

ALLEGATO A alla Dgr n. 1513 del 12 agosto 2014

pag. 9/11

7. Criteri 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 o di altro dispositivo di immobilizzazione permanente;
4. conseguenti a ustioni di I grado di estensione superiore al 18% della superficie corporea o ad ustioni di maggiore gravità;
5. conseguenti a presenza 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;
9. relativi a vittime di eventi riconducibili ai reati di cui ai seguenti articoli del Codice Penale: 571 (abuso dei mezzi di correzione e disciplina), 572 (maltrattamenti contro familiari e conviventi), 583-bis (Pratiche di mutilazione degli organi genitali), 609-bis (Violenza sessuale), 612-bis (Atti persecutori), limitatamente al primo accesso avvenuto nell'imminenza dei fatti.
10. conseguenti ad una complicanza di un intervento chirurgico eseguito entro i 30 giorni antecedenti la data dell'accesso, esclusivamente nei casi in cui non sia possibile l'accesso diretto del paziente al reparto che ha eseguito l'intervento ed esclusi i casi in cui l'accesso avvenga in difformità rispetto alle indicazioni fornite dallo specialista consultato dal paziente.

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, salvo il caso in cui tale reparto provveda direttamente alla chiusura dell'accesso.

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 10 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:

ALLEGATO A alla Dgr n. 1513 del 12 agosto 2014

pag. 10/11

- gli accessi in Pronto Soccorso per minori di 14 anni, limitatamente alla quota fissa per l'accesso; le eventuali altre 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, anche per i soggetti che non godono della copertura assicurativa da parte dell'INAIL; deve essere utilizzato per tutti il codice esenzione "INAIL";
- 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 PS, limitatamente alla sola quota fissa per l'accesso; le eventuali prestazioni erogate sono invece gravate dal ticket.
- gli accessi e le prestazioni conseguenti ad una manifestazione febbrile con temperatura corporea superiore a 38° gradi avvenuti entro 21 giorni dall'arrivo in Italia dopo un soggiorno in paesi tropicali; deve essere utilizzato il codice di esenzione 5G1.