



Introduzione a ICD-10-IM e CIPI

Franco Guerzoni
3° edizione: 18 e 25 settembre 2026

Dott. Franco Guerzoni

- Formazione:
 - Diploma di Infermiere professionale (1984)
 - Abilitazione a Funzioni Direttive nell'assistenza infermieristica (1991)
 - Laurea in Scienza dell'Amministrazione dei Servizi Sociali e Sanitari (2006)
 - Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche (2010)
- Dipendente dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara fino al 2024; dal 1997 referente per la qualità della compilazione della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), responsabile del Nucleo Aziendale dei Controlli, controllore "interno" (corretta compilazione della SDO, congruenza cartella clinica-SDO, appropriatezza generica e organizzativa)
- Componente del Gruppo Regionale Codifica della Regione Emilia-Romagna dal 2011 al 2017, e referente dello stesso per il triennio 2017-2020
- Docente incaricato di insegnamento presso l'Università degli studi di Ferrara, dal 2011 al 2024
- Libero professionista dal 2024

Personaggi e interpreti in ordine di apparizione

- **ICD-9 o ICD-9-OMS:** classificazione internazionale delle malattie, 9° edizione. Copyright OMS, utilizzata prioritariamente per la descrizione delle cause di morte. Si affianca al volume 3 per le procedure
- **ICD-9-CM:** Adattamento dalla versione ICD9 dell'OMS, integrato con le modificazioni cliniche. Prevede 2 volumi per le diagnosi e 2 per gli interventi/procedure. In America è stata sottoposta a revisione annuale fino all'anno 2014, poi abbandonata a favore di ICD10CM e ICD10PCS
- **ICD-10 o ICD-10-OMS:** classificazione internazionale delle malattie, versione 10. Copyright OMS, utilizzata principalmente per la descrizione delle cause di morte
- **ICD-10-CM:** classificazione internazionale delle malattie, versione 10, modificazioni cliniche. In America ha sostituito ICD9CM nella codifica delle diagnosi
- **ICD-10-IM:** classificazione internazionale delle malattie, versione 10, modificazioni italiane. Dal 01/01/2027 sostituirà ICD9CM in tutti i flussi informativi
- **ICD-10-PCS:** classificazione delle procedure e degli interventi. In America ha sostituito ICD9CM nella codifica delle procedure
- **CIPi:** classificazione delle procedure e degli interventi *made in Italy*. Dal 01/01/2027 sostituirà ICD9CM (da cui deriva) in tutti i flussi informativi

Precisazione

1. I sistemi di classificazione che abbiamo iniziato ad utilizzare non sono "maturi" né definitivi; tutte le osservazioni e le problematiche rilevate dall'inizio della sperimentazione sono state oggetto di comunicazione al Ministero che le sta esaminando e sta valutando, per ciascuna di esse, i possibili adeguamenti da apportare ai sistemi di classificazione stessi (ovvero le regole di codifica per la corretta gestione dei codici).
2. L'aggiornamento del sistema non terminerà con l'introduzione della versione che sarà resa disponibile a dicembre 2026, stante che:
 - Il decreto prevede esplicitamente l'aggiornamento dei codici con frequenza almeno biennale;
 - Il Ministero coordinerà i lavori di un organismo tecnico deputato alla manutenzione del sistema, al quale confluiranno tutte le osservazioni e le richieste inviate dalle singole Regioni

Questa condizione fa sì che alcune diapositive che saranno presentate nel corso della giornata odierna differiscano da quelle presentate nel corso delle precedenti edizioni (aprile e maggio 2026)

Aria di cambiamento!



Decreto Ministeriale 23 ottobre 2025

SERIE GENERALE

*Spediz. abb. post. - art. 1, comma 1
Legge 27-02-2004, n. 46 - Filiale di Roma*

Anno 166° - Numero 286

GAZZETTA UFFICIALE
DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA

Roma - Mercoledì, 10 dicembre 2025

SI PUBBLICA TUTTI I
GIORNI NON FESTIVI

DECRETO 23 ottobre 2025: **Aggiornamento dei sistemi di classificazione per la codifica delle informazioni cliniche nei sistemi informativi sanitari: adozione di ICD-10-IM e CIPI. (25A06571)**

Art. 1, D.M. 23/10/2025

Sistemi di classificazione per la codifica delle informazioni cliniche

1. A decorrere **dal 1° gennaio 2027**, le informazioni di carattere clinico contenute nella scheda di dimissione ospedaliera (SDO), quali la diagnosi principale, le diagnosi secondarie, l'intervento chirurgico principale o parto, gli interventi chirurgici secondari o le procedure diagnostiche e terapeutiche secondarie, nonché le informazioni cliniche contenute negli **altri flussi informativi sanitari nazionali**, sono codificate utilizzando i seguenti sistemi di classificazione e le successive modificazioni ed integrazioni, o le eventuali revisioni:

- Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati, versione italiana (*italian modification*) della *International Classification of Diseases - 10th revision* (**ICD-10-IM**), versione 2025;
- Classificazione italiana delle procedure e degli interventi chirurgici (**CIP**), versione 2025

Art. 1, D.M. 23/10/2025

Sistemi di classificazione per la codifica delle informazioni cliniche

- 
2. Con la medesima decorrenza del 1° gennaio 2027, le classificazioni di cui al comma 1 e le successive modificazioni ed integrazioni, o le eventuali revisioni, **sostituiscono**, altresì, **la classificazione ICD-9-CM** utilizzata **in tutti i sistemi informativi** sanitari in ambito nazionale, regionale, aziendale e territoriale.
3. Le classificazioni di cui al comma 1 sono rese disponibili sul portale del Ministero della salute almeno trenta giorni prima della data da cui decorrono.

Art. 2, D.M. 23/10/2025

Aggiornamento dei sistemi di classificazione

- 1. I sistemi di classificazione di cui all'art. 1, comma 1, sono **aggiornati con periodicità almeno biennale**, con decreto del Ministero della salute. Il sistema di classificazione ICD-10-IM viene aggiornato fino alla **futura transizione allo standard ICD-11** per la codifica della morbosità e cause di morte.

Art. 3, D.M. 23/10/2025

Sperimentazione



1. Le disposizioni di cui all'art. 1, comma 1, prevedono un periodo di preliminare **sperimentazione**, che include la formazione degli operatori e l'adeguamento dei sistemi informativi. La prima fase della sperimentazione, da attuarsi **nel 2025 su un numero ristretto di flussi informativi** (**SDO** - Scheda dimissione ospedaliera, **EMUR-PS** Emergenza-urgenza e pronto soccorso, **SIND** - Sistema informativo dipendenze-tossicodipendenze e **SISM** – Sistema informativo salute mentale), coinvolge un campione di strutture sanitarie individuate dalle regioni e dalle Province autonome di Trento e Bolzano, ciascuna per il territorio di propria competenza, all'interno di una selezione di strutture effettuata dal Ministero della salute sulla base di criteri di adeguata rappresentatività

Art. 3, D.M. 23/10/2025

Sperimentazione

- 
2. La seconda fase della sperimentazione, da attuarsi **dal 1° gennaio 2026 al 31 dicembre 2026**, prevede il progressivo coinvolgimento di **tutte le strutture sanitarie** pubbliche e private accreditate e l'ampliamento a **tutti i flussi informativi**.
 3. I contenuti e le modalità operative della sperimentazione di cui ai commi 1 e 2 sono definiti dal Ministero della salute mediante apposito protocollo, con particolare riferimento al dettaglio dei flussi informativi oggetto di sperimentazione, alle tipologie di strutture coinvolte, nonché alle modalità ed alle tempistiche di conferimento dei dati.

Art. 4, D.M. 23/10/2025

Art. 4. Compatibilità con il sistema di classificazione DRG in vigore

Al fine di assicurare la compatibilità e l'interoperabilità tra i sistemi di classificazione adottati con il presente decreto e la vigente **versione 24** del sistema di classificazione *Diagnosis Related Groups* (DRG), nelle more del relativo aggiornamento, nonché al fine di garantire la continuità nell'informazione epidemiologica, il Ministero della salute rende disponibili, già nel periodo sperimentale, gli **schemi di trans-codifica bidirezionale** tra la classificazione internazionale ICD-9-CM e le nuove classificazioni ICD-10-IM e CIPI.



Artt. 5-6, D.M. 23/10/2025

Art. 5. Disposizioni finanziarie

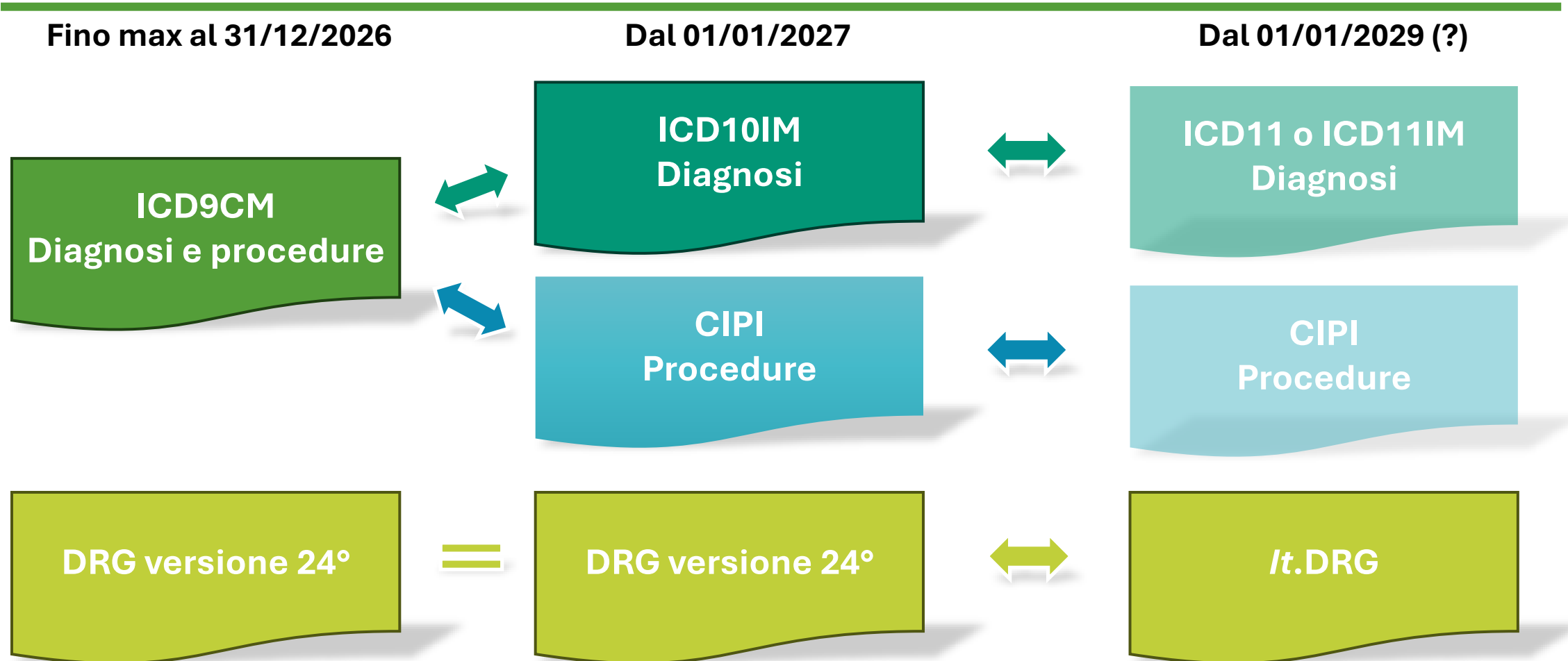
1. Le regioni e le province autonome attuano il presente decreto senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

Art. 6. Entrata in vigore

1. Il presente decreto ministeriale è pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana ed entra in vigore il giorno successivo alla sua pubblicazione.

(firmato dal Ministro della salute SCHILLACI e dal Ministro dell'economia e delle finanze GIORGETTI)

Schema riassuntivo



Da ICD9CM a ICD10IM e CIPI

Classificazione ICD10IM

Sistema di classificazione **ICD**: sistema utilizzato per la descrivere malattie, traumi, segni, sintomi, riscontri anomali, disturbi, circostanze sociali ... Ha la finalità di promuovere la compatibilità internazionale delle informazioni in termini di raccolta dei dati, classificazione, esame e presentazione di statistiche sanitarie

ICD10IM deriva dalla classificazione **ICD10** delle cause di morte (copyright WHO), a seguito di verifica ed ampliamento da parte di un gruppo di professionisti identificati dal Ministero



International **C**lassification of **D**iseases, **10**^o edizione, **I**talian **M**odification

Perché aggiornare il sistema di classificazione?

- Il sistema di classificazione ICD9CM è obsoleto e non offre più **spazi** (codici) per una revisione / aggiornamento dei codici
- Non esiste un ufficio dedicato o una procedura codificata per l'**aggiornamento** dei codici
- Le **classificazioni** utilizzate sono in parte **superate** e non più utilizzate dai clinici
- Nel panorama internazionale, Italia e Repubblica di san Marino (Paese dove la SDO non è ancora obbligatoria, anche se ormai garantisce una copertura prossima al 99% dei dimessi) sono le uniche Nazioni che continuano ad utilizzare il sistema di classificazione ICD9CM; possiamo figurarci una condizione di “*isolamento informativo*” che comporta un’alterata percezione della realtà ed una limitata capacità di prendere decisioni informate.

ICD-10-IM

Classificazione Statistica Internazionale
delle Malattie e dei Problemi Sanitari
Correlati, decima revisione, modifica
italiana, versione gamma, 2.1

Volume 1 - Elenco sistematico

Elenco delle categorie a tre caratteri, escluso capitolo XX

Elenco delle inclusioni e delle sottocategorie a quattro caratteri, escluso capitolo XX

Prototipo aggiornato al 31 dicembre 2025



ICD-10-IM

Classificazione Statistica Internazionale delle
Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati, decima
revisione, modifica italiana, versione gamma, 2.1

Appendici

1. Capitolo XX di ICD-10-IM (cause esterne)

2. Codici E di ICD-9-CM (cause esterne)



Ministero della Salute

Dipartimento della programmazione, dei dispositivi medici, del farmaco e delle
politiche in favore del Servizio sanitario nazionale

Direzione generale della programmazione e dell'edilizia sanitaria

PROGETTO NSIS-CLASS

Aggiornamento dei sistemi di classificazione per la codifica delle informazioni
cliniche contenute nei sistemi informativi sanitari nazionali (NSIS)

Guida alla **CIP** Classificazione
italiana delle
procedure e degli
interventi chirurgici

versione 10.0 - Dicembre 2025

Copyright ICD10IM

Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati, decima revisione, modifica italiana, versione gamma, 2.2 [validità: 16/02/2026 - 31/12/2026]

Traduzione italiana realizzata dal Centro collaboratore italiano dell'OMS per la Famiglia delle classificazioni internazionali - Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità, Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia – che, in relazione alla Licenza CC BY-NC-ND 4.0 di cui è detentore, l'ha messa a disposizione per la sua modifica.

Prototipo soggetto ad aggiornamento nell'ambito del progetto del Ministero della Salute sui nuovi sistemi di classificazione per la codifica delle informazioni cliniche nei sistemi informativi sanitari ('Progetto NSIS-CLASS'). La presente versione viene rilasciata ai fini della sperimentazione (DM 23 ottobre 2025).

Il contenuto del presente documento è di proprietà esclusiva del Ministero della Salute e della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, titolari del relativo diritto d'autore.

Il presente documento è distribuito con licenza CC BY-NC-ND 4.0 e va citato come segue:

"Ministero della Salute e Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, Elenco sistematico ICD-10-IM, versione gamma, 2.2 - Maggio 2026, con transcodifica in ICD-9-CM (senza capitolo XX). Licenza: CC BY-NC-ND 4.0"

Copyright CIPI

CIPI, versione gamma, 2.1

"PROTOTIPO ELENCO SISTEMATICO CIPI - v. GAMMA, 2.1 (Maggio 2026)@ Ministero della Salute - Dipartimento della programmazione, dei dispositivi medici, del farmaco e delle politiche in favore del Servizio sanitario nazionale, Direzione generale della programmazione e dell'edilizia sanitaria, 2026. Tutti i diritti riservati."

"Il presente documento rappresenta un prototipo, soggetto ad aggiornamento nell'ambito del progetto del Ministero della Salute sui nuovi sistemi di classificazione per la codifica delle informazioni cliniche nei sistemi informativi sanitari ('Progetto NSIS-CLASS').

La presente versione viene rilasciata ai fini della sperimentazione (DM 23 ottobre 2025).

Il contenuto del presente documento è di proprietà esclusiva del Ministero della Salute ed è distribuito con licenza CC BY-NC-ND 4.0."

Riferimenti

Per le analisi e la successiva costruzione delle diapositive sono stati utilizzati i seguenti file/documenti:

- Per la classificazione **ICD9CM**:
 - *"Classificazione delle malattie, dei traumatismi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche, versione italiana della ICD-9-CM - "International Classification of Diseases - 9th revision - Clinical Modification", 2007"*
 - Tabelle rese disponibili dalla Regione Emilia-Romagna alla pagina <https://salute.regione.emilia-romagna.it/sisepts/sanita/sdo/tabelle-di-riferimento> (ultimo accesso 13/03/2026)
- Per le classificazioni **ICD10IM** e **CIP**:
 - Documentazione (manuali e tabelle) resa disponibile dal Ministero della Salute nell'ambito del progetto "NSIS-CLASS" alla pagina <https://www.salute.gov.it/new/it/tema/assistenza-ospedaliera-sdo/il-progetto-nsis-class/> (ultimo accesso 17/08/2026)

Focus #1: diversa struttura dei codici

Variazioni di rilievo emergenti dal confronto tra i codici ICD9CM e ICD10IM

Variazioni: struttura dei codici

ICD9CM

Codici "*terminali*" di **lunghezza** variabile, da 3 e 5 caratteri.

- I 17 capitoli del manuale contengono codici esclusivamente **numerici**
- le **classificazioni supplementari** hanno codici che iniziano con la lettera V o con la lettera E

Il **punto** è escluso dai flussi informatici



ICD10IM

Codici "*terminali*" di **lunghezza** variabile, da 3 e 6 caratteri

I codici sono tutti **alfanumerici**.

- Il 1° carattere è sempre una lettera;
- il 6° carattere può essere lettera o numero,
- i rimanenti sono numerici.

Il **punto** è incluso nella struttura del codice e deve essere presente nei flussi informatici



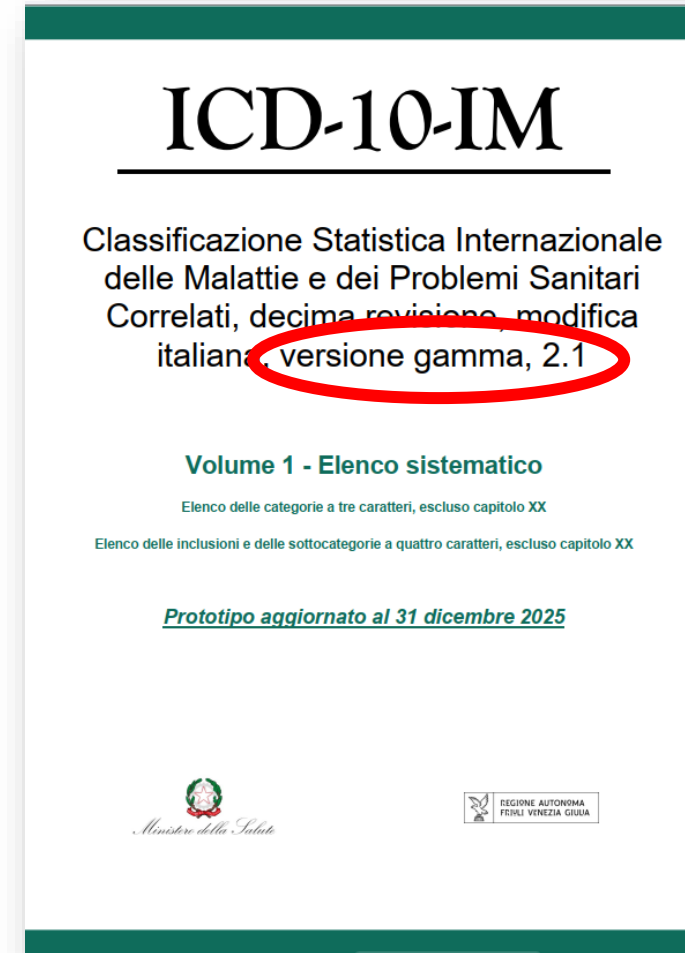
Esempi di codici "codificanti"

<u>J13</u>	Polmonite da Streptococcus pneumoniae
<u>N11.1</u>	Pielonefrite cronica ostruttiva
<u>O11.0</u>	Pre-eclampsia sovrapposta a ipertensione cronica, parto, con o senza menzione della condizione anteparto (<i>in precedenti versioni O11.C</i>)
<u>Z54.0</u>	Convalescenza dopo intervento chirurgico
<u>H05.22</u>	Emorragia dell'orbita
<u>O22.21</u>	Tromboflebite superficiale in gravidanza, condizione o complicazione postparto (<i>in precedenti versioni O22.2B</i>)
<u>S22.40A</u>	Fratture multiple di cost(ol)e, chiuse, due costole
<u>U07.130</u>	COVID-19, virus identificato, manifestazioni cliniche organospecifiche, polmonite (<i>in precedenti versioni U07.1DP</i>)

Focus #2: diversa struttura dei manuali

Variazioni di rilievo emergenti dal confronto tra i manuali ICD9CM e ICD10IM

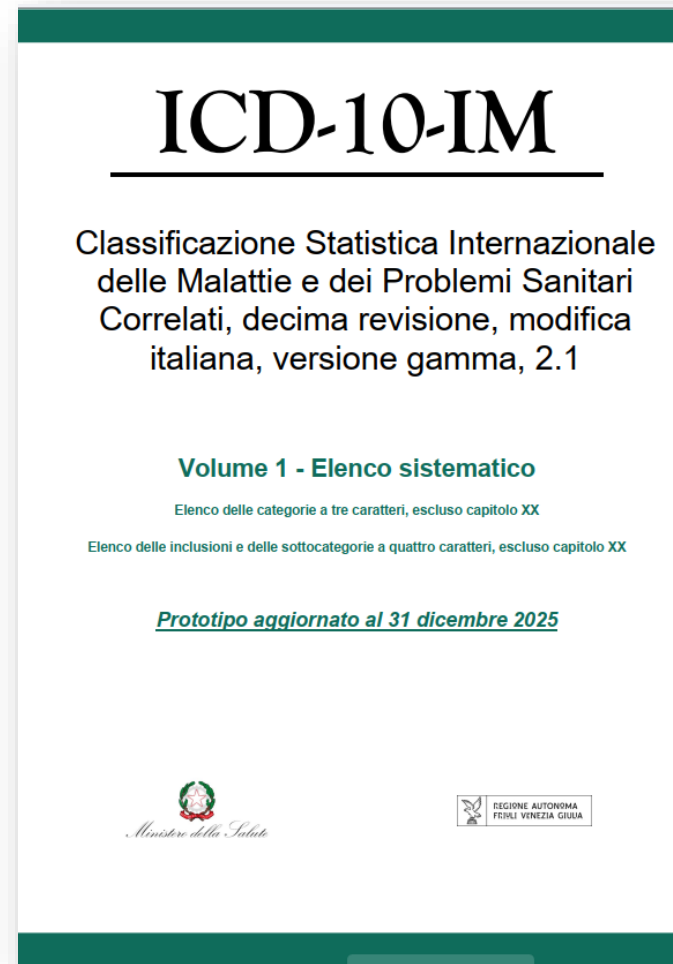
Confronto tra i manuali di codifica - diagnosi



Oggi
usiamo la
versione
gamma
2.2; a
gennaio
la delta

Macrostruttura del manuale

- **ICD9CM**: 17 capitoli + 2 classificazioni supplementari
- **ICD10IM**: 22 capitoli
- Ogni capitolo ICD10IM è caratterizzato dalla presenza di una **lettera** all'inizio dei singoli codici.
 - Sono rappresentate tutte le lettere dell'alfabeto inglese (26 simboli diversi)
 - Come regola generale (ma non assoluta), una lettera diversa per ciascun capitolo (con alcune eccezioni)
- La progressione dei codici prevede una serie di vuoti utilizzabili per future integrazioni/revisioni



Macrostruttura del manuale ICD10CM

Capitoli che "utilizzano" 2 lettere

- Capitolo I lettere A o B (*malattie infettive e parassitarie*)
- Capitolo II lettere C o D (*tumori*)
- Capitolo XIX lettere S o T (*traumi*)

Capitolo che "utilizza" 4 lettere

- Capitolo XX lettere V, W, X o Y (*cause esterne*)

Capitoli diversi che "condividono" un'unica lettera

- Lettera D capitolo II e capitolo III (*tumori e malattie del sangue*)
- Lettera H capitolo VII e capitolo VIII (*occhio e orecchio*)

Macrostruttura del manuale ICD10CM

- Capitolo I Alcune malattie infettive e parassitarie (**A00-B99**) [**A o B**]
- Capitolo II Tumori (**C00-D48**) [**C o D**]
- Capitolo III Malattie del sangue e degli organi emopoietici e alcuni disturbi del sistema immunitario (**D50-D89**) [**D**]
- Capitolo IV Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche (**E00-E90**) [**E**]
- Capitolo V Disturbi mentali e comportamentali (**F00-F99**) [**F**]
- Capitolo VI Malattie del sistema nervoso (**G00-G99**) [**G**]
- Capitolo VII Malattie dell'occhio e degli annessi oculari (**H00-H59**) [**H**]
- Capitolo VIII Malattie dell'orecchio e dell'apofisi mastoide (**H60-H95**) [**H**]
- Capitolo IX Malattie dell'apparato cardiovascolare (**I00-I99**) [**I**]
- Capitolo X Malattie dell'apparato respiratorio (**J00-J99**) [**J**]
- Capitolo XI Malattie dell'apparato digerente (**K00-K93**) [**K**]

Macrostruttura del manuale ICD10CM

- Capitolo XII Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo (L00-L99) [L]
- Capitolo XIII Malattie dell'apparato locomotore e del tessuto connettivo (M00-M99) [M]
- Capitolo XIV Malattie dell'apparato genitourinario (N00-N99) [N]
- Capitolo XV Gravidanza, parto e puerperio (O00-O99) [O]
- Capitolo XVI Alcune condizioni patologiche che insorgono nel periodo perinatale (P00-P96) [P]
- Capitolo XVII Malformazioni, deformità e anomalie cromosomiche congenite (Q00-Q99) [Q]
- Capitolo XVIII Sintomi, segni e reperti clinici, laboratoristici e strumentali anormali, non classificati altrove (R00-R99) [R]
- Capitolo XIX Traumatismi, avvelenamenti e alcune altre conseguenze di cause esterne (S00-T98) [S o T]
- Capitolo XX Cause esterne di morbosità e mortalità (V01-Y98) [V, W, X o Y]
- Capitolo XXI Fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari (Z00-Z99) [Z]
- Capitolo XXII Codici per scopi speciali (U00-U85) [U]

5 nuovi capitoli

Il manuale ICD10IM prevede **cinque capitoli** in più rispetto al predecessore ICD9CM.

- Due nuovi capitoli sono stati *estrapolati* dal capitolo 6. MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO E DEGLI ORGANI DEI SENSI presente in ICD9CM:
 - **Capitolo VII** Malattie dell'occhio e degli annessi oculari (**H00-H59**)
 - **Capitolo VIII** Malattie dell'orecchio e dell'apofisi mastoide (**H60-H95**)
- Due nuovi capitoli *derivano* dalle classificazioni supplementari presenti in ICD9CM, i cosiddetti codici E ed i codici V:
 - **Capitolo XX** Cause esterne di morbosità e mortalità (V01-Y98)
 - **Capitolo XXI** Fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari (Z00-Z99)
- Un capitolo risulta nuovo sia nell'uso che nel significato
 - **Capitolo XXII** Codici per scopi speciali (U00-U85)

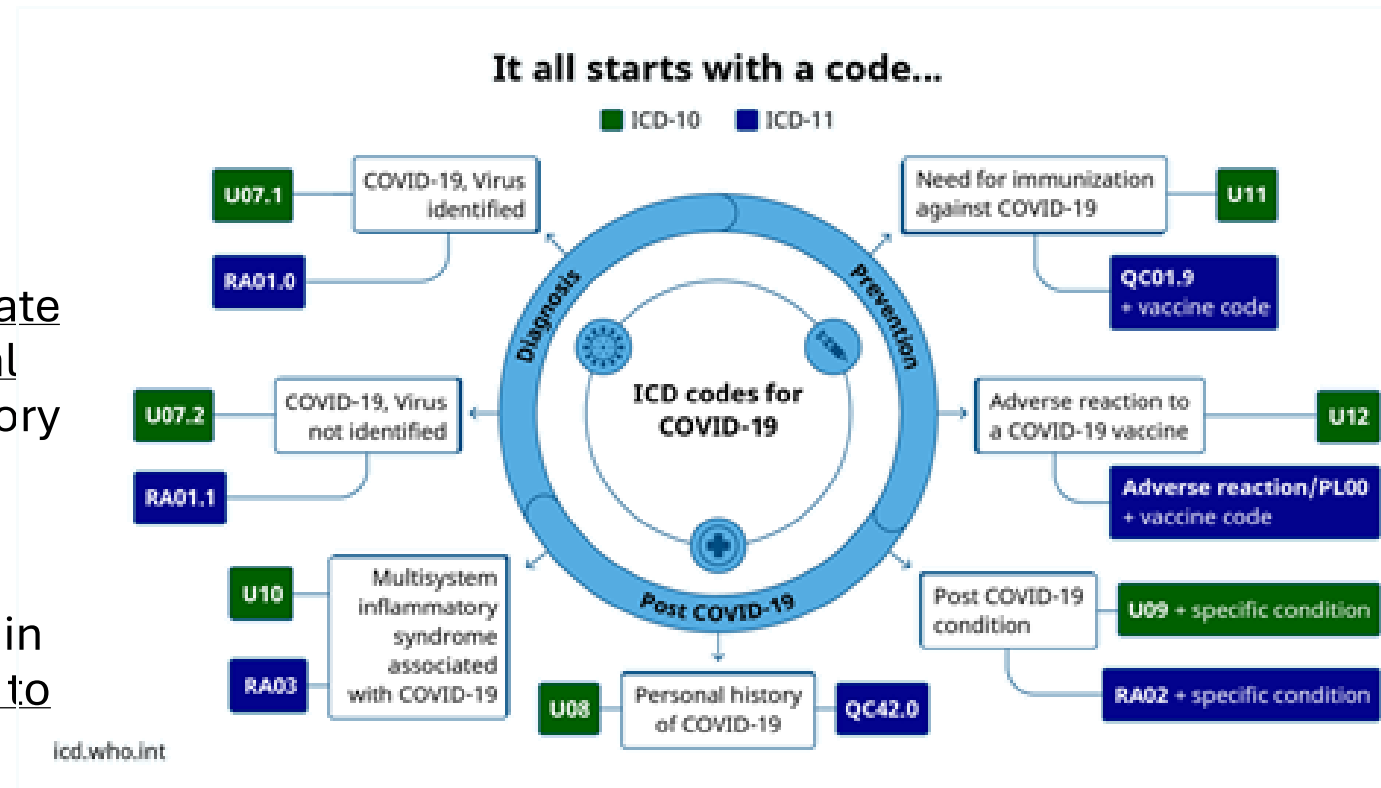
Capitolo XXII-codici per motivi speciali (U00-U99)

Il capitolo XXII contiene 2 blocchi di codici:

- **U00-U49 Assegnazione provvisoria di nuove malattie di eziologia incerta o per uso in emergenza.** I codici sono utilizzati dall'OMS per l'assegnazione provvisoria di nuove malattie di eziologia incerta. In situazioni d'emergenza, non sono sempre disponibili codici adatti nei sistemi informativi. La specificazione della categoria U07 così come è fatta qui, assicura che questa categoria e le sue sottocategorie sono disponibili in ogni sistema informativo in qualsiasi momento e possono essere immediatamente utilizzate su indicazioni dell'OMS.
 - **U07.100** COVID-19, virus identificato, conclamata, sepsi da SARS-CoV-2
 - **U12.9** Vaccini contro la COVID-19 che causano effetti avversi nell'uso terapeutico, non specificati
- **U82-U85 Resistenza a farmaci.** Queste categorie vanno utilizzate come codici aggiuntivi o supplementari qualora si desideri identificare la resistenza, la non responsività e la refrattarietà di una condizione patologica ai farmaci antineoplastici e antimicrobici.
 - **U82.0** Resistenza alla penicillina (in ICD9CM avevamo la categoria V09 Infezione da microrganismi resistenti ai farmaci)

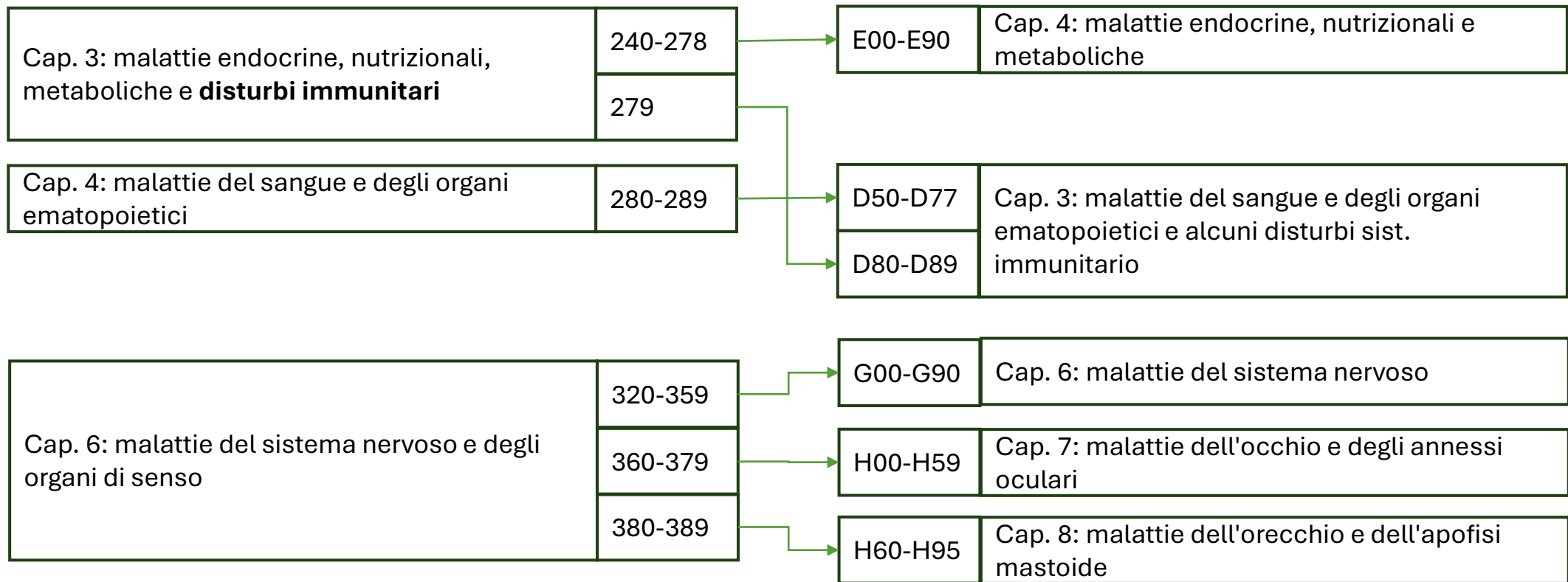
Capitolo XXII-codici per motivi speciali (U00-U99)

- **February 2020:** Emergency codes were activated for COVID-19 → confirmed diagnosis of COVID-19 and clinical or epidemiological diagnosis (suspected or probable) of COVID-19
- **September 2020:** <...> need for disambiguation between acute disease, late effects or lengthy course led to the neutral formulation “post-covid” → Personal history of COVID-19, Post COVID-19 condition, Multisystem inflammatory syndrome associated with COVID-19
- **January 2021:** <...> conditions that occur in the context of COVID-19 → Immunization to prevent COVID-19, Adverse reaction to a COVID-19 vaccine



Estratto da: [emergency use icd codes for covid-19 disease outbreak](#) (ultimo accesso 15/01/2026)

Spostamenti ad altra categoria o capitolo



Spostamenti ad altra categoria o capitolo

274 Gotta

Escl.: gotta da piombo (984.0-984.9)

274.0 Artropatia gottosa

274.1 Nefropatia gottosa

274.10 Nefropatia gottosa non specificata

274.11 Nefrolitiasi da acido urico

274.19 Altra nefropatia gottosa

274.8 Gotta con altre manifestazioni specificate

274.81 Tofi dell'orecchio

274.82 Tofi in altre sedi

Tofi del cuore

274.89 Altre manifestazioni gottose

Utilizzare un codice aggiuntivo per identificare la manifestazioni, come:

Irite gottosa (364.11)

neurite gottosa (357.4)

274.9 Gotta non specificata

M10

Gotta

[Vedere i codici all'inizio di questo capitolo per la localizzazione]

M10.0

Gotta idiopatica

Borsite gottosa

Gotta primaria

Tofi gottosi cardiaci† (I43.8*)

M10.1

Gotta indotta da piombo

M10.2

Gotta indotta da farmaci

Utilizzare un codice aggiuntivo di causa esterna (Capitolo XX) se si desidera identificare il farmaco.

M10.3

Gotta da compromissione della funzione renale

Utilizzare un codice aggiuntivo se si desidera identificare una compromissione da malattia renale (N17-N19).

M10.4

Altra gotta secondaria

M10.9

Gotta, non specificata

Dal capitolo delle "Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche e disturbi immunitari" al capitolo "Malattie dell'apparato locomotore e del tessuto connettivo"

Dicembre 2025

Spostamenti ad altra categoria o capitolo

- 338.0 Sindrome da dolore centrale**
 - Sindrome di Dejerine- Roussy
 - Sindrome da dolore mielopatico
 - Sindrome da dolore talamico (iperestesia)
- 338.1 Dolore acuto**
 - 338.11 Dolore acuto da trauma**
 - 338.12 Dolore acuto post-toracotomia**
 - Dolore post-toracotomia SAI
 - 338.18 Altri dolori acuti post-operatori**
 - Dolore post-operatorio SAI
 - 338.19 Altri dolori acuti**
 - Escl.: dolore acuto correlato a neoplasia (338.3)*
- 338.2 Dolore cronico**
 - 338.21 Dolore cronico da trauma**
 - 338.22 Dolore cronico post-toracotomia**
 - 338.28 Altro dolore cronico post-operatorio**
 - 338.29 Altro dolore cronico**
- 338.3 Dolore correlato a neoplasia (acuto) (cronico)**
 - Dolore associato al cancro
 - Dolore dovuto a tumore maligno (primario) (secondario)
 - Dolore associato a tumore
- 338.4 Sindrome da dolore cronico**

- R52.0 Dolore acuto**
 - R52.00 Dolore acuto da trauma**
 - R52.01 Dolore acuto postoperatorio**
 - R52.08 Dolore acuto, altro specificato**
 - R52.09 Dolore acuto, non specificato**
- R52.1 Dolore cronico intrattabile**
- R52.2 Altro dolore cronico**
- R52.9 Dolore, non specificato**
 - Dolore generalizzato S.A.I.

Dal capitolo delle "Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso" al capitolo "Sintomi, segni e reperti clinici, laboratoristici e strumentali anormali, non classificati altrove"

Variazioni numeriche

Numero complessivo di codici (codificanti e non):

ICD9CM:

- 17 capitoli + codici V: 12.215 codificanti su 14.823 complessivi
 - Codici E: 1.115 codificanti su 1.259 complessivi
- 13.330 codificanti su 16.082 complessivi**

ICD10IM:

- 21 capitoli (escluso XX): 12.031 codificanti su 14.773 complessivi
 - *Codici E* 1.115 codificanti su 1.259 complessivi
- 13.146 codificanti su 16.032 complessivi**

Focus #3: diversa struttura del linguaggio

Variazioni di rilievo emergenti dal confronto tra i sistemi ICD9CM e ICD10IM

Variazione terminologica: da setticemia a sepsi

038 Settichemia

Utilizzare un codice aggiuntivo per la sindrome da risposta infiammatoria sistemica (SIRS) (995.91-995.92)

*Escl.: setticemia (sepsi) del neonato (771.81)
batteriemia (790.7)
nel corso del travaglio di parto (659.3)
successiva a gravidanza ectopica o molare (639.0)
successiva a infusione, iniezione, trasfusione o vaccinazione (999.3)
postpartum, puerperale (670)
complicante l'aborto (634-638 con quarta cifra .0, 639.0)*

038.0 Settichemia streptococcica

038.1 Settichemia stafilococcica

038.10 Settichemia da stafilococco, non specificato

038.11 Settichemia da stafilococco aureo

038.19 Settichemia da altri stafilococchi

038.2 Settichemia pneumococcica

A40

Sepsi streptococcica

Utilizzare il codice aggiuntivo R57.2 se si desidera identificare lo shock settico.

Escl.: sepsi streptococcica:

- a seguito di:
 - aborto, gravidanza ectopica o molare (O03-O07, O08.0)
 - immunizzazione (T88.0)
 - infusione, trasfusione o iniezione a fini terapeutici (T80.2)
- nel corso del travaglio di parto (O75.3)
- neonatale (P36.0-P36.1)
- puerperale (O85)
- successiva a procedura diagnostica o terapeutica [postprocedurale] (T81.4)

A40.0 Sepsi da streptococco, gruppo A

A40.1 Sepsi da streptococco, gruppo B

A40.2 Sepsi da streptococco di gruppo D e da enterococco

Variazione terminologica: da postumi a sequele

438 Postumi delle malattie cerebrovascolari

Nota: questa categoria deve essere utilizzata per indicare manifestazioni morbose in 430-437 come la causa di postumi, essi stessi classificabili altrove. I “postumi” comprendono manifestazioni specificate come tali, o come conseguenza, che può verificarsi in qualsiasi momento dall’insorgenza della condizione iniziale.

438.0 Deficit cognitivo

438.1 Deficit nella parola e nel linguaggio

438.10 Deficit nella parola e nel linguaggio, non specificato

438.11 Afasia

438.12 Disfasia

438.19 Altri deficit nella parola e nel linguaggio

438.2 Emiplegia/emiparesi

438.20 Emiplegia a sede emisferica non specificata

438.21 Emiplegia dell’emisfero dominante

438.22 Emiplegia dell’emisfero non dominante

I69

Sequele di malattia cerebrovascolare

Nota: La categoria I69 deve essere usata per indicare condizioni patologiche classificate nelle categorie I60-I67.1 e I67.4-I67.9 come causa di sequele, che di per sé sono classificate altrove. Le “sequele” comprendono condizioni patologiche specificate come tali o come postumi o presenti dopo un anno o più dall’esordio della malattia causale. Non utilizzare per malattie cerebrovascolari croniche, da codificare utilizzando le categorie da I60 a I67.

I69.0 Sequele di emorragia subaracnoidea

I69.1 Sequele di emorragia intracerebrale

I69.2 Sequele di altra emorragia intracranica non traumatica

I69.3 Sequele di infarto cerebrale

I69.4 Sequele di accidente cerebrovascolare, non specificato se da emorragia o da infarto

I69.8 Sequele di altre e non specificate malattie cerebrovascolari

Assegnazione di codici a condizioni che prima ne erano sprovviste

163 Tumori maligni della pleura

163.0 Tumori maligni della pleura parietale

163.1 Tumori maligni della pleura viscerale

163.8 Tumori maligni di altre sedi specificate della pleura

Tumori maligni di sedi contigue, o sconfinanti, della pleura il cui punto di origine non può essere determinato

163.9 Tumori maligni della pleura, non specificata

164.1 Tumori maligni del cuore

Endocardio
Epicardio
Miocardio
Pericardio

Escl.: grossi vasi (171.4)

C45

Mesotelioma

C45.0

Mesotelioma della pleura

Escl.: altri tumori maligni della pleura (C38.4)

C45.1

Mesotelioma del peritoneo

Mesotelioma di:

- mesentere
- mesocolon
- omento
- peritoneo (parietale) (pelvico)

Escl.: altri tumori maligni del peritoneo (C48.-)

C45.2

Mesotelioma del pericardio

Escl.: altri tumori maligni del pericardio (C38.0)

C45.7

Mesotelioma di altre sedi

C45.9

Mesotelioma, sede non specificata

C38.4

Tumore maligno della pleura

C38.8

Tumore maligno del cuore, del mediastino e della pleura, lesione sconfinante

[Vedere nota 5 all'inizio di questo capitolo]

Definizioni e classificazioni aggiornate

401 Ipertensione essenziale

Incl.: alta pressione sanguigna
ipertensione (arteriosa) (essenziale) (primaria)
(sistemica)
ipertensiva vascolare:
degenerazione
malattia

Escl.: elevata pressione sanguigna senza diagnosi di
ipertensione (796.2)
ipertensione polmonare (416.0-416.9)
quando interessa i vasi:
del cervello (430-438)
dell'occhio (362.11)

401.0 Ipertensione essenziale maligna

401.1 Ipertensione essenziale benigna

401.9 Ipertensione essenziale non specificata

I10

Ipertensione essenziale (primaria) (primitiva)

Incl.: ipertensione (arteriosa) (benigna) (essenziale) (maligna) (primaria) (primitiva) (sistemica)
pressione arteriosa alta

Escl.: se interessa i vasi:
• dell'encefalo (I60-I69)
• dell'occhio (H35.0)

Accorpamento di più codici ICD9CM in un unico codice ICD10IM

Al codice ICD10IM **H54.4 Cecità, monocolare** corrispondono, in tabella di transcodifica:

- 369.60 Cecità ad un occhio, non altrimenti specificato
- 369.61 Cecità in un occhio: compromissione totale della visione; l'altro occhio: non specificato
- 369.62 Un occhio: danno totale; l'altro occhio: visione quasi normale
- 369.63 Un occhio: danno totale della visione; l'altro occhio: visione normale
- 369.64 Un occhio: danno quasi totale; l'altro occhio: visione non specificata
- 369.65 Un occhio: danno quasi totale; l'altro occhio: visione quasi normale
- 369.66 Un occhio: danno quasi totale; l'altro occhio: visione normale
- 369.67 Un occhio: danno profondo; l'altro occhio: visione non specificata
- 369.68 Un occhio: danno profondo; l'altro occhio: visione quasi normale
- 369.69 Un occhio: danno profondo; l'altro occhio: visione normale

Accorpamento di più codici ICD9CM in un unico codice ICD10IM

Al codice ICD10IM **H54.4 Cecità, monocolare** corrispondono, in tabella di transcodifica, 10 codici ICD9CM

Codici ICD9CM	Codici ICD10IM
369.60 Cecità ad un occhio, non altrimenti specificato	H54.4 Cecità, monocolare
369.61 Cecità in un occhio; l'altro occhio: non specificato	
369.62 Un occhio: danno totale; l'altro occhio: visione quasi normale	
369.63 Un occhio: danno totale della visione; l'altro occhio: visione normale	
369.64 Un occhio: danno quasi totale; l'altro occhio: visione non specificata	
369.65 Un occhio: danno quasi totale; l'altro occhio: visione quasi normale	
369.66 Un occhio: danno quasi totale; l'altro occhio: visione normale	
369.67 Un occhio: danno profondo; l'altro occhio: visione non specificata	
369.68 Un occhio: danno profondo; l'altro occhio: visione quasi normale	
369.69 Un occhio: danno profondo; l'altro occhio: visione normale	

Scissione di un unico codice ICD9CM in più codici ICD10IM

Codici ICD9CM	Codici ICD10IM
910.4 Puntura d'insetto non velenoso, della faccia, del collo e del cuoio capelluto, escluso l'occhio senza menzione di infezione	S00.91 Puntura d'insetto (non velenoso) di parte non specificata della testa
	S00.01 Puntura d'insetto (non velenoso) del cuoio capelluto
	S00.81 Puntura d'insetto (non velenoso) di altre parti della testa
	S00.71 Punture multiple d'insetto (non velenoso) della testa
	S00.51 Puntura d'insetto (non velenoso) del labbro e della cavità orale
	S00.41 Puntura d'insetto (non velenoso) dell'orecchio
	S00.31 Puntura d'insetto (non velenoso) del naso

Parcellizzazione delle informazioni

Alcune informazioni "composte", proposte in ICD9CM attraverso un *unico* codice, non hanno corrispondenza diretta in ICD10IM. Il codice ICD9CM **800.22 *Frattura chiusa della volta cranica con emorragia subaracnoidea, subdurale ed extradurale con perdita di coscienza di durata inferiore a 1 ora*** contiene tre informazioni:

- frattura,
- emorragia subaracnoidea traumatica e
- durata della perdita di coscienza.

Per avere lo stessa quantità di informazioni, in ICD10IM si dovranno utilizzare più codici:

S06.6x Emorragia subaracnoidea traumatica, con/senza ferita intracranica aperta

S02.001 Frattura della volta cranica, chiusa, senza menzione di traumatismo intracranico, perdita di coscienza assente o inferiore a 1 ora

Parcellizzazione delle informazioni

I codici descrittivi di frattura della volta e della base cranica distinguono tra frattura chiusa vs frattura aperta e specificano la durata della perdita di coscienza:

- S02.100 Frattura della base cranica, chiusa, senza menzione di traumatismo intracranico, stato di coscienza non specificato
- S02.101 Frattura della base cranica, chiusa, senza menzione di traumatismo intracranico, perdita di coscienza assente o inferiore a 1 ora
- S02.102 Frattura della base cranica, chiusa, senza menzione di traumatismo intracranico, con perdita di coscienza di durata non specificata
- S02.103 Frattura della base cranica, chiusa, senza menzione di traumatismo intracranico, con perdita di coscienza tra 1 e 24 ore, o superiore a 24 ore
- S02.109 Frattura della base cranica, chiusa, senza menzione di traumatismo intracranico, con commozione cerebrale, non specificata

Parcellizzazione delle informazioni

Attenzione: i codici citati prevedono esplicitamente l'**assenza di traumatismo intracranico**, ma allo stato attuale il sistema non prevede una categoria di codici per descrivere la *frattura della base o della volta cranica, chiusa o aperta, con traumatismo intracranico*

Sono disponibili codici generici, che tuttavia non danno informazioni in merito alla durata della perdita della coscienza, ma prevedono la sola distinzione tra frattura aperta o chiusa:

S02.80 Fratture di altre ossa craniche e facciali, chiusa

S02.81 Fratture di altre ossa craniche e facciali, aperta

La problematica sarà portata all'attenzione del Ministero.

Diversi criteri classificatori e minor dettaglio descrittivo

201 Malattia di Hodgkin

- 201.0 Paragranuloma di Hodgkin
- 201.1 Granuloma di Hodgkin
- 201.2 Sarcoma di Hodgkin
- 201.4 Predominanza linfocitico-istiocitica
- 201.5 Sclerosi nodulare
- 201.6 Cellularità mista
- 201.7 Deplezione linfocitaria
- 201.9 Malattia di Hodgkin, non specificata

Per ogni sottocategoria, ICD9CM dettaglia in base alla regione anatomica (organi solidi o siti extranodali, linfonodi della testa e del collo, intratoracici e mediastinici, intraaddominali, ascellari e dell'arto superiore, inguinali e dell'arto inferiore, pelvici, milza, linfonodi di siti multipli)

C81 Linfoma di Hodgkin

- C81.0 Linfoma di Hodgkin a predominanza linfocitaria nodulare
 - C81.1 Linfoma di Hodgkin (classico) a sclerosi nodulare
 - C81.2 Linfoma di Hodgkin (classico) a cellularità mista
 - C81.3 Linfoma di Hodgkin (classico) a deplezione linfocitaria
 - C81.4 Linfoma di Hodgkin (classico) ricco in linfociti
 - C81.7 Altro linfoma di Hodgkin (classico)
 - C81.9 Linfoma di Hodgkin, non specificato
- ICD10IM non prevede la specifica della regione anatomica

Stessi criteri classificatori ma minor dettaglio descrittivo

I21.0 IMA trasmurale della parete anteriore	I21.1 IMA trasmurale della parete inferiore	I21.2 IMA trasmurale di altre sedi
☐ anteroapicale (410.1x)	☐ della parete diaframmatica (410.4x)	☐ apicolaterale (410.5x)
☐ anterolaterale (410.0x)	☐ (della parete) inferiore S.A.I. (410.4x)	☐ (della parete) laterale S.A.I. (410.5x)
☐ anterosettale (410.1x)	☐ inferolaterale (410.2x)	☐ laterale alto (410.5x)
☐ (della parete) anteriore S.A.I. (410.1x)	☐ inferoposteriore (410.3x)	☐ laterobasale (410.5x)
		☐ posteriore (vero) (410.6x)
		☐ posterobasale (410.6x)
		☐ posterolaterale (410.5x)
		☐ posterosettale (410.8x)
		☐ settale S.A.I. (410.8x)

Diversi assi classificatori

In **ICD9CM** i codici sono raggruppati in relazione al **tipo di lesione**:

- (tutte le) Fratture (800-829)
- (tutte le) Lussazioni (830-839)
- (tutte le) Distorsioni e distrazioni delle articolazioni e dei muscoli adiacenti (840-848)
- (tutti i) Traumatismi intracranici, esclusi quelli associati a frattura del cranio (850-854)
- (tutti i) Traumatismi interni del torace, dell'addome e della pelvi (860-869)
- (tutte le) Ferite aperte (870-897)
- ...

In **ICD10CM** i codici sono raggruppati in relazione alla **sede anatomica** della lesione:

- S00-S09 (tutti i tipi di) Traumatismi della testa
- S10-S19 (tutti i tipi di) Traumatismi del collo
- S20-S29 (tutti i tipi di) Traumatismi del torace
- S30-S39 (tutti i tipi di) Traumatismi di addome, lombi, colonna lombare e pelvi
- S40-S49 (tutti i tipi di) Traumatismi di spalla e braccio
- S50-S59 (tutti i tipi di) Traumatismi di gomito e avambraccio
- S60-S69 (tutti i tipi di) Traumatismi di polso e mano
- ...

Diversi assi classificatori

In **ICD9CM** i **codici E** si sviluppavano nel rispetto di una sistema classificatorio basato sul tipo di incidente, con l'ultimo carattere utilizzato per identificare il "ruolo" della persona infortunata

- incidenti ferroviari (E800-E807)
- incidente da traffico di veicolo a motore (E810-E819)
- incidente non da traffico dei veicoli a motore (E820-E825)
- altri incidenti di veicoli stradali (E826-E829)
- incidente da trasporto su acqua (E830-E838)
- ...

In **ICD10IM**, i codici del **capitolo XX** si articolano in relazione alla modalità (di trasporto), con l'ultimo carattere utilizzato per descrivere il luogo o il tipo di attività nella quale è impegnato il soggetto

- V01-V09 Pedone traumatizzato in incidente da trasporto
- V10-V19 Ciclista traumatizzato in incidente da trasporto
- V20-V29 Motociclista traumatizzato in incidente da trasporto
- V30-V39 Occupante di veicolo a motore a tre ruote traumatizzato in incidente da trasporto
- ...



Codici daga-asterisco

Codici daga e asterisco

ICD-9 aveva introdotto un sistema, mantenuto in **ICD-10**, che prevedeva l'uso di **due codici** per formulazioni diagnostiche che contenessero informazioni su una **malattia generalizzata di base** e su una **manifestazione in un organo o sede particolare**, rappresentanti di per sé un problema clinico.

Nel sistema di classificazione **ICD-9-CM** il simbolismo "daga" ed "asterisco" è stato sostituito dalle indicazioni:

- "*codificare prima*" (in sostituzione del simbolo asterisco) e
- "*codificare anche*" (in sostituzione del simbolo daga)

284.2 Mieloftisi

Anemia leucoeritroblastica

Anemia mieloftisica

codificare per primo il disturbo sottostante come:

neoplasia maligna della mammella (174.0-174.9, 175.0-175.9)

tubercolosi (015.0-015.9)

711.2 Artropatia nella sindrome di Behcet

Codificare per prima la malattia di base (136.1)

711.20 Artropatia nella sindrome di Behcet, sede non specificata

711.21 Artropatia nella sindrome di Behcet, spalla

711.22 Artropatia nella sindrome di Behcet, gomito

711.23 Artropatia nella sindrome di Behcet

730.7 Osteopatie conseguenti a poliomielite

Codificare anche la malattia di base (045.0-045.9)

730.70 Osteopatie conseguenti a poliomielite, sedi non specificate

730.71 Osteopatie conseguenti a poliomielite, scapola e clavicola

730.72 Osteopatie conseguenti a poliomielite,

Codici daga e asterisco

ICD10IM ripropone il sistema daga-asterisco.

La **dimensione del fenomeno** si può ottenere applicando gli opportuni filtri alla tabella ministeriale "ELENCO SISTEMATICO ICD-10-IM V. GAMMA 2.2":

- la **malattia generalizzata di base** è contrassegnata dal simbolo "**daga**" (†);
 - **75** codici daga "**espliciti**"
 - **3.737** codici daga "**possibile**" (codici che possono svolgere la funzione di daga se in sequenza con codici asterisco; in assenza di codici asterisco, possono essere utilizzati anche da soli)
- la **manifestazione** è contrassegnata dal simbolo "**asterisco**" (*)
 - **431** codici asterisco; il codice asterisco non va mai usato da solo

Nella documentazione ministeriale si parla in termini di codice **daga** come codice **principale**; si ritiene più appropriato parlare di codice che "*deve essere registrato prima del codice complementare*", per non sovrapporre l'indicazione in esame al concetto di "*corretta selezione della diagnosi principale*"

Codici daga e asterisco: indicazioni OMS e ministeriali

Evento formativo ministeriale del giorno 08/10/2025:

Regola internazionale (OMS) *(che si applica a ICD9 e ICD10)*

Sebbene il sistema daga-asterisco fornisca classificazioni alternative nelle analisi statistiche, per **ICD** la regola è che il codice daga sia il codice principale e che venga sempre utilizzato.

Nella codifica, il codice asterisco non va mai usato da solo.

Tuttavia, per la codifica della morbosità, **la sequenza** daga-asterisco **può essere invertita** se la manifestazione di una malattia è l'obiettivo principale dell'assistenza sanitaria.

Evento formativo ministeriale del giorno 11/11/2025:

Regola italiana *(che si applica a ICD10IM)*

La codifica prevede l'inversione dei codici: prima codice asterisco e poi codice daga. Un codice asterisco non può essere usato da solo (tranne nel flusso SISM)

Codici daga e asterisco: eccezioni di codifica in ICD9CM (Linee Guida di Codifica RER)

Già in **ICD9CM**, in alcuni casi, è stata ravvisata la necessità di una regola di codifica (data dal GRC) che contraddicesse l'indicazione del manuale, al fine di limitare la produzione di DRG maldefiniti

376.2 Esoftalmo endocrino

Codificare per prima la malattia di base della tiroide (242.0-242.9)

376.21 Esoftalmo tireotossico

376.22 Oftalmoplegia esoftalmica

242.0 Gozzo tossico diffuso

Esoftalmo o gozzo tossico SAI
Ipertiroidismo familiare non autoimmune
Malattia di Basedow
Malattia di Graves

242.00 Gozzo tossico diffuso senza crisi tireotossica

242.01 Gozzo tossico diffuso con crisi tireotossica

Orbitotomia decompressiva in esoftalmo tireotossico

Codici diagnosi principale:

376.21 Esoftalmo tireotossico

Codice intervento:

16.09 Altra orbitotomia

NOTA: non seguire le indicazioni del manuale ICD9CM che prevede di codificare per prima la malattia di base della tiroide (242.0- 242.9)

Codici daga e asterisco: indicazioni semplificate per l'uso

Il focus sulla condizione “codice **asterisco**”, è relativamente veloce.

Un codice diagnosi può essere contrassegnato o meno dal singolo asterisco; nel caso in cui lo sia, dobbiamo sapere che deve necessariamente essere sempre utilizzato in associazione con un codice daga, ovvero che **non può mai essere utilizzato da solo** per la corretta codifica del caso.

I codici "**daga**" possono essere di due tipi:

- espliciti o obbligatori (75 ricorrenze): **devono essere sempre associati ad un codice asterisco**
- possibili o facoltativi (3.737 ricorrenze): **possono essere utilizzati anche da soli.**

Codici daga e asterisco: indicazioni semplificate per l'uso

Dove troviamo l'informazione relativa a daga e asterisco?

- Quando sfogliamo il **manuale**, troveremo a fianco del codice il simbolo daga o il simbolo asterisco, mentre al termine della descrizione estesa della diagnosi appare il codice complementare da utilizzare per fornire una descrizione completa della diagnosi.
- Invece, se consultiamo le tabelle **excel** rese disponibili dal ministero, troveremo una colonna apposita per il carattere “Asterisco” ed una per il carattere “Daga esplicita” o “Daga possibile”.

Codici daga e asterisco: simbologia

Le rubriche **ICD-10-IM** in cui sono presenti termini contrassegnati con i simboli daga e asterisco possono assumere una delle tre seguenti differenti forme

Se nel titolo della rubrica appaiono **entrambi i simboli** (daga e asterisco), tutti i termini classificabili in essa sono soggetti a doppia classificazione e tutti utilizzano la stessa combinazione di codici

A74.0† **Congiuntivite da Chlamydiae (H13.1*)**
Paratracoma

G46.3* **Sindrome ictale del tronco cerebrale (I60-I67†)**
Sindrome di:

- Benedikt
- Claude
- Foville
- Millard-Gubler
- Wallenberg
- Weber

Codici daga e asterisco: simbologia

Se nel titolo della rubrica appaiono **entrambi i simboli** (daga e asterisco), tutti i termini classificabili in essa sono soggetti a doppia classificazione e tutti utilizzano la stessa combinazione di codici

Nelle tabelle excel i codici presentano l'indicazione tra parentesi (+)(*) e nelle colonne dedicate compare il valore "1"

Codice	Titolo	Terminale 0 = no 1 = si	Daga 0 = no daga 1 = daga esplicita 2 = daga possibile	Asterisco 0 = no asterisco 1 = si asterisco
A74.0	Congiuntivite da Chlamydiae (+)	1	1	0

Codice	Titolo	Terminale 0 = no 1 = si	Daga 0 = no daga 1 = daga esplicita 2 = daga possibile	Asterisco 0 = no asterisco 1 = si asterisco
G46.3	Sindrome ictale del tronco cerebrale (I60-I67+) (*)	1	0	1

Codici daga e asterisco: simbologia

Se nel titolo della rubrica appare **uno solo dei due simboli**, tutti i termini classificabili in quella rubrica sono soggetti a doppia classificazione, ma prevedono l'associazione con codici diversi, specificati nel manuale;

A17.8† Altre forme di tubercolosi del sistema nervoso
Ascesso dell'encefalo (G07*)
Meningoencefalite (G05.0*)
Mielite (G05.0*)
Polineuropatia (G63.0*)
Tubercoloma | di | encefalo (G07*)
Tubercolosi | di | midollo spinale (G07*)

G63.0* Polineuropatia in malattie infettive e parassitarie classificate altrove
Polineuropatia (in):
• difterite (A36.8†)
• lebbra (A30.-†)
• malattia di Lyme (A69.2†)
• mononucleosi infettiva (B27.-†)
• parotite epidemica (B26.8†)
• posterpetica (B02.2†)
• sifilide tardiva (A52.1†)
 • congenita (A50.4†)
• tubercolosi (A17.8†)

Codici daga e asterisco: simbologia

*Se nel titolo della rubrica appare **uno solo dei due simboli**, tutti i termini classificabili in quella rubrica sono soggetti a doppia classificazione, ma prevedono l'associazione con codici diversi, specificati nel manuale*

Nelle tabelle excel i codici presentano l'indicazione tra parentesi (+)(*) e nelle colonne dedicate compare il valore "1"

Codice	Titolo	Terminale 0 = no 1 = si	Daga 0 = no daga 1 = daga esplicita 2 = daga possibile	Asterisco 0 = no asterisco 1 = si asterisco
A17.8	Altre forme di tubercolosi del sistema nervoso (+)	1	1	0

Codice	Titolo	Terminale 0 = no 1 = si	Daga 0 = no daga 1 = daga esplicita 2 = daga possibile	Asterisco 0 = no asterisco 1 = si asterisco
G63.0	Polineuropatia in malattie infettive e parassitarie classificate altrove (*)	1	0	1

Codici daga e asterisco: simbologia

Se nel titolo non compare **né il daga né il simbolo asterisco**, l'intera rubrica non è soggetta alla doppia classificazione, ma singoli termini inclusi possono esserlo; in quest'ultima fattispecie i termini inclusi sono contrassegnati con il simbolo della daga e sono abbinati ai rispettivi codici asterisco.

A52.1

Neurosifilide sintomatica

Artropatia sifilitica (tabetica) (di Charcot)† (M14.6*)

Atrofia ottica (H48.0*)

Encefalite (G05.0*)

Meningite (G01*)

Neurite:

- acustica (H94.0*)
- retrobulbare (H48.1*)

Polineuropatia (G63.0*)

Parkinsonismo sifilitico† (G22*)

Tabes dorsale

Escl.: artropatia:

- non sifilitica
- non specificata

sifilitica tardiva†

di Charcot (G98† M14.6*)

Codici daga e asterisco: simbologia

*Se nel titolo non compare **né il daga né il simbolo asterisco**, l'intera rubrica non è soggetta alla doppia classificazione, ma singoli termini inclusi possono esserlo*

Nelle tabelle excel i codici presentano l'indicazione tra parentesi (+ possibile) e nella colonna specifica per il simbolo "daga" compare il valore "2"

Codice	Titolo	Terminale 0 = no 1 = si	Daga 0 = no daga 1 = daga esplicita 2 = daga possibile	Asterisco 0 = no asterisco 1 = si asterisco
A52.2	Neurosifilide asintomatica (+ possibile)	1	2	0

Codici daga e asterisco: un esempio

Operativamente, come utilizzare il codice A59.0?

	A59	Tricomoniasi <i>Escl.:</i> tricomoniasi intestinale (A07.8)
	A59.0	Tricomoniasi genitourinaria Leucorrea (vaginale) da Trichomonas (vaginalis) Prostatite da Trichomonas (vaginalis) [†] (N51.0*)
	A59.8	Tricomoniasi di altre sedi
	A59.9	Tricomoniasi, non specificata

- Il codice A59.0 non presenta né il simbolo daga né il simbolo asterisco nel titolo, quindi può essere utilizzato da solo
- Una delle due diagnosi incluse presenta i simboli daga e asterisco, quindi:
 - In caso di prostatite da Trichomonas dobbiamo utilizzare la codifica combinata N51.0* + A59.0[†]
 - In caso di leucorrea da Trichomonas basta il solo codice A59.0

Codici daga e asterisco

L'applicazione rigorosa della regola di registrare prima il codice asterisco e successivamente il codice daga, può comportare variazione di attribuzione DRG

373.6 Infestazione parassitaria della palpebra

Codificare per prima la malattia di base:
leishmaniosi (085.0-085.9)
loiasi (125.2)
cocerosi (125.3)
pediculosi (132.0)

373.8 Altre infiammazioni delle palpebre

132 Pediculosi e ftiriasi

132.0 Pediculus capitis (pidocchio del capo)

132.1 Pediculus corporis (pidocchio del corpo)

132.2 Phthirus pubis (pidocchio del pube)

Pediculus pubis

132.3 Infestazioni miste

Infestazioni miste causate da parassiti classificabili a più di una categoria da 132.0-132.2

132.9 Pediculosi, non specificata

H03*

H03.0*

Disturbi della palpebra in malattie classificate altrove

Infestazione parassitaria della palpebra in malattie classificate altrove

Dermatite palpebrale da specie Demodex (B88.0†)

Infestazione parassitaria palpebrale in:

- ftiriasi (B85.3†)
- leishmaniosi (B55.-†)
- loiasi (B74.3†)
- oncocerchiasi (B73†)

B85.3

Ftiriasi

Infestazione da:

- Phthirus pubis
- pidocchio del pube

B85.4

Pediculosi e ftiriasi miste

Infestazione classificabile in più di una delle sottocategorie B85.0-B85.3

ICD-9-CM: DRG 284

ICD-10-IM / CIP: DRG 047

Pos	Codice	ICD9	Descrizione	POA	CC	Assegna		SM	RM	
						CMS	APR			
≡		H03.0* 	373.6	Infestazione parassitaria della...			✓	✓	P	P
≡	2	B85.4 	132.3	Pediculosi e ftiriasi miste					1	1

Informazioni su CMS-DRG

DRG: 047

MDC: 2

Peso: 0,5865

Versione: 2026 CMS-240

DRG	047	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC	Ric Ord	1DecTR	Ric Diurni	Soglia	OltreSoglia	
			124,64	382,71	220	13	242,7	
			1051,07	357,67	220	13	242,7	
MDC	2	MALATTIE E DISTURBI DEL L'OCCHIO	B	998,45	339,16	220	13	242,7
			B2	998,45	339,16	220	13	242,7
			C	998,45	339,16	220	13	242,7

Codici daga e asterisco

A02.2	Infezioni localizzate da salmonella	
	Artrite (M01.3*)	
	Malattia renale tubulo-interstiziale (N16.0*)	
	Meningite (G01*)	da salmonella†
	Osteomielite (M90.2*)	
	Polmonite (J17.0*)	

Applicando la regola di OMS e ICD-9-CM:

DIAGNOSI PRINCIPALE

A02.2† *Infezioni localizzate da salmonella*

DIAGNOSI SECONDARIA

G01.8* *Meningite in altre malattie batteriche classificate altrove*

DRG

423 *Altre diagnosi relative a malattie infettive e parassitarie*

MDC

18 *Malattie infettive e parassitarie*

Applicando la regola di ICD-10-IM:

DIAGNOSI PRINCIPALE:

G01.8* *Meningite in altre malattie batteriche classificate altrove*

DIAGNOSI SECONDARIA

A02.2† *Infezioni localizzate da salmonella*

DRG

560 *Infezioni batteriche e tubercolosi del sistema nervoso*

MDC

01 *Malattie e disturbi del sistema nervoso*

Codici daga e asterisco



Alert #1: l'applicazione della regola "generale" che prevede di inserire prima il codice asterisco poi il codice daga, **in alcuni casi** può comportare l'attribuzione del caso ad un DRG diverso da quello che si otteneva in ICD9CM (potenziale parziale disallineamento delle banche dati)

Alert #2: il corretto utilizzo dei codici daga e asterisco può essere oggetto di monitoraggio in termini di qualità della codifica:

- i **75 codici daga "espliciti"** devono essere sempre utilizzati in associazione ad un codice asterisco; questa condizione rende possibile un controllo logico-formale che, in un secondo tempo, potrà divenire addirittura scartante
- i **431 codici asterisco** non possono essere utilizzati in assenza di un codice daga; anche in questo caso si può definire un controllo logico-formale
- sui **3.735 codici daga "facoltativi"** sarà possibile attivare solamente un *alert* relativo alla possibilità di completare la codifica inserendo anche un codice asterisco, se ritenuto opportuno; questo carattere "facoltativo" comporta una potenziale perdita di informazioni derivante dall'omessa registrazione di codici asterisco associabili

Un esempio pratico: polmonite da candida

484.7 Polmonite in altre micosi sistemiche

Codificare per prima la malattia di base

Escl.: polmonite in:
candidosi (112.4)
coccidioidomicosi (114.0)
istoplasmosi (aggiungere 5 come quinta cifra a 115.0-115.9)

J17.2*

Polmonite in micosi

Polmonite in:

- aspergillosi (B44.0-B44.1†)
- candidosi (B37.1†)
- coccidiomicosi (B38.0-B38.2†)
- istoplasmosi (B39.-†)

112.4 Candidiasi del polmone

Polmonite da Candida

B37.1

Candidosi polmonare

Una codifica ICD9CM "limitata" ad un unico codice specifico, in ICD10IM diventa una codifica *combinata* daga-asterisco.

B37.1 non è un codice daga, e può essere utilizzato "da solo" all'interno della SDO. Che significato dare a ciò? Il codice **B37.1 Candidosi polmonare** descrive il reperimento nell'albero respiratorio della Candida, senza evidenza di polmonite; associando il codice **J17.2* Polmonite in micosi**, specifichiamo che vi è una micosi di base che ha dato luogo ad una polmonite.

Un esempio pratico: sifilide cardiovascolare

093 Sifilide cardiovascolare

093.0 Aneurisma dell'aorta, specificato come sifilitico

Dilatazione dell'aorta, specificata come sifilitica

093.1 Aortite sifilitica

093.2 Endocardite sifilitica

093.20 Endocardite sifilitica delle valvole, non specificata

Malattia coronarica meatale sifilitica

093.21 Endocardite sifilitica della valvola mitralica

093.22 Endocardite sifilitica della valvola aortica

Insufficienza aortica sifilitica o stenosi

093.23 Endocardite sifilitica della valvola tricuspide

093.24 Endocardite sifilitica della valvola polmonare

093.8 Altre sifilidi cardiovascolari specificate

093.81 Pericardite sifilitica

093.82 Miocardite sifilitica

093.89 Altre sifilidi cardiovascolari specificate

093.9 Sifilide cardiovascolare, non specificata

A52.0†

Sifilide cardiovascolare

Aneurisma dell'aorta (I79.0*)

Aortite (I79.1*)

Arterite cerebrale (I68.1*)

Endocardite S.A.I. (I39.8*)

Insufficienza aortica (I39.1*)

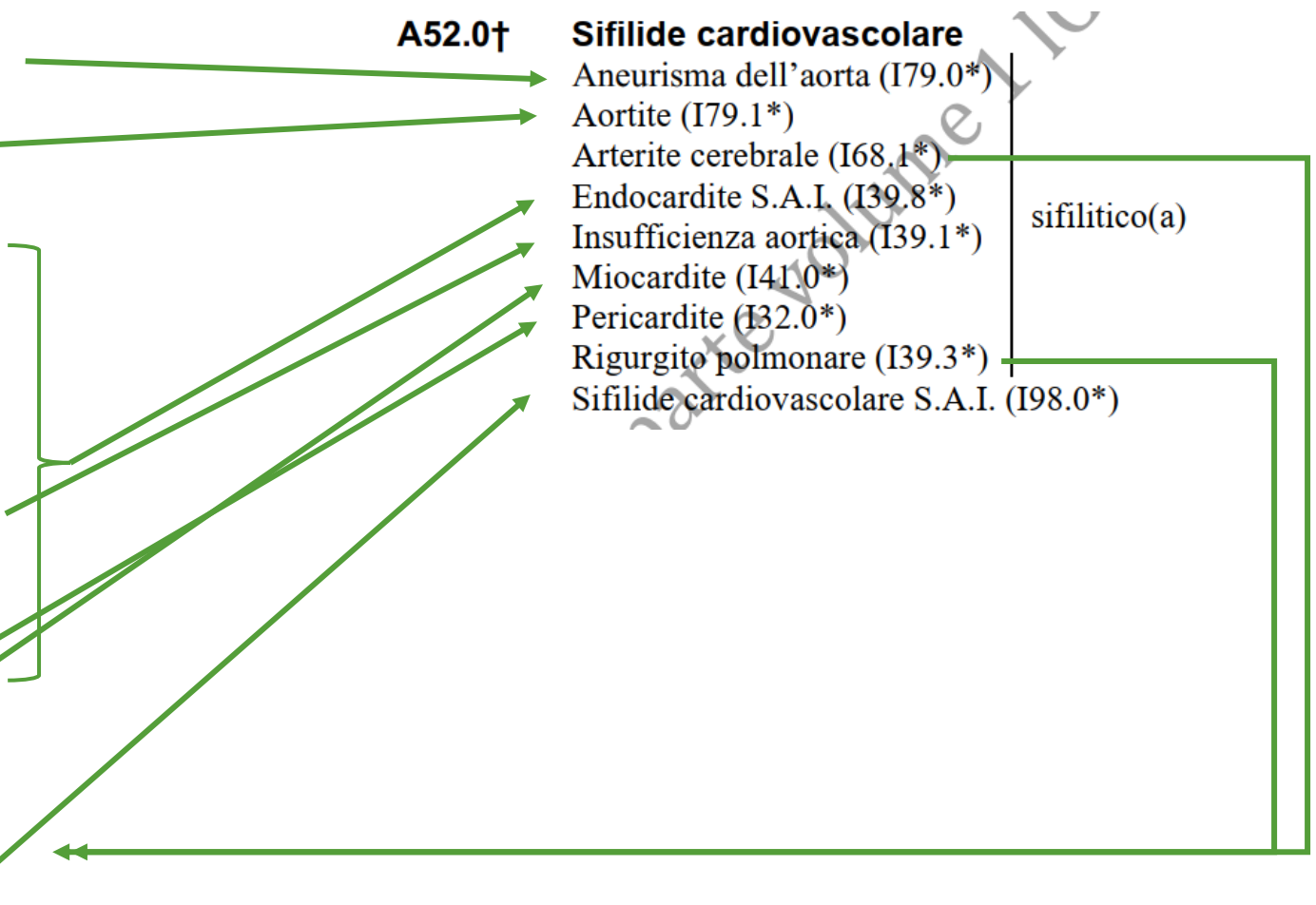
Miocardite (I41.0*)

Pericardite (I32.0*)

Rigurgito polmonare (I39.3*)

Sifilide cardiovascolare S.A.I. (I98.0*)

sifilitico(a)



Un esempio pratico: sifilide cardiovascolare

In ICD9CM si è scelto di **ampliare il numero dei codici terminali**, dettagliando al meglio le condizioni di maggiore interesse e rilevanza clinica ed epidemiologica, ed assegnando a ciascuna di esse un codice specifico, con l'indubbio vantaggio di semplificare la codifica, limitata ad un unico codice in grado di dare piena e soddisfacente descrizione delle diverse manifestazioni che possono caratterizzare la malattia e la sua evoluzione clinica

ICD10IM, invece, va nella direzione di codici apparentemente dotati di **minore specificità e granularità**; va evidenziato l'avverbio "apparentemente"; ove ritenuto significativo, anche per non discostare in maniera eccessiva la capacità descrittiva dei diversi sistemi, il dettaglio informativo offerto da ICD9CM è stato ricreato in ICD10IM attraverso l'uso di coppie di codici, aggregati, che costituiscono una unità informativa funzionale: la coppia daga-asterisco.

PROBLEM
SOLVED

Batteriemia, sepsi e setticemia

Batteriemia

Il codice **ICD9CM 790.7** BATTERIEMIA NON SPECIFICATA descrive una " *Condizione morbosa, rilevata dall'emocoltura, caratterizzata dalla presenza transitoria nel sangue di germi patogeni; differisce dalla setticemia e dalla setticopioemia per la mancanza di una sintomatologia generale.*" (fonte Treccani on line, ultimo accesso 14/03/2026).

790.7 Batteriemia non specificata

Utilizzare un codice aggiuntivo per identificare il batterio (041)

Escl.: setticemia (038)

In **ICD10IM** la diagnosi di batteriemia compare come inclusione al codice A49.9 e 1) non richiede alcuna codifica supplementare 2) né esclude esplicitamente la setticemia

A49.9 Infezione batterica, non specificata

Batteriemia S.A.I.

Infezione batterica in condizioni classificate altrove

La categoria **ICD9CM 041** INFEZIONI BATTERICHE IN MANIFESTAZIONI MORBOSE CLASSIFICATE ALTROVE E DI SEDE NON SPECIFICATA, trova corrispondenza nelle categorie **ICD10IM B95** e **B96**, esplose alla 4° cifra, non utilizzabili in posizione di diagnosi principale

- B95 Streptococco e stafilococco come causa di malattie classificate in altri capitoli
- B96 Altri batteri specificati come causa di malattie classificate in altri capitoli

Batteri, virus e altri agenti infettivi (B95-B98)

Nota: Queste categorie non devono essere mai utilizzate nella codifica della condizione patologica principale. Sono fornite come codici supplementari o addizionali quando sia desiderabile l'identificazione dello(degli) agente(i) infettivo(i) in malattie classificate altrove.

Setticemia

I codici **ICD9CM** della categoria **038** descrivono una "*Malattia infettiva generalizzata, dovuta alla persistente presenza nel sangue di batteri (streptococchi, stafilococchi, pneumococchi, meningococchi, [...] ecc.), meno spesso di miceti, che si manifesta con una sintomatologia imponente e piuttosto caratteristica (febbre alta, continua o remittente, insorgente con brividi, stato generale variamente compromesso,*" (fonte Treccani on line, ultimo accesso 14/03/2026).

In **ICD10IM**:

- I codici della categoria 038 trovano corrispondenza transcodifica nei codici delle categoria **A40** e **A41**
- Nel titolo delle singole diagnosi il termine "Setticemia" è stato modificato in "Sepsi"
- Il termine "Setticemia" compare solo come inclusione al codice A41.9

A41.9 **Sepsi, non specificata**
Setticemia

SIRS

R65

Sindrome da risposta infiammatoria sistemica [SIRS]

Nota: Per la morbosità questa categoria non deve essere utilizzata per la codifica della condizione patologica principale. Va usata nella codifica multipla per identificare che questa condizione patologica è conseguenza di altre cause. Per indicare la causa o la malattia di base deve essere assegnato per primo un codice di un altro capitolo. Per la mortalità, vedere le istruzioni riportate nel Volume 2.

- R65.0** **Sindrome da risposta infiammatoria sistemica di origine infettiva senza insufficienza d'organo**
- R65.1** **Sindrome da risposta infiammatoria sistemica di origine infettiva con insufficienza d'organo**
Sepsi severa
- R65.2** **Sindrome da risposta infiammatoria sistemica di origine non infettiva senza insufficienza d'organo**
- R65.3** **Sindrome da risposta infiammatoria sistemica di origine non infettiva con insufficienza d'organo**
- R65.9** **Sindrome da risposta infiammatoria sistemica, non specificata**

Indicazioni per la codifica:

1. Va usato in associazione con altri codici
2. codificare prima la causa o la malattia di base
3. codici non registrabili in diagnosi principale

Problemi sottoposti al Ministero

1. In caso di sepsi sostenuta, per esempio, da stafilococco aureo, il quadro è descrivibile utilizzando il solo codice A41.0?
A41.0 Sepsi da Stafilococco aureo
A41.1 Sepsi da altro stafilococco specificato
 Sepsi da stafilococco coagulasi negativo
A41.2 Sepsi da stafilococco non specificato
2. Devo aggiungere anche il codice R65.1 Sindrome da risposta infiammatoria sistemica di **origine infettiva** con insufficienza d'organo (**Sepsi severa**)?
3. Come descrivo un quadro di setticemia non evoluta in sepsi?

PROBLEM
SOLVED

Lesioni ulcerative cutanee

Ulcera: ICD9CM

ICD9CM dal 2010: 18 codici

- **707.0x**-ulcera da decubito, per sede anatomica [**9 codici, 1 sino al 2009**]
- **707.1x**-ulcera AAll, eccetto ulcera da decubito (**7 codici**: sede non specificata, coscia, polpaccio, caviglia, tallone e tarso-metatarso, altre parti del piede, altre parti degli arti inferiori)
- **707.8** Ulcerazioni croniche di altre sedi specificate
- **707.9** Ulcerazioni croniche di sedi non specificate

707.0 **Ulcerazione da decubito**

Ulcera da compressione

Ulcera da decubito

Ulcerazioni da decubito (ogni localizzazione)

707.00 Ulcerazione da decubito, sito non specificato

707.01 Ulcerazione da decubito del gomito

707.02 Ulcerazione da decubito, parte superiore del dorso
Scapole

707.03 Ulcerazione da decubito, parte inferiore del dorso
Sacro

707.04 Ulcerazione da decubito dell'anca

707.05 Ulcerazione da decubito della natica

707.06 Ulcerazione da decubito della caviglia

707.07 Ulcerazione da decubito del tallone

707.09 Ulcerazione da decubito di altro sito
Testa

707.1 Ulcera degli arti inferiori, eccetto ulcera da decubito

Ulcera: ICD10IM e transcodifica a ICD9CM

Di seguito, sono descritti i codici *terminali* delle categorie L89 e L97, con i codici ICD9CM ai quali *punta* la transcodifica.

• L89.0 Ulcera da decubito e da pressione stadio I		707.00
• L89.1 Ulcera da decubito stadio II		707.03
• L89.2 Ulcera da decubito stadio III		707.03
• L89.3 Ulcera da decubito stadio IV		707.03
• L89.9 Ulcera da decubito e da pressione, non specificata		707.03
• L97 Ulcera di arto inferiore, non classificata altrove		707.15

Ulcera: transcodifica

Il confronto tra i due sistemi di classificazione offre alcuni spunti di riflessione:

- I criteri classificatori sono differenti: mentre in ICD9CM il criterio è la sede anatomica, in ICD10IM è lo stadio della lesione. Questa condizione rende non confrontabili i dati codificati con sistemi diversi
- Il codice ICD10IM **L89.0 Ulcera da decubito e da pressione stadio I** punta al codice ICD9CM **707.00 Ulcerazione da decubito, sito non specificato**, mentre tutti gli altri codici della categoria L89, dallo stadio 2 al 4 compreso, fanno riferimento alla sola sede sacrale (sicuramente la più rappresentata nella banca dati nazionale)
- Nella tabella di conversione *inversa*, ogni singolo codice della categoria ICD9CM 707.0x può essere associato a ciascuno dei codici della categoria L89.x, ma non è specificato il criterio di assegnazione.
- Tutti i codici ICD9CM della categoria 707.1x ULCERA DEGLI AA.II. ECCETTO QUELLE DA DECUBITO, 9 in tutto, puntano all'unico codice ICD10IM disponibile: L97.

PROBLEM
SOLVED

Postumi e riabilitazione

Postumi (*da 42 codici ICD9CM a 81 codici ICD10IM*)

- 905 Postumi di traumatismi del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo** (10 codici; sede anatomica)
- 906 Postumi di traumatismi della pelle e del tessuto sottocutaneo** (10 codici; alcune sedi - testa, arti - e alcune tipologie di lesione - contusione, schiacciamento, ustione ...)
- 907 Postumi di traumatismi del sistema nervoso** (7 codici; distretto anatomico)
- 908 Postumi di altri e non specificati traumatismi** (8 codici; organi interni, corpo estraneo)
- 909 Postumi di altre e non specificate cause esterne** (7 codici; agenti esterni, farmaci, cure mediche o chirurgiche, ...)

- T90 Sequele di traumatismi della testa**
 - T90.0 Sequele di traumatismo superficiale della testa
 - T90.1 Sequele di ferita aperta della testa
 - T90.2 Sequele di frattura di cranio e ossa facciali
 - T90.3 Sequele di traumatismo di nervi cranici
 - T90.4 Sequele di traumatismo dell'occhio e dell'orbita
 - T90.5 Sequele di traumatismo intracranico
 - T90.8 Sequele di altri specificati traumatismi della testa
 - T90.9 Sequele di traumatismo non specificato della testa
- T91 Sequele di traumatismi del collo e del tronco**
- T92 Sequele di traumatismi di arto superiore** <...>
- T98 Sequele di altri e non specificati effetti di cause esterne**

Variazioni: diversa terminologia

438 Postumi delle malattie cerebrovascolari

Nota: questa categoria deve essere utilizzata per indicare manifestazioni morbose in 430-437 come la causa di postumi, essi stessi classificabili altrove. I “postumi” comprendono manifestazioni specificate come tali, o come conseguenza, che può verificarsi in qualsiasi momento dall’insorgenza della condizione iniziale.

438.0 Deficit cognitivo

438.1 Deficit nella parola e nel linguaggio

438.10 Deficit nella parola e nel linguaggio, non specificato

438.11 Afasia

438.12 Disfasia

438.19 Altri deficit nella parola e nel linguaggio

438.2 Emiplegia/emiparesi

438.20 Emiplegia a sede emisferica non specificata

438.21 Emiplegia dell’emisfero dominante

438.22 Emiplegia dell’emisfero non dominante

I69

Sequela di malattia cerebrovascolare

Nota: La categoria I69 deve essere usata per indicare condizioni patologiche classificate nelle categorie I60-I67.1 e I67.4-I67.9 come causa di sequela, che di per sé sono classificate altrove. Le “sequela” comprendono condizioni patologiche specificate come tali o come postumi o presenti dopo un anno o più dall’esordio della malattia causale. Non utilizzare per malattie cerebrovascolari croniche, da codificare utilizzando le categorie da I60 a I67.

I69.0 Sequela di emorragia subaracnoidea

I69.1 Sequela di emorragia intracerebrale

I69.2 Sequela di altra emorragia intracranica non traumatica

I69.3 Sequela di infarto cerebrale

I69.4 Sequela di accidente cerebrovascolare, non specificato se da emorragia o da infarto

I69.8 Sequela di altre e non specificate malattie cerebrovascolari

Postumi di malattia cerebrovascolare

- In ICD9CM abbiamo una serie di codici che descrivono sia la manifestazione che la causa (es. **438.82** ALTRI POSTUMI DI MALATTIE CEREbroVASCOLARI: DISFAGIA)
- Per ottenere la stessa informazione con ICD10IM necessitiamo di un codice che descriva la causa (es I69.1 SEQUELE DI EMORRAGIA INTRACEREBRALE), e di uno che descriva il tipo di condizione residua, nell'esempio R13.0 DISFAGIA
- Nel caso della disfagia post-ictus, quale codice utilizzare come diagnosi principale?
La definizione di diagnosi principale contenuta nel DM della SDO-R ("*Sindrome funzionale, postumi/esiti, menomazione/disabilità*") è generica e si può applicare ad entrambi i codici proposti:
 - R13.0 disfagia in PDx determina DRG 182-184, MDC 6
 - I69.1 sequela in PDx determina DRG 012, MDC 1

Cardiopatie ischemiche

Cardiopatie ischemiche: I20-I25 (vs 410-414)

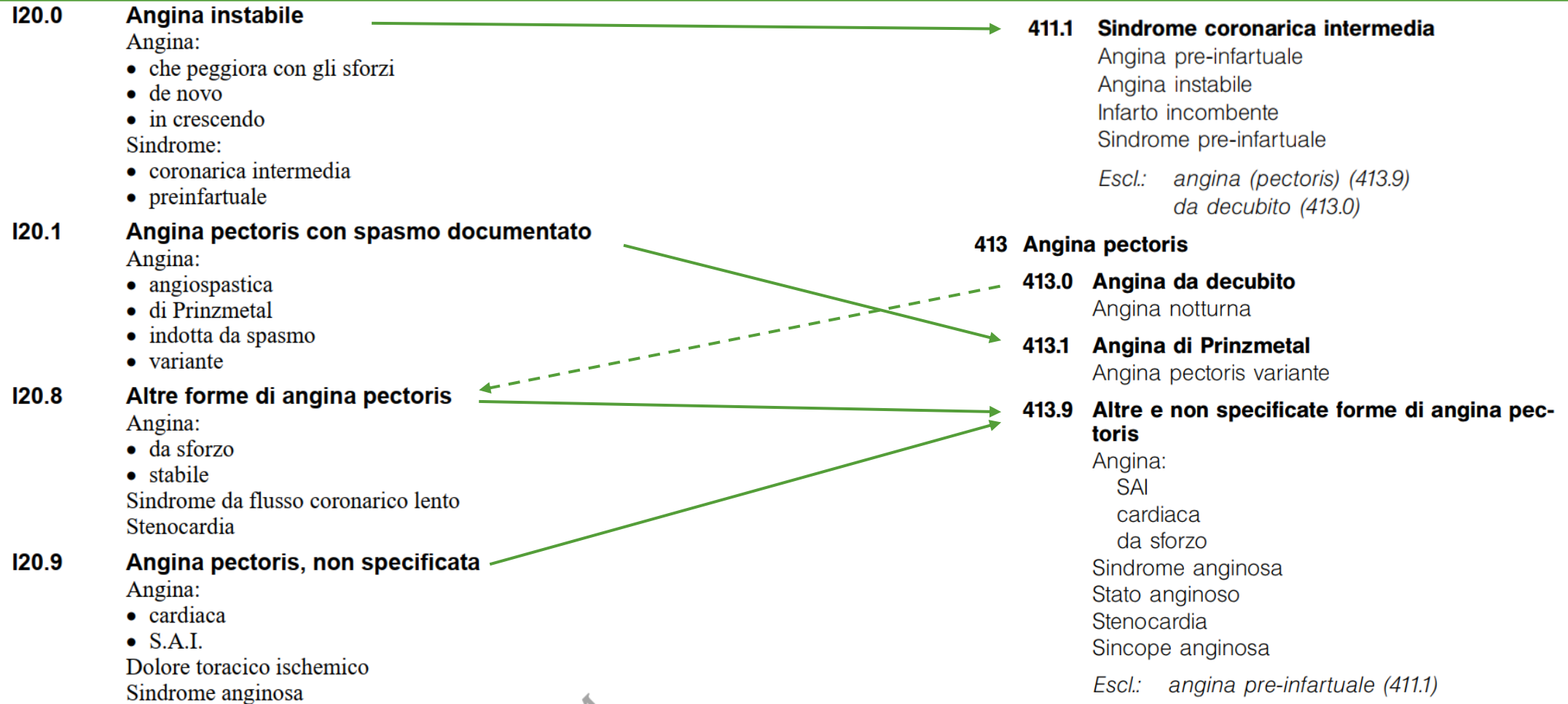
Macro differenze:

- Variazioni numeriche: ICD9CM propone 51 codici, mentre ICD10IM ne propone 44
- il codice ICD9CM **412 Infarto miocardico pregresso** in ICD10IM diventa una sottocategoria della categoria **I25 Cardiopatia ischemica cronica** (I25.2)
- le categorie **I22 Infarto miocardico recidivante** e **I23 Alcune complicanze in atto a seguito di infarto miocardico acuto** non hanno pari corrispondenza in ICD9CM

Cardiopatie ischemiche: I20

Angina pectoris

I20



Cardiopatie ischemiche: I21-I22

L'infarto del miocardio è rappresentato da due categorie di codici: I21 e I22

- **I21 Infarto miocardico acuto**

La categoria comprende 11 codici in ICD10IM, contro i 30 codici ICD9CM della categoria 410

- **I22 Infarto miocardico recidivante**

La categoria comprende 7 codici in ICD10IM, senza corrispondenza diretta in ICD9CM

Sommando i codici di entrambe le categorie, tutti descrittivi di infarto del miocardio, arriviamo a 18 codici ICD10IM contro i 30 previsti in ICD9CM.

Cardiopatie ischemiche: I21-I22

Riduzione della **durata** della finestra temporale da 8 a 4 settimane

410 Infarto miocardico acuto

Incl.: infarto cardiaco
coronaria (arteria):
 embolismo
 occlusione
 rottura
 trombosi
infarto del cuore, del miocardio o del ventricolo
rottura del cuore, del miocardio o del ventricolo
Infarto miocardico con tratto ST elevato (STEMI)
e senza tratto ST elevato (NSTEMI)
ogni condizione classificabile a 414.1-414.9 specificata come **acuta o con durata di 8 settimane o meno**

I21

Infarto miocardico acuto

Incl.: infarto miocardico specificato come **acuto o con una durata accertata di 4 settimane (28 giorni) o meno dall'esordio**

I22

Infarto miocardico recidivante

Nota: Per la codifica della morbosità, questa categoria deve essere assegnata in caso di infarto di qualsiasi sede del miocardio che si verifichi **entro 4 settimane (28 giorni) da un precedente infarto.**

Cardiopatie ischemiche: I21-I22

Relativamente alla **categoria I22**, va precisato che mentre il termine "recidivante" sottintende, di fatto, un re-infarto, nella forma inglese originale è utilizzato il termine "*Subsequent*" che ha i seguenti sinonimi: next, following, succeeding, successive, resulting, ensuing, consequent, to come, posterior (formal), later, follow-up, further, coming, to follow.

La **nota** alla **categoria I22** recita: "*Per la codifica della morbosità, questa categoria deve essere assegnata in caso di infarto di qualsiasi sede del miocardio che si verifichi entro 4 settimane (28 giorni) da un precedente infarto*", confermando il cambio di significato da "*successivo, conseguente ...*" a "*recidivante*" e definendo la necessità di aver diagnosticato un IMA nelle precedenti 4 settimane.

Avendo dimesso un paziente con diagnosi principale ICD9CM 411.81 OCCLUSIONE CORONARICA ACUTA SENZA INFARTO MIOCARDICO, posso utilizzare un codice della categoria I22 per descrivere un ricovero successivo per IMA, a breve distanza dal precedente evento acuto?

Il termine "*Subsequent*" potrebbe autorizzarmi a ciò, ma la nota alla categoria I22 limita l'uso dei codici ad un precedente IMA

Cardiopatie ischemiche: I21-I22

In **ICD9CM**, la **quarta cifra** dei codici della categoria 410-Infarto miocardico acuto descrive la **sede** della lesione.

In **ICD10IM**, i codici delle categorie I21 ed I22 rispettano lo stesso criterio descrittivo, ma si riduce il dettaglio.

Due precisazioni:

1. I codici **I21.40** e **I21.48** sono specifici per "Infarto miocardico acuto subendocardico" (in ICD9CM avevamo 410.70, 410.71 e 410.72)
2. I codici della categoria **I22** parlano di "Infarto miocardico recidivante", specificano sedi diverse, ma non fanno distinzione tra STEMI e NSTEMI.

Cardiopatie ischemiche: I21-I22

ICD9	Descrizione sotto categoria	ICD10	Descrizione sotto categoria
410.0	STEMI DELLA PARETE ANTEROLATERALE	I21.0	STEMI DELLA PARETE ANTERIORE
410.1	STEMI DI ALTRA PARTE DELLA PARETE ANTERIORE	I22.0	IMA RECIDIVANTE DELLA PARETE ANTERIORE
410.2	STEMI DELLA PARETE INFEROLATERALE	I21.1	STEMI DELLA PARETE INFERIORE
410.3	STEMI DELLA PARETE INFEROPOSTERIORE	I22.1	IMA RECIDIVANTE DELLA PARETE INFERIORE
410.4	STEMI DI ALTRA PARTE DELLA PARETE INFERIORE		
410.5	STEMI DI ALTRA PARTE DELLA PARETE LATERALE	I21.2	STEMI DI ALTRE SEDI
410.6	STEMI STRETTAMENTE POSTERIORE	I22.8	IMA RECIDIVANTE DI ALTRE SEDI
410.8	STEMI DI ALTRE SEDI SPECIFICATE – NIA/ NEC		
410.7	NSTEMI	I21.4	NSTEMI
410.9	STEMI A SEDE NON SPECIFICATA – SAI/ NOS	I21.3	STEMI DI SEDE NON SPECIFICATA
		I22.9	IMA RECIDIVANTE DI SEDE NON SPECIFICATA
		I21.9	IMA, NON SPECIFICATO

Cardiopatie ischemiche: I21-I22

Aggiornamento della **quinta cifra**, che connota temporalmente l'episodio di ricovero in relazione al momento in cui è stata diagnosticata / è insorta la condizione.

In ICD9CM:

- 1. Episodio iniziale di assistenza:** descrive un infarto del miocardio diagnosticato recentemente (all'accettazione o durante il ricovero in esame)
- 2. Episodio successivo di assistenza:** individua un episodio di assistenza successivo ad un episodio iniziale (ad esempio, ricovero per successive osservazioni, valutazioni o trattamenti per un infarto del miocardio che abbia già ricevuto un trattamento iniziale ma che sia avvenuto entro le otto settimane precedenti)
- 0. Episodio di assistenza non specificato:** utilizzabile quando la documentazione clinica non contiene informazioni sufficienti per l'utilizzo dei caratteri 1 o 2

In ICD10IM:

- 0. Episodio iniziale di assistenza** (corrisponde al valore 1 del precedente sistema di classificazione)
- 8. Altro o non specificato episodio di assistenza** (corrisponde ai valori 2 e 0 del precedente sistema di classificazione)

Cardiopatie ischemiche: I21-I22

Quando l'infarto del miocardio rappresenta la diagnosi principale, la corretta selezione della **quinta cifra** risulta determinante anche nell'assegnazione del DRG:

Episodio non specificato (5° cifra **0** in ICD9CM, **8** in ICD10IM)

144 Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio con CC

145 Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio no CC

Episodio iniziale (5° cifra **1** in ICD9CM, **0** in ICD10IM)

121 Malattie cardiovascolari con IMA, con CC maggiori, vivi

122 Malattie cardiovascolari con IMA, no CC maggiori, vivi

123-Malattie cardiovascolari con IMA, morti

Episodio successivo (5° cifra **2** in ICD9CM, **8** in ICD10IM)

144 Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio con CC

145 Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio no CC

Cardiopatie ischemiche: I23

Introduzione della codifica per le **complicazioni «correnti»** degli episodi infartuali (causalmente correlate all'infarto e/o al trattamento eseguito): emopericardio, difetto interatriale e/o interventricolare, rottura di parete, corde tendinee, muscolo papillare, trombosi dell'atrio, altra

I23

Alcune complicanze in atto a seguito di infarto miocardico acuto

Escl.: le condizioni patologiche elencate, quando:

- concomitanti con infarto miocardico acuto (I21-I22)
- non specificate come complicanze in atto a seguito di infarto miocardico acuto (I31.-, I51.-)

I23.0	Emopericardio come complicanza in atto a seguito di infarto miocardico acuto
I23.1	Difetto settale interatriale come complicanza in atto a seguito di infarto miocardico acuto
I23.2	Difetto settale interventricolare come complicanza in atto a seguito di infarto miocardico acuto
I23.3	Rottura della parete cardiaca senza emopericardio come complicanza in atto a seguito di infarto miocardico acuto <i>Escl.:</i> con emopericardio (I23.0)
I23.4	Rottura delle corde tendinee come complicanza in atto a seguito di infarto miocardico acuto
I23.5	Rottura del muscolo papillare come complicanza in atto a seguito di infarto miocardico acuto
I23.6	Trombosi dell'atrio, dell'auricola dell'atrio e del ventricolo come complicanze in atto a seguito di infarto miocardico acuto
I23.8	Altre complicanze in atto a seguito di infarto miocardico acuto

Cardiopatie ischemiche: I24

La categoria ICD910IM **I24** comprende **4** codici *terminali*. La transcodifica da ICD9CM a ICD10IM associa il codice 411.1 SDR CORONARICA INTERMEDIA ad altra categoria (codice I20.0 ANGINA INSTABILE)

411 Altre forme acute e subacute di cardiopatia ischemica

411.0 Sindrome post-infartuale

Sindrome di Dressler

411.1 Sindrome coronarica intermedia

Angina pre-infartuale

Angina instabile

Infarto imminente

Sindrome pre-infartuale

*Escl.: angina (pectoris) (413.9)
da decubito (413.0)*

411.8 Forme diverse, acute e subacute, di cardiopatia ischemica

411.81 Occlusione coronarica acuta senza infarto miocardico

411.89 Ulteriori forme, acute e subacute di cardiopatia ischemica

I24

Altre cardiopatie ischemiche acute

*Escl.: angina pectoris (I20.-)
ischemia miocardica transitoria del neonato (P29.4)*

I24.0

Trombosi coronarica non esitante in infarto miocardico

Embolia

Occlusione

Tromboembolia

(di arteria) (di vena) coronarica non esitante in infarto miocardico

Escl.: trombosi coronarica specificata come cronica o con una durata accertata di più di 28 giorni dall'esordio (I25.8)

I24.1

Sindrome di Dressler

Sindrome post-infarto miocardico

I24.8

Altre forme di cardiopatia ischemica acuta

Disfunzione

Insufficienza

coronarica

I24.9

Cardiopatia ischemica acuta, non specificata

Escl.: cardiopatia ischemica (cronica) S.A.I. (I25.9)

Cardiopatie ischemiche: I25

La categoria ICD910IM **I25** comprende **9** codici *terminali*, mentre in ICD9CM la corrispondente categoria **414** ne prevede **14**. Il processo di transcodifica da ICD10IM a ICD9CM *punta* su soli 5 codici della categoria 414

Il codice I25.2 INFARTO MIOCARDICO PREGRESSO in ICD9CM prevede una categoria specifica, 412

I25.0	Malattia cardiovascolare aterosclerotica, così descritta	414.9
I25.1	Cardiopatia aterosclerotica	414.01
I25.2	Infarto miocardico pregresso	412
I25.3	Aneurisma cardiaco	414.10
I25.4	Aneurisma e dissezione di arteria coronaria	414.11
I25.5	Cardiomiopatia ischemica	414.9
I25.6	Ischemia miocardica silente	414.8
I25.8	Altre forme di cardiopatia ischemica cronica	414.8
I25.9	Cardiopatia ischemica cronica, non specificata	414.9

Traumatismi

Traumatismi: un nuovo asse

In **ICD9CM** i codici sono raggruppati in relazione al **tipo di lesione**:

- (tutte le) Fratture (800-829)
- (tutte le) Lussazioni (830-839)
- (tutte le) Distorsioni e distrazioni delle articolazioni e dei muscoli adiacenti (840-848)
- (tutti i) Traumatismi intracranici, esclusi quelli associati a frattura del cranio (850-854)
- (tutti i) Traumatismi interni del torace, dell'addome e della pelvi (860-869)
- (tutte le) Ferite aperte (870-897)
- ...

In **ICD10CM** i codici sono raggruppati in relazione alla **sede anatomica** della lesione:

- S00-S09 (tutti i tipi di) Traumatismi della testa →
- S10-S19 (tutti i tipi di) Traumatismi del collo
- S20-S29 (tutti i tipi di) Traumatismi del torace
- S30-S39 (tutti i tipi di) Traumatismi di addome, lombi, colonna lombare e pelvi
- S40-S49 (tutti i tipi di) Traumatismi di spalla e braccio
- S50-S59 (tutti i tipi di) Traumatismi di gomito e avambraccio
- S60-S69 (tutti i tipi di) Traumatismi di polso e mano
- ...

Traumatismi: un nuovo asse

S00 Traumatismo superficiale della testa
(vescicola, punture d'insetto, contusione)

S01 Ferita aperta della testa

S02 Frattura del cranio e di ossa facciali
(con perdita di coscienza assente o inferiore a 1 ora, perdita di coscienza non specificata, ovvero "tra 1 e 24 ore, o superiore a 24 ore")

S03 Lussazione, distorsione e distrazione di articolazioni e legamenti della testa
(comprende anche *S03.2 Lussazione di dente*)

S04 Traumatismo di nervi cranici

S05 Traumatismo dell'occhio e dell'orbita
(contusione, lacerazione, avulsione, ferita penetrante)

S06 Traumatismo intracranico (commozione, edema cerebrale, traumatismo diffuso vs locale, emorragia epidurale, subdurale, subaracnoidea, TC con coma prolungato)

S07 Traumatismo da schiacciamento della testa

S08 Amputazione traumatica di parte della testa (cuoio capelluto, orecchio, altro)

S09 Altri e non specificati traumatismi della testa (compresi traumatismi multipli)

Numerosità

Il **capitolo XIX** del manuale ICD10IM **Traumatismi, avvelenamenti e alcune altre conseguenze di cause esterne (S00-T98)** contiene **921** codici *terminali* contro i **1.334** codici *terminali* previsti dal **capitolo 17 Traumatismi e avvelenamenti (800-999)** di ICD9CM (69%).



Frattura del femore

Numerosità:

- ICD10IM prevede 16 codici diagnosi
- ICD9CM contiene 32 codici diagnosi
 - I codici che potranno essere generati attraverso la transcodifica automatica da ICD10IM a ICD9CM si riducono a 12

Nelle tabelle che seguono, sono descritti i codici ICD9CM relativi alla frattura di femore ed i corrispondenti codici ICD10IM previsti dalla tabella ministeriale di transcodifica.

I codici evidenziati in verde sono quelli che si ottengono applicando la codifica *inversa* da ICD10IM a ICD9CM.

ICD9CM: frattura transcervicale del femore

820.0 Frattura transcervicale, chiusa 820.00 Frattura transcervicale, chiusa, della sezione intracapsulare, non specificata 820.01 Epifisi (separazione) (superiore) Transepifisale 820.02 Frattura transcervicale, chiusa, della sezione mediocervicale Transcervicale SAI 820.03 Frattura della base del collo Sezione cervicotrocanterica 820.09 Altra frattura transcervicale, chiusa	820.1 Frattura transcervicale, esposta 820.10 Sezione intracapsulare, non specificata 820.11 Epifisi (separazione) (superiore) 820.12 Sezione mediocervicale 820.13 Base del collo 820.19 Altro	820.8 Parte non specificata del collo del femore, chiusa Anca SAI Collo del femore SAI 820.9 Parte non specificata del collo del femore, esposta
---	--	---

ICD9CM	Titolo ICD-9-CM	ICD10IM	Titolo ICD-10-IM, versione Gamma 2.1
820.00	(Frattura del collo del femore) (Frattura transcervicale, chiusa) Frattura transcervicale, chiusa, della sezione intracapsulare, non specificata	S72.00	Frattura del collo del femore, chiusa
820.01	(Frattura del collo del femore) (Frattura transcervicale, chiusa) Epifisi (separazione) (superiore)		
820.02	(Frattura del collo del femore) (Frattura transcervicale, chiusa) Frattura transcervicale, chiusa, della sezione mediocervicale		
820.03	(Frattura del collo del femore) (Frattura transcervicale, chiusa) Frattura della base del collo		
820.09	(Frattura del collo del femore) (Frattura transcervicale, chiusa) Altra frattura transcervicale, chiusa		
820.8	(Frattura del collo del femore) Parte non specificata del collo del femore, chiusa		
820.10	(Frattura del collo del femore) (Frattura transcervicale, esposta) Sezione intracapsulare, non specificata	S72.01	Frattura del collo del femore, aperta
820.11	(Frattura del collo del femore) (Frattura transcervicale, esposta) Epifisi (separazione) (superiore)		
820.12	(Frattura del collo del femore) (Frattura transcervicale, esposta) Sezione mediocervicale		
820.13	(Frattura del collo del femore) (Frattura transcervicale, esposta) Base del collo		
820.19	(Frattura del collo del femore) (Frattura transcervicale, esposta) Altro		
820.9	(Frattura del collo del femore) Parte non specificata del collo del femore, esposta		

ICD9CM: frattura pertrocanterica del femore

820.2 Frattura pertrocanterica, chiusa

820.20 Sezione trocanterica, non specificata

Trocantere:
SAI
maggiore
minore

820.21 Sezione intertrocanterica

820.22 Sezione subtrocanterica

820.3 Frattura pertrocanterica, esposta

820.30 Sezione trocanterica, non specificata

820.31 Sezione intertrocanterica

820.32 Sezione subtrocanterica

ICD9CM	Titolo ICD-9-CM	ICD10IM	Titolo ICD-10-IM, versione Gamma 2.1
820.20	(Frattura pertrocanterica, chiusa) Sezione trocanterica, non specificata	S72.10	Frattura pertrocanterica, chiusa
820.21	(Frattura pertrocanterica, chiusa) Sezione intertrocanterica		
820.30	(Frattura pertrocanterica, esposta) Sezione trocanterica, non specificata	S72.11	Frattura pertrocanterica, aperta
820.31	(Frattura pertrocanterica, esposta) Sezione intertrocanterica		

ICD9CM	Titolo ICD-9-CM	ICD10IM	Titolo ICD-10-IM, versione Gamma 2.1
820.22	(Frattura pertrocanterica, chiusa) Sezione subtrocanterica	S72.20	Frattura sottotrocanterica, chiusa
820.32	(Frattura pertrocanterica, esposta) Sezione subtrocanterica	S72.21	Frattura sottotrocanterica, aperta

ICD9CM: frattura diafisaria di femore

821 Frattura di altre e non specificate parti del femore

821.0 Frattura di diafisi o di parte non specificata, chiusa

821.00 Frattura di parte non specificata del femore
Coscia
Gamba

Escl.: anca SAI (820.8)

821.01 Frattura di diafisi

821.1 Frattura di parte non specificata del collo del femore, esposta

821.10 Frattura di parte non specificata del femore

821.11 Frattura di diafisi

ICD9CM	Titolo ICD-9-CM	ICD10IM	Titolo ICD-10-IM, versione Gamma 2.1
821.01	(Frattura di altre e non specificate parti del femore) (Frattura di diafisi o di parte non specificata, chiusa) Frattura di diafisi	S72.30	Frattura diafisaria del femore, chiusa
821.11	(Frattura di altre e non specificate parti del femore) (Frattura di parte non specificata del collo del femore, esposta) Frattura di diafisi	S72.31	Frattura diafisaria del femore, aperta

ICD9CM: frattura epifisi distale del femore

821.2 Frattura di epifisi distale, chiusa

Estremità distale

821.20 Frattura di epifisi distale, parte non specificata

821.21 Frattura di condilo, femorale

821.22 Frattura di epifisi inferiore (separazione)

821.23 Frattura del femore sopracondilare

821.29 Altra frattura del condilo femorale

Fratture multiple dell'epifisi distale

821.3 Frattura di epifisi distale, esposta

821.30 Frattura di epifisi distale, parte non specificata

821.31 Frattura di condilo, femorale

821.32 Frattura di epifisi inferiore (separazione)

821.33 Frattura di frattura del femore sopracondilare

821.39 Altra frattura dell'epifisi distale

ICD9CM	Titolo ICD-9-CM	ICD10IM	Titolo ICD-10-IM, versione Gamma 2.1
821.20	(Frattura di altre e non specificate parti del femore) (Frattura di epifisi distale, chiusa) Frattura di epifisi distale, parte non specificata	S72.40	Frattura dell'estremità distale del femore, chiusa
821.21	(Frattura di altre e non specificate parti del femore) (Frattura di epifisi distale, chiusa) Frattura di condilo, femorale		
821.22	(Frattura di altre e non specificate parti del femore) (Frattura di epifisi distale, chiusa) Frattura di epifisi inferiore (separazione)		
821.23	(Frattura di altre e non specificate parti del femore) (Frattura di epifisi distale, chiusa) Frattura del femore sopracondilare		
821.29	(Frattura di altre e non specificate parti del femore) (Frattura di epifisi distale, chiusa) Altra frattura dell'epifisi distale		
821.30	(Frattura di altre e non specificate parti del femore) (Frattura di epifisi distale, esposta) Frattura di epifisi distale, parte non specificata	S72.41	Frattura dell'estremità distale del femore, aperta
821.31	(Frattura di altre e non specificate parti del femore) (Frattura di epifisi distale, esposta) Frattura di condilo, femorale		
821.32	(Frattura di altre e non specificate parti del femore) (Frattura di epifisi distale, esposta) Frattura di epifisi inferiore (separazione)		
821.33	(Frattura di altre e non specificate parti del femore) (Frattura di epifisi distale, esposta) Frattura di frattura del femore sopracondilare		
821.39	(Frattura di altre e non specificate parti del femore) (Frattura di epifisi distale, esposta) Altra frattura dell'epifisi distale		

ICD9CM: frattura di parte non specificata del femore

821 Frattura di altre e non specificate parti del femore



821.0 Frattura di diafisi o di parte non specificata, chiusa

821.00 Frattura di parte non specificata del femore
Coscia
Gamba

Escl.: anca SAI (820.8)

821.01 Frattura di diafisi



821.1 Frattura di parte non specificata del collo del femore, esposta

821.10 Frattura di parte non specificata del femore

821.11 Frattura di diafisi

ICD9CM	Titolo ICD-9-CM	ICD10IM	Titolo ICD-10-IM, versione Gamma 2.1
821.00	Frattura (chiusa) di parte non specificata del femore	S72.70	Fratture multiple del femore, chiuse
		S72.80	Fratture di altre parti del femore, chiusa
		S72.90	Frattura del femore, parte non specificata, chiusa
821.10	Frattura (esposta) di parte non specificata del femore	S72.71	Fratture multiple del femore, aperte
		S72.81	Fratture di altre parti del femore, aperta
		S72.91	Frattura del femore, parte non specificata, aperta

CIP

Variazioni di rilievo emergenti dal confronto tra il manuale ICD9CM e CIP

Cos'è CIPI?



Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE, DEI DISPOSITIVI MEDICI, DEL FARMACO E DELLE POLITICHE IN FAVORE DEL SSN

Direzione generale della programmazione e dell'edilizia sanitaria

GUIDA alla **CIPI** Classificazione italiana delle procedure e degli interventi chirurgici

GUIDA ALLA CLASSIFICAZIONE ITALIANA DELLE PROCEDURE E DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI (CIPI)

Perché aggiornare il sistema di classificazione?

- Il sistema di classificazione ICD9CM è obsoleto e non offre più spazi (codici) per una revisione / aggiornamento dei codici
- I progressi scientifici e tecnologici degli ultimi 20 anni non trovano adeguato riscontro all'interno della classificazione ICD9CM (aggiornata all'anno 2007, versione 24°)
- Gli aggiornamenti successivi (USA) non hanno rispettato in maniera scrupolosa i criteri di assegnazione dei codici ai capitoli ma hanno frequentemente *occupato* gli slot liberi
- Non esiste la possibilità, fatte poche eccezioni, di distinguere le procedure invasive in base alla via di accesso
- Non esiste la possibilità di tracciare con precisione i device impiantati
- Non esiste un ufficio dedicato o una procedura codificata per l'aggiornamento dei codici

Dal 2017 al 2025

L'obsolescenza dello standard di codifica ICD-9-CM ha reso necessario un aggiornamento del sistema di classificazione e dei suoi contenuti, in particolare delle procedure e degli interventi. Il progetto **It.DRG** ha ampliato lo standard ICD-9-CM (sulla scia di quanto avvenuto in Svizzera con la classificazione CHOP) attraverso la predisposizione di una bozza di classificazione (**CIPi 2017-2020**) composta da circa 4.500 categorie, privilegiando però l'aggiornamento delle procedure DRG-driving (versione CMS 24.0 in uso in Italia); nella sua versione originale, CIPi non ha gestito le voci di procedura dalla rubrica 87 in poi (radiologia diagnostica) ed era dunque già in partenza da ritenersi non del tutto completa.

CIPi è stata sottoposta, da parte di AGENAS, a procedura di **revisione aperta** mediante consultazione pubblica, in cui sono state collezionate segnalazioni da parte di diversi portatori d'interessi.

Con l'integrazione anche delle voci della rubrica 87 in poi, è stata elaborata una classificazione unificata delle procedure e degli interventi (**CIPi, versione 2025**) accompagnata da una tabella di **cross-coding**

Dal 2017 al 2025

Con l'obiettivo di ampliare e rafforzare le capacità descrittive delle procedure già contenute nell'ICD-9-CM mantenendone la struttura di base, CIPI intende offrire agli operatori ed al SSN uno strumento evoluto, flessibile, modulare, scalabile e soggetto a regolari aggiornamenti. In prospettiva, CIPI potrà fornire una base comune di categorie per facilitare le **transizioni tra setting** assistenziali (ospedaliero, ambulatoriale) – come già avviene con ICD-9-CM. Una definizione più precisa e dettagliata delle procedure consentirà, nel tempo, un'analisi dei **dati di costo** della casistica ospedaliera (e, a tendere, ambulatoriale complessa): questo permetterà di definire **nuovi raggruppamenti iso-risorse** con i relativi **pesi**, valutando al contempo i **meccanismi di attribuzione del grouper**, che dalla codifica di procedura permette di definire i DRG chirurgici.

Principi generali

Principio di significatività

- La costruzione delle voci di procedura codificanti è improntata sulla **metodologia “degli elementi significativi”** secondo cui è opportuno segnalare nella classificazione elementi potenzialmente in grado di generare una differenza in termini clinico-sanitari (es. esiti o proxy di esiti) o in termini economico-amministrativi (es. la via di approccio o l’impiego di specifici dispositivi) utili per la programmazione sanitaria, per le valutazioni delle Direzioni e nell’elaborazione dei raggruppamenti di casistica isorisorse

Principi generali

Moduli di codifica

- La classificazione CIPI 2025 è progettata per essere **modulare** e **scalabile** (consente di dettagliare un intervento complesso attraverso l'inclusione di diversi codici di procedura).
- La logica modulare permette di descrivere procedure complesse senza appesantire eccessivamente la classificazione. Non è previsto un codice specifico per ogni possibile scenario procedurale reale, bensì una serie di codici “elementari” che, come mattoni, consentono di costruire la descrizione di una procedura articolata in più tempi d'intervento (es. chirurgia demolitiva seguita da chirurgia ricostruttiva), oppure di segnalare informazioni aggiuntive sulla procedura (es. se previsto l'impiego di robot-assistenza).
- I moduli di codifica *principali* per descrivere un atto chirurgico rimangono:
 - Interventi di asportazione/ablazione
 - Interventi di ricostruzione/riparazione;
 - Interventi sui linfonodi
 - Anastomosi non già incluse nella procedura principale o nella definizione dell'intervento (es. ansa alla Roux).
 - Altre procedure intra-operatorie (es. lavaggio peritoneale).

Rubriche di procedura

Con “**Rubrica di procedura**” si intende una categoria con **codice a 2, 3 o 4 cifre** che rappresenta un livello gerarchico tra le famiglie di procedure e racchiude al suo interno le categorie terminali (codificanti). Si tratta di codici che non sono destinati ad essere adoperati nella SDO ma concepiti per consentire un livello (gerarchico) di raggruppamento delle procedure codificanti, basato su radici semantiche comuni, con finalità di aggregazione, ricerca e statistica sanitaria. Ad esempio:

- Tutti i codici che iniziano per “**31**” sono indicativi di “*altri interventi sulla laringe e sulla trachea*”, preservando lo standard ICD-9-CM già conosciuto dagli operatori
- A seguire nella gerarchia, tutti i codici che iniziano, ad esempio, con “**31.6**” *indicano gli interventi di “riparazione della laringe”*
- Proseguendo, il codice ICD-9-CM a 4 cifre (in precedenza utilizzato in ICD9CM) diverrà l’ultimo livello gerarchico delle rubriche “non codificanti” in CIPI.

Procedure codificanti

Con "**Codici procedura codificanti**" si intendono i **codici a 6 cifre** che si collocano gerarchicamente sotto i codici di rubrica a 2, 3 o 4 cifre.

Per l'espansione a 6 cifre sono stati utilizzati **caratteri alfanumerici**.

- La **quinta cifra** è stata impiegata con un criterio di enumerazione progressiva, mantenendo, ove possibile una coerenza tra codifiche analoghe anche su rubriche differenti.
- La **sesta cifra** è stata utilizzata inizialmente con valore semantico, preferenzialmente mediante caratteri alfabetici evocativi), riferiti principalmente alla via di approccio della procedura, oppure ad altri significati specificati. Per i casi in cui non sia previsto un significato specifico, si mantiene il criterio progressivo già adottato per la quinta cifra.

Via di approccio

Approcci

- La specificazione dell'approccio è richiesta in tutti i casi in cui esistano modalità alternative per eseguire una medesima procedura (es. resezione intestinale per via laparotomica o per via laparoscopica)
- La codifica dell'approccio alla sesta cifra, per i principali approcci chirurgici e/o interventistici, prevede l'impiego di caratteri alfabetici (in parte *evocativi*)
 - A Procedure artroscopiche
 - C Procedure a cielo aperto
 - S Procedure laparoscopiche
 - R Riabilitazione
- G Procedure combinate endoscopiche e percutanee

Interventi e procedure: da ICD-9-CM a CIPI

Un esempio

43 Incisione ed asportazione dello stomaco

Codificare anche eventuale applicazione o somministrazione di sostanza antiaderente (99.77)

43.0 Gastrotomia

*Escl.: gastrotomia (43.11-43.19)
gastrotomia per il controllo di emorragia (44.49)*

43.1 Gastrostomia

43.11 Gastrostomia percutanea [endoscopica] [PEG]

Gastrostomia percutanea transaddominale

43.19 Altra gastrostomia

Escl.: gastrostomia percutanea [endoscopica] [PEG] (43.11)

42 Codice a 2 cifra → rubrica sia in ICD9CM che in CIPI

42.3 Codice a 3 cifre codificante in ICD9CM

In CIPI, essendo codice a 3 cifra → rubrica

I corrispondenti codici codificanti in CIPI saranno:

43.00.0C Gastrotomia a cielo aperto

43.00.0S Gastrotomia laparoscopica

43.00.1N Drenaggio trans-gastrico endoscopico di lesione addominale

42.1 Codice a 3 cifra → rubrica sia in ICD9CM che in CIPI

43.11 Codice codificante in ICD9CM; in CIPI è codice rubrica

I codici codificanti in CIPI saranno:

43.11.0G Gastrostomia percutanea [endoscopica] [PEG] primaria

43.11.1G Revisione di gastrostomia percutanea [endoscopica] [PEG]

43.12.0N Posizionamento primario di sondino per nutrizione enterale [J-PEG]

43.12.20 Sostituzione di sondino per nutrizione enterale

43.1Z.00 Altra gastrostomia

Interventi e procedure: da ICD-9-CM a CIPI

Un esempio

- I codici codificanti passano da 3 a 8
- 43, 43.0, 43.1 e 43.11 restano all'interno della classificazione come codici rubrica
- Non è presente, in CIPI, il codice rubrica 43.19
- La radice 43.12 non ha corrispondenza diretta in ICD9CM
- Il codice "generico" 43.19 diventa 43.1Z.00, un codice Z generico

Tipo	CODICE CIPI 2025	Descrizione	Trans-codifica icd9CM	Equivalenza AHP
2 Cifre, Rubrica	43	Incisione ed asportazione dello stomaco	nd	ND
3 Cifre, Rubrica	43.0	Gastrotomia	nd	ND
Codificante	43.00.0C	Gastrotomia a cielo aperto	43.0	4
Codificante	43.00.0S	Gastrotomia laparoscopica	43.0	4
Codificante	43.00.1N	Drenaggio trans-gastrico endoscopico di lesione addomiale	43.0	4
3 Cifre, Rubrica	43.1	Gastrostomia	nd	ND
4 Cifre, Rubrica	43.11	Gastrostomia percutanea [endoscopica] [PEG]	nd	ND
Codificante	43.11.0G	Gastrostomia percutanea [endoscopica] [PEG] primaria	43.11	2
Codificante	43.11.1G	Revisione di gastrostomia percutanea [endoscopica] [PEG]	43.11	2
Codificante	43.12.0N	Posizionamento primario di sondino per nutrizione enterale	43.19	2
Codificante	43.12.20	Sostituzione di sondino per nutrizione enterale	43.19	2
Codificante	43.12.00	Altra gastrostomia	43.19	2

Procedure "Z"

Si definisce “**procedura Z**” una voce codificante (a 6 caratteri) che contiene, in qualunque posizione la lettera Z. Le procedure Z vengono utilizzate per identificare le procedure “**Altro**”; nei casi in cui non sia disponibile una descrizione più specifica, al fine di garantire l’onnicomprendività teorica della classificazione.

L’impiego delle procedure Z, in rapporto al totale dei codici di procedura impiegati dagli erogatori nel setting ospedaliero, è oggetto di monitoraggio, come indicatore della qualità della codifica e/o di completezza della classificazione.

CIP - Classificazione Italiana delle Procedure e degli interventi

CIP in breve:

- È stato sviluppato prendendo a riferimento CHOP (CH)
- Parte dall'ICD9CM, volumi 3 e 4, procedure
- I codici ICD9CM a 3 e 4 caratteri sono estesi a 6 caratteri secondo assi opportuni

Numero complessivo di codici (codificanti e non)

ICD9CM:

- 17 capitoli (numerati da 0 a 16): 3.733 codificanti su 4.481 complessivi

CIP:

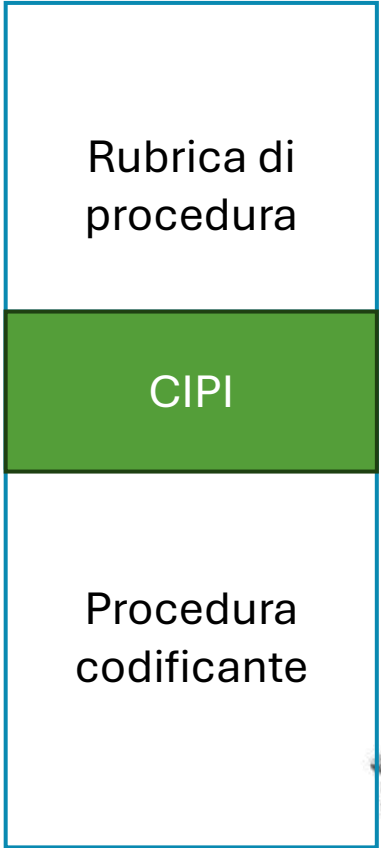
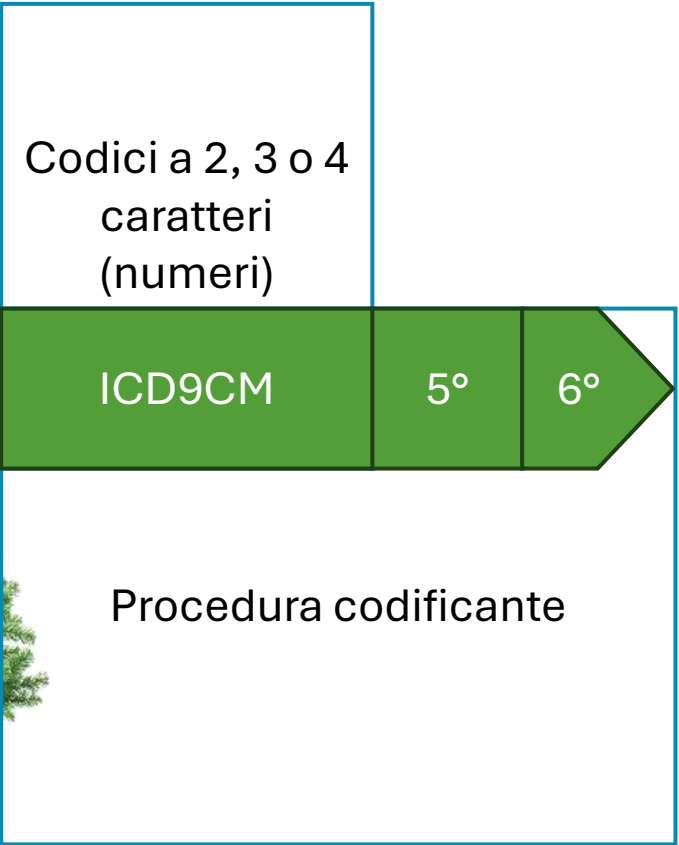
- 19 sezioni: 10.671 codificanti su 15.164 complessivi
(sono compresi due *nuovi* capitoli "Procedure diagnostiche genetiche" e "Procedure diagnostiche, microscopia", composti di soli codici codificanti)

Sezione	2 Cifre	3 Cifre	4 Cifre	Codificante	Totale
00 Non classificati altrove	1	7	19	82	109
01-05 Interventi sul sistema nervoso	5	40	149	567	761
06-07 Interventi sul sistema endocrino	2	20	58	138	218
08-16 Interventi sull'occhio	9	83	246	415	753
18-20 Interventi sull'orecchio	3	25	49	127	204
21-29 Interventi su naso, bocca e faringe	9	74	138	384	605
30-34 Interventi sul sistema respiratorio	5	42	116	363	526
33, 35-39 Interventi sul sistema cardiovascolare	5	53	325	1509	1892
40-41 Interventi sul sistema ematico e linfatico	2	13	48	127	190
42-54 Interventi sull'apparato digerente	13	124	441	1356	1934
55-59 Interventi sull'apparato urinario	5	48	165	449	667
60-64 Interventi sugli organi genitali maschili	5	41	90	182	318
65-71 Interventi sugli organi genitali femminili	7	65	189	424	685
72-75 Interventi ostetrici	4	35	47	88	174
76-84 Interventi sull'apparato muscoloscheletrico	9	88	628	1937	2662
85-86 Interventi sui tegumenti	1	21	108	312	442
87-99 Altre procedure diagnostiche e terapeutiche	13	88	712	2002	2815
G1-G9 Procedure diagnostiche genetiche				68	68
M0-M1 Procedure diagnostiche, microscopia				141	141
Totale	98	867	3528	10671	15164

CIP I in breve

- Il punto di partenza è rappresentato dal *vecchio* sistema ICD9CM, che rappresenta "lo scheletro" di CIP I;
- I *vecchi* codici ICD9CM, a 2, 3 o 4 caratteri, diventano "codici rubrica" e non possono più essere utilizzati nei flussi informativi;
- In coda ai *vecchi* codici ICD9CM sono stati aggiunti caratteri e/o cifre in numero variabile, necessari per portare a 6 la lunghezza del codice (ai 6 caratteri si aggiungono 2 punti)
- I *nuovi* codici (di lunghezza fissa pari a 6 caratteri e 2 punti) sono definiti "codificanti" o "terminali"
- L'allungamento del codice ha più che triplicato il numero di codici disponibili
- I *nuovi* codici aumentano il dettaglio descrittivo, specificando diverse procedure in precedenza raggruppate all'interno di un codice "generico"
- Appare significativa la possibilità di descrivere, per ciascuna manovra, la via di accesso

Rubriche di procedura e procedure codificanti



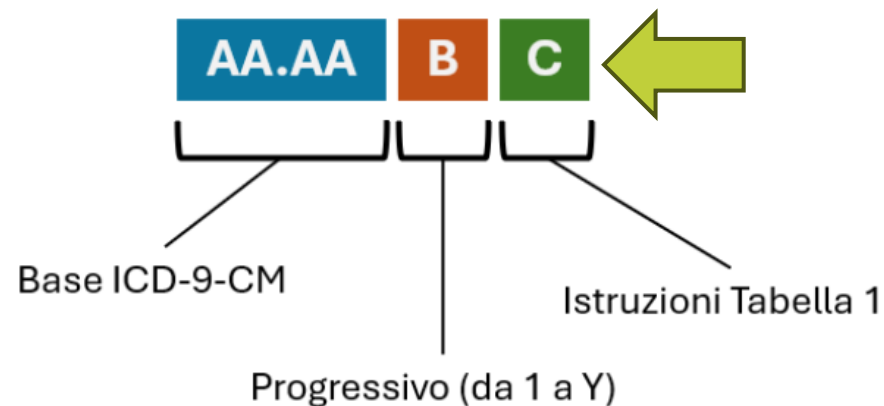
La via di accesso

Descrizione della via di accesso

In **ICD9CM**, se non diversamente ed espressamente dichiarato, le manovre "invasive" (asportazione, ablazione, rimozione, ...) si intendono *a cielo aperto*.

Per convenzione, per descrivere una manovra eseguita con approccio diverso dal *cielo aperto*, si è soliti associare un codice descrittivo della via di accesso (ad esempio, 54.21 Laparoscopia o 34.21 Toracosopia transpleurica)

In **CIPI**, l'ultima cifra permette di descrivere la via di accesso



Descrizione della via di accesso

Significato della 6° cifra:

- 0-9: procedure non specificate o non aggregabili per tipologia di approccio interventistico
- A Procedure artroscopiche
- B Procedure endovascolari percutanee
- C Procedure a cielo aperto
- D Procedure combinate endovascolari e chirurgiche a cielo aperto
- E Procedure combinate video-assistite ed endoscopiche-endoluminali
- F Procedure combinate endoscopiche-endoluminali (da cavità naturale) e chirurgiche a cielo aperto
- G Procedure combinate endoscopiche e percutanee
- H Procedure combinate non specificate altrimenti
- K Procedure ab-esterno (compresa radio-chirurgia)

Descrizione della via di accesso

Significato della 6° cifra:

- L Laboratorio
- M Altre procedure minvasive video-assistite (non A, non S, non T)
- N Procedure endoscopiche/endoluminali: accesso da orifizio naturale/stomia pregressa
- P Procedure percutanee
- R Riabilitazione
- S Procedure laparoscopiche
- T Procedura con accesso mediante foro di trapano (teca cranica)
- V Visite
- W Codici complementari, ad esempio chirurgia robot-assistita [RAS],
- Y Procedure neuro-endoscopiche
- Z Codifica generica “Altro”

Descrizione della via di accesso

CODICE CIPI 2025	Descrizione	Trans-codifica icd9CM	Equivalenza AHP
00.00.0A	Approccio artroscopico	99.99	2
00.00.0B	Approccio endovascolare con accesso percutaneo	99.99	2
00.00.0C	Approccio a cielo aperto	99.99	2
00.00.0K	Approccio ab-esterno	99.99	2
00.00.0M	Approccio mininvasivo video-assistito	99.99	2
00.00.0N	Approccio endoscopico [da orifizio naturale]	99.99	2
00.00.0P	Approccio percutaneo [alla cieca]	99.99	2
00.00.0S	Approccio laparoscopico	54.21	3
00.00.0T	Approccio mediante foro di trapano	01.24	4
00.00.0Y	Approccio endoscopico cerebrale [neuro-endoscopico]	99.99	2
00.00.1C	Approccio mediante craniotomia	01.24	4
00.00.1N	Approccio a guida eco-endoscopica	99.99	2
00.00.1P	Approccio percutaneo a guida ecografica	99.99	2
00.00.1S	Approccio toracoscopico	34.21	3
00.00.1Y	Approccio endoscopico endonasale/trans-sfenoidale [neuro-endoscopico]	99.99	2
00.00.2C	Approccio mediante cervicotomia	99.99	2
00.00.2N	Approccio mediante enteroscopia motorizzata	99.99	2
00.00.2P	Approccio percutaneo a guida TC	99.99	2

Descrizione della via di accesso

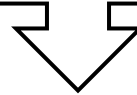
A supporto della codifica, CIPI propone una serie di 33 codici descrittivi delle diverse vie di accesso.

Come mai, se ogni codice è già in grado di descrivere la via di accesso, sono stati inseriti anche questi codici? Che senso hanno? Devono essere utilizzati, enfatizzando così il dato relativo alla via di accesso, o possono essere ignorati?

Descrizione della via di accesso

CIPI	DESCRIZIONE
42.41.0C	Esofagectomia parziale, con ricostituzione della continuità, per via toracoaddominale (aperta)
42.41.0S	Esofagectomia parziale, con ricostituzione della continuità, per via transmediastinica
42.42.0C	Esofagectomia totale, con ricostituzione della continuità, per via toracoaddominale (aperta)
42.42.0S	Esofagectomia totale, con ricostituzione della continuità, per via transmediastinica
42.4Z.00	Altra Esofagectomia

E se l'esofagectomia fosse realizzata attraverso un approccio combinato endoluminale e toracoscopico?



CIPI	DESCRIZIONE
42.4Z.00	Altra Esofagectomia
	+
00.01.0E	Approccio combinato endoscopico/endoluminale e laparoscopico/toracoscopico

Descrizione della via di accesso

CIPi presta notevole attenzione alla descrizione della via di accesso integrando tale informazione direttamente nel codice (ultimo carattere)

CODICE CIPi 2025	Descrizione	Trans-codifica icd9CM	Equivalenza AHP
45.32.Z0	Altra asportazione di lesione del duodeno	45.32	4
45.33.0C	Asportazione locale a cielo aperto di lesione o tessuto dell'intestino tenue, eccetto il duodeno	45.33	4
45.33.0N	Asportazione locale endoscopica di lesione o tessuto dell'intestino tenue, eccetto il duodeno	45.33	4
45.33.0S	Asportazione locale laparoscopica di lesione o tessuto dell'intestino tenue, eccetto il duodeno	45.33;54.21	4
45.33.Z0	Altra asportazione locale di lesione dell'intestino tenue eccetto il duodeno	45.34	4
45.41.0C	Asportazione locale a cielo aperto di lesione o tessuto dell'intestino crasso	45.41	4
45.41.0S	Asportazione locale laparoscopica di lesione o tessuto dell'intestino crasso	45.41;54.21	4
45.42.0N	Polipectomia endoscopica dell'intestino crasso, sede unica	45.42	2
45.42.1N	Polipectomia endoscopica dell'intestino crasso, sede multipla	45.42	2
45.43.0N	Asportazione endoscopica di lesione o tessuto dell'intestino crasso	45.43	2
45.43.1N	Mucosectomia endoscopica (EMR) dell'intestino crasso	45.43	2
45.43.2N	Dissezione Endoscopica Sottomucosa (ESD) dell'intestino crasso	45.43	2
45.43.3N	Asportazione endoscopica di lesione o tessuto dell'intestino crasso mediante laser o argon	45.43	2
45.43.4N	Endoscopic full-thickness resection (EFTR) di lesione o tessuto del colon	45.42	2
45.49.Z0	Altra distruzione di lesione dell'intestino crasso	45.49	4

Descrizione della via di accesso

CIPi prevede una modalità di codifica che garantisce la possibilità di descrivere e tracciare anche tecniche e modalità operative particolari, non previste al momento attuale

CODICE CIPi 2025	Descrizione	Trans-codifica icd9CM	Equivalenza AHP
00.00.0A	Approccio artroscopico	99.99	2
00.00.0B	Approccio endovascolare con accesso percutaneo	99.99	2
00.00.0C	Approccio a cielo aperto	99.99	2
00.00.0K	Approccio ab-esterno	99.99	2
00.00.0M	Approccio mininvasivo video-assistito	99.99	2
00.00.0N	Approccio endoscopico [da orifizio naturale]	99.99	2
00.00.0P	Approccio percutaneo [alla cieca]	99.99	2
00.00.0S	Approccio laparoscopico	54.21	3
00.00.0T	Approccio mediante foro di trapano	01.24	4

Descrizione della via di accesso

Ed i codici che utilizzavamo in ICD9CM per specificare la via di accesso (54.21 *Laparoscopia* o 34.21 *Toracosopia transpleurica*)?

- 1. Trovano corrispondenza anche in CIPI
- 2. Perdono il significato descrittivo di via di accesso
- 3. Descrivono un tempo chirurgico o una specifica manovra

CODICE CIPI 2025	Descrizione	Trans- codifica icd9CM	Equivale nza AHP
34.21.0S	Toracosopia transpleurica esplorativa	34.21	3
34.21.1S	Toracosopia per drenaggio della cavità pleurica	34.21	3
34.21.2S	Toracosopia per rimozione di corpo estraneo	34.21	3
34.21.20	Altra toracosopia	34.21	3

CODICE CIPI 2025	Descrizione	Trans- codifica icd9CM	Equivale nza AHP
54.21.0S	Laparoscopia diagnostica/esplorativa	54.21	3
54.21.1S	Laparoscopia complessa con lisi di aderenze su precedente intervento chirurgico	54.21	3
54.21.2S	Drenaggio per via laparoscopica	54.21	3
54.21.2S	Altra laparoscopia	54.21	3

PROBLEM
SOLVED

Artrodesi vertebrali

Delibera Regionale n. 2348 del 22/11/2019

"Rimodulazione delle tariffe per prestazioni di artrodesi vertebrale erogate dalle strutture sanitarie della regione Emilia-Romagna, applicabili a decorrere dal 1° gennaio 2020"

Codici procedura citati nella delibera:

- 78.09 Innesto osseo di altre ossa (comprende Vertebre)
- 84.51 Inserzione di dispositivo di fusione tra i corpi vertebrali
- 84.58 Impianto di dispositivo di decompressione del processo interspinoso
- 84.59 Inserzione di altri dispositivi spinali
- 81.3x Rifusione della colonna vertebrale
- 81.0x Artrodesi vertebrale
- 81.62 *Fusione o rifusione di 2-3 vertebre*
- 81.63 *Fusione o rifusione di 4-8 vertebre*
- 81.64 *Fusione o rifusione di 9 o più vertebre*

Proc. 78.09 Innesto osseo di altre ossa

ICD9CM	CIPI	Titolo	AHRQ
78.09	78.09.10	Innesto osseo di ossa pelviche [autologo]	4
78.09	78.09.20	Innesto osseo vascolarizzato di ossa pelviche [autologo]	4
78.09	78.09.70	Innesto osseo di falangi della mano [autologo]	4
78.09	78.09.80	Innesto osseo vascolarizzato di falangi della mano [autologo]	4
78.09	78.09.90	Innesto osseo di falangi della mano [omologo/eterologo]	4
78.09	78.09.A0	Innesto osseo di vertebre [autologo]	4
78.09	78.09.B0	Innesto osseo vascolarizzato di vertebre [autologo]	4
78.09	78.09.C0	Innesto osseo di vertebre [omologo/eterologo]	4
78.09	78.0l.10	Riparazione ossea mediante lembo di ossa pelviche [lembo libero]	4
78.09	78.0l.20	Riparazione ossea mediante lembo di ossa pelviche [lembo peduncolato]	4
78.09	78.0l.70	Riparazione ossea mediante lembo di vertebre [lembo libero]	4
78.09	78.0l.80	Riparazione ossea mediante lembo di vertebre [lembo peduncolato]	4

Proc. 84.5x Impianto di altri dispositivi o materiali muscoloscheletrici

ICD9CM	CIP1	Titolo	AHRQ
84.51	84.51.0W	Inserzione di dispositivo di fusione tra i corpi vertebrali	2
84.58	84.58.00	Impianto di dispositivo di decompressione del processo interspinoso	4
84.59	84.59.Z0	Impianto di altri dispositivi spinali	4

Da notare il codice 84.51.0W, in particolare l'ultimo carattere "W".

Nella guida si legge: In CIP1 2025 è stato previsto l'utilizzo di **codici complementari** per interventi complessi, codificanti a 6 cifre (**da inserire in SDO tra le procedure secondarie**). Tali codici, *allo stato attuale*, non influenzano l'attribuzione del DRG secondo l'impianto DRG-CMS 24. Queste procedure sono identificabili e raggruppabili rapidamente adoperando la "W"; vanno considerate unicamente in relazione alle procedure principali, che richiedono una codifica supplementare (indicano "codificare anche").

Proc. 81.3x Rifusione della colonna vertebrale

Il sistema ICD9CM offre 10 codici che descrivono il distretto anatomico (articolazione atlante-epistrofeo, rachide cervicale, rachide dorsale e dorso-lombare, rachide lombare e lombosacrale) e l'approccio (anteriore, ai processi laterali trasversi o posteriore)

La tabella di transcodifica in CIPI prevede 66 diversi codici.

81.30	Rifusione vertebrale, SAI	81.35	Rifusione dorsale e dorsolombare, approccio posteriore Artrodesi della regione toracica o toracolumbare: posteriore (intersomatica) posterolaterale
81.31	Rifusione atlanto-epistrofea Mediante tecnica transorale anteriore o posteriore: fusione craniocervicale fusione di C1-C2 fusione di Occipitale-C2	81.36	Rifusione delle vertebre lombari e lombosacrali, approccio anteriore Artrodesi anteriore delle vertebre lombari (ALIF) Artrodesi della regione lombare o lombosacrale: anteriore (intersomatica) anterolaterale
81.32	Altra rifusione cervicale, con approccio anteriore Artrodesi a livello di C2 o a livello inferiore: anteriore (intersomatica) anterolaterale	81.37	Rifusione lombare e lombosacrale, approccio ai processi laterali trasversi
81.33	Altra rifusione cervicale, con approccio posteriore Artrodesi a livello di C2 o a livello inferiore: posteriore (intersomatica) posterolaterale	81.38	Rifusione lombare e lombosacrale, con approccio posteriore Artrodesi posteriore tra vertebre lombari (PLIF) Artrodesi transforaminale tra vertebre lombari (TLIF) Artrodesi della regione lombare o lombosacrale: posteriore (intersomatica) posterolaterale
81.34	Rifusione dorsale e dorsolombare, approccio anteriore Artrodesi della regione toracica o toracolumbare: anteriore (intersomatica) anterolaterale	81.39	Rifusione della colonna, NIA

Proc. 81.36 Rifusione delle vertebre lombari e lombosacrali, approccio anteriore

Per esemplificare, i codici CIPI corrispondenti al codice ICD9CM 81.36 sono:

- 81.36.10 Rifusione lombare anteriore con **sostituzione** della **cage intersomatica** e **fissazioni anteriori**
- 81.36.20 Rifusione lombare anteriore con **innesto osseo** strutturale e **revisione delle fissazioni anteriori**
- 81.36.30 Rifusione lombare laterale con **sostituzione** della **cage** (**XLIF/LLIF**) e **fissazioni posteriori**
- 81.36.40 Rifusione lombare obliqua con **sostituzione** della **cage** (**OLIF**) e fissazioni posteriori
- 81.36.50 Rifusione lombosacrale anteriore con **sostituzione** della **cage** intersomatica e **fissazioni anteriori**
- 81.36.60 **Revisione** di artrodesi lombosacrale anteriore con **sostituzione delle fissazioni**
- 81.36.70 Altra rifusione delle vertebre lombari e lombosacrali, approccio anteriore

Proc. 81.36 Rifusione delle vertebre lombari e lombosacrali, approccio anteriore

L'esempio portato suggerisce alcune considerazioni:

1. I *nuovi codici* integrano, nella loro descrizione, tempi e azioni chirurgiche che nel precedente sistema richiedevano l'uso di più codici, quale l'innesto osseo (es.: 81.36.20 *Rifusione lombare anteriore con innesto osseo strutturale ...*) o l'impianto di cage (es.: 81.36.10 *Rifusione lombare anteriore con sostituzione della cage intersomatica ...*)
2. Alcuni codici descrivono una artrodesi combinata (es.: 81.36.40 *Rifusione lombare obliqua con sostituzione della cage (OLIF) e fissazioni posteriori*); le tabelle di transcodifica prevedono che il codice 81.36.40 sia transcodificato in ICD9CM in 81.36 (rapporto uno a uno); stante il fatto che nella versione DRG 24 il DRG 496 COMBINED ANTERIOR/POSTERIOR SPINAL FUSION si produce quando nella SDO è presente un codice descrittivo di artrodesi anteriore associato ad uno di artrodesi posteriore, la transcodifica da CIPI a ICD9CM risulta non soddisfacente

DRG 496

DRG 496 COMBINED ANTERIOR/POSTERIOR SPINAL FUSION

OPERATING ROOM PROCEDURES

8102 Other cervical fus ant
8104 Dorsal/dorsolum fus ant
8106 Lumbar/lumbosac fus ant

8132 Refusion of oth cerv ant
8134 Refusion of dorsal ant
8136 Refusion of lumbar ant

AND

OPERATING ROOM PROCEDURES

8103 Other cervical fus post
8105 Dorsal/dorsolum fus post
8107 Lumbar/lumbosac fus lat
8108 Lumbar/lumbosac fus post

8133 Refus of oth cerv post
8135 Refusion of dorsal post
8137 Refusion of lumbar lat
8138 Refusion of lumbar post

Transcodifica 1:1 vs 1 a molti

ICD9CM	CIPI	Descrizione
81.35	81.35.00	Rifusione dorso lombare posteriore con estensione delle fissazioni e innesto postero laterale
81.35	81.35.70	Altra rifusione dorsale e dorsolombare, approccio posteriore
81.36	81.36.10	Rifusione lombare anteriore con sostituzione della cage intersomatica e fissazioni anteriori
81.36	81.36.20	Rifusione lombare anteriore con innesto osseo strutturale e revisione delle fissazioni anteriori
81.36	81.36.30	Rifusione lombare laterale con sostituzione della cage (XLIF/LLIF) e fissazioni posteriori
81.36	81.36.40	Rifusione lombare obliqua con sostituzione della cage (OLIF) e fissazioni posteriori
81.36	81.36.50	Rifusione lombosacrale anteriore con sostituzione della cage intersomatica e fissazioni anteriori
81.36	81.36.60	Revisione di artrodesi lombosacrale anteriore con sostituzione delle fissazioni
81.36	81.36.70	Altra rifusione delle vertebre lombari e lombosacrali, approccio anteriore
D	E	F
ICD9CM	CIPI	Descrizione
50.59;54.21	50.53.1S	Trapianto di fegato "split" (fegato di donatore diviso in più parti), laparoscopico
50.59	50.53.2C	Trapianto di fegato "split" (fegato di donatore diviso in più parti) con epatico-digiunostomia, a cielo aperto
50.59;54.21	50.53.2S	Trapianto di fegato "split" (fegato di donatore diviso in più parti) con epatico-digiunostomia, laparoscopico
50.59;46.97;52.83	50.54.3C	Trapianto combinato fegato-pancreas-intestino [a cielo aperto]
50.59	50.54.20	Altro trapianto combinato
50.59	50.59.20	Altro trapianto del fegato
50.61	50.61.1C	Chiusura di lacerazione del fegato, a cielo aperto
50.61;54.21	50.61.1S	Chiusura di lacerazione del fegato, laparoscopica
50.69	50.69.1C	Packing epatico

Proc. 81.0x Artrodesi vertebrale

Il sistema ICD9CM offre 9 codici che descrivono il distretto anatomico (articolazione atlante-epistrofeo, rachide cervicale, rachide dorsale e dorso-lombare, rachide lombare e lombosacrale) e l'approccio (anteriore, ai processi laterali trasversi o posteriore)

La tabella di transcodifica in CIPI prevede 67 diversi codici.

81.00 Artrodesi vertebrale, SAI

81.01 Artrodesi atlanto-epistrofea

Mediante tecnica transorale anteriore o posteriore:
fusione craniocervicale
fusione di C1-C2
fusione di Occipitale-C2

81.02 Altra artrodesi cervicale, con approccio anteriore

Artrodesi a livello di C2 o a livello inferiore:
anteriore (fra i corpi)
anterolaterale

81.03 Altra artrodesi cervicale, con approccio posteriore

Artrodesi a livello di C2 o a livello inferiore:
posteriore (intersomatica)
posterolaterale

81.04 Artrodesi dorsale e dorsolombare, approccio anteriore

Artrodesi della regione toracica o toracolumbare:
anteriore (intersomatica)
anterolaterale

81.05 Artrodesi dorsale e dorsolombare, approccio posteriore

Artrodesi della regione toracica o toracolumbare:
posteriore (intersomatica)
posterolaterale

81.06 Artrodesi delle vertebre lombari e lombosacrali, approccio anteriore

Artrodesi anteriore di vertebre lombari (ALIF)
Artrodesi della regione lombare o lombosacrale:
anteriore (intersomatica)
anterolaterale

81.07 Artrodesi lombare e lombosacrale, approccio ai processi laterali trasversi

81.08 Artrodesi lombare e lombosacrale, con approccio posteriore

Artrodesi posteriore di vertebre lombari
Artrodesi transforaminale di vertebre lombari
Artrodesi della regione lombare o lombosacrale:
posteriore (intersomatica)
posterolaterale

Proc. 81.05 Artrodesi dorsale e dorsolombare, approccio posteriore

Per esemplificare, i codici CIPI corrispondenti al codice ICD9CM 81.05 sono:

81.05.10 Artrodesi dorsale posteriore con viti peduncolari e barre

81.05.20 Artrodesi dorsale posteriore senza fissazioni con innesto osseo

81.05.30 Artrodesi dorso-lombare posteriore con viti peduncolari e barre

81.05.40 Artrodesi dorso-lombare posteriore senza fissazioni con innesto osseo

81.05.Z0 Altra artrodesi dorsale e dorsolombare, approccio posteriore

Proc. 81.05 Artrodesi dorsale e dorsolombare, approccio posteriore

L'esempio portato inserisce un ulteriore elemento nella discussione.

- Per l'artrodesi non-strumentata (innesto osseo posteriore, immobilizzazione "esterna" e lungo periodo di riposo), nella tabella allegata alla delibera regionale 2348 del 22/11/2019 è data indicazione di utilizzare il solo codice 78.09 INNESTO OSSEO
- I codici CIPI 81.05.20 ARTRODESI DORSALE POSTERIORE SENZA FISSAZIONI CON INNESTO OSSEO e 81.05.40 ARTRODESI DORSO-LOMBARE POSTERIORE SENZA FISSAZIONI CON INNESTO OSSEO, dichiarano "senza fissazione" e con "innesto osseo"
- Le manovre descritte da tali codici hanno la dignità di essere classificate "Artrodesi"?

Proc. 81.00 Artrodesi vertebrale, SAI

Rimanendo in tema di transcodifica, è interessante la correlazione tra il codice ICD9CM 81.00 *Artrodesi vertebrale senza altre indicazioni* ed i corrispettivi codici CIPI, in particolare:

- La "*radice*" del codice CIPI non è 81.00 ma 81.09, un codice non previsto dalla classificazione ICD9CM
- I titoli dei codici non descrivono *interventi SAI* ma artrodesi combinate (SAI)
 - 81.09.10 Artrodesi cervicale combinata anteriore e posteriore
 - 81.09.20 Artrodesi dorsale combinata anteriore e posteriore
 - 81.09.30 Artrodesi dorso-lombare combinata anteriore e posteriore
 - 81.09.40 Artrodesi lombare combinata anteriore e posteriore
 - 81.09.50 Artrodesi lombosacrale combinata anteriore e posteriore
 - 81.0Z.00 Altra artrodesi vertebrale

Assistenza robotica

Assistenza robotica (estratto dalle linee guida regionali)

Le linee guida regionali di codifica (Revisione 16 giugno 2023) contengono l'indicazione ad utilizzare i codici 00.35 e 00.39 per dare evidenza dell'assistenza robotica

Chirurgia robotica (Robotic Assisted Surgery)

La chirurgia con assistenza robotica laparoscopica e toracoscopica è descritta con l'utilizzo del solo codice procedura 00.35 *Chirurgia computer-assistita con dataset multipli*, da associare al codice descrittivo dell'intervento eseguito, in tutti gli altri distretti viene descritta dal codice 00.39 *Altra chirurgia computer-assistita*.

In CIPI, si dovrà utilizzare un **codice complementare** codificante, a 6 cifre, che *allo stato attuale* non influenza l'attribuzione del DRG (AHRQ 1).

Assistenza robotica

ICD9CM	CIPI	Titolo	AHRQ
00.31	00.31.0W	Chirurgia computer-assistita con TC	1
00.32	00.32.0W	Chirurgia computer-assistita con RM	1
00.33	00.33.0W	Chirurgia computer-assistita con fluoroscopia	1
00.34	00.34.0W	Chirurgia computer-assistita senza immagini	1
00.35	00.35.0W	Chirurgia computer-assistita con dataset multipli	1
00.35	00.36.0W	Chirurgia computer-assistita con microscopia [digitale]	1
00.35	00.37.0W	Chirurgia computer-assistita con realtà aumentata	1
00.35	00.3Z.0W	Altra chirurgia computer-assistita	1
00.39	00.R0.1W	Chirurgia robot-assistita con sistema teleoperante	1
00.39	00.R0.2W	Chirurgia completamente robotica [fully robotic] con sistema teleoperante	1
00.39	00.R0.ZW	Altra chirurgia robotica con altro sistema teleoperante	1
00.39	00.R1.1W	Chirurgia robot-assistita con sistema assistivo [non tele-operante]	1
00.39	00.R2.1W	Chirurgia robot-assistita con sistema motorizzato [non tele-operante]	1
00.39	00.R3.1W	Chirurgia robot-assistita con GammaKnife	1
00.39	00.R3.2W	Chirurgia robot-assistita con CyberKnife	1
00.39	00.R3.ZW	Chirurgia robot-assistita con altro sistema automatico programmabile	1
00.39	00.RZ.0W	Altre procedure robot-assistite	1

La transcodifica

La transcodifica

- Il sistema di classificazione delle diagnosi si aggiorna, passando da ICD9CM a ICD10IM
- Il sistema di classificazione delle procedure si aggiorna, passando da ICD9CM a CIPI
- Il sistema di classificazione dei ricoveri rimane MS-DRG versione 24

Per poter calcolare i DRG sui casi codificati con ICD10IM e CIPI, abbiamo la necessità di transcodificare i dati registrati in SDO, *riportandoli* al precedente sistema di classificazione.

- Per le diagnosi, il passaggio da ICD10IM a ICD9IM è nella quasi totalità dei casi una transcodifica 1:1. Alla data odierna l'unica eccezione è rappresentata dal codice **J45.8 Asma misto** che viene transcodificato in **493.00 Asma estrinseca + 493.10 Asma intrinseca**
- Per 9.856 codici procedura si osserva una rapporto 1:1; per i rimanenti:
 - 3 codici CIPI generano ciascuno, con la transcodifica, 5 codici ICD9CM
 - 13 codici CIPI generano ciascuno, con la transcodifica, 4 codici ICD9CM
 - 49 codici CIPI generano ciascuno, con la transcodifica, 3 codici ICD9CM
 - 750 codici CIPI generano ciascuno, con la transcodifica, 2 codici ICD9CM

