

La TELEMEDICINA applicata alla Sclerosi Multipla

1) Introduzione.

Nel **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)**, noto anche come **NEXT GENERATION ITALIA**, la Missione Salute viene divisa in 2 componenti ed è focalizzata su due elementi: il primo è un cambio di paradigma nell'assistenza sociosanitaria basato sullo sviluppo di una rete territoriale che consenta una vera vicinanza alle persone secondo un percorso integrato che parte dalla "casa come primo luogo di cura", per arrivare alle "Case della comunità" e quindi alla rete ospedaliera; il secondo elemento è dato dall'ammodernamento delle dotazioni tecnologiche del SSN. Specificatamente, la prima componente, "**Assistenza di prossimità e telemedicina**", mira a potenziare e riorientare il SSN verso un **modello incentrato sui territori e sulle reti di assistenza socio-sanitaria**; a superare la frammentazione e il divario strutturale tra i diversi sistemi sanitari regionali garantendo omogeneità nell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza - "LEA"; a potenziare la prevenzione e l'assistenza territoriale, migliorando la capacità di integrare servizi ospedalieri, servizi sanitari locali e servizi sociali. La seconda componente, "**Innovazione, ricerca e digitalizzazione dell'assistenza sanitaria**", è finalizzata a **promuovere la diffusione di strumenti e attività di telemedicina, a rafforzare i sistemi informativi sanitari e gli strumenti digitali a tutti i livelli del SSN**, a partire dalla diffusione ancora limitata e disomogenea della cartella clinica elettronica. Rilevanti investimenti sono quindi destinati all'ammodernamento delle apparecchiature e alla realizzazione di ospedali sicuri, tecnologici e sostenibili.

Nel documento del Ministero della Salute "**Indicazioni Nazionali per l'erogazione di prestazioni in Telemedicina**" del 27 ottobre 2020 (Allegato A all'Accordo Stato-Regioni del 17.11.2020) si afferma che

- i) la pandemia Covid-19 ha reso indispensabile ripensare l'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), in particolare a livello territoriale e in tale *situazione l'attivazione degli strumenti di sanità digitale rappresenta anche un'opportunità unica* per un servizio sanitario più in linea con i tempi e le necessità individuali e dell'organizzazione;
- ii) in questo momento storico *è essenziale un rinnovamento organizzativo e culturale* teso ad una diffusa ed uniforme traduzione operativa dei principi di primary health care raccomandati dall'OMS e la riorganizzazione delle attività sanitarie, clinico-assistenziali e di riabilitazione deve poter garantire contemporaneamente la massima continuità assistenziale ed empowerment del paziente, con il minimo rischio di diffusione del virus ad utenti, operatori e familiari;
- iii) l'erogazione di alcune prestazioni di *telemedicina* quali la televisita, il teleconsulto medico, la teleconsulenza medico-sanitaria, la teleassistenza da parte di professioni sanitarie, la telerefertazione, rappresenta un *elemento concreto di innovazione organizzativa nel processo assistenziale*;

Nello stesso documento, sono state identificate **quattro tipologie di prestazioni di Telemedicina**:

- i) prestazioni che possono essere assimilate a qualsiasi prestazione sanitaria diagnostica e/o terapeutica tradizionale, rappresentandone una alternativa di erogazione
- ii) prestazioni che non possono sostituire la prestazione sanitaria tradizionale, ma



- piuttosto la supportano rendendola meglio accessibile e/o aumentandone l'efficienza e l'equità distributiva
- iii) prestazioni che integrano in varia proporzione la prestazione tradizionale rendendola più efficace e più capace di adattarsi in modo dinamico ai cambiamenti delle esigenze di cura dei pazienti
 - iv) prestazioni che risultano capaci di costituire completamente la prestazione sanitaria tradizionale, rappresentando nuovi metodi e/o tecniche diagnostiche e/o terapeutiche e realizzando nuove prassi assistenziali utili ai pazienti.

Riguardo alle **attività ambulatoriali**, le interazioni a distanza tra sanitari e assistiti possono avvenire nei seguenti tre modi:

1) Televisita: consiste in una interazione a distanza tra il medico e il paziente con l'eventuale presenza di un caregiver, può dar luogo alla prescrizione di farmaci, accertamenti diagnostici o di terapie. Durante la Televisita un operatore sanitario che si trovi vicino al paziente, può assistere il medico. Se tale visita anche a distanza garantisce tutti i requisiti di quella erogata in presenza, può essere considerata come prestazione specialistica ai sensi della normativa vigente.

2) Teleconsulto: consiste in una interazione/consulenza a distanza tra due medici, che può portare ad una indicazione diagnostica e/o di una scelta terapeutica senza la presenza fisica del paziente. Questa attività viene considerata come parte integrante dell'attività lavorativa dei medici e degli specialisti e come quella effettuata in presenza non necessita di una remunerazione a prestazione, pertanto di una tariffa ad hoc.

3) Telecooperazione: consiste nell'assistenza fornita da un medico o altro operatore sanitario ad un altro medico o altro operatore sanitario impegnato in un atto sanitario. Questa attività, a seconda dei casi, può essere ricondotta ad una delle precedenti, in particolare ad una visita multidisciplinare o ad un teleconsulto.

Tabella 2.1 Classificazione dei servizi di Telemedicina

TELEMEDICINA					
CLASSIFICAZIONE		AMBITO	PAZIENTI		RELAZIONE
TELEMEDICINA SPECIALISTICA	TELE VISITA	sanitario	Può essere rivolta a patologie acute, croniche, a situazioni di post-acuzie	Presenza attiva del Paziente	B2C B2B2C
	TELE CONSULTO			Assenza del Paziente	B2B
	TELE COOPERAZIONE SANITARIA			Presenza del Paziente, <i>in tempo reale</i>	B2B2C
TELE SALUTE		sanitario	E' prevalentemente rivolta a patologie croniche	Presenza attiva del Paziente	B2C B2B2C
TELE ASSISTENZA		socio-assistenziale	Può essere rivolta ad anziani e fragili e diversamente abili		

* B2B: individua la relazione tra medici

B2B2C: individua la relazione tra un medico e un paziente mediata attraverso un operatore sanitario

B2C: individua la relazione tra medico e paziente

(Tabella estratta dal documento "Telemedicina. Linee di indirizzo nazionale" del Ministero della Salute)



3cec9af4



Va sottolineato che l'attivazione del servizio di telemedicina richiede la *preventiva adesione informata del paziente*, al fine di confermare tra l'altro la disponibilità di un contatto telematico per la interazione documentale/informativa con lo specialista ed accedere ad un sistema di comunicazione remota secondo le specifiche tecniche e le normative vigenti in materia di privacy e sicurezza (tele-triage).

Per quanto concerne :

- i) gli elementi necessari per fornire prestazioni ambulatoriali a distanza;
- ii) ii) gli strumenti a supporto dell'attività del personale sanitario;
- iii) iii) gli strumenti a supporto del paziente;
- iv) iv) gli standard di servizio;
- v) v) limiti di applicazione della telemedicina;

verranno meglio specificati, con il supporto di Azienda Zero per gli aspetti tecnico-amministrativi di supporto e strutturati con riferimento alle indicazioni della Commissione Salute delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e Bolzano (*"Erogazione delle prestazioni di specialità ambulatoriale a distanza. Semplificazione dell'accesso alle cure"*).

2) La telemedicina per la Sclerosi Multipla.

La Sclerosi Multipla (SM) può essere un terreno particolarmente favorevole di applicazione della **Telemedicina** per i seguenti motivi:

- 1) la SM è una malattia alquanto eterogenea dal punto di vista clinico, con forme ad evoluzione relativamente poco aggressivo, fino a forme particolarmente severe che vengono chiamate "Maligne";
- stratificando i pazienti in base alla loro gravità clinica, coloro che presentano quadri clinici non severi possono essere i candidati ideali per un monitoraggio clinico con periodiche televisite alternate a visite in presenza;
- 2) La risposta ai trattamenti farmacologici attualmente disponibili non è omogenea, né garantita, potendosi osservare pazienti che non rispondono o rispondono parzialmente alle terapie (ad uno o più farmaci) e pazienti che presentano una risposta ottimale, con stabilizzazione del quadro clinico anche con farmaci che oggi chiamiamo di primo livello;
- stratificando i pazienti per grado di risposta terapeutica, coloro che non presentano effetti collaterali ai farmaci e che rispondono in modo appropriato alla terapia (NEDA) possono essere monitorati con periodiche televisite alternate alle visite in presenza;
- 3) I Centri SM spesso gestiscono pazienti che provengono da città, province e regioni diverse da quelle in cui il Centro è localizzato;
- nei pochi studi disponibili in letteratura su altre patologie (Devadula et al., 2020; Bashiri et al., 2016), i pazienti che percorrono più di 100km o impiegano più di 1 ora per recarsi presso il Presidio Ospedaliero di riferimento, aderiscono favorevolmente a modelli telematici di monitoraggio clinico e terapeutico, che prevedano televisite e telecooperazioni alternate a visite in presenza;
- 4) L'incidenza e la prevalenza della SM sono in aumento; considerando le risorse attuali e le difficoltà attuali nella gestione di grandi numeri di pazienti, è prevedibile che nei prossimi anni, se i trend epidemiologici dovessero essere confermati, molti Centri entreranno in gravi difficoltà nel mantenere il controllo sull'aderenza terapeutica del numero crescente di pazienti;
- molti Centri SM vivono oggi una condizione di difficoltà nel garantire a tutti i pazienti visite di controllo nei tempi previsti per un corretto monitoraggio delle terapie, in particolare di quelle a più alto rischio di eventi avversi; attualmente i



3cec9af4



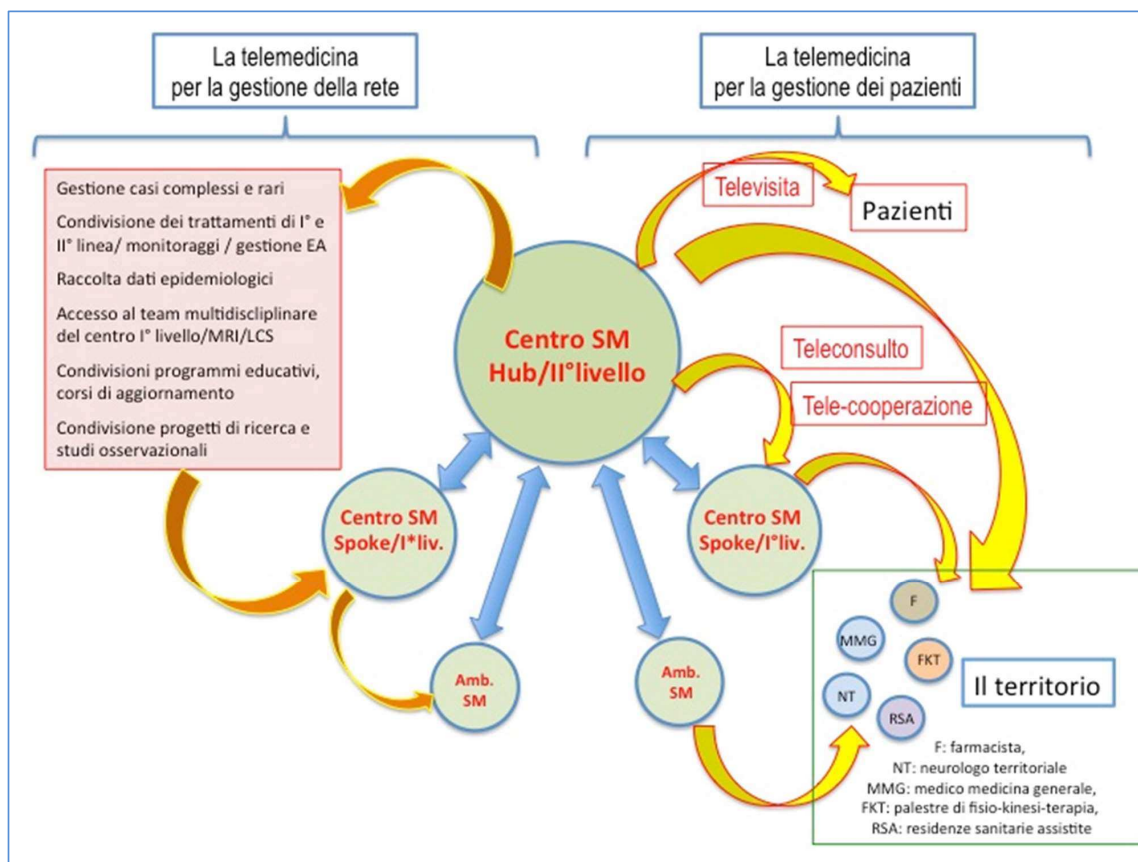
referti degli esami strumentali ed ematologici vengono inviati via mail o FAX e discussi per mail o telefono; non c'è dubbio che il telemonitoraggio può costituire un significativo miglioramento dell'efficacia dei controlli e dell'aderenza alla terapia, grazie ad un meno asettico e più empatico rapporto con il paziente;

- 5) In molte regioni già esistono reti territoriali dei centri SM che collaborato nella gestione diagnostica, terapeutica e assistenziale dei pazienti;
 - *in questo ambito trova la sua ideale applicazione il Teleconsulto: i) discussione di casi clinici complessi, ii) discussione di reperti strumentali di non univoca interpretazione; iii) avvio e/o verifica/modifiche di percorsi terapeutici; ecc...*
 - *anche la telecooperazione può trovare un suo utilizzo nei rapporti tra i Centri della rete territoriale;*
- 6) Condivisione della Rete dei Consulenti dei Centri di II° livello:
 - *i Neurologici dei Centri SM situati in Presidi Ospedalieri dove non esistono alcune discipline specialistiche o dove gli specialisti non hanno esperienza diretta nella patologia, possono chiedere un parere medico specialistico ai consulenti del Centro SM di II° livello sia in presenza (Telecooperazione), che in assenza (Teleconsulto) del paziente,*
- 7) Il territorio nel quale si trova inserito un paziente con SM è alquanto complesso, essendo costituito da:
 - a. Medici di Medicina Generale (MMG)
 - b. Strutture Riabilitative (FKT)
 - c. Le strutture Residenziali Assistite (RSA)
 - d. Le Farmacie territoriali (F)
 - e. I Neurologi territoriali (NT)
 - *La Telemedicina può dare la possibilità di interazioni/comunicazioni singole o multiple tra i vari professionisti, nell'ottica di una gestione collaborativa del paziente.*



3cec9af4





Essendo la SM una **malattia cronica ad alta complessità assistenziale** e molto eterogenea dal punto di vista clinico, in particolare per quanto riguarda i gradi di **disabilità** sviluppati dai pazienti e che richiedono modalità assistenziali diversificate, il **Territorio** assume una particolare rilevanza nella gestione della malattia.

Una delle difficoltà più importanti che i Centri SM si trovano ad affrontare è il tracciamento e la possibilità di intervenire nei percorsi assistenziali dei quei pazienti che non possono più eseguire terapia disease-modifying e che per l'alto livello di disabilità vengono gestiti a domicilio dai MMG o vengono ricoverati permanentemente nelle RSA. Di questi pazienti si perdono frequentemente le tracce e quindi la possibilità di controllare l'efficacia e la adeguatezza della terapia sintomatica, nonché verificarne le reali condizioni cliniche. Inoltre, anche i percorsi riabilitativi di questi pazienti sfuggono ai neurologi clinici, così come ai Fisiatri ospedalieri. L'attuale organizzazione dell'attività del Centro SM, tuttavia, non consente di ricucire la frattura Ospedale-Territorio. La telemedicina è uno strumento utile a ricomporre, almeno parzialmente, questa separazione.

Tra i Neurologi dei Centri SM da un lato e i MMG e i medici operanti nelle RSA dall'altro è possibile organizzare delle slot mensili di teleconsulto e telecooperazione, espressamente dedicate ai pazienti con forme avanzate di malattia (forme progressive) gestite a domicilio, nelle residenze sanitarie e nelle case di riposo. La gestione delle terapie sintomatiche (spasticità, disturbi urinari, disturbi del sonno e dell'umore, ecc.) e delle complicanze infettive e da disabilità (e.g., ulcere da decubito, disfagia, ecc.) potrebbe essere decisamente migliorata.

Un altro aspetto della gestione terapeutica dei pazienti con SM che potrebbe migliorare grazie



3cec9af4




alla Telemedicina è quello che possiamo chiamare “Il percorso del farmaco”. Attualmente nella Regione Veneto (così come in altre Regioni Italiane) tutti i farmaci per la SM sono dispensati, mediante il FILE F, dalle Farmacie Ospedaliere dei centri prescrittori e somministratori. Con questa modalità si costringe il paziente a recarsi periodicamente al Centro SM e successivamente alla Farmacia Ospedaliera per la prescrizione e il ritiro dei farmaci, con inutile perdita di tempo, soprattutto considerando che non sempre è possibile far coincidere le visite presso il Centro SM con il ritiro del farmaco. In altre parole è il paziente che segue il farmaco, mentre sarebbe più corretto ed economico che avvenisse il contrario.

E' possibile ipotizzare un diverso modello organizzativo per il quale i farmaci di prima linea (interferoni, glatiramer acetato, teriflunomide, dimetilfumarato) e quelli di cosiddetta seconda linea orali (fingolimod, cladribina) possano essere consegnati al paziente dai farmacisti del territorio.

Una certa resistenza da parte dei Farmacisti territoriali a gestire questi farmaci nasce dal timore di dover interagire con un paziente complesso che spesso pone domande specifiche sul farmaco e sulla terapia alle quali in Farmacista non sarebbe in grado di rispondere. Inoltre, la possibilità che possano insorgere problemi tecnici gestionali legati alla conservazione e ai tempi di gestione dei farmaci biologici è un altro motivi di resistenza. La possibilità di utilizzare forme telematiche di confronto e chiarimento con i Neurologi esperti di terapia della SM potrebbe facilitare un diverso percorso del farmaco, con ridotta pressione sulle farmacie ospedaliere, in particolare quelle dei grandi ospedali.

Il Teleconsulto e la Telecooperazione possono trovare una applicazione particolarmente efficace nei rapporti tra Centri SM e Strutture Riabilitative (pubbliche e private convenzionate), nelle quali spesso i Fisiatri e i Fisioterapisti si trovano a dover riabilitare pazienti SM, talora non conoscendo la malattia. La Telecooperazione, in particolare, può dare la possibilità di una gestione condivisa “sul campo” del percorso riabilitativo del singolo paziente.

Si riportano di seguito alcune prestazioni possibili con targets e possibili risultati attesi.

Prestazione	Targets	Risultati attesi
A) Televisita	a) Paziente CIS in monitoraggio MR e clinico b) Paziente con RRSM non aggressiva c) Paziente NEDA in terapia d) Pazienti SP e PP residenti a domicilio	i) Riduzione liste di attesa per prime visite ii) Riduzione tempi di assenza lavorativi del paziente e dei caregivers iii) Riduzione dei costi globali degli spostamenti
B) Teleconsulto	a) MMG b) Neurologi territoriali b) Medici delle RSA c) Fisiatri delle strutture Riabilitative d) Farmacisti territoriali	i) migliore gestione delle terapie DMD e sintomatiche (spasticità, vescica, sonno, umore, ecc.) ii) più corretta gestione delle complicanze da disabilità avanzata (infezioni, ulcere) iii) più corretto percorso del farmaco (= meno pressione sulle farmacie ospedaliere) iv) percorsi riabilitativi con obiettivi condivisi
C) Telecooperazione	a) MMG b) Neurologi territoriali b) Medici delle RSA c) Fisiatri delle strutture Riabilitative	iii) più corretto percorso del farmaco (= meno pressione sulle farmacie ospedaliere) iv) percorsi riabilitativi con obiettivi condivisi  Ridotta pressione su Ospedale



3cec9af4



		Migliore qualità territoriale Migliore gestione disabilità Riduzione dei Costi diretti e indiretti Migliore QoL dei pazienti e dei caregivers
--	--	--

3) Limiti attuali della Telemedicina.

La telemedicina *non sostituisce la medicina tradizionale*, ma la affianca e la integra con nuovi canali di comunicazione e tecnologie innovative, con l'obiettivo di migliorare l'assistenza sanitaria e aiutare i cittadini ad accedere ed ottenere le migliori cure possibili.

Esistono tuttavia ancora oggi delle limitazioni, culturali e tecnico/strutturali, che rendono problematica una rapida applicazione della Telemedicina nella routine clinica, che possiamo così sintetizzare:

- Non adeguata preparazione 'culturale' sia del paziente e dei caregivers da un lato, che degli operatori sanitari dall'altro.

I pazienti che rifiutano 'a priori' la telemedicina sono la netta maggioranza. La telemedicina viene, erroneamente percepita come un 'distacco', un abbandono da parte del medico. Anche molti operatori sanitari vivono la telemedicina come uno svilimento dell'atto medico. E' pertanto necessario avviare una campagna formativa e informativa rivolta al personale sanitario e alla popolazione generale.

- Difficoltà tecniche.
 - a) molti pazienti (soprattutto quelli di una certa età) non possiedono o non sanno usare il computer o spesso hanno computer obsoleti, privi di webcam
 - b) i pazienti con più alta disabilità (difficoltà motorie agli arti superiori) necessitano della presenza di un caregiver per gestire lo strumento informatico; lo stesso vale per i pazienti con deficit cognitivi
 - c) la rete internet dei pazienti è molto frequentemente instabile (può anche succedere che in alcune zone territoriale sia assente);
 - d) la rete intranet dell'Azienda Ospedaliera è spesso lenta per il sovraccarico dovuto all'eccesso di collegamenti diurni

E' necessario che si attui una sinergia tra Regioni, Comuni, Aziende Ospedaliere e Compagnie della Telefonia per garantire una migliore connettività sul territorio nazionale.

- La mancanza di un contatto diretto con il medico può aumentare il percepito di una medicina non aderente al territorio e lontana dalle esigenze della popolazione. Il medico rischia di apparire come un burocrate della medicina e il rapporto medico-paziente potrebbe risentirne in modo negativo, compromettendo l'aderenza alle terapie e ai monitoraggi, soprattutto nelle malattie croniche.

La telemedicina deve essere collocata all'interno di un percorso clinico che prevede l'alternanza di prestazioni in presenza a prestazioni a distanza; la telemedicina deve essere uno strumento di contatto frequente durante il quale va spiegato che la telemedicina avvicina il medico al territorio e non lo allontana.



3cec9af4



4) Come inserire la Telemedicina nell'attività di un Centro SM.

E' necessario conoscere il profilo di informatizzazione di ogni singolo paziente, che deve essere riportato nella cartella clinica. Ogni paziente, infatti, deve potersi connettere alla rete internet con gli strumenti digitali che ha a disposizione (computer, tablet, smartphone). Devono quindi essere rispettati i criteri minimi e sufficienti per realizzare un servizio dotato delle funzionalità che consentano di erogare una televisita:

- 1) La rete di collegamento deve sempre essere buona e garantita sia in Ospedale che nel territorio;
- 2) Accesso alla piattaforma usata deve poter avvenire da qualsiasi strumento digitale (non solo pc, ma anche notebook, tablet e smartphone) per gli operatori sanitari che per i pazienti;
- 3) E' preferibile che sia usato un portale web aziendale, controllato, con garanzie di protezione della privacy; il portale dovrebbe concedere al medico di accedere a tutti i dati sanitari del paziente (intranet ospedaliero);
- 4) Il login dei pazienti deve essere semplice, i pazienti devono poter accedere al servizio con un loro account, con verifica dell'identità.
- 5) Il sistema di comunicazione deve essere compatibile con il GDPR (General Data Protection Regulation) per il trattamento dei dati personali (Regolamento UE, n. 2016/679) come sottolineato nel Documento della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, 24/06/2020.

Attualmente, alla luce di quanto su riportato, è difficile quantificare e prevedere quale possa essere l'impegno (ore, strumenti, personale) che un Centro SM deve dedicare alle attività previste dalla telemedicina. E' pertanto necessario che siano condotte delle sperimentazioni sia per verificare le capacità di gestione della Telemedicina del singolo Centro, che per iniziare a disegnare reti di telemedicina in alcuni aree territoriali, approfittando delle reti già esistenti, come quella dei Centri SM, al fine di poter essere in grado di programmare l'attività in modo credibile.

5) Progettualità da sviluppare.

- 1) Informazione e formazione.

Appare prioritario avviare sul territorio della Regione un'opera di informazione e formazione sulla Telemedicina, sia nei confronti degli operatori sanitari (équipe sanitaria dei Centri SM e operatori territoriali) sia nei confronti dei pazienti e dei loro caregivers. Il Progetto di Formazione e Informazione prevede l'uso sulle seguenti modalità di comunicazione:

- a) Meeting (in modalità remota) con i neurologi e gli infermieri dei Centri SM finalizzati alla conoscenza della normativa attuale in materia di telemedicina e delle possibili applicazioni della stessa nel campo della SM; tali incontri possono essere organizzati a livello Regionale o dai Centri Hub; tali incontri devono prevedere la partecipazione dei Fisioterapisti, dei Medici di Medicina Generale, dei Farmacisti territoriali ed ospedalieri
- b) Flyer da inviare a tutti i pazienti, contenente i concetti base della Telemedicina e le modalità operative con cui questa si realizza; nel flyer dovranno essere sottolineati i vantaggi che la telemedicina può fornire nella gestione di un buon rapporto medico-paziente in una malattia cronica ad alta complessità assistenziale come la SM
- c) Se possibile la realizzazione di podcast da inserire nelle piattaforme web.



3cec9af4



2) Profiling informatico del paziente.

La conoscenza e la capacità d'uso degli strumenti informatici deve diventare parte dell'anamnesi fisiologica/familiare del paziente. Del paziente bisogna riportare nella cartella clinica informatizzata/database : i) se sa usare gli strumenti con comunicazione che sostengono una piattaforma web (Smartphone, tablets, computer con webcam), ii) se può (disabilità fisica e cognitiva potrebbero limitarne la possibilità) usare tali strumenti, iii) se può essere aiutato da un familiare o un caregiver nell'uso di tali strumenti, iv) se è disponibile a periodici controlli mediante televisite; v) qualità della rete internet a domicilio.

<i>Esempio di possibile Carta di Identità Informatica del paziente.</i>	SI	NO
Usa correntemente computer con webcam, smatphone, tablets per comunicare con altre persone ?		
Ha difficoltà motorie (arti superiori) o cognitive che impediscono l'uso autonomo di strumenti informatici ?		
Può essere aiutato da un familiare/caregiver al momento della televisita ?		
Ha espresso la disponibilità a periodici controlli eseguiti con televisite alternate a visite in presenza ?		
La rete internet a domicilio garantisce una connessione costante e di qualità audio e video ?		
Altro		

3) Messa a punto di un questionario di valutazione da parte del paziente delle prestazioni di telemedicina fornite dai Centri SM.

E' necessario elaborare una intervista che possa fornire chiare indicazioni sull'utilità degli strumenti usati e sul percepito del paziente, sulla quale costruire una routine consolidata.

<i>Esempio di possibile questionario (in 10 domande) di valutazione della televisita da parte del paziente</i>	0	1	2	3	4
Non ci sono stati problemi di connessione video e/o audio, tutto ha funzionato bene.					
La televisita si è svolta con puntualità e nei tempi previsti.					
Sono riuscito/a parlare apertamente e chiaramente con il mio neurologo, come se fossi stato/a in presenza.					
Sono riuscito a capire perfettamente quello che il mio neurologo mi diceva in merito alla terapia e agli esami di monitoraggio.					
E' stato un contatto positivo, tuttavia mi sento meglio seguito/a se vedo fisicamente il medico e sono visitato/a sempre in presenza.					
Sono soddisfatto/a della televisita e accetto una eventuale pianificazione del monitoraggio della mia malattia con questo strumento in futuro.					
La televisita mi ha fatto risparmiare tempo e mi consentito di gestire in modo migliore le mie attività.					
Preferisco la televisita alla visita in presenza.					
La televisita non ha modificato la mia organizzazione familiare, lavorativa, ecc., non trovo sia un significativo miglioramento nella					



3cec9af4



gestione della mia malattia.					
Il mio caregiver ha giudicato positivamente la televisita					
Punteggio Totale	0 - 40				
0 = sono fortemente in disaccordo 1 = sono parzialmente in disaccordo 2 = indifferente, neutro 3 = sono d'accordo, con qualche riserva 4 = sono assolutamente d'accordo					

