

L'epidemiologia in Italia e la codifica dei casi

Francesco Lapi¹, Gerardo Medea²

¹ Health Search, SIMG; ² Responsabile nazionale SIMG Area Metabolismo-Nutrizione, Macroarea della Prevenzione; Giunta Esecutiva Nazionale SIMG, Responsabile Nazionale Ricerca

Con la comparsa dei primi casi di infezione COVID-19, si è posto immediatamente il quesito di come registrare il problema, ovviamente non ancora presente, nell'elenco sistematico delle malattie ICD-9-CM. Individuare regole per la codifica omogenee era urgente e necessario sia per il rapido incremento di casi (soprattutto in alcune province del Nord Italia), sia per evitare di disperdere dati utilizzando codici autoreferenziali (registrando per esempio solo sintomi quali "febbre", "tosse", "diarrea") o assimilando la malattia alle sindromi influenzali. Fin dalle prime fasi della epidemia infatti ci siamo convinti che la possibilità di identificare con codici e regole ben precise i malati COVID-19 ci avrebbe permesso di ottenere informazioni cliniche ed epidemiologiche preziose in un immediato futuro, come poi è effettivamente avvenuto con la nascita della rete di sorveglianza COVID (dettagli nel prossimo numero della rivista).

Il problema è stato risolto, non essendo ovviamente possibile modificare l'*International Classification of Diseases*, aggiungendo dei sottocodici (creando cioè due sottocategorie artificiali) ai due problemi che, almeno all'inizio dell'epidemia, sembravano essere clinicamente più rilevanti e frequenti nella COVID-19, vale a dire la

virosi delle alte vie respiratorie e la polmonite virale.

La virosi da SARS-COV-2 delle alte vie respiratorie è stata classificata con il codice 460/36 aggiungendo il sottocodice "36" alla categoria 460 ("rinofaringite acuta", "raffreddore comune", "rinite acuta"), mentre la polmonite virale da SARS-COV-2 è stata classificata con il codice 480.9/50 aggiungendo il sottocodice "50" alla sottocategoria 480.9 ("polmonite virale").

Si noti che, almeno per gli utenti della cartella Millewin, l'operazione di aggiungere sottocodici più precisi e descrittivi di alcuni quadri clinici (per facilitare il lavoro di registrazione dei dati in cartella) è già stata ampiamente utilizzata e che è possibile identificare immediatamente questi codici "interni" al sistema grazie al fatto che essi sono preceduti dalla barra obliqua slash "/" e non dal punto come nella classificazione ufficiale.

A latere di quando descritto occorre tuttavia precisare che:

- il ministero della salute con nota prot. 7648 del 20/03/2020 ha emanato una circolare ¹ con le linee guida PER LA CODIFICA DELLA SDO PER i CASI

AFFETTI DA MALATTIA DA SARS-COV-2 (COVID-19) (quindi essenzialmente per i pazienti ricoverati) nella quale sono stati identificati i seguenti codici:

- Codice 078.89: altre malattie da virus specificate;
- Codice 484.8: polmonite in altre malattie infettive classificate altrove;

- la codifica interna 460/36 si adatta certamente e per fortuna ai casi più frequenti di COVID-19 [gestiti dunque proprio a livello territoriale dal medico di medicina generale (MMG)] con sintomi respiratori e/o sistemici lievi senza necessità di ricovero e/o terapia intensiva, ma nei soggetti con quadri clinici più complessi e gravi (dato che la virosi coinvolge molti altri organi oltre al polmone) sono necessarie altre codifiche. Il problema tuttavia coinvolge quasi esclusivamente l'ospedale.

Di seguito si riassume il metodo proposto da SIMG per la registrazione dei casi COVID-19 a livello territoriale:

1. contatti stretti di casi accertati: codice V29.0 (= osservazione per sospetta condizione morbosa infettiva). Di solito questa codifica può essere associata all'emissione di un certificato INPS di

Conflitto di interessi

Gerardo Medea dichiara di aver ricevuto finanziamenti o hanno in atto contratti o altre forme di finanziamento con Astra, Sanofi e Grünenthal.

How to cite this article: Lapi F, Medea G. L'epidemiologia in Italia e la codifica dei casi. Rivista SIMG 2020;27(2):17-18.

© Copyright by Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

- malattia se il paziente è un lavoratore dipendente;
2. soggetti con sospetta COVID-19 malattia respiratoria acuta da SARS-COV-2: codice 460/36 + biffatura del campo "sospetto" se il medico ritiene altamente probabile il caso sui dati clinici disponibili, ma non (ancora o mai) confermato da un tampone nasofaringeo e/o dall'esame sierologico;
 3. soggetti con "sospetta polmonite virale da SARS-COV-2": codice 480.9/50 + biffatura del campo "sospetto" se il medico ritiene altamente probabile il caso per esempio sulla base di una

- RX/TAC torace e/o di altri parametri clinici (es: saturimetria, PCR), ma non (ancora o mai) confermato da un tampone nasofaringeo e/o ricerca anticorpi specifici;
4. soggetti con "COVID-19 malattia respiratoria acuta da SARS-COV-2": codice 460/36 o "Polmonite virale da SARS-COV-2 Covid19" codice 480.9/50 se le diagnosi sono certe sulla base di un tampone e/o test sierologico.

Per facilitare la valutazione del "sospetto" di malattia respiratoria o polmonite COVID-19 si ricorda che il nesso aumenta se il sog-

getto è vaccinato per l'influenza e che nella casistica italiana alcuni sintomi sono risultati molto specifici (ad es: anosmia, ageusia, disgeusia).

La raccomandazione finale, per una corretta registrazione, è di eliminare la biffatura "sospetto" non appena il caso è confermato da un tampone positivo o dall'esame sierologico.

Bibliografia

www.soresa.it/pa/Contenuti/Flussi%20Sanitari/SDO/Linee%20Guida%20Ministero%20COVID-19/Linee%20Guida%20codifica%20SDO%20COVID19.pdf