

Gli approfondimenti delle schede ISTAT mal certificate: Manuale di Istruzioni

Anno 2016

A cura del gruppo interregionale per la codifica in ICD-10

Referente Dott. Carlo Alberto Goldoni
Servizio Epidemiologia e comunicazione del rischio Ausl Modena

Redattori del testo:

Maria Giulia Gatti-Ausl Modena
Cecilia Guizzardi-Ausl Imola
Laura Iacuzio-Scuola Specialità-Igiene Medicina Preventiva di MO e RE
Giuseppe Monaco-ATS Brianza
Vincenza Perlangeli-Ausl Bologna
Giannalberta Savelli-Ausl Romagna

Fonte: www.cdc.gov/nchs/nvss/instruction_manuals.html 2013

Contenuti

	<i>pag</i>
I. La certificazione delle cause di morte	
I.a Introduzione	2
I.b ABC della certificazione medica della scheda ISTAT	3
I.c Altri suggerimenti	4
I.d Note aggiuntive	5
II. Chi esegue le <u>indagini</u>	5
III. Finalità dell'indagine	6
IV. Quanto indagare	6
V. Livelli di indagine	6
Livello di priorità 1	7
Livello di priorità 2	8
Livello di priorità 3	9
Livello di priorità 4	9
Livello di priorità 5	9
Livello di priorità 6	9
VI. Modalità di approfondimento	10
VII. Format per la richiesta di approfondimento da inviare via e-mail	11

Appendice A – File di Excel contenente linee guida specifiche relative alle situazioni in cui sia auspicabile svolgere un'indagine; essa consta dei seguenti “fogli”:

Tabella 1: Livelli di priorità di indagine per categorie ICD-10

Tabella 2: Livelli di priorità in caso di sequenze improbabili riportate nella parte I della scheda di morte.

Tabella 3: Livelli di priorità relativi alla durata della patologia

Tabella 4: Cause di morte poco frequenti e rare

I. LA CERTIFICAZIONE DELLE CAUSE DI MORTE

I.a Introduzione

L'indagine sulle cause di morte è un processo attraverso il quale il dipartimento di sanità pubblica contatta il medico certificatore che ha compilato la scheda ISTAT e chiede chiarimenti o ulteriori informazioni in modo da ottenere statistiche di mortalità nel modo più completo e accurato possibile. L'obiettivo dell'indagine è duplice:

- 1) ottenere le informazioni necessarie per attribuire i codici corretti e quindi classificare le cause di morte;
- 2) insegnare ai certificatori il metodo migliore di compilazione delle schede.

L'indagine è uno dei metodi più efficaci per migliorare la qualità dei dati di mortalità. Deve quindi essere considerata come parte integrante dell'attività di statistica demografica.

Questo manuale è stato revisionato per essere usato con la nuova scheda di morte ISTAT ed. 2011 e recepisce alcuni aggiornamenti dell'ICD 10. I principi generali e le procedure riportate in questo manuale sono le stesse del precedente manuale riguardante la decima revisione dell'ICD.

L'indagine è una parte essenziale dei processi di registrazione dei dati demografici, quindi sia l'ufficiale di stato civile che il personale che registra i dati nel dipartimento di igiene dovrebbero conoscere in maniera approfondita le procedure relative alla registrazione, le indagini e le eventuali rettifiche apportate alla causa di morte.

Questo scritto è rivolto a coloro che si occupano della raccolta e registrazione delle schede di morte a tutti coloro che sono in qualche modo coinvolti nell'attività di comunicazione con il medico compilatore per quel che riguarda l'accuratezza e la completezza delle schede di morte. Esso si riferisce unicamente alla parte della scheda che riguarda le informazioni sanitarie.

In questo manuale vengono proposti diversi livelli di indagine (da 1 a 6); il livello più basso (livello 1) è quello relativo alla semplice produzione di statistiche di mortalità. Comunque per assicurare la specificità e la completezza delle cause riportate dai medici sulla scheda è auspicabile svolgere indagini di livello superiore. C'è da considerare che non tutti le sedi dei registri potranno dedicare lo stesso impegno in termini di risorse per svolgere le indagini, ma è comunque auspicabile che ogni area di registrazione svolga le indagini al massimo livello possibile consentito dalle sue possibilità, e **che in ogni area vi sia almeno la possibilità di svolgere indagini di livello 1.**

Quando si procede alla stesura di protocolli di indagine bisogna tenere in considerazione i vari utilizzi della scheda di morte. Infatti, dal punto di vista statistico le cause di morte sono utilizzate in vari modi: per la sorveglianza, la ricerca, la pianificazione di interventi di sanità pubblica, decisioni riguardanti lo stanziamento di fondi per la ricerca e lo sviluppo. I dati relativi alle cause di morte vengono anche utilizzati a scopo legale e amministrativo.

I livelli di priorità in questo manuale si concentrano sul miglioramento della raccolta dati per il loro utilizzo statistico. Le singole regioni possono indagare altri elementi che sono importanti dal punto di vista legale o amministrativo. Di solito le richieste di approfondimento vengono rivolte al medico compilatore (MMG o PLS, medico necroscopo, medico ospedaliero o medico legale) che ha fornito all'origine le informazioni nella sezione medica della scheda di morte (parte A della scheda ISTAT italiana).

Per motivi legali, non si possono fare modifiche o aggiunte sulla scheda senza l'approvazione del medico compilatore.

Se necessario, il medico certificatore può presentare una rettifica per una scheda compilata in modo inaccurato o errato. I protocolli che stabiliscono le modalità di effettuazione di tali modifiche variano da registro a registro.

Anche se l'effetto immediato dell'indagine è quello di correggere le singole schede, la richiesta di chiarimenti ha anche un effetto secondario di educazione alla corretta compilazione. Le sezioni sottostanti forniscono alcuni elementi base per una corretta compilazione della scheda.

I.b ABC della certificazione medica della scheda ISTAT

Il modello di scheda ora in uso è quello adottato dall'ISTAT nel 2011 in due varianti: sotto il primo anno di vita e oltre il primo anno di vita. Esaminiamo la scheda di morte oltre il primo anno di vita, modello D4-ediz. 2011 (FIGURA A).

Si compone di due parti principali: la parte A a cura del medico, la parte B a cura dell'ufficiale di stato civile.

Nel riquadro in alto si trova lo spazio dedicato ai dati anagrafici, al sesso e all'età.

Nel riquadro 1 va indicato il luogo del decesso, nel 2 se è stato richiesto il riscontro diagnostico.

Il riquadro 3 riguarda l'eventuale stato di gravidanza della deceduta negli ultimi dodici mesi di vita.

La parte I e II contengono le patologie rilevate dal medico compilatore e sono le più importanti.

La scheda ISTAT è stata studiata per arrivare ad una causa di morte, ovvero alla malattia o al trauma che ha iniziato il ciclo degli eventi morbosi che ha portato direttamente alla morte oppure le circostanze dell'incidente, infortunio o violenza che ha prodotto la lesione fatale.

IN PARTE I SONO INDICATE IN SEQUENZA LE CONDIZIONI MORBOSE, LESIONI O AVVELENAMENTI CHE HANNO CONDOTTO DIRETTAMENTE A MORTE.

NELLA PRIMA RIGA SI PONE LA SOLA PATOLOGIA CHE HA DATO INIZIO ALLA SEQUENZA.

NELLA SECONDA, TERZA, QUARTA RIGA LE EVENTUALI CONDIZIONI O COMPLICAZIONI CHE DESCRIVONO LA SEQUENZA DI EVENTI CHE HANNO PORTATO ALLA MORTE.

TRA LE VARIE RIGHE C'E' UN NESSO DI CAUSALITA'.

A lato ci sono le caselle per indicare l'intervallo di tempo approssimativo tra insorgenza della patologia e morte.

La PARTE II (ALTRI STATI MORBOSI) permette al medico di elencare altre malattie importanti presenti al momento della morte e che forse hanno contribuito alla stessa, ma che non avevano un diretto legame con essa. Le cause multiple di morte includono ciascuna delle cause riportate sulla scheda nelle parti I e II.

I quesiti 5 e 9 vanno compilati in caso di morte da traumatismo/avvelenamento.

Quesito 5: **le circostanze** che hanno dato luogo alle lesioni segnalate nella parte I (scontro auto bicicletta, caduta dalle scale, impiccamento ecc.)

Quesito 6: **le modalità** accidentali, suicidio, omicidio, infortunio sul lavoro

Quesito 7. **in caso di incidente da trasporto** 7.1 mezzo di trasporto 7.2 ruolo della vittima 7.3 tipo di incidente 7.4 in caso di scontro indicare l'oggetto, in caso di investimento indicare il veicolo coinvolto.

Quesito 8 **data** dell'accidente, infortunio, suicidio, omicidio

Quesito 9 **luogo** dell'accidente, infortunio, suicidio, omicidio

In fondo IMPORTANTE: firma, tipo di medico, MMG o PLS, necroscopo, medico ospedaliero, medico legale, TIMBRO E TELEFONO DEL MEDICO O DELLA STRUTTURA.

I.c Altri suggerimenti per i certificatori

Come completare una scheda di morte

1) In caso di dubbi sulle modalità del traumatismo/avvelenamento, le morti riconosciute o sospette come dovute a traumi violenti o avvelenamenti dovrebbero essere sottoposte a riscontro giudiziario.

2) Le informazioni sulla causa di morte sono date sulla base della migliore opinione medica

3) Solo UNA condizione va indicata per ogni riga nella parte I. Righe in più possono essere aggiunte in caso di necessità.

4) Ogni condizione nella parte I deve avere causato quella al di sotto di essa.

5) Abbreviazioni e parentesi dovrebbero essere evitate nel riportare le cause.

6) Fornite la miglior stima dell'intervallo tra l'inizio presunto di ogni condizione e la morte. I termini "approssimativamente" o "sconosciuto" possono essere usati. Non lasciate spazi vuoti: se un dato è ignoto, scrivetelo.

7) Se si rendono disponibili altre informazioni mediche o autopsie che possono cambiare le cause di morte riportate in origine, il certificato di morte iniziale deve essere modificato dal medico certificatore seguendo le procedure in vigore.

8) Riportate ogni disturbo, anomalia, accidente o avvelenamento che voi crediate abbia colpito il deceduto. Una patologia può essere indicata come "probabile" anche se la diagnosi non è assolutamente certa.

9) Nella parte I si deve riportare una sequenza completa che spieghi perché il paziente è morto. La sequenza può essere una sequenza eziologica o patologica, come pure una sequenza in cui una condizione precoce si crede abbia preparato la strada ad una causa successiva di danno ai tessuti o blocco di funzioni.

10) Nessuna scrittura è necessaria sulle righe 2, 3 e 4 se una singola causa di morte riportata sulla linea 1 descrive completamente la catena di eventi che ha portato alla morte.

11) Se due o più sequenze possibili risultano come cause di morte, riportare nella parte I quella che, nella vostra opinione, ha causato direttamente la morte. Trascrivere in parte II le altre condizioni o malattie.

12) Una causa specifica di morte dovrebbe essere riportata nella causa iniziale, parte I, così che non ci sia ambiguità riguardo all'eziologia.

13) Le condizioni o malattie riportate in parte II dovrebbero aver contribuito alla morte ma non essere causa della patologia riportata nella prima riga in parte I.

14) Gli eventi meccanicistici terminali, come l'arresto respiratorio, l'asistolia, l'arresto cardiaco, l'arresto cardiorespiratorio, la fibrillazione ventricolare e la dissociazione elettromeccanica non dovrebbero essere l'unica condizione compresa nelle cause di morte ed è improbabile che siano la causa prima di morte.

15) Riportare sempre una causa per lo scompenso d'organo, come lo scompenso cardiaco congestizio, l'insufficienza epatica, renale o respiratoria.

16) Se, a vostro giudizio, l'uso di alcool, tabacco o altre sostanze da parte del deceduto, o una gravidanza recente o un incidente hanno causato o contribuito alla morte, allora queste condizioni devono essere riportate.

17) Un sito primario e/o un tipo istologico vanno specificati per neoplasie oppure bisogna specificare che il sito o il tipo sono ignoti.

18) Per le morti da causa violenta riportare sempre la lesione o il trauma conseguente alla causa esterna.

19) Specificare, in caso di morte da causa esterna, se si tratta di accidente, omicidio o suicidio.

Seguendo queste regole, il medico certificatore dovrebbe fare meno errori nel compilare la scheda.

I.d Note aggiuntive

Talvolta può essere necessario ricorrere all'aiuto di un medico esperto prima di certificare una scheda di morte. Avere a disposizione un numero di telefono o un indirizzo e-mail può servire; il medico in questione deve essere informato sulle terminologie mediche da utilizzare nella codifica delle schede di morte per poter dare delle risposte esaurienti.

Ancora più utili sarebbero dei corsi di addestramento da fare all'interno dei corsi di aggiornamento dei medici, cercando di far comprendere l'utilità del dato e le ricadute sulla prevenzione delle malattie.

II. CHI DOVREBBE CONDURRE L'INDAGINE?

Il personale incaricato dell'indagine deve essere in grado di comprendere il contenuto e le regole del manuale di codifica oltre che le regole di codifica e le cause di mortalità. Queste persone dovrebbero essere un sanitario o un epidemiologo che comprenda come deve essere completata una scheda di morte.

E' importante che sia dotato di capacità comunicative e sia in grado di comprendere i criteri per la scelta dei certificati da indagare (es. ottenere informazioni aggiuntive o correggere certificati palesemente scorretti).

III. FINALITA' DELLE INDAGINI

Le indagini, oltre a correggere eventuali errori o deficienze che possono essere presenti sul certificato per consentire una corretta intabulazione del dato di mortalità, se impiegate correttamente, possono essere un mezzo assai utile per informare i medici sul metodo migliore per compilare le schede di morte. Molti errori comuni o omissioni potrebbero essere evitati attraverso le indagini, se si forniscono ai certificatori informazioni sufficienti in modo da aiutarli a modificare il loro approccio alla certificazione in futuro.

IV. QUANTO INDAGARE

L'indagine è una parte fondamentale per mantenere alta la qualità del dato.

Il responsabile del registro dovrebbe fare una stima precisa del tipo e dell'estensione dell'indagine che ha avuto luogo per il certificato di morte nella sua area. In base a questo, sarà possibile valutare l'opportunità di revisioni nelle linee guida riguardanti le indagini.

Tali decisioni devono tener conto di:

- 1) l'importanza dell'indagine nel migliorare il livello di qualità della compilazione della scheda di morte da parte dei medici;
- 2) l'importanza dell'indagine nel migliorare la scheda messa sotto inchiesta;
- 3) l'estensione degli sforzi dello staff da dedicare alle indagini rispetto ad altri impieghi;
- 4) il metodo di indagine più efficace

Alcune schede con condizioni degne di approfondimento sono facilmente identificabili come candidate ad un'attività di indagine. Situazioni che necessitano di chiarimento sono esposte in linea generale nelle descrizioni dei livelli di indagini e nei termini specifici nelle tavole della Appendice A. Il manuale di indagine fornisce un supporto generale riguardo a cosa bisognerebbe indagare, ma una valutazione approfondita caso per caso andrebbe fatta prima di contattare un certificatore.

V. LIVELLI DI INDAGINE

Riconoscendo che la disponibilità di personale e risorse da utilizzare per le indagini può variare molto da sede a sede, i livelli seguenti di indagine sono stati concepiti per dare una mano agli organizzatori nel prendere decisioni riguardo allo sviluppo di un programma di indagini nella raccolta di dati statistici di mortalità.

Le categorie sono elencate in ordine di priorità, dalla categoria "1" che indica casi che vanno sempre indagati alla categoria "6" che sono casi del tutto opzionali.

Per facilitare i riferimenti, all'interno della categoria 1 di priorità vi sono le sub categorie a-g.

Le categorie che non richiedono nessuna indagine sono indicate con "0".

Per un miglioramento sistematico dei dati, l'organizzatore dovrebbe scegliere di svolgere le indagini fino al massimo grado possibile in rapporto alle necessità e alle risorse della regione.

Almeno il livello 1 dovrebbe essere raggiunto da tutte le sedi, secondo le raccomandazioni dell'OMS.

Di seguito sono descritti i criteri per l'approfondimento dei certificati, suddivisi secondo livelli di priorità.

L'appendice A schematizza utili indicazioni per valutare le schede in base ai livelli di priorità raccomandati.

La tabella 1 mostra le categorie specifiche dell'ICD10 riferite ad un livello di priorità di indagine, ma prima di ricorrere alla tabella 1 è necessario inquadrare la necessità o meno di approfondimento del certificato secondo i livelli di priorità descritti successivamente.

Esempio:

1) neoplasia cerebrale D43.2

2) coma R40.2

In Tabella 1 il livello di priorità indicato per D43.2 è 5, ma non essendo specificato se la neoplasia cerebrale sia benigna, maligna o di comportamento incerto o sconosciuto, rientra anche nel livello di priorità 1b: indagare sulla natura benigna o maligna di una neoplasia, ed è quest'ultimo il livello che deve essere attribuito in questo caso.

La tabella 2 mostra le sequenze improbabili che devono sempre essere indagate.

La tabella 3 elenca le raccomandazioni per le schede in cui la durata per una determinata causa non è chiara.

LIVELLI DI PRIORITA'

Tutti i seguenti livelli di priorità si applicano esclusivamente alle schede riguardanti deceduti di età inferiore agli 81 anni.

LIVELLO DI PRIORITA' 1

Il livello di priorità 1 è quello minimo di indagine che tutte le aree dovrebbero raggiungere per i dati di mortalità. Questa categoria è stata creata per ridurre la frequenza con cui si presumono delle cause di morte quando mancano dei dati o questi sono non corretti nelle schede con cause multiple o sottintese di morte.

Livello 1a: indagare sempre se compare una causa rara o infrequente in qualsiasi parte del certificato di morte

La tabella 4 dell'Appendice A contiene una lista di cause di morte infrequenti.

Queste cause di morte si verificano raramente oppure sono motivo di allarme e di rischio per l'igiene pubblica in tutta la nazione. Di conseguenza, bisogna verificare che siano reali o piuttosto non si tratti di un errore.

Esempi di malattie rare: colera, peste, poliomielite acuta

Livello 1b: indagare sulla sede di origine delle neoplasie e sulla natura benigna o maligna. Se una neoplasia di natura maligna è la causa di morte, è importante raccogliere informazioni sull'origine (primitività) della neoplasia.

Esempio: carcinomatosi

Chiedere se si conosce l'origine della neoplasia

Esempio: 1) tumore mammario

2)

3)

Chiedere se si tratta di un tumore benigno o maligno.

Se, in presenza di un'unica neoplasia, sul certificato sono indicati termini come "metastasi" o "cachessia neoplastica", si può presumere che la neoplasia citata sia maligna e non è quindi necessario approfondire il certificato.

Livello 1c: indagare se sul certificato sono indicate soltanto patologie appartenenti alle seguenti categorie

- condizioni che raramente possono causare da sole la morte (cause banali)
- sintomi e segni
- condizioni mal definite
- meccanismi di morte

Esempio: 1) miopia
2)
3)
4)

Esempio: 1) senilità
2)
3)
4)

Livello 1d: indagare sempre quando c'è l'indicazione "cure mediche o chirurgiche" senza che ci sia il motivo indicato in nessuna parte del certificato.

Esempio: chirurgia
Emorragia

Nell'esempio citato dovrebbe essere indagato sia l'intervento eseguito, sia la patologia per cui era richiesto.

Livello 1e: indagare sempre quando è indicato sul certificato un codice di lesione, compreso tra S00-T98, senza compilazione dei quesiti da 5 a 9; oppure quando sono compilati i quesiti 5-9 (circostanze relative alla morte da causa esterna) senza che siano indicate in parte I lesioni compatibili con la causa esterna; oppure quando non è specificato se una lesione sia di tipo spontaneo o traumatico.

Con una scheda come questa:

- 1) lesioni interne
- 2)
- 3)

Occorre conoscere la causa delle lesioni interne.

Livello 1f: indagare quando la sequenza di cause riportate è discutibile. Sequenze improbabili nella parte A I del certificato di morte sono illustrate nella tabella 2 dell'appendice A e nelle istruzioni dell'ICD10 come altamente improbabili nella sez. Il parte 2° manuale ICD10 del CDC.

Esempio: a) ipertrofia cardiaca
b) ipertensione arteriosa
c) polmonite

In questo esempio è difficile capire cosa intendeva il compilatore, quindi occorrono più informazioni.

Livello 1g: indagare quando la successione temporale delle cause riportate in parte I è contraddittoria o poco chiara (vedi casi riportati in Appendice A, Tabella 3).

Livello di priorità 2

Il livello di priorità 2 include condizioni di solito non considerate come cause iniziali di morte per cui l'indagine aiuterà a classificare le cause di morte in modo più specifico.

Es. I (a) peritonite

(b)

(c)

In questo esempio è necessario capire che cosa ha portato a o ha causato la peritonite- un'appendice perforata, un'ulcera peptica perforata oppure una perforazione dell'intestino?

Livello di priorità 3

Il livello 3 ha lo scopo di fornire informazioni più dettagliate che permetteranno di classificare in modo più accurato la causa di morte e soprattutto in una categoria più specifica.

Esempio: I (a) patologia epatica cronica

(b)

(c)

In questo caso occorre conoscere il tipo specifico di patologia (cirrosi alcolica, cirrosi biliare, epatite cronica o altro)

Livello di priorità 4

il livello di priorità 4 include i casi in cui il certificato ha già fornito una catena logica di eventi che hanno portato a morte, ma la determinazione della sede delle patologie indicate potrebbe portare ad un codice più preciso (vedi esempio sottostante)

Esempio: I (a) embolia

(b)

(c)

E' richiesta una sede specifica per l'embolia (es. cerebrale, polmonare, coronarica), come pure l'origine, se nota.

Livello di priorità 5

Il livello 5 contiene approfondimenti che permetteranno di codificare le cause di morte fino alla terza cifra. Questo livello di dettaglio è richiesto frequentemente per studi specifici o progetti di ricerca su un'area di ricerca definita, ma può non essere necessario come routine.

Es. I (a) cancro del pancreas

(b) carcinomatosi

Qui la scheda può essere approfondita per conoscere la sede della neoplasia del pancreas (corpo, testa, dotto, ecc.) come pure per sapere il tipo istologico (es. adenocarcinoma).

Livello di priorità 6

Il livello 6 è il più raffinato livello di indagine raccomandato. Le patologie di questa categoria sono sottoposte a indagine allo scopo di ottenere informazioni ancora più precise, eliminando la necessità di utilizzare le assunzioni permesse dalle regole ICD.

Es. I (a) Tubercolosi

- (b)
- (c)

Si assume che la tubercolosi sia polmonare se non altrimenti specificato.

Es. I (a) Lupus

- (b)
- (c)

Si assume lupus sistemico se non altrimenti specificato.

VI. MODALITA' DI APPROFONDIMENTO

Qualora si ritenesse necessario un approfondimento dopo la valutazione della scheda Istat, è possibile cercare di acquisire informazioni in diversi modi:

- il primo strumento di indagine, laddove è possibile, può essere la ricerca di informazioni sulla storia clinica del deceduto utilizzando dati da fonti cliniche informatizzate già eventualmente disponibili (es: archivi ricoveri, cartella clinica...);
- in seconda battuta, nel caso si possieda l'indirizzo e-mail del medico certificatore (per i medici di ruolo è ottenibile dalle liste e-mail degli ospedali o dalle direzioni sanitarie ed ospedaliere) si può inviare un messaggio di posta elettronica specificando la richiesta di approfondimento (vedi sotto un modello di e-mail);
- se non è possibile ottenere informazioni attraverso le due modalità precedenti, sarà necessario contattare telefonicamente il medico certificatore ai recapiti indicati sulla scheda o, se non presenti, cercando di reperire un recapito telefonico ove possibile (numero di telefono del reparto di provenienza, elenco telefonico AUSL, ecc.).

VI.bis MODALITA' DI APPROFONDIMENTO SU FONTI CLINICHE INFORMATIZZATE

L'approfondimento su fonti informative di tipo clinico (archivi dei ricoveri, cartelle cliniche...) deve essere indirizzato alla sola risoluzione del o dei quesiti che ci si è posti davanti al certificato mal compilato. Ad esempio, se si accede alle banche dati informatizzate per dirimere un dubbio circa la benignità o malignità di un tumore occorre utilizzare solo quella informazione e non le altre presenti che potrebbero indurre ad attribuire una causa di morte differente rispetto a quella o quelle descritte sul certificato. In alte parole occorre sempre tenere presente che la priorità informativa la si conferisce al certificato ISTAT e non alla banca dati che si sta consultando, che deve servire unicamente a scopo correttivo o di specifica rispetto alle patologie descritte sul certificato.

VII. FORMAT PER LA RICHIESTA DI APPROFONDIMENTO DA INVIARE VIA E-MAIL

Gentile collega,

avremmo necessità di acquisire ulteriori informazioni a proposito di un certificato di decesso (Scheda ISTAT) da lei compilato. Considerata l'importanza medico-legale ed epidemiologica di tale documento le chiediamo di contattarci per approfondimenti relativi alle cause descritte e alle modalità di compilazione ottimali ai seguenti recapiti:

0XXXXXXXX; 0XXXXXXXX

dal giorno XXXXX al giorno XXXXXXX dalle ore X.XX alle X.XX e /o dalle X.XX alle X.XX;

In caso di mancata comunicazione da parte sua verrà contattato telefonicamente da un operatore del nostro servizio.

Certa della sua collaborazione le porgiamo cordiali saluti.