

LA CLASSIFICAZIONE ICD-9-CM

(International Classification of Diseases – 9th revision – Clinical Modification)

La Classificazione internazionale delle malattie (ICD) è un sistema di classificazione che organizza le malattie ed i traumatismi in gruppi sulla base di criteri definiti.

Nel 1893, la Conferenza dell'Istituto internazionale di statistica, che ebbe luogo a Chicago, approvò la Classificazione internazionale delle cause di morte e l'Italia avviò l'adozione di tale classificazione, per le statistiche sulla mortalità, a partire dal 1924.

La Classificazione internazionale, sottoposta a periodiche revisioni, fu adottata anche per rilevare le cause di morbosità oltre che di mortalità, a partire dal 1948 (6 revisione). Nel 1975, a Ginevra, nel corso della 29^a Assemblea della Organizzazione Mondiale della Sanità fu approvata la 9^a revisione della Classificazione (ICD-9).

Dal 1979, negli Stati Uniti, un Comitato (in cui sono rappresentate le Associazioni professionali ed accademiche dei medici, le Associazioni degli ospedali, l'Ufficio regionale della Organizzazione Mondiale della Sanità, l'agenzia HCFA) ha sviluppato e provvede ad aggiornare annualmente una versione modificata ed ampliata, con l'introduzione degli interventi e delle procedure diagnostiche e terapeutiche, del sistema di classificazione, la ICD-9-CM International Classification of Diseases, 9th revision, Clinical Modification. Da allora, nell'ottobre di ciascun anno, il National Center for Health Statistics (NCHS), sezione del Centers for Disease Control (CDC) pubblica aggiornamenti dell'ICD-9-CM.

Il termine *clinical* è utilizzato per sottolineare le modifiche introdotte: rispetto alla ICD-9, fortemente caratterizzata dall'orientamento a scopo di classificazione delle cause di mortalità, la ICD-9-CM è soprattutto orientata a classificare le informazioni sulla morbosità. Infatti, le principali modifiche sono finalizzate a consentire sia una classificazione più precisa ed analitica delle formulazioni diagnostiche, attraverso l'introduzione di un quinto carattere, sia l'introduzione della classificazione delle procedure diagnostiche e terapeutiche.

La Classificazione ICD-9, nella traduzione italiana predisposta e pubblicata a cura dell'ISTAT, Classificazione delle malattie, traumatismi e cause di morte (9 revisione, 1975), è stata utilizzata, ai sensi del Decreto del Ministero della Sanità del 26 luglio 1993, per la codifica delle informazioni cliniche rilevate attraverso la Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO). Con il decreto ministeriale n. 380 del 20 ottobre 2000 la codifica delle informazioni sanitarie della SDO viene effettuata con la classificazione ICD-9-CM versione 1997 e successivamente, dal primo gennaio 2006, è stato adottato l'aggiornamento alla versione 2002 della classificazione ICD-9-CM, in ottemperanza al decreto ministeriale del 20 novembre 2005.

La classificazione riportata nel presente volume, che rappresenta la traduzione italiana della versione 2007 della classificazione ICD-9-CM statunitense, è predisposta a cura della sezione Salute del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali, ed è pubblicata dall'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato. Verrà utilizzata uniformemente su tutto il territorio nazionale a partire dal primo gennaio 2009 per la codifica delle diagnosi, principale e secondarie, e delle procedure, principale e secondarie, contenute nella SDO.

LE CARATTERISTICHE DELLA CLASSIFICAZIONE ICD-9-CM

La classificazione ICD-9-CM descrive in codici numerici o alfa-numeriche i termini medici in cui sono espressi le diagnosi di malattia o di traumatismo, gli altri problemi di salute, le cause di traumatismo e le procedure diagnostiche e terapeutiche.

I caratteri fondamentali della ICD-9-CM sono i seguenti:

- l'eshaustività: tutte le entità trovano una loro collocazione, più o meno specifica, entro i raggruppamenti finali della classificazione;
- la mutua esclusività: ciascuna entità è classificabile soltanto in uno dei raggruppamenti finali della classificazione;
- il numero limitato di raggruppamenti: circa 16.000 codici consentono la classificazione delle diagnosi, dei problemi di salute e delle principali procedure diagnostiche e terapeutiche;
- la specificità dei raggruppamenti in ragione della rilevanza delle entità nosologiche dal punto di vista della sanità pubblica: le entità nosologiche di particolare importanza per la sanità pubblica o che si verificano con maggiore frequenza sono individuate da una specifica categoria; tutte le altre entità nosologiche sono raggruppate in categorie non strettamente specifiche, che comprendono condizioni differenti, benché tra loro correlate.

La struttura della classificazione è determinata da due assi principali, l'eziologia e la sede anatomica.

I capitoli in cui si articola la classificazione riflettono i due assi principali: il criterio eziologico determina i cosiddetti capitoli speciali (malattie infettive, malattie costituzionali e generali, malattie dello sviluppo, traumi); il criterio anatomico determina i capitoli cosiddetti locali, ovvero riferiti ad una specifica sede anatomica. In generale il criterio eziologico prevale su quello anatomico, per cui le condizioni morbose sono in via prioritaria classificate in uno dei capitoli speciali.

La maggior parte dei codici ICD-9-CM è di tipo numerico, mentre le classificazioni supplementari contengono codici alfanumerici. Tutti sono composti da tre, quattro o cinque caratteri ed ognuno ha una specifica descrizione. In particolare, i codici presenti nella ICD-9-CM relativi alle *diagnosi* sono costituiti da caratteri numerici o alfanumerici, in numero di tre, quattro o cinque; quando sono necessari più di tre caratteri, un punto decimale è interposto tra il terzo e il quarto carattere. I codici ICD-9-CM relativi alle *procedure* sono costituiti esclusivamente da caratteri numerici, in numero di due, tre o quattro, con un punto decimale interposto tra il secondo e il terzo carattere.

La classificazione contiene oltre 12.400 codici finali di diagnosi e circa 3.700 codici finali di procedure, ed integra tutti gli aggiornamenti ufficiali pubblicati dall'ottobre 1986 all'ottobre 2006.

LA STRUTTURA DELLA CLASSIFICAZIONE ICD-9-CM

Il sistema ICD-9-CM contiene due classificazioni, una per le malattie ed una per le procedure, ciascuna delle quali è costituita da un indice alfabetico e da un elenco sistematico; si configurano così le seguenti quattro parti:

- *indice alfabetico delle malattie e dei traumatismi*
- *elenco sistematico delle malattie e dei traumatismi*
- *indice alfabetico degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche*
- *elenco sistematico degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche*

Inoltre sono presenti due classificazioni supplementari:

- la classificazione supplementare dei fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso alle strutture sanitarie (codici V)
- la classificazione supplementare delle cause esterne di traumatismo e avvelenamento (codici E)

L'indice alfabetico e l'elenco sistematico delle due classificazioni sono concepiti per integrarsi a vicenda: i singoli termini clinici, di patologia o procedura, si ricercano negli indici alfabetici e la correttezza dei codici attribuiti viene quindi verificata con tutte le indicazioni accessorie riportate nei relativi elenchi sistematici.

L'INDICE ALFABETICO DELLE MALATTIE E DEI TRAUMATISMI

L'indice alfabetico deve essere utilizzato per primo nelle operazioni di codifica. Esso contiene l'indice alfabetico delle malattie e dei traumatismi, ovvero una lista alfabetica delle malattie, dei traumatismi, e anche dei sintomi e delle altre cause di ricorso ai servizi sanitari (codici V). Comprende, inoltre, classificazioni specifiche relative a tumori e ipertensione arteriosa.

Organizzazione dell'indice alfabetico

Una formulazione diagnostica è abitualmente composta da due parti: un termine principale (scritto in **grassetto**) ed uno o più modificatori. I termini principali e i modificatori forniscono al codificatore informazioni specifiche sulle diagnosi, le condizioni, i sintomi ed altre circostanze attinenti il contatto con il medico o la struttura.

I **termini principali** descrivono una malattia, un traumatismo, un problema o un sintomo, e rappresentano le voci di accesso alla classificazione. Di seguito sono riportati alcuni esempi:

- sostantivi generici: vertigine, trauma
- sostantivi specifici: polmonite; artrite
- aggettivi: gigante, acuto, gialla
- nomi propri (eponimi): Hashimoto, Biermer

I **modificatori** (sotto-voci) sono dei termini elencati al fine di fornire al codificatore delle informazioni aggiuntive. L'indice alfabetico li riporta, al di sotto del termine principale, in parentesi o rientrati. Quando sono richiesti due codici per indicare sia l'eziologia che la manifestazione clinica di una malattia, il codice della manifestazione appare fra parentesi quadre, per esempio, cataratta diabetica 250.5 [366.41].

L'ELENCO SISTEMATICO DELLE MALATTIE E TRAUMATISMI

L'elenco sistematico riporta, in ordine progressivo, i codici e le relative descrizioni delle malattie e dei traumatismi, dei sintomi e delle altre cause di ricorso ai servizi sanitari, delle cause esterne di traumatismo.

L'elenco sistematico comprende:

1. la classificazione analitica delle malattie e dei traumatismi;
2. la classificazione supplementare dei fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso alle strutture sanitarie (codici V, da V01 a V85);
3. la classificazione supplementare delle cause esterne di traumatismo e avvelenamento (codici E, da E800 a E999).

La Classificazione analitica delle malattie e dei traumatismi

Comprende 17 capitoli, dei quali 10 sono dedicati a specifici organi o apparati anatomici, mentre gli altri 7 descrivono specifiche tipologie di condizioni che interessano l'intero organismo. Questa classificazione contiene unicamente codici numerici, compresi tra 001 e 999.9. Di seguito è riportato l'elenco dei capitoli, con l'indicazione delle categorie ICD-9-CM comprese:

Capitolo 1	Malattie infettive e parassitarie (001-139)
Capitolo 2	Tumori (140-239)
Capitolo 3	Malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione e del metabolismo, e disturbi immunitari (240-279)
Capitolo 4	Malattie del sangue e organi emopoietici (280-289)
Capitolo 5	Disturbi mentali (290-319)
Capitolo 6	Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso (320-389)
Capitolo 7	Malattie del sistema circolatorio (390-459)
Capitolo 8	Malattie dell'apparato respiratorio (460-519)
Capitolo 9	Malattie dell'apparato digerente (520-579)
Capitolo 10	Malattie dell'apparato genitourinario (580-629)
Capitolo 11	Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio (630-677)
Capitolo 12	Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo (680-709)
Capitolo 13	Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo (710-739)
Capitolo 14	Malformazioni congenite (740-759)
Capitolo 15	Alcune condizioni morbose di origine perinatale(760-779)
Capitolo 16	Sintomi, segni, e stati morbosi maldefiniti (780-799)
Capitolo 17	Traumatismi e avvelenamenti (800-999)

Organizzazione dell'elenco sistematico

Un capitolo comprende un gruppo di codici che classificano le malattie attinenti uno stesso apparato anatomico, oppure una stessa tipologia clinica. Ciascuno dei 17 capitoli è articolato in:

- **Blocco:** insieme di condizioni tra loro strettamente correlate (es.: malattie infettive intestinali, 001-009);
- **Categoria:** codici a tre caratteri, alcuni dei quali molto specifici e non ulteriormente suddivisibili (es.: 462 faringite acuta), mentre altri sono ulteriormente suddivisi, con l'aggiunta di un quarto carattere dopo il punto decimale;
- **Sotto-categoria:** codici a quattro caratteri; il quarto carattere fornisce ulteriore specificità o informazione relativamente ad eziologia, localizzazione o manifestazione clinica; quando presenti, prevalgono rispetto ai codici a tre caratteri.
- **Sotto-classificazioni:** codici a cinque caratteri; quando presenti prevalgono rispetto ai codici a tre e a quattro caratteri.

La Classificazione supplementare dei fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso alle strutture sanitarie (codici V)

Questa classificazione è composta da codici alfanumerici che iniziano con la lettera V e sono usati per descrivere le circostanze, diverse da malattie e traumatismi, che rappresentano una causa di ricorso a prestazioni sanitarie o che esercitano un'influenza sulle attuali condizioni di salute del paziente.

I codici V possono essere utilizzati per codificare problemi clinici, servizi erogati, oppure circostanze particolari.

Problemi clinici: i codici V possono essere utilizzati per codificare un problema clinico che influenza lo stato di salute del paziente, ma che non è una malattia o un traumatismo (es. V14.2- Anamnesi personale di allergia a sulfamidici). In tali casi lo specifico problema clinico deve essere riportato nella SDO e codificato con i codici V solo se esercita una effettiva influenza sul trattamento erogato al paziente nel corso del ricovero.

Servizi erogati: i codici V descrivono quelle circostanze, diverse da malattie e traumatismi, che tuttavia possono determinare un ricovero; un esempio di tali circostanze è rappresentato da un paziente portatore di una neoplasia già diagnosticata, che è ricoverato per essere sottoposto a chemioterapia o a radioterapia.

Altre circostanze: i codici V descrivono circostanze diverse dai problemi clinici o dai servizi erogati, che influenzano comunque l'andamento del ricovero; un esempio è rappresentato dall'utilizzo dei codici V per identificare la gemellarità nell'esito del parto.

I codici V possono essere utilizzati sia per la codifica della diagnosi principale, che delle diagnosi secondarie, nel rispetto delle regole relative alla selezione della diagnosi principale.

Le complicazioni, laddove presenti, devono essere codificate utilizzando le categorie numeriche e non i codici V.

La Classificazione supplementare delle cause esterne di traumatismo ed avvelenamento (codici E)

I codici E, di tipo alfanumerico, consentono di descrivere gli eventi, le circostanze e le condizioni che rappresentano le cause di traumatismo, avvelenamento e di altri effetti avversi. Costituiscono una classificazione supplementare che ha l'obiettivo di migliorare la capacità descrittiva dei codici di diagnosi ICD-9-CM, e non devono pertanto mai essere utilizzati per descrivere la diagnosi principale.

L'uso della classificazione supplementare dei codici E, insieme alla descrizione dell'evento di traumatismo o avvelenamento, è molto utile per l'identificazione e l'analisi delle modalità causali più frequenti, al fine di aumentare le conoscenze sull'incidentalità (traumatica, domestica, lavorativa, etc.), valutare l'efficacia delle strategie di prevenzione dei traumatismi, implementare strumenti e metodologie nell'ambito dei programmi nazionali e regionali orientati alla sicurezza dei pazienti.

I codici E, infatti, descrivono *come* il traumatismo o avvelenamento si è verificato (l'agente causale), *dove* l'evento si è verificato (il luogo) e l'intenzionalità (se l'evento è accidentale, oppure se è intenzionale, come nel caso di suicidio). Possono essere utilizzati in associazione con qualunque codice di diagnosi, da 001 a V83.89, che indichi un traumatismo, avvelenamento o un danno determinato da una causa esterna. Nel caso sia possibile assegnare un solo codice E, deve essere selezionato quello maggiormente correlato con la diagnosi principale.

Alcune delle più importanti categorie di codici E includono ad esempio: incidenti da trasporto, avvelenamento da farmaci, cadute accidentali, incidenti causati da fuoco e fiamme, incidenti determinati da eventi naturali o fattori ambientali, suicidi, omicidi, etc.

Questa edizione della classificazione ICD-9-CM riporta solo l'elenco sistematico dei codici E.

L'INDICE ALFABETICO E L'ELENCO SISTEMATICO DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI E DELLE PROCEDURE DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE

Anche la classificazione degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche, sviluppata come modificazione della classificazione Procedure chirurgiche pubblicata dalla Organizzazione mondiale della sanità, è costituita da un indice alfabetico e da un elenco sistematico di codici.

La struttura della classificazione delle procedure è prevalentemente basata sull'anatomia topografica piuttosto che sulle specialità chirurgiche.

Il sistema di codici utilizzato nella classificazione degli interventi chirurgici e delle procedure della ICD-9-CM è articolato in quattro caratteri numerici, dei quali i primi due identificano generalmente un organo, mentre il terzo e il quarto specificano la sede e il tipo dell'intervento. In alcuni casi, i codici si limitano al terzo carattere, per descrivere interventi che non necessitano di ulteriori specificazioni. Il terzo e il quarto carattere sono separati dai primi due con un punto decimale.

Nella versione italiana 2007 della classificazione è stata introdotta una rubrica «00» delle procedure, con codici da 00.0 a 00.93, utili a descrivere **interventi e procedure non classificati altrove**, ad esempio di radiologia e cardiologia interventistica, o di chirurgia ortopedica su anca o ginocchio.

Le rubriche comprese fra **01** e **86** comprendono **interventi chirurgici maggiori, endoscopie e biopsie**. Queste rubriche sono raggruppate in 15 sezioni, identificate sulla base del criterio anatomico (sede dell'intervento o della procedura).

Le rubriche comprese fra **87** e **99** comprendono **altre procedure diagnostiche e terapeutiche**, e sono raggruppate sulla base della tipologia della procedura (specialità che di norma o nella maggior parte dei casi eroga la procedura stessa).

Le regole di base riportate per la codifica delle malattie e dei traumatismi sono valide anche per codificare le procedure. In particolare, l'indice alfabetico deve essere utilizzato per primo ed il codice individuato deve essere sempre verificato nell'elenco sistematico, che contiene le note relative alle condizioni di inclusione ed esclusione.

SIMBOLOGIA CONVENZIONALE

La classificazione ICD-9-CM utilizza modificatori, riferimenti, abbreviazioni, note, simboli, punteggiatura ed altre convenzioni di codifica finalizzati a facilitare l'attività del codificatore.

1. Simbologia convenzionale nell'indice alfabetico

1.1 Modificatori: forniscono ulteriori specificazioni al termine principale. Si trovano nell'Indice alfabetico al di sotto di ciascun termine principale. Esistono due tipi di modificatori:

- o **essenziali:** influiscono sulla selezione del codice; sono riportati al di sotto del termine principale. I codici corrispondenti devono essere utilizzati solo quando i termini da essi descritti sono esplicitamente riportati nella formulazione diagnostica da codificare;
- o **non essenziali:** sono riportati tra parentesi, dopo il termine a cui si riferiscono. Questi modificatori non influiscono sulla scelta del codice.

1.2 Riferimenti incrociati: i riferimenti incrociati, riportati solo nell'indice alfabetico, aiutano a localizzare il codice. Ne esistono di tre tipi:

- o **vedi (v.):** indirizza il codificatore verso un altro termine principale dell'indice alfabetico;
- o **vedi anche (v. anche):** fornisce al codificatore la possibilità di verificare la classificazione di un ulteriore termine principale nell'indice alfabetico e, quindi, dovrebbe essere di aiuto quando sotto il termine principale consultato per primo non sia riportata un'appropriata descrizione della diagnosi;
- o **vedi categoria:** rimanda all'elenco sistematico, indicando una specifica categoria.

1.3 Note: l'Indice alfabetico contiene delle note che definiscono termini, forniscono istruzioni alla codifica o illustrano eventuali sottoclassificazioni.

2. Simbologia convenzionale nell'elenco sistematico

2.1. Segni di interpunzione: nell'elenco sistematico sono utilizzati quattro tipi di segni:

- o **[] parentesi quadre:** includono termini alternativi, sinonimi o frasi di spiegazione;
- o **() parentesi tonde:** includono parole supplementari che possono essere o meno presenti nella formulazione diagnostica senza per questo influenzare l'attribuzione del codice;
- o **: due punti:** i due punti sono usati per indicare un termine incompleto; uno o più dei modificatori che seguono i due punti sono necessari per poter attribuire un termine a una determinata categoria;

2.2. Note informative: l'elenco sistematico contiene anche delle note che descrivono il contenuto dei codici o forniscono istruzioni.

- o La nota **"Incl."** definisce ulteriormente o chiarisce il contenuto del capitolo, blocco o delle categorie a tre, quattro, cinque caratteri, attraverso l'indicazione di termini separati, quali aggettivi modificatori, siti e condizioni;
- o La nota **"Escl."** descrive le condizioni che non sono incluse nel codice ed è pertanto utilizzata per indirizzare il codificatore ad una corretta assegnazione dei codici; i termini di esclusione sono stampati in corsivo per essere maggiormente visibili;
- o La nota **"Codificare prima"** è utilizzata per quei codici che non possono essere utilizzati per identificare la diagnosi principale. La nota richiede che la malattia sottostante (eziologia) sia codificata per prima.
- o La nota **"Utilizzare un codice aggiuntivo (addizionale)"** segnala al codificatore la possibilità di utilizzare un codice aggiuntivo per fornire un'immagine più completa della diagnosi o delle procedure. Il codice aggiuntivo dovrebbe essere utilizzato quando l'informazione appropriata è riportata nella scheda di dimissione;
- o La nota **"Codificare anche"** indica al codificatore la necessità di aggiungere un codice specifico per fornire informazioni più dettagliate riguardo alla condizione di base.

3. Simbologia convenzionale comune all'indice alfabetico ed all'elenco sistematico

3.1. Abbreviazioni: sono contenute sia nell'indice alfabetico che nell'elenco sistematico.

- N.I.A. Non indicato altrove: non tutte le condizioni hanno un proprio codice specifico; l'abbreviazione N.I.A. serve per codificare le condizioni che sono specificate nella SDO, ma per le quali nella classificazione non è riportato un codice specifico;
- S.A.I. Senza altre indicazioni: l'abbreviazione S.A.I., che è l'equivalente di "non specificato", dovrebbe essere utilizzata soltanto quando il codificatore non dispone delle informazioni necessarie per codificare un termine in una categoria più specifica.

TERMINOLOGIA

All'interno di questa pubblicazione sono utilizzati termini importanti per una comprensione precisa dell'ICD-9-CM. I seguenti vocaboli sono definiti specificatamente poiché si riconosce che al di fuori di questo contesto possono assumere altre definizioni e significati.

Addenda	aggiornamenti dell'ICD-9-CM pubblicati regolarmente dall'NCHS dal 1986 che diventano effettivi dal primo ottobre di ogni anno.
Avversa	qualsiasi risposta ad un farmaco che sia nociva ed involontaria e che si sia verificata con dosaggio appropriato.
Categoria	insieme di codici diagnostici compresi in uno specifico gruppo classificato con tre caratteri, per esempio la categoria 250 si riferisce al Diabete Mellito.
Causa	ciò che determina un'altra condizione o produce altri effetti.
Codice primario	il codice ICD-9-CM che definisce il motivo principale per l'attuale accesso alla struttura sanitaria.
Codici E	specifici codici ICD-9-CM, di tipo alfanumerico, utilizzati per identificare la causa dei traumatismi, degli avvelenamenti e di altri effetti avversi.
Codici V	specifici codici ICD-9-CM, di tipo alfanumerico, usati per identificare motivi di accesso alle strutture sanitarie differenti da quelli per malattie o traumatismi, per esempio per spiegare il contatto con la struttura per procedure di immunizzazione.
Codifica	procedura di assegnazione di un codice numerico alla descrizione scritta o verbale di malattie, infortuni o procedure diagnostico-terapeutiche.
Convenzioni	riferito all'uso di determinate abbreviazioni, punteggiatura, simboli, tipi di carattere ed altre istruzioni che devono essere chiaramente comprese per utilizzare correttamente l'ICD-9-CM.
Effetto tardivo	effetto residuale (condizione prodotta) che permane dopo la conclusione della fase acuta di una malattia o di un traumatismo.
Elenco sistematico	sezione dell'ICD-9-CM che elenca i codici e le definizioni in ordine numerico.
Eponimo	definizione di procedure mediche o di condizioni patologiche con il nome di una persona o di un luogo.
Eziologia	causa(e) o origine di una malattia.
ICD-9-CM	Classificazione Internazionale delle Malattie, 9 ^a Revisione, Modificazione Clinica.
Indice alfabetico	sezione dell'ICD-9-CM che elenca le definizioni (con i relativi codici) in ordine alfabetico.
Manifestazione	segni caratteristici o sintomi di una malattia.
Multiplo	si riferisce alla necessità di usare più di un codice ICD-9-CM per classificare in modo completo la condizione.
Postoperatorio	evento che si verifica per qualcosa di pianificato in precedenza, per esempio la rimozione di un gesso.
Postumo	condizione(i) di lungo termine che residua dopo una malattia acuta o un traumatismo.
Secondario	codice(i) di malattia o procedura, registrato dopo il codice primario, che indica la causa(e) ulteriore del corrente accesso all'assistenza.
Sezione	si riferisce, nell'ambito dei capitoli dell'elenco sistematico, a gruppi di categorie (codici numerici a tre caratteri), ad esempio, Tumori maligni dell'apparato respiratorio e degli organi intratoracici (160-165).

Sottocategorie	si riferisce all'organizzazione in gruppi di codici a quattro caratteri catalogati sotto categorie a tre caratteri.
Specificità	si riferisce all'esigenza di codificare con il maggior numero di caratteri possibili 3, 4 o 5, quando si sceglie un codice ICD-9-CM.
Termine principale	si riferisce agli elenchi che nell'indice alfabetico appaiono in grassetto.
Termine secondario	si riferisce alla catalogazione che appare nell'indice alfabetico al di sotto dei termini principali, con un rientro di due spazi a destra.

FIGURA 1

RIEPILOGO DELLE SIMBOLOGIE CONVENZIONALI**I. Indice alfabetico**

1. *Modificatori*
 - 1.1. essenziali
 - 1.2. non essenziali
2. *Riferimenti*
 - 2.1. vedi (v.)
 - 2.2. vedi anche (v. anche)
 - 2.3. vedi seguito dalla indicazione della categoria
3. *Note*
 - 3.1 definizioni di termini
 - 3.2 istruzioni per la codifica
 - 3.3 sottoclassificazioni

II. Elenco sistematico

1. *Segni di interpunzione*
 - 1.1. parentesi quadre
 - 1.2. parentesi tonde
 - 1.3. due punti
2. *Note*
 - 2.1. include
 - 2.2. esclude
 - 2.3 codificare prima
 - 2.4. utilizzare un codice addizionale
 - 2.5. codificare anche

III. Convenzioni comuni all'indice alfabetico e all'elenco sistematico

1. *Abbreviazioni*
 - 1.1. N.I.A. "Non indicato altrove"
 - 1.2. S.A.I. "Senza altre indicazioni"