

Istruzione per la compilazione della scheda cartacea SDO (versione 2/2017)

1.Istituto di cura (HSP11): Il campo, che identifica l'Istituto di cura dal quale è dimesso il paziente, deve essere valorizzato con i codici previsti nei modelli ministeriali HSP.11, HSP.11bis

2.SDO n.: Il codice da utilizzare è articolato in 8 caratteri di cui i primi due identificano l'anno di ricovero, gli altri sei costituiscono una numerazione progressiva all'interno dell'anno e dell'Istituto di cura

3.SDO della Puerpera: solo nella SDO del neonato nel ricovero dell'evento nascita riportare il numero della SDO della madre

4.Cognome: riportare il cognome del paziente in maiuscolo

5.Nome: riportare il nome del paziente in maiuscolo

6.Sesso: Valori ammessi **1** = maschio; **2** = femmina; **9** = non definito

7.Data di Nascita: Indicare la data di nascita dell'assistito nel formato GGMMAAAA

8.Comune nascita: Indicare in sequenza la descrizione del comune di nascita, sigla della provincia e codice ISTAT; il codice da utilizzare è definito dall'ISTAT, i cui primi tre caratteri individuano la provincia e i successivi un progressivo all'interno di ciascuna provincia che individua il singolo comune. Nel caso in cui il paziente sia nato all'estero va indicato il codice 999, al posto del codice della provincia, seguito dal codice dello Stato estero definito dall'ISTAT. In caso di comune o Stato estero cessati, utilizzare il codice ISTAT in uso al momento della nascita

9.Identificativo paziente: Per i soggetti iscritti al Servizio sanitario nazionale utilizzare il codice fiscale, a 16 caratteri (legge 412/91). Per i cittadini europei in possesso di Tessera europea di assicurazione malattia (TEAM) indicare il numero di identificazione personale del titolare, a 20 caratteri, riportato sulla TEAM. Per i cittadini Europei non in possesso della TEAM e non iscrivibili al Servizio sanitario nazionale utilizzare il codice ENI (Europeo non iscritto) a 16 caratteri (Circolare Ministero della Salute 19 febbraio 2008). Per gli stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno deve essere riportato il codice STP (Straniero temporaneamente presente) a 16 caratteri (ai sensi D.P.R. 31.8.1999 n. 394 e della circolare del Ministero della Sanità 24.4.2000, n.5). Per gli stranieri richiedenti protezione internazionale deve essere riportato il codice fiscale provvisorio di 11 caratteri ai sensi circolare ministeriale 7404 del 7-3-2017

Per tutti i soggetti che non rientrano nelle precedenti definizioni il campo deve essere compilato con il carattere "X" ripetuto 20 volte

10.Presenza Codice: non compilare (previsto per un utilizzo futuro)

11.Tipo Identificativo: non compilare (previsto per un utilizzo futuro)

12.ASL residenza: Indicare il codice dell'ASP/ASL che comprende il comune o la frazione di comune in cui risiede l'assistito al momento del ricovero

13.Regione residenza: indicare il nome ed il codice della regione cui appartiene il comune in cui risiede il paziente al momento del ricovero. Nel caso in cui il paziente sia residente all'estero, va indicato il codice dello Stato estero definito dall'ISTAT

14.Cittadinanza: indicare il relativo codice a 3 caratteri definito dall'ISTAT (100, nel caso in cui il paziente abbia la cittadinanza italiana o altro codice nel caso di cittadinanza in un paese estero)

15.Stato Civile: Valori ammessi: **1** = Celibe/Nubile; **2** = Coniugato/a; **3** = Separato/a; **4** = Divorziato/a; **5** = Vedovo/a; **6** = Non dichiarato

16.Livello di istruzione: Valori ammessi: **0** = Nessun titolo; **1** = Licenza elementare; **2** = Diploma di scuola media inferiore; **3** = Diploma di scuola media superiore; **4** = Diploma universitario o Laurea breve; **5** = Laurea o superiore; **9** = Non dichiarato

17.Comune residenza: Indicare il Comune nella cui anagrafe (Anagrafe della Popolazione Residente) è iscritto il paziente o, nel caso di paziente residente all'estero, lo Stato estero di residenza, al momento del ricovero. In sequenza riportare la descrizione del comune di residenza, la sigla della provincia ed il codice ISTAT, i cui primi tre caratteri individuano la provincia e i successivi un progressivo all'interno di ciascuna provincia che individua il singolo comune. Nel caso in cui il paziente sia residente all'estero va indicato il codice 999, al posto del codice della provincia, seguito dal codice dello Stato estero definito dall'ISTAT. Per i ricoveri riferiti all'evento nascita 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 iscrizione al SSN ed analogamente vanno inserite le relative informazioni sulla ASL e la Regione di assistenza

18.Parametri Assistiti: Compilare solo per gli stranieri con con tessera sanitaria (TEAM) o documento STP/ENI

19.Regime ricovero: **1** = Ricovero ordinario; **2** = Ricovero diurno

20.Tipo ricovero, Valori ammessi: **1** = ricovero programmato, non urgente; **2** = ricovero urgente; **3** = ricovero per trattamento sanitario obbligatorio (TSO); **4** = ricovero programmato con preospedalizzazione (ai sensi dell'art. 1, comma 18, della Legge 23 dicembre 1996, n. 662); in tali casi nella SDO possono essere riportate le procedure eseguite in data precedente all'ammissione, durante la preospedalizzazione; **5** = parto non urgente. Questa variabile non si compila per i ricoveri corrispondenti all'evento nascita (ovvero provenienza paziente = "01"). In caso di trasferimento da altro istituto, il ricovero si intende programmato. Attribuire il valore "2" anche ai parti urgenti e ai pazienti provenienti da OBI

21.Onere degenza: Con l'onere della degenza si deve specificare il soggetto (o i soggetti) sul quale ricade l'onere di rimborsare le spese relative al ricovero. Valori ammessi: **1** = ricovero a totale carico del SSN; **2** = ricovero a prevalente carico del SSN, con parte delle spese a carico del paziente (differenza alberghiera); **4** = ricovero senza oneri per il SSN; **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 convenzionati con SSN; **8** = ricovero a carico del SSN di pazienti stranieri con dichiarazione di indigenza; **A** = ricovero a carico del Ministero dell'interno di pazienti stranieri con dichiarazione di indigenza; **9** = altro

22.Provenienza assistito: Indicare l'istituzione da cui proviene il paziente o il medico che ha proposto il ricovero. Valori ammessi: **01** = Ricovero al momento della nascita; **02** = Pronto soccorso; **03** = paziente inviato all'istituto di cura con proposta di un medico; **04** = ricovero precedentemente programmato dallo stesso istituto di cura; **05** = paziente trasferito da un istituto di cura pubblico; **06** = paziente trasferito da un istituto di cura privato accreditato; **07** = paziente trasferito da un istituto di cura privato non accreditato; **08** = paziente trasferito da altro tipo di attività di ricovero (acuti, riabilitazione,

lungodegenza) o da altro regime di ricovero (ricovero diurno o ordinario) nello stesso istituto di cura; **09** = Carcere; **10** = paziente proveniente da struttura residenziale territoriale (ad esempio: Residenze socio-assistenziali, Hospice, strutture psichiatriche, strutture di riabilitazione ex Art. 26 L. 833/1978); **11** = paziente che accede all'istituto di cura senza proposta di ricovero formulata da un medico e non proveniente da Pronto Soccorso; **12** = provenienza OBI; **99** = Altro

23.Data di Prenotazione: La data di prenotazione deve essere compilata per tutti i ricoveri in regime diurno e per i ricoveri in regime ordinario di tipo programmato (con "tipo ricovero" valorizzato a "1" – ricovero programmato non urgente, oppure "4" – ricovero programmato con preospedalizzazione)

24.Motivo DH: Valori ammessi: **1** = ricovero diurno diagnostico (ivi compreso il follow up); **2** = ricovero diurno chirurgico; **3** = ricovero diurno terapeutico; **4** = ricovero diurno riabilitativo. Deve essere compilato soltanto per i ricoveri effettuati in regime diurno (codici 2 della variabile "regime di ricovero")

25.Classe priorità: obbligatoria quando valorizzata la data di prenotazione, valori ammessi:

A = Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi.

B = Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità, ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti, né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.

C = Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.

D = Ricovero senza attesa definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere trattati almeno entro 12 mesi.

La classe di priorità non si compila per tipo ricovero "5" – parto non urgente

26.Numero Accessi DH: indicare il numero di accessi in DH

27.Dati del Ricovero

28.Disciplina UO e 29.Progressivo UO: Per le strutture pubbliche ed equiparate i primi due caratteri identificano la specialità clinica/disciplina ospedaliera; gli altri due caratteri indicano il progressivo divisione con cui viene distinta l'unità operativa nell'ambito della stessa disciplina (modello HSP12). Per le case di cura private (modello HSP13) i primi due caratteri identificano la specialità clinica/disciplina ospedaliera; per gli altri due caratteri utilizzare il codice "00"

30.Codice Istituto: solo nel caso di trasferimenti esterni indicare il codice della struttura di trasferimento (nel caso di mancata compilazione si intende un trasferimento interno)

31.Modalità dimissione: **01** = nel caso in cui il paziente sia deceduto; **02** = dimissione ordinaria al domicilio del paziente; **03** = dimissione ordinaria presso struttura residenziale territoriale (ad esempio: Residenze socio-assistenziali, Hospice, strutture psichiatriche, strutture di riabilitazione ex Art. 26 L. 833/1978) **04** = dimissione al domicilio del paziente con attivazione di assistenza domiciliare, come definita dal D.M. 17/12/2008 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare"; **05** = dimissione volontaria (da utilizzare anche nei casi in cui il paziente in ciclo di trattamento diurno non si sia ripresentato durante il ciclo programmato); **06** = trasferimento ad un altro istituto di cura, pubblico o privato, per acuti; **07** = trasferimento ad altro regime di ricovero (ricovero diurno o ordinario) o ad altro tipo di attività di ricovero (acuti, riabilitazione, lungodegenza) nell'ambito

dello stesso istituto di cura; **08** = Trasferimento ad istituto pubblico o privato di riabilitazione.
09 = Dimissione ordinaria con attivazione di ADI

32.Riscontro autoptico: **1** = autopsia eseguita **2** = autopsia non eseguita. Deve essere compilato solo se modalità di dimissione = '01" (deceduto)

33.Date dei singoli accessi in DH: Indicare le date dei singoli accessi in DH

34.Diagnosi: Indicare la diagnosi descrittiva (principale o secondaria). La diagnosi principale è identificata alla fine del ricovero come la principale responsabile del bisogno di trattamento e/o di indagini diagnostiche. Le diagnosi secondarie sono quelle condizioni, diverse dalla diagnosi principale, che coesistono al momento del ricovero o che si sviluppano in seguito e che influenzano l'assistenza erogata al paziente in termini di: trattamento terapeutico, procedure diagnostiche eseguite, durata della degenza, assistenza infermieristica, monitoraggio clinico

35.Codice ICD9CM: Indicare il codice ICD-9-CM, versione correntemente in uso

36.Presente al ricovero: specificare per ogni diagnosi (principale e secondaria) se era già presente al momento del ricovero; **0** = No **1** = Sì (da utilizzare anche se diagnosticata nel corso del ricovero)

37.Lateralità: Ove applicabile, specificare per ogni diagnosi (principale e secondaria) se si riferisce al lato destro, sinistro o bilaterale Valori ammessi: **1** = Destra; **2** = Sinistra; **3** = Bilaterale

38.Stadiazione condensata: Limitatamente alle neoplasie riportate in diagnosi principale o secondaria (codici ICD-9-CM 140.0-190.9 e 193-199.1) indica lo stadio della patologia. Valori ammessi: **1** = tumore localizzato, confinato all'organo di origine; **2** = infiltrazione locale extraorgano; **3** = metastasi ai linfonodi regionali; **4** = infiltrazione locale extraorgano e metastasi ai linfonodi regionali; **5** = metastasi a distanza; **6** = metastasi ai linfonodi non regionali; **7** = non confinato all'organo di origine, ma non è noto se è 2, 3, 4, 5 o 6; **8** = nessuna invasione degli organi distanti, ma non è noto se è 1, 2, 3 o 4; **9** = ignoto

39.Rilevazione dolore: Indica se è stata effettuata almeno una rilevazione del dolore durante il ricovero, secondo quanto previsto dalla Legge n. 38 del 15 marzo 2010. Valori ammessi: **0** = No; **1** = Sì

40.Traumatismi-Intossicazioni: Informazione che caratterizza la causa del ricovero, quando questo è causato da un trauma, da un incidente o da una intossicazione (presenza di diagnosi principale o secondaria cod. ICD-9-CM 800-904, 910-995.89). Valori ammessi: **1** = infortunio sul lavoro; **2** = infortunio in ambiente domestico; **3** = incidente stradale; **4** = violenza altrui (indipendentemente dal luogo dove è avvenuta); **5** = autolesione o tentativo di suicidio (indipendentemente dal luogo dove è avvenuto); **9** = altro tipo di incidente o di intossicazione

41.Cod. E causa esterna: In tale campo deve essere inserito un codice E della Classificazione ICD-9-CM in presenza di diagnosi principale o secondaria con cod. ICD-9-CM 800-904, 910-995.89

42.Frazione di eiezione: Indicare la frazione di eiezione pre-operatoria (espressa in percentuale) riportata in cartella clinica e rilevata nel momento più vicino possibile all'inizio dell'intervento di by-pass aortocoronarico (codice ICD9-CM 36.1x) o di intervento sulle valvole cardiache (codice ICD9- CM 35.1x-35.2x)

43.Peso alla nascita: Peso rilevato al momento della nascita espresso in grammi, va riportato soltanto nella scheda di dimissione del neonato relativa al ricovero in cui è avvenuta la nascita dello stesso

44.Pressione arteriosa sistolica: Riportare il primo valore di pressione arteriosa sistolica in millimetri di mercurio (mmHg) riportato in cartella clinica in ordine temporale dopo l'ammissione in reparto o al

momento dell'accesso a pronto soccorso per i pazienti ricoverati tramite pronto soccorso, con diagnosi di infarto acuto del miocardio (codice ICD9-CM 410.xx)

45.Creatinina Serica: Inserire il valore di creatinina serica in milligrammi per decilitro (mg/dL) valore massimo accettabile 99,99 mg/dL. Il campo deve essere compilato nei seguenti casi:

- 1) intervento chirurgico principale o secondario di by-pass aortocoronarico (codice ICD9-CM 36.1x) o sulle valvole cardiache (codice ICD9-CM 35.1x-35.2x). Indicare il valore pre-operatorio della creatinina serica (mg/dl) riportato in cartella clinica e rilevato nel momento più vicino possibile all'inizio dell'intervento;
- 2) diagnosi principale o secondaria di frattura del collo del femore (codice ICD9-CM 820.xx) e pazienti di età maggiore o uguale a 65 anni. Indicare il valore della creatinina serica (mg/dl) riportato in cartella clinica e rilevato al momento del ricovero in ospedale;
- 3) intervento chirurgico principale o secondario di sostituzione protesica totale o parziale (codici ICD-9 CM = 81.51, 81.52) o riduzione di frattura (codici ICD-9-CM: 79.00, 79.05, 79.10, 79.15, 79.20, 79.25, 79.30, 79.35, 79.40, 79.45, 79.50, 79.55). Indicare il valore pre-operatorio della creatinina serica (mg/dl), riportato in cartella clinica e rilevato nel momento più vicino possibile all'inizio dell'intervento.

46.Intervento: Riportare la descrizione dell'intervento (o procedura) principale e degli interventi (o procedure) secondari (fino ad un massimo di 10). L'intervento principale è la procedura effettuata nel corso del ricovero e individuata come quella maggiormente correlata alla diagnosi principale di dimissione e, comunque, quella che ha comportato il maggior peso assistenziale ed il maggior consumo di risorse (uso di sala operatoria, medico anestesista, équipe operatoria, ecc.)

47.Codice ICD9CM: Indicare il codice ICD-9-CM

48.Service: Indicare se l'intervento (principale o secondario) è stato effettuato in modalità "in service" presso un istituto di cura diverso da quella in cui è ricoverato il paziente.

Valori ammessi: **0** = No; **1** = Sì

49.Check list: Indicare se è stata compilata ed è presente in cartella clinica la check list per la sicurezza in sala operatoria, come previsto dalla normativa vigente.

Valori ammessi **0** = No; **1** = Sì; **9** = Non Applicabile

50.Lateralità: Ove applicabile, specificare se la procedura (principale o secondaria) si riferisce al lato destro, sinistro o bilaterale.

Valori ammessi: **1** = Destra; **2** = Sinistra; **3** = Bilaterale

51.CF Anestesista: Indicare il codice fiscale dell'anestesista

(solo nel caso interventi del gruppo 4 della classificazione AHRQ)

52.CF Chirurgo A: Indicare il codice fiscale del chirurgo A

(solo nel caso interventi del gruppo 4 della classificazione AHRQ)

53.CF Chirurgo B: Indicare il codice fiscale del chirurgo B

(solo nel caso interventi del gruppo 4 della classificazione AHRQ)

54.CF Chirurgo C: Indicare il codice fiscale del chirurgo C

(solo nel caso interventi del gruppo 4 della classificazione AHRQ)