



*Ministero del Lavoro, della Salute  
e delle Politiche Sociali*

DIPARTIMENTO DELLA QUALITÀ  
Direzione Generale della Programmazione sanitaria, dei livelli  
di Assistenza e dei Principi etici di sistema

UFFICIO VI - Federalismo  
DELL'EX MINISTERO DELLA SALUTE

Ministero della Salute

0034703-P-23/10/2008

DGPROG I.9.b/1



27764363

Agli Assessorati alla Sanità  
delle Regioni e Province Autonome

LORO SEDI

I.9.b/1

**OGGETTO: Indicazioni per la compilazione e codifica delle informazioni anagrafiche ed amministrative contenute nel tracciato nazionale della scheda di dimissione ospedaliera (SDO)**

Come è noto, il decreto ministeriale n. 380 del 27 ottobre 2000 disciplina il flusso informativo delle schede di dimissione ospedaliera (SDO), ne stabilisce il tracciato record nazionale e le modalità di trasmissione delle informazioni dalle Regioni per il Ministero.

La necessità di uniformare la compilazione e la codifica delle informazioni contenute nella SDO presso gli operatori delle strutture di ricovero rimane un obiettivo importante ai fini dell'utilizzo sempre più rilevante del flusso informativo per gli aspetti gestionali, programmatori ed epidemiologici.

Il documento, che si allega alla presente, è il frutto di un attento e puntuale lavoro svolto durante il progetto "Mattoni del SSN" dal mattone "Evoluzione del sistema DRG nazionale" e da una stretta collaborazione del Ministero con le Regioni e Province Autonome. La Cabina di Regia del Nuovo Sistema Informativo, nella seduta del 9 luglio, lo ha approvato e ne ha raccomandato la divulgazione tra gli operatori del settore.

Si trasmette a codesti Assessorati allo scopo di divulgarlo ed implementarlo presso tutti gli istituti di ricovero pubblici e privati presenti sul proprio territorio e a verificare con le opportune modalità di controllo, il rispetto delle informazioni ivi riportate.

IL DIRETTORE GENERALE  
Dr. Filippo Palumbo

**DOCUMENTO “Indicazioni per la compilazione e codifica delle informazioni anagrafiche ed amministrative contenute nel tracciato nazionale della scheda di dimissione ospedaliera (SDO)”**

Le seguenti indicazioni sono il risultato di un'attenta e puntuale ricognizione di aspetti critici nella compilazione della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), suscettibili di differenti interpretazioni da parte delle strutture coinvolte nella gestione degli archivi SDO. Sono in gran parte frutto del lavoro prodotto dal progetto “Mattoni del SSN”, mattone “Evoluzione del sistema DRG nazionale” e di una stretta collaborazione, già da tempo avviata, del Ministero della salute con le Regioni e Province Autonome.

Indicazioni sempre più specifiche risultano necessarie per uniformare la compilazione e la codifica delle informazioni anagrafiche ed amministrative relative al ricovero contenute nella SDO e per integrare alcuni aspetti non adeguatamente trattati nella normativa di riferimento.

**Le Regioni e Province Autonome sono invitate a divulgare ed implementare le seguenti indicazioni** presso tutti gli istituti di cura pubblici e privati presenti sul proprio territorio e a verificare, con le opportune modalità di controllo, il rispetto delle informazioni riportate.

Fermo restando quanto stabilito dal decreto ministeriale del 27 ottobre 2000, n. 380 “Regolamento recante l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati”, nonché dalle istruzioni contenute nell'allegato disciplinare tecnico, le indicazioni qui fornite investono prevalentemente i campi anagrafici ed amministrativi del tracciato SDO, omettendo approfondimenti sulle informazioni cliniche, quali diagnosi ed interventi chirurgici/procedure, che saranno oggetto di specifiche linee guida e per le quali sono tuttora vigenti le regole stabilite dal DM n. 380/00 e dalle linee guida nazionali approvate con l'Accordo Stato-Regioni del 6 giugno 2002.

Tutti gli istituti di ricovero e cura presenti sul territorio nazionale, pubblici e privati, accreditati e non accreditati, sono tenuti alla compilazione della SDO per ciascuna dimissione effettuata.

Sono escluse le strutture di riabilitazione ex art.26 della Legge n. 833/1978 e le strutture socio-sanitarie residenziali di lungodegenza, per le quali non è prevista la compilazione dei modelli HSP del sistema informativo sanitario.

La normativa vigente prevede la trasmissione degli archivi semestrali SDO, da parte delle Regioni e Province Autonome al Ministero della salute, entro il 31 dicembre dell'anno per le dimissioni effettuate nel primo semestre ed entro il 30 giugno dell'anno seguente per le dimissioni relative al secondo semestre.

Nell'attesa di avviare le necessarie iniziative per intraprendere modifiche nelle modalità di trasmissione dei dati al Ministero, e considerata la disponibilità dei dati trimestrali a livello regionale, come indicato nel DM n. 380/00, **si raccomanda vivamente alle Regioni e Province Autonome di abbreviare di 3 mesi i tempi di trasmissione**, inviando il primo semestre dell'anno entro il 30 settembre dell'anno e il secondo semestre entro il 30 marzo dell'anno successivo.

Sempre in considerazione che saranno presto avviate iniziative per inserire, nel tracciato nazionale della scheda di dimissione ospedaliera, per i ricoveri programmati, la **data di prenotazione e la classe di priorità** secondo le modalità dell'Accordo Stato-Regioni dell'11 luglio 2002, si raccomanda altresì alle Regioni e Province Autonome di provvedere ad integrare dette informazioni nei propri tracciati regionali. Per tali informazioni, ai fini di una lettura a tutto campo del fenomeno dei tempi di attesa, già l'Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento

e Bolzano sul Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008 al punto 7.1 "Monitoraggio di sistema" aveva previsto per le Regioni l'inserimento nella SDO dei 2 campi.

Si rammenta che la SDO costituisce una rappresentazione sintetica e fedele di quanto contenuto nella cartella clinica e che la normativa nazionale vigente prevede il controllo della congruenza tra le due fonti informative in un campione casuale di almeno il 2% dei ricoveri effettuati [art.88, comma 2, Legge n.388/2000].

### **Codice istituto**

Il codice da utilizzare è quello riportato nei modelli HSP.11 e HSP.11/bis del Sistema Informativo Sanitario. Il codice è composto da 8 caratteri, dei quali i primi tre identificano la Regione o Provincia Autonoma di appartenenza, i successivi tre sono costituiti da un progressivo numerico attribuito in ambito regionale (HSP.11), gli ultimi due costituiscono un eventuale ulteriore progressivo per individuare la singola struttura/stabilimento afferente al complesso ospedaliero (HSP.11/bis).

Si raccomanda di utilizzare solo i codici ad 8 cifre riportati nei modelli anagrafici HSP e, nel caso di istituti non organizzati in più strutture, gli ultimi due caratteri devono essere valorizzati con "00".

Per le strutture di ricovero non presenti nelle anagrafiche HSP, è necessario verificare che tali strutture svolgano effettivamente un'attività di ricovero ospedaliero e assicurarsi di censirle con uno specifico codice istituto utilizzando i modelli HSP.11 e HSP.11/bis.

I Servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC), reparti ospedalieri che afferiscono ai Dipartimenti di salute mentale (DSM), devono compilare le SDO utilizzando il codice della struttura ospedaliera in cui viene svolta l'attività di ricovero.

Particolare attenzione deve essere dedicata alla segnalazione di "esclusiva attività di riabilitazione" prevista nei modelli HSP.11 e HSP.11/bis, perché tale informazione viene utilizzata per determinare la tipologia di attività erogata dall'intera struttura. Quindi, nei casi in cui viene segnalata nei modelli HSP questa caratteristica della struttura, l'attività di "riabilitazione" è attribuita a tutti i ricoveri effettuati.

### **Comune di nascita**

Il comune di nascita individua il comune italiano, oppure lo Stato Estero, presso il quale il paziente è nato.

Se il paziente è nato in territorio italiano utilizzare il codice ISTAT a 6 caratteri, di cui i primi 3 individuano la provincia e i successivi 3 il progressivo del comune nell'ambito della provincia. Per i dimessi nati all'estero utilizzare il codice "999" al posto del codice della provincia, seguito dal codice dello Stato Estero definito dal Ministero dell'Interno e ISTAT per l'anagrafe della popolazione.

Per i riferimenti alla codifica consultare la pagina web: <http://www.istat.it/strumenti/definizioni/>

### **Comune di residenza**

Il comune di residenza individua il comune italiano, oppure lo Stato Estero, presso il quale il paziente risulta legalmente residente.

Se il paziente è residente in territorio italiano, come per il comune di nascita, utilizzare il codice ISTAT a 6 caratteri, per i dimessi residenti in Italia.

Per i dimessi residenti all'estero utilizzare il codice "999", seguito dal codice dello Stato Estero definito dal Ministero dell'Interno e ISTAT per l'anagrafe della popolazione.

Per gli apolidi e senza fissa dimora utilizzare il codice "999", seguito dal codice "999".

Per i neonati deve essere indicato il comune di residenza della madre, fatto salvo quanto previsto dalla Legge 15 maggio 1997, n. 127.

Per gli stranieri non residenti ma domiciliati, iscritti al SSN, va inserito il codice del comune di domicilio ed analogamente vanno inserite le relative informazioni sulla ASL e Regione di assistenza.

Non devono essere utilizzati i codici dei comuni cessati.

Per i riferimenti alla codifica consultare la pagina web: <http://www.istat.it/strumenti/definizioni/>

### **Cittadinanza**

Utilizzare il codice "100" per i dimessi con cittadinanza italiana; il codice a tre caratteri che identifichi lo Stato Estero definito dal Ministero dell'Interno e ISTAT, per i dimessi con cittadinanza straniera.

Per gli apolidi e senza fissa dimora utilizzare il codice "999".

Per i riferimenti alla codifica consultare la pagina web: <http://www.istat.it/strumenti/definizioni/>

### **Codice sanitario individuale**

Il codice sanitario individuale identifica i singoli cittadini iscritti al SSN e per i residenti è costituito dal codice fiscale, composto da 16 caratteri.

Il codice fiscale da inserire nell'archivio SDO deve essere quello attribuito dal Ministero dell'Economia.

Per gli stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno sul territorio italiano deve essere riportato il codice regionale con sigla STP (straniero temporaneamente presente) a 16 caratteri.

Il codice fiscale può essere omissso per i neonati e nei casi previsti dalla normativa vigente (Legge 135 del 5 giugno 1990 per i casi di HIV e AIDS, Decreto 349 del 16 luglio 2001 per le donne che vogliono partorire in anonimato). Non deve comunque essere attribuito autonomamente mediante l'utilizzo di programmi informatici.

### **Data di nascita**

La data di nascita non deve essere successiva alla data del ricovero. La differenza tra la data di nascita e la data di dimissione non può essere superiore a 125 anni.

Per i neonati la data di nascita deve coincidere con la data di ricovero.

### **Azienda Sanitaria Locale di residenza**

Riportare il codice dell'Azienda Sanitaria Locale di residenza del paziente.

Il codice deve corrispondere a quello inserito ed aggiornato nell'apposito modello FLS.11 del Sistema Informativo Sanitario.

### **Regime di ricovero ordinario**

Un ricovero ordinario riporta la data di ammissione o ricovero e la data di dimissione.

La prima può essere riferita al massimo ad un anno precedente l'anno di dimissione.

Le prestazioni chirurgiche che prevedono un solo pernottamento, la cosiddetta "*one day surgery*", devono essere indicate nella SDO come prestazioni in regime ordinario (codice regime di ricovero "1").

### **Regime di ricovero in day hospital e variabili correlate.**

Il day hospital costituisce una modalità di ricovero ospedaliero diurno ad accesso programmato da indicare con il codice "2".

Gli interventi chirurgici o procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e semi invasive effettuate in *day surgery*, ossia con ammissione e dimissione nello stesso giorno, rappresentano modalità di ricovero ospedaliero diurno ad accesso programmato, da indicare anche esse con il codice "2".

Il ricovero diurno è costituito da uno o più accessi (ciclo di contatti o accessi) durante i quali si effettuano prestazioni multidisciplinari e plurispecialistiche che richiedono una permanenza nella struttura ospedaliera nelle ore diurne e non sono configurabili con una normale prestazione ambulatoriale.

La SDO relativa deve comprendere l'intero ciclo diagnostico-terapeutico, specificando nell'apposito campo **Numero di giornate di presenza in ricovero diurno** il numero di accessi giornalieri effettuati.

Nel caso di day hospital la **Data di dimissione** corrisponde alla data dell'ultimo accesso alla struttura, a conclusione dell'intero ciclo assistenziale. Il 31 dicembre rappresenta comunque la data convenzionale per la chiusura della SDO in day hospital. Nell'eventualità quindi che il ciclo di accessi diurni non si concluda alla data del 31 dicembre, occorre comunque chiudere sia la cartella clinica che la corrispondente SDO entro il 31 dicembre dell'anno di rilevazione, per poi aprire una nuova cartella clinica ed una nuova SDO nell'anno successivo di rilevazione.

Il campo **traumatismi o intossicazioni** deve essere comunque omesso nel caso di ricovero in day hospital.

Ai fini della compilazione della SDO non è corretto sovrapporre più regimi di ricovero diversi tra loro (ordinario e day hospital e viceversa) all'interno della stessa struttura ospedaliera: per un paziente inserito in un percorso ospedaliero diurno e successiva necessità di ricorso alla degenza ordinaria nello stesso istituto, si dovrà procedere alla chiusura della SDO in ricovero diurno ed aprirne una nuova per la successiva degenza ordinaria.

Le SDO con modalità di ricovero diurno devono correttamente riportare il **Motivo del ricovero in regime diurno** utilizzando i seguenti codici:

- “1” – ricovero diurno diagnostico (ivi compreso il follow up), da utilizzare in caso di day hospital medico per fini diagnostici;
- “2” – ricovero diurno chirurgico (day surgery), da utilizzare in caso di interventi chirurgici o procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e semi invasive;
- “3” – ricovero diurno terapeutico, da utilizzare in caso di day hospital medico per fini terapeutici;
- “4” – ricovero diurno riabilitativo, da utilizzare in caso di day hospital a fini riabilitativi.

### **Data di ricovero**

La data è costituita da 8 caratteri e tutti devono essere compilati, secondo il formato GGMMAAAA (ovvero DDMMYYYY). Essa rappresenta la data di ammissione o ricovero.

In caso di ricovero diurno va indicata la data del primo giorno del ciclo dei contatti con la struttura.

Nel caso di ricoveri programmati con preospedalizzazione, la data di ricovero deve comunque coincidere con la data di inizio della degenza ospedaliera.

Nel caso di nati nella struttura la data di ricovero coincide con la data di nascita.

### **Onere della degenza**

Con onere della degenza si intende specificare su chi ricade l'onere di rimborso dei costi relativi al ricovero. A tal riguardo si rimanda alla codifica prevista nel disciplinare tecnico, allegato al decreto ministeriale 380/2000.

Se durante il ricovero cambia il soggetto su cui ricade l'onere della degenza, nella SDO sarà riportato il codice relativo all'onere della degenza alla dimissione del paziente.

Nei casi di seguito elencati si devono utilizzare i seguenti codici:

- “1” - Ricovero a totale carico del SSN; per i
  - cittadini italiani iscritti al S.S.N.;
  - lavoratori di diritto italiano residenti all'estero;
  - cittadino italiano iscritto all'AIRE, per urgenze, in assenza di polizza;
  - cittadini stranieri iscritti al S.S.N., in quanto aventi permesso di soggiorno che ne consente l'iscrizione volontaria;

- neonati figli di madri iscritte al SSN;
- cittadini stranieri che nell'ambito dei progetti umanitari arrivano in Italia per cure medico-ospedaliere.

“2” – Ricovero a prevalente carico del SSN, con parte delle spese a carico del paziente (differenza alberghiera);

“3” – Ricovero con successivo rimborso (totale o parziale) a carico del SSN;

“4” - Ricovero senza oneri per il SSN; per i

- cittadini solventi
- cittadini stranieri o italiani residenti all'estero con assicurazione personale stipulata nel paese di origine o di residenza o in Italia;
- cittadini stranieri o italiani assicurati con Istituzioni Estere provenienti dai Paesi UE, SEE e Svizzera e Paesi convenzionati;

“5” - Ricovero, a prevalente carico del SSN, con parte delle spese a carico del paziente (libera professione);

“6” - Ricovero a prevalente carico del SSN, con parte delle spese a carico del paziente (libera professione e differenza alberghiera);

“7” - Ricovero a carico del SSN di pazienti stranieri provenienti da Paesi U.E., SEE, Svizzera e Paesi convenzionati, in possesso degli attestati di diritto che consentono l'iscrizione al SSN;

“8” - Ricovero a carico del SSN di pazienti stranieri con dichiarazione di indigenza e per gli stranieri temporaneamente presenti con codice sanitario STP, per le prestazioni sanitarie individuate all'art.35, comma 3, del D.Lgs 286/98 (vedasi Circolare del Ministero della Sanità del 24 marzo 2000, n. 5 per le prestazioni assicurate dal SSN);

“A” - Ricovero a rimborso del Ministero dell'Interno di pazienti regolarmente soggiornanti che non corrispondono l'onere delle prestazioni in urgenza (vedasi Circolare del Ministero della Sanità del 24 marzo 2000, n. 5 per le prestazioni assicurate dal SSN);

“9” – Altro (ad esempio prestazioni richieste da altri enti come INAIL ai quali fatturare l'onere).

### **Provenienza del paziente**

Qualora il paziente acceda alla struttura su proposta della guardia medica (continuità assistenziale) utilizzare il codice “2” – “Paziente inviato all'istituto di cura con proposta del medico di base”.

Il codice utilizzato per la variabile “provenienza del paziente” deve essere coerente con il codice relativo al “tipo di ricovero”.

Ad esempio qualora il paziente acceda all'istituto di cura senza proposta di ricovero formulata da un medico (codice provenienza “1”), allora deve trattarsi di ricovero urgente (codice tipo di ricovero “2”); se il ricovero è stato precedentemente programmato dallo stesso istituto di cura (codice provenienza “3”), allora deve trattarsi di ricovero programmato, non urgente (codice tipo di ricovero “1”).

Utilizzare il codice “9” per ricoveri a pagamento in regime di libera professione, con onere a totale o parziale carico del paziente, secondo le disposizioni regionali che regolano la libera professione intra-moenia.

### **Tipo di ricovero**

Deve essere specificato, (programmato, urgente, etc.) in tutti i casi di ricovero ordinario. L'informazione può essere omessa per i neonati, dimessi a seguito dell'evento nascita.

Nel caso però di neonati, per i quali è necessario il trasferimento pressoché immediato ad altra struttura, a trasferimento avvenuto deve essere indicato il ricovero d'urgenza (codice tipo di ricovero "2") ed indicata la provenienza del paziente (codici "4" o "5" o "6").

Un ricovero con preospedalizzazione, con accertamenti pre-operatori, può essere identificato utilizzando il codice "4".- "Ricovero programmato con preospedalizzazione" Solo in tali casi possono essere riportate le procedure eseguite in data antecedente la data di ricovero.

Se il paziente accede tramite Pronto Soccorso il codice da utilizzare è "2" - "Ricovero urgente". In tal caso l'informazione relativa alla provenienza del paziente deve riportare il codice "1" - "Paziente che accede all'istituto senza proposta di ricovero formulata da un medico".

### **Traumatismi e intossicazioni**

Il campo traumatismi o intossicazioni deve essere compilato solamente in caso di ricovero in regime ordinario e le diagnosi, principali e/o secondarie, sono quelle relative al capitolo XVII – Traumatismi ed Avvelenamenti della Classificazione ICD-9-CM vigente (categorie 800-904 e 910-995).

Questa informazione deve essere indicata solamente nella SDO relativa al primo di eventuali successivi ricoveri per la cura del medesimo traumatismo.

Quindi se un paziente viene ricoverato per postumi di trauma, il campo traumatismi o intossicazioni non deve essere compilato e vanno utilizzati i codici relativi a postumi o sequele.

Si rimanda al disciplinare tecnico del decreto n. 380/00 per i codici da utilizzare per questa variabile.

### **Unità operativa di dimissione**

Indica l'unità operativa dalla quale il paziente è dimesso a prescindere da dove viene inserito al momento del ricovero, oppure da eventuali trasferimenti interni.

I primi due caratteri devono riferirsi ad uno dei codici delle specialità cliniche e delle discipline ospedaliere previsti dalle tabelle di decodifica del SIS (vedasi DM 5 dicembre 2006 "Variazione dei modelli di rilevazione dei dati delle attività gestionali delle strutture sanitarie").

Il codice dell'unità operativa di dimissione deve inoltre trovare corrispondenza con i codici dei reparti dell'istituto di ricovero, rilevati dai modelli HSP.12, HSP.22/bis e HSP.13 del SIS e, nel caso di ricovero presso istituto privato, i primi due caratteri del codice devono corrispondere ad uno dei codici disciplina rilevati dal modello HSP.23.

### **Modalità di dimissione**

Il codice "9" - "Dimissione ordinaria con attivazione di assistenza domiciliare integrata" deve essere utilizzata ogni qualvolta viene richiesta l'attivazione del Servizio di Assistenza Domiciliare o l'attivazione dei servizi territoriali quali ad esempio il Dipartimento di salute mentale, il Servizio per il recupero dei tossicodipendenti (SERT) o i centri di Neuropsichiatria Infantile.

La modalità di dimissione "protetta" deve essere indicata anche se il paziente viene dimesso presso la struttura extraospedaliera da cui proveniva prima dell'episodio di ricovero ospedaliero.

### **Peso alla nascita**

L'informazione va riportata solamente nella scheda del neonato relativa al ricovero in cui è avvenuta la nascita. Il peso va espresso in grammi ed il campo è composto da 4 caratteri. L'informazione deve essere coerente con eventuali codici delle diagnosi compresi nelle categorie 764-766, relativi a problemi di crescita fetale, prematurità, immaturità e postmaturità.