

QUESTIONARIO NAZIONALE PER LA MAPPATURA DELLE ESPERIENZE DI TELEMEDICINA SUL TERRITORIO NELL'ANNO 2018

**Aggiornamento e integrazione della rilevazione già effettuata dall'Istituto Superiore di Sanità -
Centro Nazionale per la Telemedicina e le nuove Tecnologie Assistenziali - per l'anno 2017**

Le domande del presente questionario, da compilare esclusivamente online, si basano sulle definizioni riportate nelle Linee di indirizzo nazionali per la Telemedicina di cui all'intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni del 20 febbraio 2014.

Le strutture sanitarie a cui si fa riferimento sono quelle rilevate dal Ministero della salute attraverso i flussi di cui al D.M. 05/12/06 e s.m.i. (modelli FLS 11, STS 11, HSP 11, RIA 11). Anche l'elenco delle specialità cliniche e delle discipline utilizzato è quello riportato nel predetto decreto.

1. Regione/PA

Tabella A – Regione/PA

Anagrafica dell'Azienda Sanitaria o Ospedaliera o IRCCS

2. Codice e Denominazione struttura

(da selezionare da casella a discesa con l'elenco strutture di cui ai modelli FLS11, STS11, HSP11, RIA 11)

* 23. Dati del Referente aziendale per questa rilevazione

Nome e Cognome
Indirizzo PEC o e-mail
Telefono

Tabella B

Esperienza di telemedicina attiva nell'anno 2018 (includere anche quelle approvate nel 2018 dalla Direzione di Azienda Sanitaria/Ospedaliera o IRCCS attuate successivamente)

* 24. Denominazione del servizio di telemedicina

* 25. Tipo di attività

- Prestazione sanitaria erogata totalmente in Telemedicina
- Prestazione sanitaria erogata parzialmente in Telemedicina
- Progetto pilota sperimentale di servizi di Telemedicina
- Sperimentazione clinica osservazionale su servizi di Telemedicina
- Altro, specificare

* 26. Tipo di prestazione di telemedicina (secondo le definizioni delle Linee di indirizzo nazionali per la Telemedicina di cui all'intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni del 20 febbraio 2014):

- Televisita
- Teleconsulto
- Telecooperazione sanitaria
- Telesalute
- Teleassistenza
- Telemonitoraggio

- Telerefertazione
- Altro, specificare

[Redacted]

27. Data di approvazione

GG/M M/AAAA

* 28. Anno di inizio dell'attività

[Redacted]

* 29. Numero dei mesi di attività dalla data di inizio fino al 31 dicembre 2018

[Redacted]

* 30. Attività ancora in corso

- Si
- No

* 31. Dati del Responsabile del progetto di telemedicina se diverso dal Referente aziendale per questa rilevazione

Nome e Cognome
Indirizzo PEC o e-mail
Telefono

[Redacted]

Tabella C

Informazioni tecniche sulle attività inserite nella Tabella B

* 32. Finanziamento dedicato?

- Si
- No

33. Ente finanziatore detta progettazione e realizzazione del servizio di telemedicina

[Redacted]

* 34. Tipologia del Centro Servizi che supporta l'attività di Telemedicina (hosting, sicurezza informatica, help desk, manutenzione, ecc)

- Esternalizzato
- Interno all'Azienda Sanitaria
- Altro, specificare

[Redacted]

* 35. Ambito/i specialistico/i in cui si svolge il servizio di telemedicina, compresi MMG e PLS (sono ammesse più risposte):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Allergologia | <input type="checkbox"/> Tossicologia |
| <input type="checkbox"/> Day hospital | <input type="checkbox"/> Urologia |
| <input type="checkbox"/> Anatomia ed istologia patologica | <input type="checkbox"/> Grandi ustioni pediatriche |
| <input type="checkbox"/> Angiologia | <input type="checkbox"/> Grandi ustioni |
| <input type="checkbox"/> Cardiocirurgia pediatrica | <input type="checkbox"/> Nefrologia (Abitazione trapianto rene) |
| <input type="checkbox"/> Cardiocirurgia | <input type="checkbox"/> Terapia intensiva |
| <input type="checkbox"/> Cardiologia Chirurgia generale | <input type="checkbox"/> Unità coronarica |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia maxillo facciale | <input type="checkbox"/> Astanteria |
| <input type="checkbox"/> Medicina termale | |

- Chirurgia pediatrica
- Chirurgia plastica
- Chirurgia toracica
- Chirurgia vascolare
- Medicina sportiva
- Ematologia
- Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione
- Immunologia
- Geriatria
- Residuale manicomiale
- Malattie infettive e tropicali
- Medicina del lavoro
- Medicina generale
- Medicina legale
- Unità spinale
- Nefrologia
- Neurochirurgia
- Nido
- Neurologia
- Neuropsichiatria infantile
- Oculistica
- Odontoiatria e stomatologia
- Ortopedia e traumatologia
- Ostetricia e ginecologia
- Otorinolaringoiatria
- Pediatria
- Psichiatria
- Dermatologia
- Emodialisi
- Farmacologia clinica
- Recupero e riabilitazione funzionale
- Fisiopatologia della riproduzione umana
- Gastroenterologia
- Lungodegenti
- Medicina nucleare
- Neonatologia
- Oncologia
- Oncoematologia pediatrica
- Oncoematologia
- Pensionanti
- Pneumologia
- Radiologia
- Radioterapia
- Reumatologia
- Terapia intensiva neonatale
- Radioterapia oncologica
- Neuro-riabilitazione
- Neurochirurgia pediatrica
- Nefrologia pediatrica
- Urologia pediatrica
- Detenuti
- Day surgery
- Cure palliative

* 36. Tipologia di pazienti verso i quali è stato progettato il servizio di telemedicina:

- Pazienti acuti di qualsiasi età
- Pazienti acuti solo adulti
- Pazienti acuti solo pediatrici
- Pazienti con più patologie croniche di qualsiasi età
- Pazienti con più patologie croniche solo maggiori di 65 anni
- Pazienti con più patologie croniche solo pediatrici
- Pazienti con una patologia cronica di qualsiasi età
- Pazienti con una patologia cronica solo maggiori di 65 anni
- Pazienti con una patologia cronica solo pediatrici

* 37. Specificare la/le patologie, se presente/i, di cui soffre il paziente per cui si eroga il servizio di telemedicina (indicare descrizione o codice ICD9CM):

Codice ICD9CM

Descrizione

38. Specificare, se presenti, altre caratteristiche che descrivono i pazienti per cui erogo il servizio di telemedicina (es. servizio solo per pazienti con recente ospedalizzazione, servizio solo per donne in gravidanza):

* 39. Numero totale dei pazienti assistiti nell'anno 2018

* 40. Numero dei pazienti assistiti negli anni precedenti e ancora in cura

41. Denominazione dell'Unità Operativa a cui fa capo il servizio di telemedicina

* 42. Sede/i da cui il medico eroga la prestazione usando il sistema di telemedicina del servizio (sono ammesse più risposte):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ambulatorio privato | <input type="checkbox"/> strutture pubbliche |
| <input type="checkbox"/> Ambulatorio intramoenia | <input type="checkbox"/> Più sedi di varia tipologia, compreso il domicilio del paziente |
| <input type="checkbox"/> Ambulatorio pubblico multiuso dei servizi territoriali | <input type="checkbox"/> Più sedi di varia tipologia, ma non a domicilio del paziente |
| <input type="checkbox"/> Ambulatorio pubblico multiuso di aggregazioni MMG/PLS | <input type="checkbox"/> Sede attrezzata ma non ambulatorio, in aggregazioni MMG/PLS |
| <input type="checkbox"/> Ambulatorio pubblico multiuso in sede ospedaliera | <input type="checkbox"/> Sede attrezzata ma non ambulatorio, in ospedale pubblico |
| <input type="checkbox"/> Ambulatorio pubblico specifico dei servizi territoriali | <input type="checkbox"/> Sede attrezzata ma non ambulatorio, in servizi territoriali pubb. |
| <input type="checkbox"/> Domicilio del paziente | <input type="checkbox"/> Sede attrezzata ma non ambulatorio, privato |
| <input type="checkbox"/> Farmacia | <input type="checkbox"/> Studio MMG/PLS |
| <input type="checkbox"/> Mezzi di soccorso | <input type="checkbox"/> Altro (specificare) |
| <input type="checkbox"/> Più ambulatori in strutture private | |
| <input type="checkbox"/> Più ambulatori in strutture pubbliche | |
| <input type="checkbox"/> Più sedi attrezzate ma non ambulatori, in | |

* 43. Sede/i da cui il paziente/care giver fruisce della prestazione sanitaria attraverso il sistema di telemedicina del servizio (sono ammesse più risposte):

- Ambulatorio privato
- Ambulatorio intramoenia
- Ambulatorio pubblico multiuso dei servizi territoriali
- Ambulatorio pubblico multiuso di aggregazioni MMG/PLS
- Ambulatorio pubblico multiuso in sede ospedaliera
- Ambulatorio pubblico specifico dei servizi territoriali
- Ambulatorio pubblico specifico di aggregazioni MMG/PLS
- Ambulatorio pubblico specifico in sede ospedaliera
- Domicilio del paziente
- Farmacia
- Mezzi di soccorso
- Altro (specificare)
- Più ambulatori in strutture private
- Più ambulatori in strutture pubbliche
- Più sedi attrezzate ma non ambulatori, in strutture pubbliche
- Più sedi di varia tipologia, compreso il domicilio del paziente
- Più sedi di varia tipologia, ma non a domicilio del paziente
- Sede attrezzata ma non ambulatorio, in aggregazioni MMG/PLS
- Sede attrezzata ma non ambulatorio, in ospedale pubblico
- Sede attrezzata ma non ambulatorio, in servizi territoriali pubb.
- Sede attrezzata ma non ambulatorio, privato
- Studio MMG/PLS

* 44. Breve descrizione del servizio in termini di risorse tecnologiche realmente utilizzate (sono ammesse più risposte):

- Smartphone Tablet
- Personal Computer
- Dispositivi indossabili con sensori
- Dispositivi ambientali con sensori
- Dispositivi medici
- Software
- Integrazione con Fascicolo Sanitario Elettronico
- Integrazione con Software Cartelli MMG
- Integrazione con Software Cartella Ospedaliera
- Integrazione con Software Cartella Territoriale
- Integrazione con altro software, specificare:

* 45. Nel caso di uso di dispositivi indossabili con sensori, quali dei seguenti?

- orologi (smartwatch)
- bracciali
- tute
- altro (specificare)

* 46. Nel caso di uso di dispositivi ambientali con sensori, quali dei seguenti?

- bilancia
- sensori di movimento
- altro (specificare)

* 47. Nel caso di utilizzo di software, specificarne le principali funzionalità

* 48. Numero totale di professionisti che operano anche a tempo parziale nel servizio di telemedicina, differenziati per tipologia:

Amministrativi	
Farmacisti	
Fisici	
Fisioterapisti	
Infermieri	
Informatici	
Ingegneri	
MMG	
PLS	
Psicologi	
Specialisti	
Tecnici	

* 49. Numero di professionisti (tra quelli coinvolti e indicati nella sezione precedente) che operano anche a tempo parziale PRESSO IL PAZIENTE secondo la procedura adottata nel servizio di Telemedicina, differenziati per tipologia:

Amministrativi	
Farmacisti	
Fisici	
Fisioterapisti	
Infermieri	
Informatici	
Ingegneri	
MMG	
PLS	
Psicologi	
Specialisti	
Tecnici	

* 50. È stata valutata l'efficacia clinica del servizio di telemedicina in esame?

- No
- Sì, indicare l'ultimo anno di valutazione

* 51. Se Sì, specificare quali delle seguenti voci sono state prese in considerazione (sono ammesse più risposte):

- Numero di ospedalizzazioni
- Numero di ri-ospedalizzazioni
- Numero di giorni letto per pazienti ospedalizzati
- Numero di visite ambulatoriali MMG
- Numero di visite specialistiche

- Numero di accessi il Pronto Soccorso
- Numero di accessi a domicilio
- Effetti sulla morbilità
- Effetti sulla qualità di vita
- Effetti su stato ansia e depressione
- Effetti su parametri clinici specifici per patologia (per esempio HbA1c per diabete, NYHA per scompenso, ...)
- Altro specificare:

52. Le voci indicate, sono state valutate attraverso uno studio?

- Sì
- No

* 53. Se Sì, indicare la tipologia:

- RCT
- Studio osservazionale
- Studio caso/controllo
- Altro, specificare

* 54. È stata valutata la percezione del paziente nell'utilizzo del servizio di telemedicina?

- No
- Sì, indicare anno di valutazione:

* 55. Se Sì, specificare con che modalità è stata valutata:

- Revisione sistematica della letteratura
- Questionari validati
- Focus group
- Interviste semistrutturate
- Altro, specificare:

* 56. È stata valutata la prospettiva economica del servizio di telemedicina?

- No
- Sì, indicare l'anno di valutazione

* 57. Se Sì, specificare le voci di costo inserite nella valutazione (sono ammesse più risposte):

- Investimento nella strumentazione (HW/SW)
- Formazione dello staff
- Manutenzione
- Utilizzo dello staff
- Tempo usato dal paziente
- Tempo usato dai caregiver
- Trasporti

* 58. Specificare se sono stati considerati i cambiamenti nel consumo di risorse sanitarie rispetto al servizio previsto nella normale prassi clinica (usual care)

- No
- Sì

* 59. Se Sì, specificare quali (sono ammesse più risposte)

- Accessi Pronto Soccorso
- Visite ambulatoriali
- Ospedalizzazioni
- Giorni letto
- Farmaci
- Altro, specificare

* 60. È stata valutato l'impatto organizzativo del servizio di telemedicina?

- No
- Sì, indicare l'anno di valutazione

* 61. Se Sì, specificare se è stato valutato (sono ammesse più risposte):

- l'impatto sulla redistribuzione dei compiti tra i vari professionisti (task shifting)
- l'impatto sull' Aumento o diminuzione del tempo dedicato all'erogazione del servizio di telemedicina rispetto allo usual care
- il cambiamento nelle comunicazioni tra lo staff medico

* 62. Sono stati valutati gli aspetti etici, legali e socioculturali del servizio di telemedicina?

- No
- Sì, indicare l'anno di valutazione

* 63. Se Sì, specificare se è stato valutato:

- acquisito il consenso del paziente
- effettuato l'accreditamento clinico del servizio
- garantito il rispetto delle credenze religiose, culturali, di genere e sanitarie del paziente

Tabella D

Modalità di tariffazione e regime di erogazione dei servizi descritti nelle Tabelle B e C

* 64. Indicare la modalità di tariffazione dei servizi descritti nelle tabelle B e C

- Modalità di tariffazione di più tipologie combinate insieme
- Pacchetto di prestazioni associato a PDTA specifico
- Pacchetto di prestazioni in protocollo di ricerca cumulativo
- Pacchetto di prestazioni in protocollo di ricerca per singolo paziente
- Pacchetto di prestazioni per singolo paziente
- Pacchetto di prestazioni per singolo paziente su base annua
- Pacchetto di prestazioni secondo altra specifica norma regionale
- Rimborsi a singola prestazione secondo altra specifica norma regionale
- Rimborsi a singola prestazione secondo tariffario tradizionale
- Altro, specificare

* 65. Regime di erogazione dei servizi descritti nelle tabelle B e C

- A totale carico SSN
- Con partecipazione alla spesa (ticket)
- A totale carico dell'assistito
- Altro, specificare