



### Criteria per la definizione dei codici bianchi alla dimissione dal Pronto Soccorso

Devono essere classificati come “**codice bianco alla dimissione**” tutti gli accessi accolti con una classificazione di triage di accesso **bianco o verde** che **NON** rientrano tra i seguenti:

1. esitati con proposta di ricovero in ospedale;
2. che abbiano determinato una sosta in Osservazione Breve Intensiva di durata superiore a 4 ore;
3. conseguenti a traumatismi che abbiano determinato una frattura, una lussazione, una ferita che abbia richiesto sutura o applicazione di colla biologica o una distorsione che abbia richiesto applicazione di apparecchio gessato;
4. conseguenti a ustioni di I grado di estensione superiore al 18% della superficie corporea o ad ustioni di maggiore gravità;
5. conseguenti a ingestione/inalazione di corpo estraneo che richieda estrazione strumentale;
6. conseguenti a intossicazione acuta, limitatamente ai casi rientranti nelle ipotesi 1 o 2 del presente elenco;
7. che abbiano rilevato condizioni di rischio legate allo stato di gravidanza;
8. derivanti dall’invio in Pronto Soccorso da parte del Medico di Medicina Generale o di Continuità Assistenziale con una esplicita richiesta di ricovero ospedaliero e come tali sostitutive di un ricovero evitabile.

Sono inoltre classificati come codice bianco alla dimissione tutti i pazienti, con qualsiasi classificazione di triage di accesso, che autonomamente lasciano il Pronto Soccorso prima della chiusura dell’accesso o che lasciano l’ospedale senza rientrare in Pronto Soccorso dopo una prestazione specialistica erogata in altro reparto.

I pazienti che lasciano il Pronto Soccorso durante l’attesa prima di accedere agli ambulatori devono essere classificati alla dimissione senza assegnazione di codice colore (valore “9 – non eseguito” del flusso APS).

Gli accessi accolti con una classificazione di triage di accesso bianco o verde che rientrano tra quelli previsti ai precedenti punti da 1 a 8 devono essere classificati “codice verde alla dimissione”; la diagnosi indicata nel campo “diagnosi alla dimissione” deve esplicitamente indicare la condizione morbosa corrispondente a tale classificazione. Non è consentito per i codici diversi dal bianco utilizzare come unica diagnosi le codifiche ICD9-CM da 995 a 999 senza ulteriore specificazione.

Tutti gli accessi classificati come “codice bianco alla dimissione” sono assoggettati al pagamento della quota fissa per l’accesso e del ticket sulle prestazioni erogate, con le seguenti esclusioni:

- gli accessi in Pronto Soccorso per minori di 14 anni, limitatamente alla quota fissa per l’accesso; le eventuali prestazioni erogate sono invece gravate dal ticket;
- gli accessi e le prestazioni erogate a pazienti con diritto all’esenzione per le condizioni previste dall’Allegato A al Decreto 161 del 28/6/2011 e sue eventuali successive modificazioni; per i pazienti con diritto all’esenzione per patologia, l’esenzione si applica solo se l’accesso in Pronto Soccorso è da imputarsi a riacutizzazione e/o aggravamento della patologia stessa;
- gli accessi e le prestazioni conseguenti ad infortunio sul lavoro;
- gli accessi e le prestazioni conseguenti a formale richiesta dell’Autorità Giudiziaria o degli organi di Pubblica Sicurezza;
- gli accessi effettuati nelle 24 ore successive ad un precedente accesso, purchè determinati da richiesta del medico del Pronto Soccorso, in quanto finalizzati alla valutazione clinica definitiva o all’esecuzione di accertamenti non disponibili in precedenza, limitatamente alla sola quota fissa per l’accesso; le eventuali prestazioni erogate sono invece gravate dal ticket.