizioni realmente accertate, non quelle possibili. Il settore successivo concerne gli stati morbosi preesistenti, che, preesistenti al fatto violento, hanno contribuito direttamente al determinismo della morte (ad esempio la tromboflebite peggiorata e non risolta, qualora il decesso consegua a tromboembolia polmonare, complicanza diretta di una frattura scheletrica).

Infine, vi è una sezione dedicata alla descrizione del mezzo, delle modalità, dell'epoca ed del luogo in cui si è verificato l'evento violento: solo in casi eccezionali derivano direttamente dall'esperienza medica. È comunque indispensabile rispondere in modo completo, esauriente ed assolutamente veritiero ed a tal fine è opportuno prendere visione di atti documentali autorevoli (ad esempio avviso di morte, nulla osta al seppellimento rilasciato dall'autorità giudiziaria), senza prestare credito a quanto riferito da congiunti o dal personale dell'agenzia di onoranze funebri.

E quest'ultimo aspetto costituisce spesso una grossa difficoltà nella compilazione corretta della scheda Istat, in quanto il medico non sempre è in possesso dei dati circostanziali inerenti al decesso. Allo stato attuale, in assenza di un protocollo di acquisizione di tali notizie, le stesse vengono raccolte a seconda delle circostanze operative, spesso con modalità variabili (ad esempio dal personale del Servizio 118).

Ancora, nella descrizione della causa di morte naturale o violenta devono essere considerate esclusivamente le patologie e le lesioni correlate, in modo diretto o indiretto, agli eventi letiferi.

Regole generali per la compilazione del certificato Istat

1) In caso di decesso ascrivibile a diverse cause il medico deve indicare al punto 1 del certificato la "causa iniziale di morte" intendendo per causa iniziale:

- la malattia o il traumatismo che avvia il concatenamento degli eventi morbosi e che conduce direttamente alla morte;
- l'insieme delle lesioni prodotte dall'incidente o dalla violenza che hanno provocato il decesso.

2) Non debbono essere menzionate tutte quelle affezioni che, sofferte in passato, sono definitivamente guarite ovvero non possono essere inserite logicamente nel concatenamento morboso che ha condotto al decesso.

3) Dovranno essere indicate solo quelle malattie, di recente o di lontana insorgenza, che abbiano prodotto complicanze responsabili della morte.

4) I punti 2 e 3 comprendono le complicanze o successioni innescate dalla malattia principale; le patologie inserite nei punti 2 e 3 del certificato vanno distinte con *parametro temporale*, al punto 2 segnalare la complicanza relativamente distante dal decesso ed al punto 3 quella che ha preceduto immediatamente la morte.

5) Il punto 4 comprende gli altri stati morbosi rilevanti, ossia quelle

malattie o condizioni morbose che, pur non incluse nel concatenamento causale indicato nei punti 1, 2 e 3 hanno contribuito al decesso in concomitanza con la malattia di cui al punto 1 (cause concorrenti non essenziali).

6) Completare la scheda indicando l'epoca di insorgenza delle malattie: questo dato rende ragione di quanto indicato in ordine alla tipologia della malattia al punto 2 ed al punto 3, in termini di riscontro-verifica cronologica delle affezioni segnalate in ciascuna sezione. L'intervallo temporale che caratterizza l'evoluzione patologica non richiede una quantificazione necessariamente precisa, essendo concessa una certa approssimazione (in anni mesi o giorni, in relazione alla più o meno rapida evoluzione della patologia).