



OGGETTO: indicazioni per la codifica delle SDO dei ricoveri delle donne in gravidanza con particolare riferimento al corretto inquadramento dei tagli cesarei.

Al fine di garantire una corretta rendicontazione dei ricoveri relativi a donne in gravidanza, ed in particolare quelle sottoposte a taglio cesareo, avuto riguardo ad alcune anomalie riscontrate nei flussi SDO, si richiamano le principali indicazioni utili a garantire una accurata codifica delle SDO e consentire un corretto risk adjustment da parte di PNE.

REGOLE GENERALI sulla codifica delle SDO relative a ricoveri di donne in gravidanza.

A) Le patologie o condizioni ostetriche, riscontrate durante la gravidanza, il parto o il puerperio, devono essere codificate utilizzando di norma i codici presenti nel capitolo 11 (complicazioni della gravidanza del parto e del puerperio) della classificazione ICD-9-CM. I relativi codici vanno riportati in diagnosi principale con la sola eccezione di casi particolari con notevole impegno di risorse per altre condizioni.

B) Il capitolo 11 comprende anche alcune patologie che, qualora riscontrate durante la gravidanza, devono essere codificate con il codice riportato in tale capitolo, esempi: 648.0_ Diabete, 648.1_ Disfunzione della tiroide, 648.2_ Anemia, etc.

N.B.: nei casi in cui la patologia concomitante non sia indicata in questo capitolo, ovvero per dare maggiore specificità alla diagnosi, possono essere utilizzati in diagnosi secondaria codici di altri capitoli riportando in diagnosi principale il codice 648.9_(Altre manifestazioni altrimenti classificabili altrove).

C) Per quanto riguarda tutti i codici ostetrici compresi tra 640._ _ e 676._ _ occorre prestare particolare attenzione alla **quinta cifra**, in particolare:

0 - episodio di cura non specificato, da non utilizzare mai (determina il DRG 469)

1 - parto, con o senza menzione della condizione antepartum (determina i DRG 370-375 relativi al parto), da utilizzare per i ricoveri che si sono conclusi con il parto

2 - parto, con menzione della complicazione postpartum (determina i DRG 370-375 relativi al parto), da utilizzare per i ricoveri conclusi con il parto e con complicazioni postpartum

3 - condizione o complicazione antepartum (determina i DRG 382-384), da utilizzare per i ricoveri **connessi alla gravidanza ma non al parto** (cioè che non si sono conclusi con il parto)

4 - condizione o complicazione postpartum (determina i DRG 376-377), da utilizzare esclusivamente per i ricoveri successivi all'evento parto (per complicazioni postpartum).



Alisa

Sistema Sanitario Regione Liguria

D) Non vanno mai utilizzati nei ricoveri della donna in gravidanza codici neonatali (capitolo XV) anche se dalla descrizione potrebbe sembrare che si riferiscano alla condizione materna. Si tratta infatti di codici utilizzabili esclusivamente nei neonati nel ricovero connesso all'evento nascita, come ad esempio:

761.1 Rottura prematura delle membrane che ha ripercussioni sul neonato

763.0 Parto ad estrazione podalica con ripercussione sul neonato

763.4 Parto cesareo con ripercussioni sul neonato

E) Condizioni infettive complicanti la gravidanza, il parto o il puerperio:

La diagnosi principale in questi casi sarà 647._ _ (da 647.0_ a 674.94) mentre in diagnosi secondaria sarà codificato l'agente eziologico in causa, oppure 646.6_ per infezioni dell'apparato genitourinario in gravidanza oppure 646.5_ per batteriuria asintomatica in gravidanza.

Nel caso di pazienti con infezione da HIV ricoverate per gravidanza, parto o puerperio, in diagnosi principale occorre utilizzare il codice 647.6_ e in diagnosi secondaria il cod. 042, per la paziente con HIV sintomatico, o il cod. V08 per la paziente sieropositiva asintomatica.

Si deve differenziare lo stato di portatrice dalla condizione di infezione (evidenza di trattamento specifico nella cartella clinica). Codici per indicare lo stato di portatrice sono, ad esempio:

- portatore di Streptococco gruppo B = V02.51;
- portatore di epatite B = V02.61.

Esempio 1: parto di donna portatrice di streptococco B

Diagnosi principale 646.61 Parto di donna con infezione apparato genitourinario*

Diagnosi secondaria V02.51 Portatrice di streptococco gruppo B

Diagnosi secondaria V27.0 Parto semplice nato vivo

Intervento principale 75.34 Monitoraggio fetale

*N.B.: Può essere utilizzato il codice 646.61 in quanto l'impegno terapeutico-assistenziale equivale a quello dell'infezione sintomatica.

Esempio 2: parto di donna con infezione da streptococco B

Diagnosi principale 646.61 Parto di donna con infezione apparato genitourinario

Diagnosi secondaria 041.02 Infezione streptococcica in manifestazioni morbose classificate altrove e di sede non specificata, Streptococco, gruppo B

Diagnosi secondaria V27.0 Parto semplice nato vivo

Intervento principale 99.21 Iniezione di antibiotici



IL PARTO NORMALE

Nel caso di parto spontaneo, cefalico, vaginale, a termine, di feto singolo e vitale che richiede poca o nessuna assistenza con o senza episiotomia, si deve utilizzare in diagnosi principale il codice 650: questo codice non deve essere usato insieme ad alcun altro codice dell'intervallo 630-676.

Va invece **sempre utilizzato** il codice aggiuntivo che indica l'esito del parto: V27.0

- V27.0 (Parto semplice: nato vivo) per indicare che è nato un solo bambino vivo;
- V27.1 (Parto semplice: nato morto) per indicare che è nato un solo bambino morto;
- V27.2 (Parto gemellare: entrambi nati vivi) per indicare che sono nati due bambini vivi;
- V27.3 (Parto gemellare: un nato vivo e un nato morto)
- V27.4 (Parto gemellare: entrambi nati morti)
- V27.5 (Altro parto multiplo: tutti nati vivi)
- V27.6 (Altro parto multiplo: alcuni nati vivi)
- V27.7 (Altro parto multiplo: tutti nati morti)
- V27.9 (Parto, esito non specificato) da non utilizzare mai

IL PARTO CESAREO

Nel caso di parto con taglio cesareo quest'ultimo non costituisce la diagnosi bensì l'intervento principale (codice di procedura 74. __). La diagnosi principale deve riportare la patologia o la situazione che ha costituito l'indicazione al cesareo:

- Codici da 652 a 659 = indicazione al cesareo precedente al parto;
- Codici da 660 a 669 = indicazione al cesareo durante il travaglio

ESEMPIO: 656.31 sofferenza fetale; 641.21 distacco prematuro della placenta; 642. _ _ Pre-eclampsia lieve o grave; 652. _ _ Presentazione podalica; etc

Le indicazioni al taglio cesareo per patologie che non sono comprese nel cap.11 devono essere codificate con: DP 659.81 (altre specifiche indicazioni per l'assistenza o l'intervento relative al travaglio e al parto) e in DS la patologia che ha costituito l'indicazione al cesareo (es. gravidanza ad alto rischio V23. __, retinopatie 362. __ ecc.).

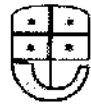
ESEMPIO: parto con donna portatrice di retinopatia

DP 659.81 altre specifiche indicazioni per l'assistenza o l'intervento relative al travaglio e al parto, parto, con o senza menzione della condizione antepartum

DS 362. _ retinopatia

DS V27. _ esito

I/P 74.1 taglio cesareo



N.B.: La condizione di pre-cesarizzazione va riportata mediante l'indicazione del codice 654.21 (pregresso parto cesareo) tra le diagnosi secondarie. Qualora l'indicazione del cesareo coincida con la condizione di precesarizzata, il codice 654.21 deve utilizzarsi in diagnosi principale.

Il codice 669.71 = TC senza menzione della indicazione va utilizzato il meno possibile dal momento che manca la segnalazione clinica della motivazione. Può essere impiegato nei casi in cui il ricorso al cesareo è dovuto ad una precisa volontà della donna.

Nella lettura dei percorsi assistenziali tutti i TC che hanno il 669.71 in diagnosi principale vengono letti come TC su richiesta della donna.

La STANDARDIZZAZIONE del rischio per PNE nel taglio cesareo primario

L'informazione sul pregresso cesareo viene desunta dalla SDO [codice ICD-9-CM di diagnosi principale o secondarie 654.2 nel ricovero per parto o DRG di parto cesareo (codici DRG: 370-371) o codice di diagnosi principale o secondarie di parto con taglio cesareo (codice ICD-9-CM: 654.2, 669.7), o codice di procedura principale o secondarie di taglio cesareo (codici ICD-9-CM: 74.0, 74.1, 74.2, 74.4, 74.99) o codice di diagnosi principale o secondarie di nato con parto cesareo (V30.01, V31.01, V32.01, V33.01, V34.01, V36.01, V37.01, V39.01)], escludendo dal campione tutte le donne che nei due anni precedenti abbiano effettuato un parto cesareo.

Sono inoltre escluse dal campione:

- tutte le dimissioni di donne non residenti in Italia;
- tutte le donne di età inferiore a 10 anni e superiore a 55 anni;
- tutte le dimissioni con diagnosi di nato morto. L'informazione sui nati morti viene desunta dalla SDO [codici ICD-9CM di diagnosi principale o secondarie: 656.4 (morte intrauterina), V27.1 (parto semplice: nato morto), V27.4 (parto gemellare: entrambi nati morti), V27.7 (altro parto multiplo: tutti nati morti)];
- tutte le dimissioni con diagnosi di aborto [codici ICD-9CM di diagnosi principale o secondarie: 634-639].

Sono diverse le variabili (**non solo comorbidità**) relative alla madre e, in alcuni casi, al feto - sempre comunque estratte dalla SDO materna - considerate come potenziali fattori di rischio per il cesareo ai fini del risk adjustment, **anche quando riportate in SDO di ricoveri effettuati nei 2 anni precedenti**.