

Quanto sono “bianchi” i codici bianchi?

Studio osservazionale retrospettivo sui codici verdi e bianchi all’uscita dal Pronto Soccorso in un campione di pazienti della Medicina di Gruppo Integrata di Nogara: numerosità, complessità, definizione e loro ricadute sulla Medicina Generale

Giuseppe Crivellenti*, Vanni Zane*, Anna Rosa Marchetti**

*Medicina Generale, Nogara (VR); **Medicina Generale, Villa Bartolomea (VR)

Il fenomeno degli accessi impropri in Pronto Soccorso - in Italia definito come codici bianchi - è ubiquitario in tutti i Paesi europei ed extraeuropei, con numeri che arrivano al 25% in Italia, 30% in Francia e 35% in Norvegia. Le motivazioni sociali, culturali, mediche, psicologiche, tecnologiche ed economiche che sono alla base di questo fenomeno, sono oggetto da anni di molte ricerche e ampi dibattiti. Ma nonostante ciò, da più parti la Medicina Generale viene accusata di non saper contrastare l’abuso dei servizi di emergenza/urgenza per carenze culturali, strutturali e organizzative e viene portata avanti l’idea che una maggiore presenza dei medici di Medicina Generale, ad esempio nelle vari forme di aggregazione professionale, dia di per sé la garanzia di una riduzione degli accessi impropri. Ma su quali prove si basa questa convinzione?

Lo scopo di questa nostra ricerca è quello di analizzare in un campione, limitato ma significativo, la modalità di gestione dei codici bianchi in Pronto Soccorso (PS), evidenziare l’asimmetria tecnologica e organizzativa tra il territorio e l’ospedale e quindi collocare il fenomeno nel giusto contesto e nelle sue corrette dimensioni.

► Introduzione

A.V. è un ragazzo di 15 anni. Si presenta in Pronto Soccorso per un trauma distorsivo alla caviglia, con tumefazione, dolore, limitazione funzionale. Viene sottoposto alla visita per l’accesso, viene eseguita una radiografia della caviglia, che non evidenzia fratture, una visita ortopedica e il confezionamento di un bendaggio alla colla di zinco tibio-podalico. Gli viene assegnato un codice bianco. Il costo dell’accesso e delle prestazioni ammonta a 89.05 euro. Il caso presentato ha richiesto numerosi interventi, in tempo reale, comunque non differiti nel tempo (una visita specialistica, una radiografia, il posizionamento di un tutore).

Ci chiediamo: l’esempio descritto e cioè la presenza di più prestazioni anche complesse, rappresenta una eccezione o rappresenta invece la tipologia usuale di un codice bianco gestito in Pronto Soccorso?

La domanda non pare di poco conto, in considerazione della numerosità di accessi definiti con codice bianco, delle ricadute sulla organizzazione sanitaria territoriale e ospedaliera e sui rapporti con la medicina di base.

► Il contesto normativo

La regione Veneto, con Dgr n. 1868 del 15 novembre 2011, pubblicata sul *BUR* n. 96 del 20 dicembre 2011, ha stabilito i criteri per la definizione dei codici bianchi alla dimissione dal PS. In particolare l’allegato A stabilisce che 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 in determinati parametri clinici di gravità. Tutti gli accessi classificati come “codice bianco alla dimissione” sono assoggettati al pagamento della quota fissa prevista e del ticket sulle prestazioni erogate.

► Materiali e metodi

Abbiamo condotto uno studio osservazionale retrospettivo su tutti i referti di dimissione dal Pronto Soccorso registrati in un periodo di 7 mesi - dal 01.09.2015 al 31.03.2016 - in una popolazione di 2.850 assistiti, facenti capo a due medici della Medicina Integrata di Nogara (VR), ULSS 21. I dati sono stati estratti dalle schede individuali dei pazienti inserite nel programma gestionale *Medico2000*.

Nel nostro studio abbiamo preso in esame solamente i codici bianchi e verdi, registrando nella scheda predisposta per la raccolta dati: la sede del Pronto Soccorso (regionale o extra regionale), l'orario di accesso (diurno o notturno), l'età del paziente (> o < a 65 anni), la eventuale esecuzione di indagini come: esami ematochimici, prestazioni strumentali di primo livello: radiografia, ecogra-

fia, elettrocardiografia; di secondo livello (TAC) e consulenze specialistiche.

► Risultati

Nei 7 mesi di osservazione, sono stati registrati 222 accessi in Pronto Soccorso, dei quali 13 con codice giallo, 129 con codice verde e 80 con codice bianco. I codici bianchi rappresentano quindi, nella no-

stra casistica, il 36% degli accessi in PS, i codici verdi poco oltre il 58% e i codici gialli meno del 6% del totale degli accessi (figura 1). Per quanto riguarda l'età dei soggetti che si sono recati in Pronto Soccorso, 93 (44.5%) hanno più di 65 anni e 116 (55.5%) sono di età compresa tra 18 e 65 anni (figura 2). In 37 casi è stata scelta una struttura fuori regione (17,7%) mentre nel 82,3% ci si è rivolti a strutture regionali con prevalenza, naturalmente, delle strutture della ULSS 21. È opportuno osservare che il comune di Nogara dista solo 15 km dal presidio ospedaliero lom-

Veneto: i criteri per la definizione dei codici bianchi

Il Dgr n. 1868 del 15 novembre 2011, pubblicata sul BUR n°96 del 20 dicembre 2011 ha stabilito i criteri per la definizione dei codici bianchi alla dimissione dal Pronto Soccorso. In particolare l'allegato A stabilisce che 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... 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" (...). 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" (...). Tali criteri sono stati aggiornati con l'allegato A alla Dgr n. 1513 del 12 agosto 2014, che conferma gli 8 punti previsti in precedenza, con l'aggiunta di altre due condizioni (in grado di escludere un codice bianco, ndr): "9. relativi a vittime di eventi riconducibili ai reati di cui ai seguenti articoli del Codice Penale (...) 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 (...)" per il resto, l'allegato si occupa della applicazione della quota di accesso e della compartecipazione alla spesa.

Figura 1

Codice alla dimissione

- Giallo (13)
- Verde (129)
- Bianco (80)

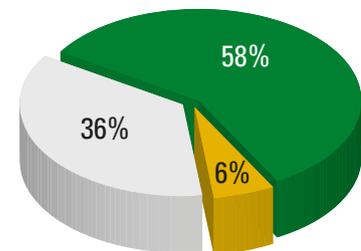


Figura 2

Età dei soggetti recatisi in PS

- >65 (93)
- <65 (116)

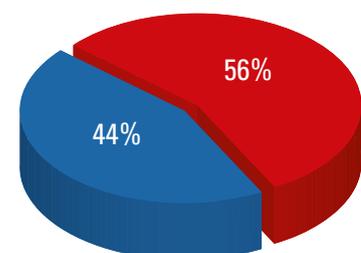


Figura 3

Utilizzo strutture regionali ed extra regionali

- Veneto (185)
- Altre (37)

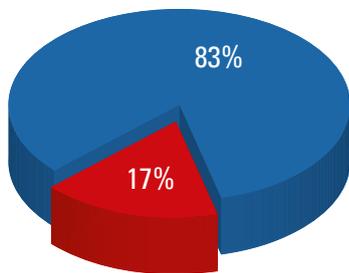
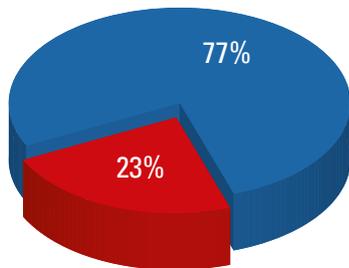


Figura 4

Orario di accesso

- Diurno 8-20 (161)
- Notturno 20-8 (48)



bardo di confine e 25 km dal Pronto Soccorso di Legnago (figura 3). Per quanto riguarda l'orario di accesso, in 48, cioè il 22.97%, l'accesso è avvenuto dalle ore 20 alle ore 8, mentre in 161 casi l'accesso è avvenuto tra le 8 e le 20, cioè nel 77.03%. In 21 casi (26.25%) l'accesso notturno riguarda i codici bianchi, in 27 casi (21%) si tratta di un codice verde (figura 4).

Nei codici verdi, una visita specialistica è stata eseguita in 69 casi (53.49%) un esame strumentale in 90 casi (69.77%), gli ematochimici in 66 casi (51.16%), un esame strumentale di secondo livello (TAC) in 17 casi (13.18%) (figura 5). Per quanto riguarda i codici bianchi, in 32 casi sono stati eseguiti ematochimici (40%), in 42 casi accertamenti strumentali (52.50%), in 2 casi un esame strumentale di secondo livello (TAC), in 38 casi una visita specialistica (47.5%) (figura 6).

Come prevedibile, i codici verdi registrati nel nostro studio hanno richiesto l'esecuzione di ulteriori accertamenti nella quasi totalità dei casi (91%), ma il dato rilevante è che anche nei pazienti dimessi con codici bianchi, i cosiddetti accessi improprio,

sono stati eseguiti esami ematochimici o strumentali o visite specialistiche in ben l'81.3% dei casi.

► Discussione

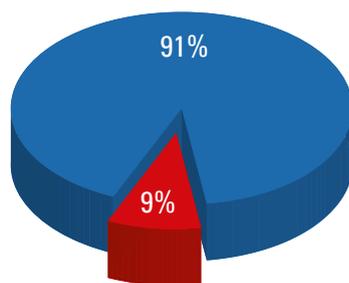
Da molti anni si parla dei codici bianchi, identificati *tout court* come accessi impropri nelle strutture di PS, responsabili dell'affollamento dei dipartimenti di emergenza e onerosi dal punto di vista economico e si invoca una maggior presenza della medicina del territorio per intercettare questi pazienti. Ma la Medicina Generale può realmente contrastare questo fenomeno?

Lo scopo di questa ricerca è duplice: quello di rispondere con la chiarezza dei numeri alle critiche che da più parti sono mosse inerenti a una sostanziale inefficienza e latitanza dei medici di medicina generale, sia singoli che nelle forme più evolute dei vari modelli delle medicine di gruppo, nel contrastare i troppo numerosi accessi impropri, nonché dimostrare l'ineadeguatezza dell'assunto di considerare l'attribuzione del codice bianco come giudizio di accesso non appropriato.

Figura 5

Accertamenti codici verdi (129)

- Sì (118)
- No (11)



Numero di accertamenti

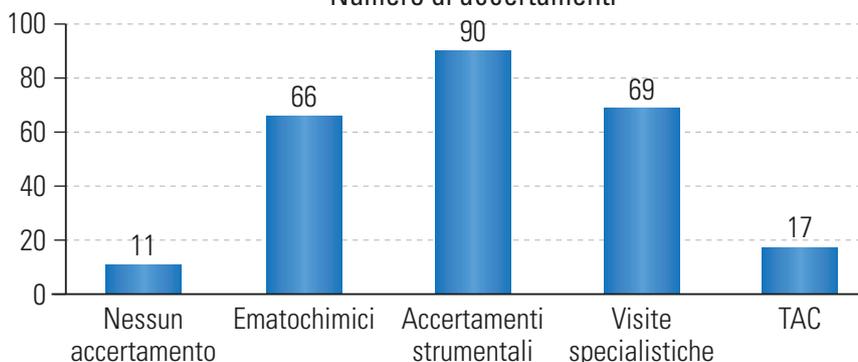
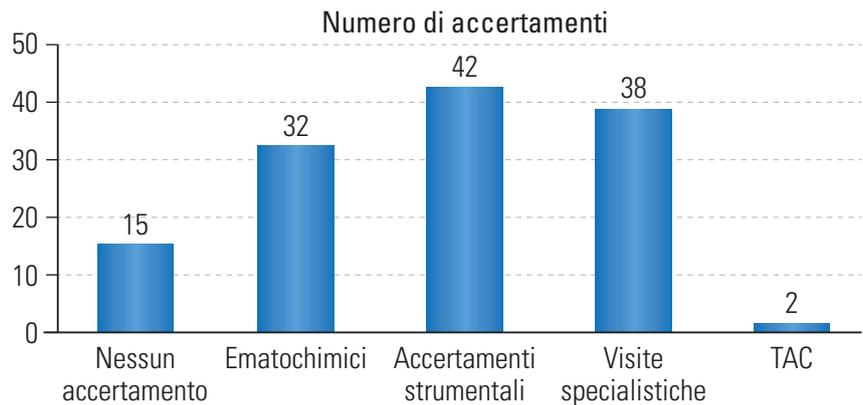
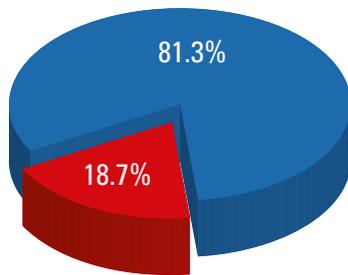


Figura 6

Accertamenti codici bianchi (80)

■ Sì (65)
■ No (15)



► Perché i cittadini continuano ad andare in PS anche per problemi "non urgenti"?

L'analisi delle determinanti degli accessi inappropriati si è finora concentrata da un lato, sulle aspettative e i comportamenti dei pazienti e, dall'altro, sulle caratteristiche funzionali e organizzative della Medicina Generale. Poche ricerche hanno finora indagato statisticamente la modalità di gestione dei codici bianchi e verdi nella realtà del dipartimento d'emergenza, come concausa della persistenza del fenomeno.

• **Il punto di vista dei pazienti.** Analizzando i risultati di vari lavori in letteratura che hanno indagato le opinioni e le aspettative dei pazienti, possiamo affermare che i principali motivi addotti a giustificazione del ricorso al Pronto Soccorso sono principalmente: una percezione distorta della gravità/urgenza del proprio problema, la possibilità di ricevere in breve tempo un consulto specialistico e/o un esame strumentale, una scarsa fiducia nella Medicina Generale e ad una insoddisfazione per i suoi orari di apertura. In genere i pazienti si recano in Pronto Soccorso spontaneamente, sen-

za preavvisare il medico che viene informato - e non sempre - solo a posteriori. Nella nostra casistica viene privilegiata la struttura della USL di appartenenza, ma 1 su 5 si rivolge a strutture della regione confinante, la Lombardia, che esercita una potente attrattiva per la vicinanza e per la qualità percepita dei servizi offerti. L'orario degli accessi al Pronto Soccorso nel nostro campione è in linea con altre ricerche esistenti e conferma il maggior ricorso in orario diurno (8-20) quando il PS mette più facilmente a disposizione il suo potenziale tecnologico e tutti i servizi di consulenza sono facilmente disponibili. Il pagamento del ticket non appare un deterrente efficace: nella nostra casistica, almeno nei codici bianchi e verdi (*fig. 2*), prevalgono i soggetti sotto i 65 anni (55.4%) in età lavorativa e in maggioranza non esenti *ticket*, non la parte di popolazione più anziana e malata. Questi soggetti più "giovani" non accettano di sottostare ai percorsi usuali di attesa, ma chiedono risposte veloci ed esaustive come solo la conferma tecnologica può dare, anche se viene richiesta una compartecipazione alla spesa. Non abbiamo volutamente indagato

le opinioni dei pazienti in merito alla percezione di effettivo bisogno di assistenza immediata né alla fiducia nel proprio medico personale, perché già oggetto di altre ricerche che portano alla conclusione che il paziente si rivolge al Pronto Soccorso anche se ha fiducia nel proprio medico.

• **L'organizzazione della medicina territoriale è adeguata?** La medicina di gruppo di Nogara dopo tre anni di attività non sembra aver ancora modificato in modo incisivo i comportamenti degli assistiti: il fatto che dalle ore 8 alle ore 20 sia presente in una sede definita, in maniera organizzata, logisticamente vicina, un Mmg disponibile ad occuparsi di problematiche che riguardano tutti i pazienti, non è sufficiente a renderla concorrenziale col Pronto Soccorso. Come illustrato nella *fig. 4*, i dati della nostra ricerca confermano picchi di accesso al PS negli orari diurni, quando gli studi dei medici sono aperti e disponibili. Questo dato, peraltro già evidente in altre analoghe esperienze, dovrebbe disinnescare la polemica sulla scarsa presenza della MG sul territorio che, per quanto ben organizzata, non può esprimere la tecnologia di un Pronto Soccorso e soddi-

sfare l'aspettativa fideistica dei pazienti negli esami e nella tecnologia. La possibilità di avere "subito" una diagnosi con il conforto di una conferma strumentale o ematochimica o specialistica in tempo reale, domina l'immaginario collettivo e rende incolmabile il *gap* tra la MG, per quanto organizzata e per quanto presente, ed una struttura di PS.

• **L'attuale definizione dei codici identifica l'inappropriatezza?**

La stima della entità del ricorso inappropriato al Pronto Soccorso, in letteratura, trova valori assai variabili che dipendono dai diversi modi di identificare i pazienti o le situazioni cliniche che potrebbero aver avuto sbocchi alternativi. Se l'inappropriatezza è definita come mancanza di urgenza del trattamento (in entrata), le stime di studi europei evidenziano una media di circa il 30% di visite non urgenti. Qualora invece l'inappropriatezza sia definita dal colore del *triage* medico all'uscita, i risultati sono variabili a causa delle diverse definizioni del *triage*, con valori di inappropriatezza più elevati, dal 40 fin anche all'80% dei casi.

Su questa linea si pone la normativa della regione Veneto, che individua una serie dettagliata di situazioni che, quando si verificano oppure quando non si verificano, determinano il colore del *triage* in uscita. Se esaminiamo l'iter diagnostico nei codici bianchi e in egual misura nei codici verdi non traumatici, la sola visita medica esaurisce l'iter diagnostico solo nel 18% dei casi. In tutti gli altri casi il ricorso ad accertamenti ematochimici, strumentali e specialistici è massiccio. Cioè, in un contesto definito di assoluta non urgenza vengono espletati esami in urgenza. Questa situazione configura una disparità di trattamento notevole a seconda che il soggetto si trovi ad essere in un ambulatorio

sul territorio oppure in un Pronto Soccorso. Significa che l'accesso in Pronto Soccorso viene definito inappropriato dopo un iter che non rispetta le regole di appropriatezza temporale (sorvoliamo sull'appropriatezza clinica), richieste nell'ambito della medicina del territorio.

Oppure, il quadro si presenta complesso e merita, all'ingresso, un colore di codice diverso, verde o giallo, che diventa miracolosamente bianco dopo una serie di accertamenti, ritenuti necessari per definire il quadro clinico. In questo caso non è corretto definire inappropriato l'accesso in Pronto Soccorso.

Rimangono solo un 18% di accessi che non richiedono accertamenti (*fig. 6*) e che potrebbero essere espletati con tranquillità dalla medicina di base. Questi numeri ci sembrano più corretti.

I nostri dati dimostrano che i pazienti che accedono al Pronto Soccorso in condizioni cliniche che non configurano un pericolo di vita in atto e neppure una situazione clinica urgente, vengono definiti come codici bianchi o verdi alla dimissione dopo una serie, nella quasi totalità dei casi, di accertamenti ematochimici, strumentali e specialistici eseguiti in tempo reale.

► **Conclusioni**

La Regione Veneto nel 2011 ha normato la definizione e scelto il colore del *triage* in uscita per definire il grado di appropriatezza dell'accesso al Pronto Soccorso e di conseguenza, il pagamento del *ticket*. Questa definizione di criteri precisi e circostanziati si era resa necessaria per la grande valenza che un PS esercita in termini di efficienza del sistema sanitario, per organizzare in qualche modo un iter di garanzia per la definizione di una diagnosi e ridurre il

marginale di discrezionalità del medico di Pronto Soccorso, con le conseguenti implicazioni economiche.

Attraverso quali e quante procedure si arrivi a determinare il codice in uscita rappresenta il fulcro della nostra ricerca.

Dai nostri dati si ricava che solo in pochi casi l'iter viene definito attraverso la sola visita di accesso. In tutti gli altri si ricorre ad accertamenti ematochimici e clinico-strumentali, utilizzando in tempo reale la tecnologia esistente in loco o diffusa in tutti i reparti dell'ospedale al quale il Pronto Soccorso è aggregato.

Questo significa che, almeno alla presentazione, il quadro clinico non è chiaro e richiede accertamenti, oppure che gli accertamenti eseguiti, nonostante un quadro clinico non problematico, non sono appropriati. Nel primo caso, risulta evidente che l'accesso non può essere considerato inappropriato. Nel secondo caso si apre un problema di "eccesso di accertamenti" e "medicina difensiva" che si ripercuotono negativamente su tutto il nostro sistema sanitario e non educano il cittadino al buon uso del servizio di emergenza-urgenza.

Non sembra quindi corretto utilizzare il numero di codici bianchi in uscita, così come sono definiti dalla normativa, per accusare di scarsa efficienza la Medicina Generale. Solo una piccola parte di essi, come abbiamo evidenziato, può essere ricondotta ad una gestione ambulatoriale.

I casi rilevati nel nostro studio sicuramente "bianchi" e "sfuggiti" alla Medicina Generale sono alla fine del periodo, solo 15. Per due medici e per sette mesi. Un caso al mese. Un po' poco per definire inadeguata e latitante la Medicina Generale.

Bibliografia disponibile a richiesta