

DCA 19/2019

Linea Progettuale n.1

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO CONDIVISO E PERSONALIZZATO PER PAZIENTI CON MULTI CRONICITÀ.

Titolo Progetto: Cure primarie e PDTA personalizzati per pazienti con multi-cronicità.

La Regione Molise, nell'attuare l'intervento n.1 "Identificazione di percorsi diagnostici e terapeutici per la gestione della malattia cerebrovascolare in fase cronica", rientrante negli obiettivi di carattere prioritario per l'anno 2018, parte dal presupposto che il Sistema Regionale molisano venga orientato a privilegiare le cure domiciliari, garantendo le prestazioni sanitarie necessarie ed attivando le risorse formali e informali per dare supporto alla persona, al caregiver e alla famiglia nello svolgimento delle attività di vita quotidiana.

Degli oltre 12.000 P.A.I. attivati nel periodo in esame, il 53% (6.865) sono piani assistenziali di primo e secondo livello riconducibili a pazienti multicronici in A.D.I.

Gli interventi messi in campo sono stati orientati a valorizzare, attraverso l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), la massima integrazione multidisciplinare (sociale e sanitaria) e multiprofessionale (tra operatori sanitari).

Nell'attività progettuale sono state coinvolte tutte le diverse professionalità, prime fra tutte i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, che hanno un ruolo nella gestione clinica del paziente sin dalla presa in carico, consentendo di rilevare la necessità di assicurare direttamente a domicilio servizi e cure, soprattutto per le fasce più fragili della popolazione. Questo ha permesso di evitare il ricorso inappropriato all'ospedalizzazione e di favorire l'aumento percentuale della prevalenza dell'ADI a livello aziendale e distrettuale per i pazienti cronici.

Si è inteso, al riguardo, armonizzare le modalità organizzative della rete di assistenza regionale in ambito extra-ospedaliero, ridefinendo ruoli, competenze, attività e risultati attesi da tutti gli attori in tutti i livelli assistenziali.

L'attività progettuale ha puntato anche alla riorganizzazione delle attività dei MMG. Si è operato per riconfigurare il rapporto di cura tra il medico di famiglia e il paziente, per raggiungere alcuni obiettivi strategici, corrispondenti spesso ad altrettante criticità assistenziali (aderenza agli stili di vita, aderenza alle terapie e al percorso di cura, raggiungimento dei target terapeutici, ecc.).

A queste priorità, poi, sono state abbinate attività di audit per la valutazione dell'efficacia dei PDTA, utili al miglioramento della qualità dell'assistenza. Gli audit hanno misurato l'efficacia e la sostenibilità dell'implementazione prevista da questa attività progettuale nel contesto delle cure primarie, attraverso l'impiego di strumenti di identificazione e valutazione dei pazienti con bisogni sanitari multipli e/o complessi.

Nell'attività progettuale sono state coinvolte, infatti, tutte le diverse professionalità, prime fra tutte i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, che hanno un ruolo nella gestione clinica del paziente sin dalla presa in carico, consentendo di rilevare la necessità di assicurare direttamente a domicilio servizi e cure, soprattutto per le fasce più fragili della popolazione. Questo ha permesso di evitare il ricorso inappropriato all'ospedalizzazione e di favorire l'aumento percentuale della prevalenza dell'ADI a livello aziendale e distrettuale per i pazienti cronici.

Si è inteso dare inizio e impulso a un'armonizzazione delle modalità organizzative della rete di assistenza regionale in ambito extra-ospedaliero, ridefinendo ruoli, competenze, attività e risultati attesi da tutti gli attori in tutti i livelli assistenziali.

Linea Progettuale n.2

PROMOZIONE DELL'EQUITÀ IN AMBITO SANITARIO

Titolo del Progetto: Promozione dell'equità in ambito sanitario

Nell'ottica di promuovere e rafforzare l'accesso universale ai servizi regionali, soprattutto per favorire lo sviluppo nella fascia pediatrica, e nel pieno rispetto degli impegni assunti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, che ha previsto di accordare particolare attenzione, nelle politiche pubbliche e nei servizi sanitari, alle questioni relative allo sviluppo nella prima infanzia, la Regione Molise, con questo intervento, ha inteso promuovere cambiamenti nel settore della salute, ove necessario, al fine di fornire le capacità e gli strumenti necessari per ridurre le disuguaglianze nella salute.

In questo senso, dunque, la chiusura degli ambulatori pediatrici territoriali nei giorni festivi e prefestivi comporta un intasamento dei pronto soccorso regionali e dei reparti di pediatria, dove affluiscono codici bianchi in età pediatrica.

Il progetto ha previsto che l'utenza si avvallesse del pronto soccorso come percorso preferenziale per accedere a consulenze specialistiche pediatriche, cercando di salvaguardare l'appropriatezza delle cure e degli accessi nei pronto soccorso e un miglioramento dell'attività di assistenza pediatrica.

Le attività progettuali si basano sostanzialmente su un'integrazione tra ospedale e territorio e mirano anche al completamento della rete della continuità assistenziale, aumentando il grado di equità dell'intero sistema. Coinvolgono la Pediatria di Libera Scelta al fine di mettere a disposizione dell'utenza risposte assistenziali nelle giornate di chiusura degli ambulatori dei PLS, estese alle 6/12 ore diurne, con l'obiettivo di:

- ridurre l'incongruo accesso al pronto soccorso per i codici bianchi e verdi;
- ridurre la spesa, anche grazie all'uso di protocolli per percorsi assistenziali e prescrittivi condivisi.

Il progetto di assistenza pediatrica ambulatoriale si è avvalso dei pediatri di libera scelta, convenzionati con l'Azienda Sanitaria Regionale, secondo quanto previsto dalle normative vigenti. Inoltre, l'assistenza pediatrica ambulatoriale è stata gestita da personale del comparto dedicato.

Il progetto ha permesso di garantire l'equità nei percorsi di cura, aumentando il grado di accesso ai servizi sanitari per i cittadini molisani, con un aumento dell'accesso alle cure nelle strutture previste dal progetto e conseguente riduzione dell'ospedalizzazione dei pazienti in età pediatrica.

Linea Progettuale n.2

PROMOZIONE DELL'EQUITÀ IN AMBITO SANITARIO

Titolo del Progetto: Presa in carico globale e integrata delle persone con disturbi dello spettro autistico in età evolutiva

Nella Regione Molise, le attività previste nell'intervento "Presa in carico globale e integrata delle persone con disturbi dello spettro autistico in età evolutiva" dalla diagnosi precoce e dall'intervento riabilitativo specifico sono presenti e funzionali presso l'Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile.

Le attività progettuali si sono realizzate mediante l'elaborazione di un percorso assistenziale definito e dettagliato fin dalle prime fasi. Nello specifico, si è stabilito che l'accesso avviene su segnalazione diretta da parte della famiglia, della scuola o dei pediatri di famiglia.

La valutazione psicodiagnostica viene completata attraverso la somministrazione di altre prove psicometriche standardizzate che valutano i vari ambiti dello sviluppo e degli apprendimenti.

Parallelamente, è stata avviata una registrazione in database dei casi, mediante una valutazione multidimensionale che ha permesso di differenziare e caratterizzare i casi: quelli con diagnosi di

disturbo dello spettro autistico, quelli con disturbo dello spettro in comorbidità con ritardo dello sviluppo, e quelli con evidente comorbidità con disturbi dell'attenzione e iperattività.

In una quota rappresentativa dei casi sopraindicati, è stato attivato un percorso intensivo di riabilitazione, tenendo in considerazione i seguenti criteri:

- Età precoce fra i 18 mesi e i cinque anni
- Gravità dei sintomi, tra cui grave disturbo comunicativo e comportamentale.

Per l'età preadolescenziale dei casi già in carico presso il servizio, sono stati attivati percorsi di psicoterapia cognitivo-comportamentale e interventi finalizzati all'acquisizione di competenze di autonomia personale e sociale.

È stato elaborato un programma di interventi che segue l'indirizzo dell'analisi comportamentale, un approccio che prevede una collaborazione costruttiva e indispensabile tra le diverse forze che interagiscono attorno al singolo soggetto. I tre principali sottosistemi che formano il sistema curante sono:

- il sistema socio-sanitario
- il sistema scolastico e/o servizi per l'impiego
- il sistema famiglia.

Si è creata un'interazione che ha permesso lo scambio di competenze e il supporto reciproco fra i vari sistemi, con l'obiettivo di migliorare la qualità di vita del soggetto autistico.

Il percorso diagnostico è stato realizzato attraverso una valutazione neuropsichiatrica infantile iniziale, a cui ha fatto seguito un percorso di valutazione multidimensionale effettuato da un team specializzato.

Gli strumenti somministrati nella valutazione sono quelli specifici ed in linea con le indicazioni della Consensus Conference e delle più attuali linee guida in tema di Disturbi dello Spettro Autistico.

Dai dati emersi dalla valutazione specifica effettuata nelle diverse aree, sono stati predisposti progetti personalizzati per ciascun soggetto con disturbo dello spettro autistico, all'interno dei quali sono stati individuati i diversi interventi diretti, che riguardano il soggetto con ASD (terapia comportamentale, approccio psicoeducativo, implementazione di CAA, logopedia, terapia neuro-psicomotoria, terapia occupazionale) o interventi indiretti rivolti agli insegnanti e ai genitori.

Nell'ambito di questo progetto, si sono avviate anche le attività riabilitative ed educative, di cui queste ultime in collaborazione con le scuole.

La centralità del progetto presso l'U.O.S. a V.D. di NPI, che ha adottato un modello operativo articolato in diagnosi, intervento riabilitativo intensivo ed extratensivo, presa in carico del soggetto e della sua famiglia, e follow-up e ricerca scientifica, ha permesso una razionalizzazione degli interventi in materia di disturbi specifici dello spettro autistico.

I valori conseguiti da ogni soggetto negli indicatori ICF hanno permesso di valutare l'obiettivo principale delle attività progettuali, ossia il massimo livello di partecipazione degli utenti con ASD e l'efficacia delle attività progettuali.

Nel rispetto delle indicazioni della Consensus Conference per i Disturbi dello Spettro Autistico – Istituto Superiore di Sanità, si è proposto come step successivo l'istituzione del “Centro di Riferimento Regionale per la rilevazione, diagnosi e l'intervento di soggetti con Disturbi dello Spettro Autistico” presso l'U.O.S. a V.D. di Neuropsichiatria Infantile ASREM Campobasso.

Linea Progettuale n.3

COSTITUZIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE E DELLA TERAPIA DEL DOLORE IN AREA PEDIATRICA

Titolo Progetto: Costituzione e implementazione della rete della terapia del dolore e sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica

I dati di letteratura e le esperienze disponibili evidenziano come la mortalità annuale da patologia inguaribile sia di 1 su 10.000 bambini da 1 a 17 anni, con una prevalenza di malattie inguaribili, nella stessa fascia di età, pari a 10 su 10.000 minori. Nel 70% dei casi si tratta di patologie non oncologiche, prevalentemente neurodegenerative, metaboliche e genetiche. Secondo le stime del Royal College of Pediatrics and Child Health, in un'area di 500.000 abitanti con una popolazione in età pediatrica di circa 100.000 soggetti, sono attesi annualmente 10 bambini terminali e/o bisognosi di cure palliative, di cui 2-4 oncologici, 2 cardiopatici e 4-6 affetti da altre patologie.

Nel caso della regione Molise, su una popolazione di 307.789 abitanti al 31 marzo 2018 (dati ISTAT), si stima una richiesta annua di circa 6 pazienti in fase avanzata di malattia con necessità di cure palliative, di cui 1-2 oncologici, 1 cardiopatico e 3 affetti da altre patologie.

Il Centro di riferimento regionale di cure palliative e di terapia del dolore pediatriche è un'articolazione della rete regionale di cure palliative e terapia del dolore per adulti. Esso svolge attività di diagnosi, cura, formazione e ricerca ed è situato presso l'Hospice di Larino (CB).

L'Hospice di Larino (CB) ha il ruolo di coordinare la rete su tutto il territorio della Regione, contribuendo al sostegno metodologico e alla diffusione degli strumenti condivisi di lavoro. Partecipa anche alla valutazione dei bisogni assistenziali nella progettazione dei piani di cura dei singoli casi (U.V.M.), alla definizione delle strategie terapeutiche per il trattamento del dolore in età pediatrica, al supporto della formazione degli operatori territoriali e dei caregiver, e al monitoraggio delle attività. Il Centro di riferimento partecipa inoltre ai programmi di informazione e a iniziative culturali.

L'equipe multiprofessionale del centro è composta dal medico responsabile dell'Hospice, specializzato in cure palliative pediatriche, e da altre professionalità come infermieri, psicologo, assistente sociale e fisioterapista, tutti con esperienza e formazione nel campo delle cure palliative e terapia del dolore.

Le UU.OO. di Pediatria ospedaliera e l'U.O. di Neonatologia concorrono a definire il piano di assistenza e cura, supportando la gestione domiciliare e concorrendo alla gestione dell'emergenza. La residenzialità specialistica "protetta" per la rete regionale di cure palliative pediatriche (utilizzabile anche per ricoveri di sollievo) è attuata, vista l'esigua epidemiologia, con l'attivazione di 2/3 posti letto dedicati presso l'U.O. di Pediatria dell'Ospedale "A. Cardarelli" di Campobasso.

L'assistenza domiciliare dei singoli casi, rispetto alle necessità diagnostiche e terapeutiche, fatta salva la competenza per l'età neonatale, che è in capo all'U.O. di Neonatologia di Campobasso, è direttamente gestita dalla rete regionale coordinata dall'Hospice di Larino, che provvede alla presa in carico sin dalla definizione del piano di assistenza e garantisce la rintracciabilità telefonica H24 per gli operatori della rete. L'attività di ambulatorio di terapia del dolore pediatrico è organizzata in collaborazione con la rete aziendale di terapia del dolore. Le UU.OO. ospedaliere assicurano consulenze specialistiche in tutte le fasi del percorso assistenziale della patologia inguaribile e partecipano, per aspetti tecnici, all'addestramento del caregiver. Le strutture ospedaliere concorrono anche alla gestione dei ricoveri nelle fasi acute della malattia.

Le cure domiciliari sono garantite dal personale medico, infermieristico-riabilitativo, psicologico e sociale dell'Hospice di Larino, supportati dal PLS/MMG. In base alle necessità, possono partecipare altri professionisti, anche provenienti dalle strutture ospedaliere. L'attività domiciliare della rete di cure palliative e terapia del dolore pediatriche è organizzata utilizzando risorse già presenti sul

territorio, con modalità di lavoro di équipe e di funzionamento già previste per la rete di cure palliative dell'adulto.

Il PLS/MMG è il referente della conduzione clinica domiciliare di base del minore. La gestione specialistica domiciliare, secondo le dimensioni strutturali e di processo che caratterizzano la rete di cure palliative e terapia del dolore pediatriche, sarà garantita in coerenza con lo sviluppo di modelli assistenziali di case management/primary nursing.

L'intervento psicologico è garantito su tutto il territorio regionale con i seguenti obiettivi:

- Valutare il bambino e la famiglia, in équipe, per l'individuazione di punti di forza e potenziali criticità nell'accesso alla rete di cure palliative e terapia del dolore pediatriche;
- Prendere in carico bambino e famiglia nelle situazioni di dolore cronico e in prossimità della morte, qualora se ne individui la necessità;
- Prendere in carico la famiglia per la prevenzione di reazioni patologiche del lutto;
- Garantire il supporto al lutto rivolto ai genitori, agli eventuali fratelli e, più in generale, agli altri membri della famiglia e alla relativa rete sociale del minore deceduto;
- Predisporre programmi di supporto psicologico, di prevenzione e trattamento del burnout per gli operatori che lavorano nella rete.

Gli interventi di supporto psicologico sono coordinati dall'Hospice di Larino (CB) in collaborazione con l'UCPP di Neuropsichiatria infantile. L'UCPP di Neuropsichiatria infantile partecipa anche per tutti gli aspetti di competenza clinica in pazienti con patologie di pertinenza neuropsichiatrica.

L'intervento del neuropsichiatra infantile è volto a:

- Monitorare clinicamente la patologia di base;
- Valutare il livello globale di sviluppo neuropsichico del bambino e gli eventuali deficit presenti nelle diverse componenti cognitive, neuropsicologiche, motorie, affettivo-relazionali e comportamentali;
- Definire, in sinergia con i terapeuti della riabilitazione, un progetto riabilitativo specifico riferito ai suddetti deficit funzionali e al mantenimento delle competenze residue;
- Definire, in collaborazione con le agenzie educative coinvolte (scuola, servizi sociali, ecc.), un progetto di vita del bambino finalizzato al massimo coinvolgimento possibile nelle attività educative, didattiche e sociali prevedibili per l'età;

- Prescrivere presidi ed ausili riferibili alla protesizzazione delle aree di sviluppo sopracitate.

I servizi scolastici sono coinvolti per tutti gli aspetti di competenza all'interno di percorsi individuati dall'UCPP e/o percorsi definiti dalla normativa vigente.

Il percorso assistenziale (Piano di Assistenza Individuale - PAI) è basato sull'analisi dei bisogni del paziente e della sua famiglia e si avvale di tutte le strutture e le professionalità sopra menzionate, coinvolte secondo le circostanze, il decorso della malattia e l'evoluzione dei bisogni. La segnalazione del singolo caso, da qualsiasi provenienza, ha come destinatari la P.U.A. di riferimento distrettuale e il Centro di riferimento regionale. Il progetto assistenziale inizia con una U.V.M. convocata dalla P.U.A. del distretto di residenza del piccolo paziente, d'intesa con il Centro di riferimento. L'U.V.M. valuta l'eleggibilità all'assistenza nella rete di cure palliative pediatriche secondo i criteri che ne regolano l'accesso e redige il piano di assistenza individuale. All'U.V.M. partecipano stabilmente il pediatra di famiglia (o il MMG) e il coordinatore.

Linea Progettuale n. 4

PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE

Titolo Progetto: Piano Nazionale della Prevenzione e supporto al Piano regionale della Regione Molise.

In merito alle attività previste dal Piano della Prevenzione, la Regione Molise ha ottenuto la certificazione del PRP per la verifica degli adempimenti LEA, nell'area Prevenzione e Sanità Pubblica. Si rinvia pertanto alla rendicontazione trasmessa ai competenti Ministeri.

Linea Progettuale n. 5

LA TECNOLOGIA SANITARIA INNOVATIVA COME STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO

Titolo Progetto: La tecnologia a supporto dell'integrazione tra i due aspetti dell'assistenza: l'ospedale e il territorio.

L'attività progettuale relativa all'intervento n. 5, "Le tecnologie a supporto dell'integrazione tra i due aspetti dell'assistenza: l'ospedale e il territorio," ha inteso avviare un processo di digitalizzazione, principalmente nel territorio e nei percorsi assistenziali di continuità ospedale-territorio. L'utilizzo della tecnologia sanitaria innovativa, intesa come valido supporto all'integrazione ospedale-territorio, mira a migliorare complessivamente la qualità dei servizi sanitari regionali. I principali obiettivi sono:

- Agevolare l'assistenza del paziente.
- Offrire un servizio che faciliti l'integrazione delle diverse competenze professionali.
- Fornire una base informativa consistente.

Sulla base di queste considerazioni, si è posto al centro delle attività anche il favoreggiamento dell'uso della telemedicina per garantire la continuità delle cure dall'ospedale al territorio e tra gli ambiti territoriali, per implementare la medicina di precisione, supportare i processi clinici decisionali, monitorare le attività svolte, censire e utilizzare correttamente le risorse disponibili, monitorare l'appropriatezza prescrittiva e migliorare le performance delle strutture sanitarie.

Le azioni messe in campo rappresentano un elemento chiave nella completa riorganizzazione dell'intero Sistema Sanitario Regionale, che permetterà alla Regione Molise di disporre di un rinnovato e potenziato modello ben integrato tra i vari settori dell'assistenza, favorendo il superamento di alcune criticità precedentemente espresse.

L'obiettivo generale è favorire e rendere sistemico l'utilizzo trasversale della tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale-territorio, promuovendo i processi di digitalizzazione in ospedale, ma soprattutto nel territorio e nei percorsi assistenziali di continuità ospedale-territorio. È stato ritenuto essenziale favorire l'utilizzo della telemedicina per garantire la continuità delle cure, per implementare la medicina di precisione, supportare i processi clinici decisionali, monitorare le attività svolte, censire e utilizzare correttamente le risorse disponibili, monitorare l'appropriatezza prescrittiva e migliorare le performance delle strutture sanitarie.

Il progetto prevede interventi di prevenzione e salute a livello di popolazione, con particolare attenzione alla digitalizzazione dei percorsi di presa in carico degli utenti territoriali, per facilitare l'integrazione delle competenze professionali. Si favorirà l'impiego della telemedicina per garantire una migliore qualità assistenziale, monitorare le attività svolte e supportare le decisioni cliniche, ottimizzando l'integrazione dei PDTA per la gestione del paziente, in particolare per le fragilità, anche a supporto della residenzialità e domiciliarità.

Accanto a queste attività, mirate alla gestione della domiciliarità, si è previsto l'avvio di azioni finalizzate alla re-ingegnerizzazione dei flussi informativi sanitari.

Elemento essenziale per la riuscita del processo di digitalizzazione tra ospedale e territorio è l'elaborazione di linee d'indirizzo operative per la gestione dei servizi di telemedicina della Regione Molise, al fine di omogeneizzare e uniformare i processi di utilizzo della telemedicina regionale, anche in funzione delle normative nazionali.

Tutte le attività sono orientate a migliorare l'integrazione e l'interoperabilità delle tecnologie sanitarie nel Sistema Sanitario Regionale.

Linea Progettuale n. 5

LA TECNOLOGIA SANITARIA INNOVATIVA COME STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO

Titolo Progetto: Strumenti a supporto dell'efficientamento del sistema regionale di controllo della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie.

Al fine di definire un piano strategico volto all'efficientamento dei sistemi di controllo regionali, sono state svolte diverse attività progettuali, tra cui l'acquisizione di strumenti tecnici, sia hardware (implementazione di spazi cloud configurati per il popolamento di banche dati sanitarie in ambienti protetti e sicuri), sia software (acquisizione di licenze di software gestionali di alto livello per condurre attività di controllo programmate).

A livello regionale, si è provveduto all'organizzazione dei controlli delle prestazioni in regime di ricovero e delle prestazioni di medicina specialistica ambulatoriale.

I controlli effettuati per l'attività di ricovero (SDO/DRG) sono stati eseguiti considerando il rispetto delle specifiche funzionali del Ministero della Salute relative al flusso NSIS delle SDO, valutando la congruità tra le diagnosi inserite, principali e secondarie, e le relative procedure, dall'intervento principale alle procedure secondarie.

L'obiettivo del software di progetto è implementare i seguenti requisiti:

a. Svolgere i controlli di qualità sulle SDO, validando sia la sintassi che la semantica, secondo le specifiche funzionali nazionali e regionali attualmente in vigore.

b. Creare il flusso XML NSIS da inviare alla Regione.

c. Produrre il report anomalie da condividere con le strutture.

Il debito informativo da produrre è descritto nella specifica funzionale della SDO nazionale v1.6.9, che ha come schema XSD:

- Tracciato anagrafica: XSD-tracciato Anagrafica.xsd
- Tracciato ricoveri: XSD-tracciato Ricoveri.xsd
- Tracciato riabilitazione: XSD-tracciato Riabilitazione.xsd

Le tabelle di riferimento per verificare i nomenclatori presenti nei tracciati in input alla procedura di controllo sono le seguenti:

- Comuni e ASL italiane: reportComuni_asl_esteri
- Regioni italiane: Codici SDO Regioni
- Stati esteri: Paesi-esteri e Elenco-Paesi-esteri-cessati
- Strutture di ricovero: HSP_StruttureRicovero_SDO
- Unità Operative accreditate per le strutture di ricovero: HSP_UnitàOperative_SDO
- Elenco codici ICD9 validi per causa esterna: reportCodiciE_2007
- Elenco codici ICD9 validi per diagnosi: reportDiagnosi_2007
- Elenco codici ICD9 validi per interventi: ICD9CM_2007_AHRQ

Sono stati svolti tra l'altro corsi di formazione sulla codifica ICD9-CM ed è stato fornito supporto applicativo.

In sintesi, le funzionalità del software consentono di monitorare la produzione importando mensilmente il file in XML del flusso SDO per:

- Correggere eventuali anomalie logico-formali presenti sulla SDO.
- Calcolare il DRG e il rimborso su tutte le SDO in qualsiasi momento.
- Utilizzare più di 400 report che rappresentano, sotto diversi punti di vista, l'azienda.
- Evidenziare le SDO che potrebbero essere individuate dai controllori esterni.

- Selezionare tramite un filtro avanzato qualsiasi tipo di casistica, virtuosa o potenzialmente inappropriata.

- Studiare in maniera approfondita la casistica dei ricoveri prestati ai pazienti residenti fuori regione.

Alcuni dei controlli qualitativi presenti:

- DRG omologhi con percentuali di complicanze e non lontane dai benchmark scelti.

- Degenze medie non congrue con il peso del DRG risultante.

- Unità operative con pesi medi particolarmente bassi o alti.

- Scelta non chiara del regime assistenziale.

- Scelta reiterata o addirittura sistematica di diagnosi principali aspecifiche che portano a DRG di tipo ARI.

- Analisi approfondita dei DRG ad alto rischio di inappropriatezza.

- DRG di alta specialità con degenza breve.

- DRG a basso rischio di mortalità esitati con decesso.

- Diagnosi e procedure non congrue reciprocamente.

Inoltre viene fornito uno strumento di supporto alla corretta compilazione della SDO, che guida il medico durante l'inserimento di codici di diagnosi e procedure attraverso specifici controlli e avvisi.

Il medico codificatore continua a compilare la SDO sul suo software di Accettazione, Dimissione e Trasferimento, sul quale sono attivati pop-up con messaggi chiari ed efficaci, che in tempo reale lo guidano a una codifica corretta ed esaustiva della SDO.

Inoltre, è possibile per la Direzione Sanitaria e per gli Uffici Controllo SDO attivare o disattivare controlli e crearne di nuovi, creare prototipi di SDO che servano da riferimento, calcolare e simulare il DRG.

Le funzioni in sintesi:

- Alert e verifiche incrociate con normative e linee guida sia in fase di scelta di codici diagnosi e procedure che al calcolo del DRG.

- Documentazione normativa di supporto immediatamente consultabile.

- Ricerca facilitata dei codici.

- Prototipi di codifica per i casi più diffusi.
- Calcolo del DRG con Grouper integrato in maniera nativa.
- Calcolo della tariffa.

Per quanto riguarda le prestazioni di Medicina Specialistica Ambulatoriale, il controllo riguarda l'esame dell'appropriatezza e della congruità delle prestazioni, nonché il controllo dell'applicazione dei ticket sanitari, attraverso un'integrazione con l'anagrafe regionale degli assistiti e le relative esenzioni, in base alla normativa nazionale vigente e alle disposizioni regionali.

I due flussi di cui sopra, insieme agli altri flussi previsti nella mobilità sanitaria interregionale, come la Medicina di base, la farmaceutica convenzionata, l'erogazione dei farmaci all'atto delle dimissioni e il trasporto con ambulanza o con elisoccorso, rientrano in una fase più ampia del progetto relativa alla mobilità stessa. Attraverso software specifico, tutti i flussi sono controllati prima dell'invio alle Regioni di residenza dell'utente extra-regionale che ha usufruito dei Servizi Sanitari regionali, pubblici o privati convenzionati della Regione Molise, intervenendo opportunamente per la rimozione di eventuali anomalie che potrebbero portare a contestazioni da parte delle Regioni che ricevono l'addebito. In questo modo, si è migliorata la qualità del flusso trasmesso, riducendo sensibilmente la quantità di contestazioni ricevute.

Il software consente di gestire i sette flussi di mobilità extra-regionale, permettendo agli utenti regionali di valutare non solo la correttezza logico-formale delle prestazioni, ma anche quella qualitativa.

L'applicazione consente di:

- Gestire tutte le fasi della compensazione, come definite nel disciplinare TUC dell'anno di riferimento (invio attivo/ricezione passiva, contestazioni, controdeduzioni).
- Gestire tutte le tariffe, fornendo un dettaglio sempre aggiornato su qualsiasi criterio che possa influire sui rimborsi.
- Produrre i file da caricare sulla piattaforma interregionale.
- Produrre i modelli H, M, C e D.