

TELERIABILITAZIONE: INDICAZIONI PER I TECNICI DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA

Versione Giugno 2020



Indice

Premessa	2
1 - Introduzione e principi di Teleriabilitazione in Salute Mentale	3
1.1 - Tre tipi di Teleriabilitazione	4
1.2 - Strumenti per la Teleriabilitazione	4
2 - Gli Utenti	7
3 - Il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica (TeRP)	7
4 - Teleriabilitazione negli Interventi Individuali	8
5 - Teleriabilitazione negli Interventi di Gruppo	8
5.1 - Organizzazione del setting da parte del TeRP	10
5.2 - Regole ed organizzazione del setting da parte dell'utente	11
5.3 - Pianificazione degli homework per l'utente	11
6 - Teleriabilitazione in Età Evolutiva	12
6.1 - Come applicare le Tecniche in Teleriabilitazione in Età Evolutiva?	13
7 - La Supervisione a Distanza	15
8 - Il Coordinamento a "distanza" dell'equipé	16
9 - Teleriabilitazione nel Dipartimento di Salute Mentale, come continuità della presa in carico sul Territorio	17
9.1 - Fase iniziale: supporto e Psicoeducazione	17
9.2 - Fase secondaria: ripresa del Progetto Terapeutico Riabilitativo	18
9.3 - Indicazioni per la videochiamata	18
9.4 - Dipartimento di Salute Mentale: interventi a distanza e continuità dell'assistenza	18
9.5 - Dipartimenti di Salute Mentale: un programma strutturato di intervento "a distanza"	19
10 - Consenso informato e Privacy	21
10.1 - Suggerimenti per in Consenso Informato	21
10.2 - Gestione della privacy	21
10.3 - Regole essenziali di sicurezza informatica per tutti	21
11 - Checklist per orientare il Professionista al trattamento a distanza in Teleriabilitazione	23
Bibliografia	24
Sitografia	26
Presentazione Gruppo di Lavoro	27



TELERIABILITAZIONE: INDICAZIONI PER I TECNICI DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA

Premessa

La situazione contingente di emergenza sanitaria da Covid-19, ha indotto, con celerità, la Direzione Nazionale AITeRP ad istituire un gruppo di lavoro sul tema della Teleriabilitazione, al fine di elaborare delle **Linee di indirizzo** per i professionisti Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica, con la valenza di linee di indirizzo per l'utilizzo e l'implementazione della Teleriabilitazione nella pratica clinica, nei vari ambiti: libero professionale, pubblico e del privato accreditato. Ciò in supporto all'attuale situazione emergenziale, come alternativa agli interventi in presenza, ma anche come *add-on*, ovvero modalità aggiuntiva, di trattamento riabilitativo.

La Teleriabilitazione, si inserisce nel più ampio ambito della telemedicina; il termine fu introdotto per la prima volta nel 1970 da Thomas Bird (1975) per indicare "la pratica della Medicina senza l'usuale confronto medico-utente, utilizzando un sistema di comunicazione interattivo multimediale" (Bird, 1975). In chiave moderna la telemedicina tende ad essere sempre più vista come strumento di supporto per la realizzazione di modelli innovativi di organizzazione ed erogazione dell'assistenza sanitaria.

Uno dei primi ambiti di applicazione della telemedicina è quello psichiatrico: nel 1965 il Nebraska Psychiatric utilizza, infatti, un sistema televisivo via cavo a circuito chiuso, per il collegamento con il Norfolk State Hospital, a supporto di consulti tra specialisti, attività didattiche e sedute di terapia di gruppo a distanza (Wittson et al. 1972).

Le soluzioni di telemedicina, nel loro ruolo abilitante, possono infatti essere introdotte nel ridisegnare i processi e servizi assistenziali, così come viene indicato dal Ministero della Salute, che nel 2012 [emana le linee di indirizzo nazionali sulla telemedicina](#). Tale documento, risultato finale del lavoro del Tavolo Tecnico istituito in seno al Consiglio Superiore di Sanità, mette in evidenza come nell'ambito dell'attuazione dei servizi di sanità in rete assume grande rilevanza la definizione di modalità tecnico-organizzative finalizzate a consentire l'integrazione socio-sanitaria ed a sostenere forme innovative di domiciliarità. Dunque, i servizi di telemedicina possono rappresentare, secondo quest'ottica, una parte integrante del ridisegno strutturale ed organizzativo della rete di assistenza del Paese. La Teleriabilitazione si inserisce nel più ampio ambito della classificazione dei servizi di telemedicina, dove si precisa che la prestazione non sostituisce quella sanitaria tradizionale nel rapporto professionista sanitario-utente ma la integra per migliorare potenzialmente *l'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza*. Inoltre, la telemedicina deve ottemperare a tutti i diritti e obblighi propri di qualsiasi atto sanitario.

1 - Introduzione e principi di Teleriabilitazione in Salute Mentale

L'ATA - American Telemedicine Association - fondata nel 1993 è la principale risorsa e sostenitrice della promozione dell'accesso alle cure mediche per i consumatori e gli operatori sanitari attraverso la tecnologia delle telecomunicazioni. L'American Telemedicine Association cerca di riunire diversi gruppi di medicina tradizionale, centri medici accademici, società tecnologiche e di telecomunicazioni, sanità elettronica, società mediche, governo e altri per superare gli ostacoli al progresso della telemedicina attraverso il miglioramento professionale, etico ed equo nella consegna di assistenza sanitaria. Definisce la Teleriabilitazione come "la riabilitazione specialista che utilizza tecnologie basate sull'uso dei computer e delle telecomunicazioni per migliorare l'accesso ai servizi di riabilitazione". La prima esperienza di Teleriabilitazione è riconducibile al 1997 quando il National Institute on Disability and Rehabilitation Research (U.S. Department of Education - RERC) definì un set di priorità per un nuovo centro di ingegneria e ricerca in quest'area. Gli obiettivi scientifici e tecnici del RERC furono individuati in punti fondamentali: sviluppare e valutare le tecniche di telecomunicazione per formare, educare e fornire consulenza a distanza ai centri di riabilitazione; sviluppare e valutare tecnologie per l'*assessment* e monitoraggio sia del recupero che dell'*outcome* riabilitativo a distanza; sviluppare e valutare tecnologie per interventi terapeutici a distanza; condurre ricerche sull'applicazione di tecnologie di realtà virtuale per la Teleriabilitazione.

Nel nostro ambito professionale, stiamo assistendo ad un'apertura verso l'uso di questa pratica. Il settore della salute mobile (mHealth) cerca di sfruttare tecnologie digitali mobili sempre più accessibili tra gli utenti ad esempio, smartphone, tablet, app e dispositivi indossabili (wearable device) per migliorare l'assistenza clinica e la riabilitazione.

In letteratura scientifica sono presenti diversi studi che sottolineano l'efficacia degli interventi di Teleriabilitazione, soprattutto per gli interventi di stimolazione cognitiva e di supporto alle abilità socio-relazionali (Galante et al 2007; Hermens et al 2007; Morelli et al 2008; Piron et al 2008-2009; Scalvini et al 2013). In particolare recentissimi studi sottolineano come gli interventi di Teleriabilitazione siano sempre più adottati e apprezzati da persone con gravi malattie mentali come la schizofrenia e il disturbo bipolare, come mezzo per comprendere e gestire meglio la loro condizione (Mueller et al. 2018; Klein et al. 2018; Biagianni et al. 2017). Nonostante tali incoraggianti risultati, le recenti revisioni della letteratura esaminate e i singoli studi non possono supportare l'eleggibilità di tale paradigma di lavoro rispetto al metodo standard face-to-face, emerge comunque che i nuovi sistemi basati sulla ICT (Information and Communication Technology) rappresentano il futuro della riabilitazione cognitiva (Collogor et., al 2018). Per queste ragioni sarà necessario uno sforzo per incentivare iniziative su larga scala di ricerca e valutazione dell'efficacia e di investimento nell'mHealth ed in piattaforme più sofisticate ma anche maneggevoli e facilmente disponibili.

Per comprendere la validità della Teleriabilitazione, dobbiamo focalizzarci sulla natura Evidence Based (EBM) delle tecniche utilizzate in Riabilitazione Psichiatrica e che possono/devono essere personalizzate dal professionista e strutturate sulle necessità dell'utenza (EBP – Evidence Based Practice).

Naturalmente, la componente che viene maggiormente messa in discussione nelle Teleriabilitazione è quella della "vicinanza fisica" del terapeuta, ma ogni percorso terapeutico - anche a "distanza" - non prescinde da un'efficace e strutturata relazione terapeutica, che può sopperire a questi limiti della Teleriabilitazione.

Qualsiasi tecnica o tipologia di intervento in Riabilitazione Psichiatrica non può prescindere dalla "persona/professionista" che la "somministra" quindi possiamo dire che la loro efficacia dipende sia da fattori specifici, legati alla relazione e alla personalità del professionista, che da quelli specifici legati alla tecnica. In definitiva, qualsiasi tecnica o approccio sono comunque "operatore-dipendenti". Ciò che deve passare attraverso i canali della Teleriabilitazione non sono solo strumenti, metodi e tecniche, ma soprattutto la fondamentale relazione terapeutica su cui si fonda qualsiasi tipo di intervento con l'utente che mira al raggiungimento degli obiettivi concordati e, più in generale, al raggiungimento del miglior livello di qualità

della vita e benessere possibile.

1.1 – Tre tipi di Teleriabilitazione:

SINCRONA

La Teleriabilitazione sincrona presuppone l'interazione tra operatore e utente nello stesso tempo, con la possibilità di un feedback diretto, attraverso delle piattaforme on line; questo richiede una connessione internet attiva, componenti audio e video e altre variabili come ad esempio la condivisione di schermo e l'utilizzo di software specifici.

ASINCRONA

La Teleriabilitazione asincrona presuppone che l'interazione fra operatore e utente avvenga in un momento temporale differente; il terapeuta invia materiali scritti e/o audio-video con attività eventuali da svolgere in autonomia; successivamente il terapeuta chiede all'utente una "restituzione" del lavoro fatto, fornendo ulteriori indicazioni e feedback a riguardo.

MISTA

Tale modalità di intervento a distanza prevede che all'intervento in modalità sincrona segua un programma di attività di rinforzo e di *homework*, sui quali organizzare inoltre un monitoraggio ragionato e organizzato in relazione agli incontri svolti in maniera sincrona, quindi un lavoro basato su modalità asincrona.

1.2 – Strumenti per la Teleriabilitazione:

CHAT

Un esempio di intervento a distanza sincrono è la chat (letteralmente "chiacchierata"), un sistema di comunicazione che avviene in tempo reale e che permette a operatore e utente di scambiarsi brevi messaggi scritti, emulando una conversazione. I vantaggi della chat sono soprattutto la velocità e la fluidità della comunicazione, la disponibilità immediata e i costi molto bassi. Altri aspetti utili sono l'accessibilità e la conservazione dei dati, infatti le chat risultano consultabili anche a posteriori da entrambi i partecipanti per suggerire riflessioni ulteriori. Elemento positivo è il fatto che la scrittura favorisce un'oggettivazione delle proprie problematiche grazie al processo di traduzione in parole ed elaborazione del testo. Gli svantaggi risiedono nella richiesta di una buona velocità di scrittura sulla tastiera, affinché la comunicazione possa risultare fluida e non rallentata, e scarsa possibilità di esprimere e modulare le emozioni. Questo ultimo e importante aspetto viene spesso delegato all'utilizzo delle emoticon, incapaci però di rendere giustizia alla complessità del mondo interiore della persona, predisponendo a un alto rischio di equivoci dovuti all'assenza di comunicazione paraverbale e non verbale.

VIDEOCHAT

Altro esempio di intervento a distanza sincrono è la videochat con lo scambio di audio/video fra due o più soggetti. In genere necessita di un pc, una webcam, un software VoIP (che per definizione si intende "un programma che rende possibile una conversazione tramite internet") e delle cuffie con microfono per garantire un buon livello di riservatezza; tuttavia grazie alle ultime evoluzioni tecnologiche è possibile



utilizzare anche uno smartphone. Attraverso la videochat è possibile riprodurre online un contesto molto simile a quello dal vivo. In generale, se sono presenti problemi legati alla qualità dell'audio, la videochat risulta fastidiosa e pertanto poco utile in un contesto teleriabilitativo. Per questo motivo è consigliabile utilizzare una connessione ADSL o superiore e dotarsi di un hardware di qualità. Alcune applicazioni offrono la possibilità di fare delle chiamate a diverse persone contemporaneamente, comode per svolgere incontri tra gruppi di persone. Questo strumento offre l'opportunità di ridurre le spese legate agli spostamenti, dando la possibilità di entrare in contatto con persone anche molto distanti con un'ottima velocità di comunicazione: le risposte giungono in tempo reale sia per quanto riguarda la parte audio che video. Le videochat hanno il vantaggio di poter condividere il proprio schermo e a volte videoregistrare le sessioni. Ciò offre la possibilità che queste possano essere riviste dal professionista, anche in un secondo momento permettendo un'analisi e una supervisione del caso estremamente accurata. Inoltre, rispetto ad altri strumenti online, consente di prestare più attenzione agli aspetti della comunicazione grazie alla possibilità di osservare e sentire maggiormente i segnali verbali, paraverbali e non verbali. Naturalmente esistono delle limitazioni a livello comunicativo rispetto alla consulenza *face-to-face* e sono sempre possibili eventuali problemi legati alla tecnologia nel caso non si possieda l'hardware necessario per avviare la chiamata o difficoltà legate alle nozioni sull'utilizzo della tecnologia, qualora l'utente non ne abbia dimestichezza. Le videochat possono essere utilizzate in Salute Mentale in tutte quelle situazioni nelle quali è necessario un supporto immediato che non può avvenire dal vivo, nei casi in cui si è costretti a spostarsi in altre città e vi è l'esigenza di continuare con degli incontri a distanza, laddove vi siano difficoltà fisiche che impediscano di muoversi o per monitoraggio del percorso di autonomia.

MESSAGGI

La messaggistica, invece, rappresenta una modalità di comunicazione asincrona, che utilizza la tecnica start/stop, secondo cui per la trasmissione di un messaggio non è necessario che mittente e destinatario siano contemporaneamente attivi o collegati. Sono questi i casi in cui un interlocutore scrive un messaggio e resta in attesa che l'altro, non collegato nello stesso momento, legga il messaggio e risponda. Per questo motivo la comunicazione asincrona spesso può richiedere tempi lunghi sia per leggere che per rispondere, influenzando sia il contenuto sia il senso della comunicazione. La posta elettronica rappresenta lo strumento base della comunicazione multimediale; i vantaggi di questo strumento sono: i costi molto bassi, che risultano pari a zero se escludiamo le spese di connessione; l'accessibilità e l'archiviazione, soprattutto grazie agli smartphone e ad altri device mobili per cui le e-mail risultano sempre a disposizione di chi le riceve (posta in arrivo) e di chi le invia (posta inviata) e possono essere consultate anche a distanza di tempo; la riservatezza, in quanto solo il proprietario dell'indirizzo di posta può accedervi grazie ad una password personale. Altri aspetti vantaggiosi di questo strumento sono la velocità di comunicazione, in genere i tempi di invio e di ricezione sono molto brevi e la facilità di gestione, considerando che l'interfaccia dei programmi e-mail è sempre più intuitiva ed è possibile reindirizzare automaticamente tutti i messaggi che arrivano su uno o più indirizzi e-mail verso una sola casella di posta. La posta elettronica ha anche diversi svantaggi il primo dei quali non è di ordine tecnologico, ma riguarda l'aspetto relazionale; infatti, i tempi della comunicazione dipendono dalla velocità di lettura e di risposta degli interlocutori, come anche la limitazione nel contenuto della comunicazione dei fatti: essendo la scrittura più lenta della comunicazione orale si rischia, in alcuni casi, di non trovare il tempo per riuscire a scrivere (o leggere) tutto il contenuto o di creare lunghe sequenze di e-mail. Un altro svantaggio è l'alto rischio di equivoci dovuto all'assenza di comunicazione para verbale e non verbale, se non attraverso l'uso di emoticon, modalità espressiva comunque riduttiva e limitata. Infine, la messaggistica online, con vantaggi e svantaggi simili alle e-mail, è attualmente molto sviluppata ed è

disponibile su varie piattaforme di Chat: maggiore fruibilità e velocità maggiori di scambio di testi e di informazioni multimediali (audio, video e documenti), ma con problemi legati alla privacy maggiori rispetto all'accesso alla casella email e all'archiviazione dei contenuti.

PIATTAFORME SPECIFICHE

Esistono piattaforme specifiche che implementano l'utilizzo di specifiche tecniche con modalità di intervento a distanza, garantendo l'efficacia del trattamento e anche il rispetto delle normative più aggiornate sul trattamento e la riservatezza dei dati personali e sanitari, secondo quanto previsto dal Regolamento Generale per la Protezione dei Dati Personali (GDPR n. 679/2016), tra cui:

- Programmi di Teleriabilitazione su piattaforme interattive protette;
- Software specifici.

APP

Esistono molte app per PC e Smartphone che permettono all'utente di potersi esercitare in acquisizione di "skills" cognitive, quali quelle sulle funzioni esecutive che si riferiscono alla programmazione, pianificazione e supporto alla vita quotidiana, quelle relative al problem solving e quelle relative alla cognizione sociale. Queste app permettono all'utente di sperimentarsi in autonomia con il raggiungimento dei propri obiettivi e quindi possiamo definirle come un intervento asincrono con la supervisione asincrona dell'operatore. Inoltre alcune app permettono di sfruttare i vantaggi della "gamification" dell'intervento. Per "gamification" si intende un tipo di approccio che usa un'interfaccia gioco-sfida per stimolare la motivazione intrinseca dell'utente/user.

Riteniamo sia preferibile conoscere l'utente e quindi iniziare qualsiasi intervento di "presa in carico" in presenza; tuttavia, in alcuni casi, dove sono previsti solo dei singoli interventi o nel caso di supervisioni o consulenze, si può prendere in considerazione l'opportunità di predisporre già dall'inizio del trattamento la modalità distanza. Lo strumento della Teleriabilitazione permette di attivare una regolare e continua riabilitazione anche a casa, dando autonomia all'utente e, nello stesso tempo, monitorandone l'andamento. Lo scopo non è quello di sostituire i tradizionali servizi riabilitativi, ma di potenziarne l'efficacia e il mantenimento nel tempo.

2 - Gli Utenti

L'utenza alla quale la Teleriabilitazione può essere rivolta appare del tutto eterogenea all'esame della letteratura disponibile che, in atto, fa unicamente riferimento a situazioni non emergenziali. Non emergono specifiche indicazioni relative alle caratteristiche, cliniche e di funzionamento, o altre variabili quali età, scolarità e tempo dall'esordio, che si devono tenere in considerazione per svolgere una efficace Teleriabilitazione in ambito psichiatrico.

Nonostante la carenza di dati in merito, è importante considerare alcuni fattori che influiscono sulla riuscita ed efficacia del trattamento:

- Motivazione e grado di coinvolgimento dell'utente e dove presente della famiglia;
- Supporto ambientale e familiare, riferito sia alle condizioni tecniche e fisiche, come una stanza tranquilla in cui lavorare, che alla presenza e al ruolo dei genitori familiari indispensabile in età evolutiva, così come in età avanzata la presenza dei familiari e/o caregivers se non si ha dimestichezza con lo strumento da usare;
- Tipo di difficoltà comunicativo-relazionale, deficit dell'attenzione, memoria, disregolazione comportamentale e/o emotiva;
- Consapevolezza della difficoltà: la presenza di questo fattore, come della motivazione e del tipo di deficit, è determinante nella scelta di affidare delle attività da svolgere in autonomia oppure con affiancamento;
- Caratteristiche dell'ambiente fisico e sociale in cui vive l'utente.

3 - Il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica (TeRP)

Il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica coinvolto nella Teleriabilitazione deve possedere una formazione ed un'esperienza tali da permettergli di fare un accurato bilancio delle caratteristiche, dei deficit, dei requisiti personali, ambientali e relazionali dell'utente cui va indirizzato il trattamento per massimizzare l'efficacia dell'intervento. E' indispensabile sottolineare che le attività e i compiti utilizzati, in Teleriabilitazione, non debbano essere una mera somministrazione di esercizi e/o "suggerimenti/indicazioni", bensì l'intervento deve rimanere un articolato e mirato percorso che va dall'inquadramento dei bisogni della Persona alla focalizzazione di obiettivi condivisi e declinati a vari livelli (recupero/potenziamento/compenso di una o più funzioni cognitive, autonomie personali, abitative, relazionali, sociali etc.), fino al perseguimento del massimo grado di adattamento possibile alla vita quotidiana. Il TeRP decide chi candidare al trattamento in Teleriabilitazione, selezionando le modalità e i materiali più adatti, modificando gli obiettivi per gli aspetti legati al cambio di setting, ed alla fattispecie del momento emergenziale. Il modello operativo di riferimento attraverso il quale agire è quello ispirato al P.F.C.C. (*Patient Family Centred Care*) secondo un approccio olistico, com'è indicato nel Core Competence del TeRP (Famulari et al.2019).

4 - Teleriabilitazione negli Interventi Individuali

Quanto sopra esposto, con previa acquisizione di apposito consenso informato, può essere di supporto ed integrazione dei progetti riabilitativi individualizzati dell'utenza di maggiore età. Infatti quasi tutte le tecniche riabilitative che conosciamo, individuali e di gruppo, possono essere "dematerializzate" e rese fruibili a distanza. Gli interventi facenti parte della cornice psicoeducativa, gli interventi di rimedio cognitivo e metacognitivo, gli interventi di social skills training basati su tecniche di base come shaping, modeling e *role play*. Inoltre i massimi vantaggi della Teleriabilitazione li otteniamo negli interventi di supporto alle aree più strettamente correlate alla Recovery: supporto all'abitare e ai bisogni correlati, pianificazione delle attività occupazionali, lavorative, sociali e culturali e di benessere relazionale, consentendo che la presenza del TeRP possa essere maggiormente vicina alla *real life* dell'utente.

Nei giovani adulti, inoltre, la proposta teleriabilitativa può risultare maggiormente accettabile, fruibile e stimolante; questo contribuisce ad aumentare la motivazione e l'aderenza al trattamento, oltre che rappresentare un contesto ecologico e meno "sanitarizzato".

5 - Teleriabilitazione negli Interventi di Gruppo

La *Tele Care* ovvero l'applicazione della tecnologia in ambito sanitario è una risorsa da poter utilizzare in integrazione con i tradizionali interventi riabilitativi sia individuali che di gruppo.

Le piattaforme da poter utilizzare sono molte a seconda dell'esigenza del conduttore e dell'utenza.

L'intervento di gruppo telematico integrato con gli interventi tradizionali dovrebbe avere l'obiettivo di "contribuire alla crescita e al cambiamento", riprendendo i contributi di Yalom (2002) e di Barlow (2003); la Teleriabilitazione in gruppo, inoltre, dovrebbe facilitare i seguenti fattori nei singoli partecipanti, così come nell'intervento di gruppo in presenza. Elenchiamo di seguito i presupposti fondamentali per l'intervento di gruppo anche a distanza a:

- l'altruismo: sostegno e supporto vicendevole da parte dei membri del gruppo che permette lo sviluppo della coesione, dell'autostima e della capacità di prendersi cura di sé e degli altri;
- la catarsi: la presenza di uno schermo può fare da filtro funzionale per la condivisione ed espressione di stati d'animo, pensieri e sensazioni;
- la coesione: è utile anche in via telematica stimolare l'alleanza con il conduttore e con i singoli partecipanti;
- l'apprendimento interpersonale: la presa di consapevolezza e l'apprendimento di alcune abilità attraverso il rispecchiamento nel gruppo, i feedback condivisi e la normalizzazione di alcune modalità automatiche;
- la fiducia: l'intervento di gruppo telematico dovrebbe infondere fiducia nell'efficacia del gruppo, evidenziando i cambiamenti che avvengono attraverso i feedback dei singoli partecipanti e la compilazione di schede di osservazione;
- l'insight: il gruppo si pone come modello di apprendimento attraverso la presa di coscienza di alcune modalità disfunzionali e l'individuazione di strategie adeguate. Anche in Teleriabilitazione è importante stimolare processi di copia, di ricapitolazione, identificazione e di introiezione;
- le informazioni: dare informazioni attraverso il supporto di slide o di lavagne telematiche, dare spiegazioni, consigli e suggerimenti attraverso finestre psicoeducative che assumono un ruolo importante nella Teleriabilitazione, per favorire il processo di consapevolezza e di apprendimento;

- la socializzazione: riadattare nell'intervento di gruppo on line alcune tecniche di socializzazione attraverso regole stabilite di come dare e ricevere feedback in modo appropriato, gestire le emozioni, gestire i confini, essere empatici e applicare un ascolto attivo e attento all'altro, essere flessibile rispetto al nuovo setting.

Le strategie riabilitative per far apprendere le abilità all'interno di un gruppo, elementi fondanti anche degli interventi individuali, sono:

- modeling: la tecnica del modellamento (modeling) consiste nella promozione di esperienze di apprendimento attraverso l'osservazione del comportamento di un soggetto che funge da modello. In varie situazioni il modeling avviene anche senza una precisa intenzionalità del modello e dell'osservatore. Il soggetto che funge da modello può non avere alcuna intenzione di insegnare e, allo stesso modo, l'osservatore di imparare, ma si trova ad apprendere a livello latente utilizzando la sua osservazione (Ballanti e Olmetti Peja, 1989);
- shaping: una volta avviato il processo di Modellamento o Modeling, è necessario passare alla fase di modellaggio o shaping. Essa si basa essenzialmente sul rinforzo positivo di comportamenti che progressivamente si avvicinano a quello ricercato (comportamento meta/obiettivo). Attraverso tale tecnica possono essere insegnati, abilitate e riabilitate diversi tipi di abilità cognitive, relazionali e comportamentali, riguardanti soprattutto la vita quotidiana;
- prompting: gli stimoli supplementari che controllano il comportamento desiderato ma che non fanno parte dello stimolo finale vengono chiamati prompt. L'acquisizione di un'abilità è facilitata anche dall'uso di istruzioni, aiuti gestuali, esempi e modelli ed altri stimoli aggiuntivi di vario genere (prompts). Si possono considerare prompts tutti «gli eventi di stimolo» che facilitano il soggetto che apprende nell'iniziare l'emissione della risposta desiderata o di una sua approssimazione positiva, in modo che possa poi sperimentare un risultato gratificante;
- rinforzi/feedback: emissioni di risposta-premi, soprattutto verbali, di valore positivo e incentivante, necessari anche al concatenamento delle componenti dell'abilità complesse, procedendo a "step";
- fading: riduzione graduale dell'aiuto inizialmente dato attraverso guida diretta, che diventa via via fornito solo da istruzioni sempre meno complesse e presenti.

Durante le sedute a distanza gli interventi riabilitativi di gruppo prevedono:

- interventi psicoeducativi, con utenti e familiari;
- social skills training;
- role play;
- problem solving;
- modello ABC delle emozioni e ristrutturazione cognitiva;
- training metacognitivi;
- attività non verbali/trattamenti basati sull'espressione corporea;
- mindfulness.

I **vantaggi** della Teleriabilitazione in gruppo:

- poter fornire un servizio a persone che abitano in zone di difficile raggiungimento;
- poter coinvolgere maggior utenza;
- maggiore continuità assistenziale;
- attivazione di canali di comunicazione interattiva;

- sviluppare e studiare nuove modalità di svolgimento dei trattamenti riabilitativi, favorendo la creatività del gruppo-team (Torsney, 2003);
- migliorare la capacità di problem solving e sviluppare delle nuove abilità;
- aumentare la qualità di vita dell'utenza e dei suoi familiari (Zheng et al, 2005).

Gli **svantaggi** della Teleriabilitazione di gruppo:

- possibili difficoltà nella gestione dei tempi della comunicazione, mancando gli aspetti non verbali, e nello stabilire la coesione di gruppo;

La Teleriabilitazione di gruppo deve preservare le seguenti caratteristiche, basilari in termini di efficacia nel percorso terapeutico riabilitativo personalizzato:

- integrazione: l'intervento di gruppo telematico non sostituisce i tradizionali interventi riabilitativi ma ne diviene supporto e rinforzo, l'efficacia dell'intervento è data proprio dall'integrazione della pluralità di interventi terapeutico riabilitativi;
- temporaneo: ogni protocollo di gruppo telematico ha un suo inizio ed una fine ed è volto a migliorare le modalità di gestione delle situazioni di vita quotidiana e l'autonomia. Alla fine del protocollo di intervento si suggerisce di concordare un follow up telematico per valutarne gli esiti;
- consequenziale: gli interventi telematici e non, si concatenano in un percorso che si snoda in un'ottica temporale e causale;
- flessibile: monitoraggio continuo e riadattamento del programma a seconda delle esigenze e dei bisogni dei partecipanti;
- multi-livellare: gli interventi di riabilitazione applicati sia in via telematica che non devono comprendere tutti i livelli e le aree di bisogno dei partecipanti;
- individualizzato: anche se il protocollo si rivolge al gruppo, è importante che il conduttore abbia la capacità di poter contestualizzare e riadattare al singolo ogni tema affrontato ed ogni pratica corporea, meditativa per esempio, o comunque in generale ogni tipo di esercizio;
- misurabile e riproducibile: l'assessment al baseline e post intervento ci permettono non solo di avere un quadro generico sull'andamento del percorso riabilitativo, ma anche di avere dati oggettivi di efficacia basati sull'evidenza scientifica.

5.1 - Organizzazione del setting da parte del TeRP

- Usufruire di una stabile e adeguata connessione;
- scegliere una stanza spaziosa, silenziosa, con pochi stimoli e un fondo neutro;
- usare una lampada o una luce che illumini il volto;
- tenere un adeguato tono di voce e una buona comunicazione non verbale;
- usufruire del supporto di slide tele-condivise e lavagne tattili digitali. Le slide da proiettare dovrebbero essere sintetiche e con pochi stimoli;
- stabilire con i partecipanti un ordine temporale per intervenire con condivisioni, confronti e domande;
- per le pratiche corporee, munirsi oltre che della webcam del computer, di una webcam aggiuntiva, esterna per riprendere al meglio i movimenti;
- eseguire movimenti lenti, chiari, visibili e ripetuti, soprattutto nelle pratiche meditative e corporee; sia il linguaggio che i movimenti devono essere adeguati alla nuova modalità di intervento teleriabilitativo;

- usare cuffie bluetooth, per una maggiore libertà dei movimenti;
- attivare delle “stanze telematiche di condivisione” utili per la gestione degli esercizi di comunicazione o per le pratiche corporee o meditative in coppie di persone;
- utilizzare delle schede di sondaggio proposte all’inizio e alla fine della sessione, utili per la gestione degli stati emotivi iniziali e finali o per avere un quadro generico. Queste ci aiutano ad avere uno sguardo generale sull’andamento del protocollo; le schede di sondaggio possono riguardare lo stato psico-fisico oppure la difficoltà riscontrate durante la pratica degli esercizi o negli homework.

5.2 - Regole ed organizzazione del setting da parte dell’utente

- Trovare una stanza ampia dove è possibile anche potersi muovere;
- usufruire di una stabile e adeguata connessione;
- accedere alla piattaforma alcuni minuti prima le prove tecniche di audio e video;
- connettersi solo dal computer, se possibile;
- prevedere pause di cinque/dieci minuti;
- è necessario utilizzare il video;
- quando possibile, per le pratiche corporee/meditative si chiuderanno i microfoni per riaprirli poi nella discussione con il gruppo;
- le sessioni per motivi di privacy non saranno interamente registrate ma, verranno registrate solo le pratiche dove verrà ripreso il TeRP;
- utilizzare le chat solo con il terapeuta e solo per necessità di tipo tecnico (audio, video).

5.3 - Pianificazione degli homework per l’utente:

- Costituire un Gruppo condiviso con piattaforme chat o mail come memorandum dei compiti quotidiani;
- gli homework (in particolare esercizi corporei, pratiche mindfulness o rilassamento) vengono inviati tramite audio-registrazioni e video;
- compilare la scheda delle pratiche o di analisi del movimento;
- disponibilità telefonica per ogni difficoltà o feedback sugli homework.

6 - Teleriabilitazione in Età Evolutiva

Anche nella presa in carico di un utente in età evolutiva, candidato alla Teleriabilitazione, è necessario valutare attentamente e caso per caso l' idoneità in termini strumentali, ambientali, di aderenza e soprattutto la possibilità di lavorare in rete con il supporto di familiari, insegnanti e professionisti di riferimento.

È importante definire un Progetto Riabilitativo Individualizzato, partendo da una valutazione delle problematiche psichiche presenti, ma anche delle risorse e dello sviluppo cognitivo ed emotivo del bambino o del ragazzo. Inoltre, è necessario effettuare una valutazione del contesto in cui egli vive, ma anche i bisogni e le risorse della famiglia, analizzando gli strumenti a disposizione, l'organizzazione familiare e di altre attività al fine di personalizzare modalità, tempi e obiettivi dell'intervento.

Gli interventi riabilitativi in età evolutiva differiscono in base a tre fasce di età: prescolare (3-5 aa), scolare (6-11 aa), pre-adolescenziale (11-15 aa) e adolescenziale (16-19 aa).

In Teleriabilitazione, il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica può intervenire attraverso:

- interventi individuali con il bambino/adolescente;
- interventi familiari;
- interventi sul contesto sociale/scolastico.

Il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica interviene nel trattamento dei seguenti Disturbi in Età Evolutiva e Adolescenziale:

- Disturbi del Comportamento;
- Disturbi d'Ansia,
- Disturbi Alimentari;
- Disturbo dello Spettro Autistico,
- Disabilità Intellettiva,
- Disturbi di Apprendimento;
- Disturbo Generalizzato dello Sviluppo;
- Disturbi dell'Umore;
- Deficit della Regolazione emotivo-comportamentali.

Le Tecniche riabilitative EBM che applichiamo nella pratica clinica quotidiana, sono spendibili anche nel trattamento a distanza e in età evolutiva e adolescenziale sono:

- psicoeducazione individuale;
- psicoeducazione emotiva;
- problem solving training;
- training metacognitivo;
- modello ABC;
- potenziamento cognitivo;
- riabilitazione cognitiva e degli apprendimenti;
- social skills training;
- role playing;
- psicoeducazione familiare/parent training.

6.1 - Come applicare le Tecniche in Teleriabilitazione in Età Evolutiva?

Le Tecniche di Intervento Riabilitativo possono essere utilizzate in modalità sincrona, asincrona e mista, ma sarà compito del Terapista individuare quella più idonea per il bambino o l'adolescente sulla base dei bisogni e delle risorse valutate e sulla base degli obiettivi individuati.

Indicazioni per il TeRP

Il percorso ideale dovrebbe essere: Tecniche – Homework – Rete familiare e scolastica

Per le seguenti tecniche...

Psicoeducazione individuale

Psicoeducazione emotiva

Training metacognitivo

Problem solving training

Modello ABC

... è preferibile utilizzare la modalità sincrona per avere uno scambio diretto con l'utente. Dunque, è importante stabilire dei colloqui in videochiamata e strutturare dei momenti in cui viene utilizzato del materiale informativo o delle schede attraverso la condivisione dello schermo o l'invio precedente via email. Il materiale informativo e le schede di lavoro sono necessari per guidare e facilitare l'utente nella comprensione e nell'apprendimento di strategie.

Per le seguenti tecniche...

Potenziamento Cognitivo

Riabilitazione DSA (Apprendimento)

... è preferibile utilizzare la modalità mista per alternare momenti di svolgimento di attività di apprendimento e di potenziamento cognitivo in modalità sincrona e di monitoraggio delle attività da svolgere in autonomia in modalità asincrona. Nell'utilizzo di queste tecniche in Teleriabilitazione, è possibile utilizzare piattaforme, app gratuite o a pagamento ideate per permettere al Terapista di operare in modo efficace e specifico sull'apprendimento e sulle funzioni cognitive.

Per le seguenti tecniche...

Social Skill Training

Role Playing

... è preferibile utilizzare la modalità mista per alternare momenti di valutazione, apprendimento dell'abilità sociale e di sessioni di Role Playing in modalità sincrona e di monitoraggio delle attività da svolgere in autonomia in modalità asincrona. Nell'utilizzo di queste tecniche in Teleriabilitazione, è possibile svolgere anche videochiamate di gruppo.

Nell'Intervento riabilitativo a distanza, è importante coinvolgere i genitori e, ove possibile, anche la scuola per integrare, ottimizzare le strategie riabilitative e per supportare il bambino o l'adolescente nella generalizzazione delle abilità acquisite.

Tra le Tecniche d'intervento riabilitativo nella presa in carico familiare e del contesto ci sono:

Parent Training

È preferibile la modalità mista per effettuare una valutazione che si scompone in Accoglienza, Definizione del problema e Analisi del problema.

È preferibile la modalità sincrona per strutturare l'Intervento Psicoeducativo (informare/ formare il genitore).
È preferibile la modalità asincrona o mista per attuare l'intervento diretto sul contesto che può variare a seconda dell'obiettivo del percorso (scambio di homework da fornire ai genitori, dispense informative, osservazioni indirette tramite videoregistrazioni, scambio di note audio e messaggi di testo).

Psicoeducazione Familiare

È preferibile la modalità asincrona per supportare il familiare in relazione al gioco condiviso, alla facilitazione della comprensione e della gestione del comportamento problema e alla gestione della relazione educativa, comunicativa e affettiva con il figlio.

È preferibile la modalità mista per integrare l'intervento in modalità sincrona con uno spazio di supporto e monitoraggio attraverso attività da svolgere autonomamente (homework) in modalità asincrona.

In molti casi, è prevista anche la mediazione della famiglia per ottimizzare, integrare e generalizzare le strategie.

L'intervento sul contesto sociale/scolastico

È importante creare una rete con i professionisti di riferimento del bambino o del ragazzo, con la famiglia e la scuola al fine di ottimizzare e generalizzare le strategie anche negli ambienti extrafamiliari e fuori dal setting riabilitativo.

È preferibile la modalità sincrona per programmare dei momenti di confronto tra il Terapista e la scuola o tra il Terapista e le figure di riferimento del bambino, per valutare l'andamento del PRI.

In età prescolare per l'intervento in Teleriabilitazione è preferibile effettuare il trattamento riabilitativo con il bambino utilizzando direttamente la risorsa della famiglia, attraverso la Psicoeducazione Familiare o Parent Training.

7 - La Supervisione a Distanza

Secondo Barneschi (1988) *"la supervisione è una relazione reciproca tipo case-work fra due persone che, attraverso un processo democratico, utilizza la loro relazione dinamica al fine di stimolare il supervisionato ad adoperare le proprie risorse, sostenendolo, educandolo, perfezionandolo professionalmente, coordinando il suo lavoro, valutandone la personalità professionale e l'attività"*.

Durante gli incontri il supervisionato ha la possibilità di condividere il proprio operato e di ricevere suggerimenti, spunti e informazioni utili per lavorare al meglio secondo le tecniche evidence-based. Inoltre, l'analisi attenta permette un auto-monitoraggio costante.

Negli ultimi anni sta progressivamente ottenendo consenso la supervisione a distanza attraverso l'utilizzo di mezzi come le e-mail, il telefono o le video-chiamate. Tra i punti di forza troviamo sicuramente il minor costo, l'ottimizzazione dei tempi e la possibilità di ricorrere a professionisti dislocati in contesti territoriali differenti.

Tra i punti di debolezza, invece, spicca la maggiore difficoltà nel riuscire a individuare correttamente e rapidamente le aree problematiche da trattare.

Gli oggetti per i quali può essere richiesta una supervisione sono principalmente i seguenti:

- metodologie e problemi organizzativi;
- analisi dei casi;
- supporto al ruolo e ai vissuti del terapeuta;
- dinamiche interne all'equipe
- rapporto con la rete dei servizi.

Nel caso in cui si scegliesse la modalità a distanza (o questa fosse l'unica soluzione) sarebbe opportuno, in ogni caso, rispettare quelle che Falender (2008) definisce "le componenti necessarie per una supervisione efficace":

- rispetto per il supervisionato e il cliente/utente;
- valutazione, svolta in modo collaborativo, delle competenze del supervisionato (utilizzando l'autovalutazione del supervisionato e il feedback del supervisore), definendo obiettivi e compiti di sviluppo;
- costruzione dell'alleanza di lavoro per la supervisione;
- chiarezza dei ruoli e delle aspettative del supervisionato e del supervisore;
- valutazione, la riflessione e il miglioramento delle competenze specifiche supervisionato;
- costruzione collaborativa di un contratto di supervisione, che comprenda il consenso informato per quanto riguarda le aspettative reciproche, i ruoli e le responsabilità del supervisore e del supervisionato;
- sviluppo delle abilità del supervisionato attraverso metodi interattivi e esperienziali (per esempio il gioco di ruolo, il modeling);
- osservazione diretta dal vivo o in video di quanto avviene durante gli incontri terapeuta/utente per fornire un feedback ancorato ai comportamenti del supervisionato e ai suoi obiettivi di sviluppo delle competenze.

Nel rispetto di questi elementi, Falender (2008) propone un modello di supervisione articolato in cinque fasi, che può essere preso come spunto e adattato alle supervisioni delle professioni sanitarie:

1. performance: il supervisionato svolge la propria attività utilizzando parallelamente degli strumenti di autovalutazione (modalità asincrona);
2. osservazione: il supervisore osserva il supervisionato direttamente o indirettamente tramite videochiamate o sessioni registrate (modalità sincrona o mista);
3. riflessione: il supervisore e il supervisionato riflettono sulle osservazioni emerse (modalità asincrona);
4. feedback/valutazione: il supervisore incoraggia il supervisionato a svolgere l'autovalutazione della sua performance ed emergono feedback utili per la fase successiva (modalità sincrona);
5. pianificazione: in questa fase avviene l'individuazione di interventi, procedure da seguire, formazione diretta e attività di apprendimento esperienziale (modalità sincrona).

Ai fini del consenso informato, il professionista che richiede la supervisione deve ricordare di far firmare all'utente l'autorizzazione alla condivisione degli elementi del processo clinico per fini didattici o di supervisione clinica (esclusivamente in forma anonima o facendo ricorso a procedure di "mascheramento").

8 - Il Coordinamento a "distanza" dell'equipé

Il lavoro da remoto può rappresentare una sfida per i coordinatori di equipe socio-sanitarie. Tra i rischi maggiori, infatti, troviamo la percezione di una "mancanza di controllo" da parte del coordinatore e al tempo stesso il dubbio, da parte dell'equipe, che di fatto il supervisore non sia in contatto con le esigenze della stessa.

Inoltre, un altro punto critico riguarda l'accesso rapido e consapevole alle informazioni.

Si rivela fondamentale, pertanto, fornire diverse opzioni di tecnologia di comunicazione (il solo strumento della e-mail non è sicuramente sufficiente):

- check-in giornalieri e/o settimanali strutturati (tramite chiamate one-to-one o di gruppo);
- comunicazione sincrona tramite videoconferenza: in particolare nei gruppi più piccoli permette la rilevazione di segnali visivi, che consentono una maggiore "conoscenza reciproca" tra i colleghi e aiutano anche a ridurre il senso di isolamento;
- sistemi di messaggistica individuale abilitati per dispositivi mobili che ad esempio, oltre alla classica chat, consentono anche la creazione di canali mono-tematici per ottimizzare il lavoro del team (es. canale dedicato agli annunci importanti);
- utilizzo di sistemi che consentono la creazione di cartelle condivise e modificabili;
- creazione e gestione dei progetti tramite *tool* (strumenti/applicazioni) per il project management.

9 - Teleriabilitazione nel Dipartimento di Salute Mentale, come continuità della presa in carico sul Territorio:

I Dipartimenti di Salute Mentale, in risposta all'emergenza da Covid-19, hanno avuto come indicazione da parte delle più importanti Società Scientifiche del settore e da parte del Ministero della Salute, con l'emanazione del [Decreto Ministero della Salute del 23 aprile 2020](#), quella di implementare i sistemi di organizzazione a distanza attraverso contatti telefonici, videochiamate ed altre modalità telematiche presso i propri servizi, soprattutto quelli territoriali, come i Centri di Salute Mentale. Viene inoltre, indicato che le Aziende Sanitarie devono attivare all'interno delle strutture sistemi di videoconferenza visto che sono sospese le attività di gruppo, le riunioni di equipe e tutte le attività che implicano la presenza contemporanea di più operatori. Dunque, il SSN è chiamato ad attivare servizi di teleassistenza, con il duplice scopo di contribuire a contrastare la diffusione della Covid-19 e anche di gestire per quanto possibile la continuità delle cure e dell'assistenza alle persone che ne hanno diritto e che in conseguenza delle necessarie norme di distanziamento sociale necessitano di assistenza continua ([Rapporto ISS Covid19 n.12/2020](#))

9.1 - Fase iniziale: supporto e Psicoeducazione

L'improvvisa interruzione dei percorsi riabilitativi dei pazienti affetti da patologia psichiatrica e/o disagio psichico, impone la trasposizione del setting e degli obiettivi riabilitativi "a domicilio", senza che il tecnico della riabilitazione psichiatrica sia fisicamente presente, con tutto il corollario di vantaggi e limiti che questo può comportare in contesti emergenziali, così come nell'abituale trattamento di questo tipo di pazienti.

Nella fase iniziale dell'intervento con mezzi telematici è preferibile gestire l'immediata perdita di contatto con l'utente attraverso il contatto telefonico, con l'obiettivo prioritario di supportarlo fornendo le corrette informazioni sulla situazione contingente e sul successivo impiego della modalità "a distanza"; è importante far percepire ad utenti e famiglia che l'equipe curante è presente come sempre e che i programmi riabilitativi andranno avanti con nuove modalità. Verrà concordata ed individuata con ognuno la modalità più adatta di comunicazione. Sicuramente, le più utilizzate, perché più conosciute e di facile accesso, sono le applicazioni legate allo smartphone, sia per le videochiamate che per la messaggistica. Verrà definita l'organizzazione e la tempistica delle attività, e valutato se sia necessario pianificare attivare un periodo di "familiarizzazione" degli utenti con l'uso degli strumenti telematici, in chiave terapeutica.

L'utilizzo della messaggistica si può considerare una forma di comunicazione immediata per dare supporto e risposte all'utente; avere la possibilità di mandare un messaggio nell'immediato rappresenta una "sicurezza" sul piano emotivo, nel momento in cui si sente "disorientato e solo".

L'intervento psicoeducativo che segue la parte iniziale, riferita all'emergenza sanitaria, è svolto in modalità sincrona attraverso videochiamate e ha i seguenti obiettivi:

- fornire informazioni corrette;
- rassicurare gli utenti riguardo la messa in atto di adeguati comportamenti di protezione;
- supportare e facilitare il riconoscimento degli stati emotivi;
- imparare a controllare lo stress;
- facilitare l'acquisizione di strategie di coping;
- supportare nello svolgimento delle abilità connesse alle "funzioni dell'abitare"

9.2 - Fase secondaria: ripresa del Progetto Terapeutico Riabilitativo.

Nel Progetto Riabilitativo Individualizzato vengono definiti: i professionisti coinvolti, le aree di intervento specifiche con i relativi obiettivi, i setting, i tempi di realizzazione e la verifica degli esiti.

Anche in questa fase l'utilizzo delle videochiamate è essenziale per l'intervento "a distanza", perché consente di rimodulare e modificare gli obiettivi precedentemente definiti sulla base della nuova situazione e delle restrizioni dovute alla pandemia. In questo caso l'eventuale invio di materiale per l'espletamento della seduta viene effettuato tramite posta elettronica selezionando solo gli utenti con capacità "strumentali" adeguate all'uso dei device.

Nel momento contingente, in cui l'emergenza sanitaria impone le norme di distanziamento sociale, la possibilità di potersi "guardare" attraverso uno schermo aiuta gli utenti nel mantenere la motivazione al trattamento e quindi a lavorare meglio sui propri obiettivi, gestendo le emozioni negative legate all'impossibilità di raggiungere i luoghi di cura. Poter "vedere" il terapeuta, infatti, aiuta a non sentirsi "abbandonato". C'è da tenere in considerazione che molti pazienti in carico al CSM vivono da soli e non hanno possibilità di rapporti sociali e/o familiari.

Riuscire a svolgere, in questa fase, le attività precedentemente definite con l'equipè rappresenta proprio un elemento di continuità e sappiamo quanto questo, per utenti con importanti deficit e disfunzioni psicosociali, sia importante. Sarà compito del TeRP come specificato in precedenza, selezionare i pazienti e impostare un programma adeguato di intervento riabilitativo, avvalendosi della metodologia e delle tecniche più accreditate.

9.3 - Indicazioni per la videochiamata:

È importante che la video-chiamata sia organizzata creando un setting adeguato ad "accogliere" l'utente; si raccomanda di identificare una postazione tranquilla e fissa per tutti i collegamenti, silenziosa e con massima riduzione delle fonti di distrazione, compatibilmente con gli altri componenti delle abitazioni.

La Teleriabilitazione, oltre ad essere utilizzata in fase di emergenza sanitaria per facilitare la continuità assistenziale, può trovare un utile impiego, in condizioni di "normalità", offrendo uno strumento alternativo soprattutto per i giovani. Recarsi negli ambulatori dei CSM spesso è "vissuto" in maniera negativa e stigmatizzante da chi ancora non riesce ad accettare la propria condizione di malattia; varcare la soglia del CSM lo fa sentire "etichettato". In questa visione la Teleriabilitazione potrebbe configurarsi come un "facilitatore" nell'intraprendere un percorso di cura stabilendo una buona relazione terapeutica.

9.4 - Dipartimento di Salute Mentale: interventi a distanza e continuità dell'assistenza

Riuscire a garantire la continuità terapeutica con le persone assistite sia in senso longitudinale (nel tempo) che trasversale (attraverso i luoghi di cura) è essenziale da parte dell'equipè dei CSM. L'impiego dello *strumento telematico* quale mezzo per erogare interventi appropriati ed efficaci diventa di basilare importanza se lo si guarda sotto l'aspetto suppletivo, "aumentativo" e non sostitutivo in alternativa all'intervento in presenza. Basti pensare alla possibilità di raggiungere con più facilità, frequenza, regolarità e continuità i pazienti, ad esempio, quando questi si trovano ricoverati presso le diverse tipologie di Strutture Residenziali e/o presso il Servizio Ospedaliero (SPDC).

Il percorso territoriale di un utente con difficoltà di funzionamento personale e sociale, con bisogni complessi, ivi comprese problematiche connesse a comorbidità somatica, e con necessità di interventi multiprofessionali, deriva da una presa in carico globale da parte dell'equipé del CSM che elabora un Piano di Trattamento Individuale (PTI).

L'inserimento in una struttura residenziale, nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, avviene esclusivamente a cura del Centro di Salute Mentale, tramite una procedura di consenso professionale per una buona pratica clinica, relativa a criteri di appropriatezza e condizioni che suggeriscono il ricorso ad un trattamento in regime residenziale, come processo attivo e non autorizzazione "passiva". Come evidenziato nel [Piano di Azione Nazionale Salute Mentale \(PANSM 2013-2020\)](#) il Progetto Terapeutico Individualizzato deve contenere la sottoscrizione di un "accordo/impegno di cura" tra DSM e utente, con la partecipazione delle famiglie e il possibile coinvolgimento della rete sociale, al fine di consentire la volontarietà e l'adesione dell'utente al trattamento.

La titolarità della presa in carico da parte del CSM, competente territorialmente, vale anche per i pazienti autori di reato il cui ricovero è predisposto dall'autorità Giudiziaria, presso le REMS o in alternativa presso altra Struttura Residenziale individuata come idonea. La stessa cosa è valida anche nel caso di ricovero in acuzie, presso SPDC.

In definitiva la possibilità per i servizi di essere dotati di strumenti telematici consentirebbe agli "operatori di riferimento del CSM", che svolgono funzione di *case manager*, di erogare interventi a distanza monitorando le persone assistite fino alla loro dimissione e l'andamento dei PTI e degli interventi; tutto ciò rappresenterebbe dei vantaggi sia in termini di esito che in termini economici.

Si sottolinea che la valutazione standardizzata degli *outcomes* clinico-riabilitativi dei pazienti e quindi dell'esito dei trattamenti residenziali è raccomandata dal [Documento Ministeriale del 2013 \(Accordo Conferenza Unificata, 2013\)](#).

9.5 - Dipartimenti di Salute Mentale: un programma strutturato di intervento "a distanza"

[Il Rapporto n.23/2020 dell'Istituto Superiore di Sanità: "Indicazioni di un programma di intervento dei Dipartimenti di Salute Mentale per la gestione dell'impatto dell'epidemia Covid-19 sulla Salute Mentale"](#) è dedicato all'attuazione di un programma di intervento strutturato rivolto alla popolazione sottoposta a misure drastiche di contrasto all'infezione da SARS-CoV-2; il programma non è limitato a interventi settoriali di "assistenza psichiatrica", bensì presenta le caratteristiche di promozione di salute pubblica. Un programma di questo tipo può avere attuazione a partenza dai Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), che per legge e missione hanno lo scopo di promuovere e tutelare la salute mentale (DPR 10 novembre 1999) dei cittadini, in concerto e sinergia con le politiche dei Dipartimenti di Prevenzione e le politiche sociali degli Enti Locali e delle associazioni di volontariato. Il programma deve avere le seguenti caratteristiche:

1. fondarsi su pratiche basate su evidenze scientifiche per una gestione efficace dell'impatto psicologico della pandemia sulla popolazione generale e sui soggetti a rischio;
2. fornire strumenti e procedure per il monitoraggio e la sorveglianza spazio-temporale dei sintomi di sofferenza mentale e dei disturbi psichiatrici collegati alla pandemia;

3. promuovere con azioni intersettoriali la salute mentale della popolazione mediante l'adozione di stili di vita corretti e l'applicazione di tecniche di fronteggiamento (*coping*) dei problemi psicosociali.

Nel documento viene data indicazione circa la costituzione, presso i Centri di Salute Mentale, di un equipè territoriale per l'intervento sulla crisi psicologica/psichiatrica da Covid-19 (ETI-PsiCO), con esplicito riferimento alla presenza di almeno: uno psichiatra, uno psicologo, un infermiere, un tecnico della riabilitazione psichiatrica e un assistente sociale.

Il modello per la gestione del programma prevede una parte di assistenza on-line, ad opera degli operatori del DSM, ed una parte, che si esplica attraverso il supporto di un network, rappresentato da protezione civile, CRI, associazioni di volontariato, per il sostegno psicosociale e di monitoraggio, grazie alla collaborazione del Dipartimento di Prevenzione.

10 - Consenso informato e Privacy

10.1 - Suggerimenti per il Consenso Informato

Si suggerisce di implementare il modulo di Consenso Informato, spiegando in maniera chiara e dettagliata all'utenza, quanto segue:

- tipo di piattaforma utilizzata per la proposta teleriabilitativa;
- esplicitare e dare riferimento delle *policy* sulla privacy della piattaforma scelta.

10.2 - Gestione della Privacy

La sicurezza informatica è un problema complesso che richiede specifiche soluzioni tecnologiche ed organizzative e non può essere improvvisata. Comportamenti non adeguati degli utilizzatori semplificano gli attacchi anche a sistemi informativi che offrono una sicurezza elevata ed è quindi necessario che il comportamento degli utilizzatori non generi situazioni pericolose, che riducono la sicurezza intrinseca di un sistema mettendo in pericolo sia il sistema che i dati che esso gestisce. Per ottenere un contrasto ed una prevenzione efficace degli attacchi, le regole di buon comportamento devono essere diffuse ed adottate da tutto il personale sanitario.

10.3 - Regole essenziali di sicurezza informatica per tutti

Cosa si deve fare:

- dotarsi di una password sicura e cambiarla frequentemente;
- conservare tutte le proprie password in modo sicuro;
- cambiare immediatamente la password che sia stata comunicata a terzi o quando c'è il sospetto che non sia più segreta;
- se ci viene richiesto di comunicare, anche a persone note, le proprie credenziali, prima di procedere contattare direttamente gli amministratori dei sistemi;
- impostare uno screen-saver con richiesta di password o altro meccanismo di sicurezza per proteggere l'accesso alla propria postazione di lavoro nel caso di assenza anche temporanea;
- spegnere la postazione di lavoro al termine dell'attività lavorativa giornaliera;
- assicurarsi che sia presente un antivirus aggiornato sulla propria postazione di lavoro;
- tenere aggiornati i computer con gli aggiornamenti dei relativi sistemi operativi;
- controllare con l'antivirus i file o i supporti provenienti dall'esterno;
- configurare il programma di posta elettronica in modo che non esegua automaticamente gli allegati.

Cosa non si deve fare:

- lasciare aperta una sessione di lavoro sui server centrali e abbandonare la postazione;
- comunicare la propria password ad altri a voce o via e-mail;
- conservare la password su quaderni, agende, post-it o simili (magari attaccati sul computer o sul monitor);
- salvare la password sul browser, sull'applicazione, sulla posta elettronica o quando proposto dal

sistema operativo per non doverla digitare all'accesso;

- lasciare impostata la password di default fornita dal costruttore di apparati o servizi;
- aprire e/o rispondere a e-mail di cui non si conosce il mittente e che non erano state richieste o che contengono allegati inusuali e/o collegamenti a indirizzi web;
- cliccare su icone che appaiono negli allegati di posta, anche se dall'apparenza innocua, ad esempio che ricordano applicazioni associate ad immagini o musica.

Nell'ambito specifico della Teleriabilitazione i classici sistemi VOIP (Voice Over the Internet Protocol) per le videochiamate, possono essere utilizzati appunto nella Teleriabilitazione attraverso una videoconferenza tra operatore sanitario e utente. Inevitabilmente questi protocolli sollevano, da parte delle agenzie per la salute e dei tecnici informatici, questioni inerenti alla protezione dei dati ad almeno tre livelli:

1. della confidenzialità, cioè la necessità di mantenere le informazioni sicure e riservate;
2. dell'integrità, che cioè rimangano inalterate in caso di utilizzo non autorizzato;
3. della disponibilità, all'occorrenza, delle informazioni e dei servizi garantiti.

La materia è del tutto nuova e complessa ed al momento si possono solo indicare delle raccomandazioni generali su come ridurre le vulnerabilità descritte (Watzlaf et al., 2010), incluse:

- la predisposizione di personale legale e sanitario che monitori costantemente nelle sue rapide evoluzioni i sistemi VoIP affinché rispettino i regolamenti locali e internazionali sulla privacy;
- la formazione ed educazione dei professionisti della riabilitazione nell'applicazione di norme di sicurezza della privacy, così come della qualità ed affidabilità della prestazione in videoconferenza, sfidando il rischio di sopravvalutare i benefici che la Teleriabilitazione potrà avere rispetto alla sicurezza dei dati sensibili;
- lo sviluppo di un modulo di consenso informato che spieghi la terapia che verrà fornita e i suoi vantaggi, come verrà utilizzato il software tecnologico per la comunicazione in videoconferenza e perché.

11 - Checklist per orientare il Professionista al trattamento a distanza in Teleriabilitazione

Si suggerisce di utilizzare il trattamento in Teleriabilitazione, in sostituzione di quello in presenza, finché presente la necessità, quando sono presenti uno o più punti della seguente checklist, dichiarati e/o certificati dall'utente:

- sintomi influenzali con febbre superiore a 37.5 gradi;
- dichiarazione di contatti con persone affette da malattia da Coronavirus (Covid-19);
- positività al virus Sars-Cov-2;
- positività alla malattia da Coronavirus (Covid-19);
- altre situazioni virali e/o infettive;
- stato di quarantena volontario/suggerito/imposto per legge;
- ogni altro impedimento, imposto dalle Autorità e dalla normativa, che obbliga l'utente a rimanere nel proprio domicilio;
- dichiarazione di essere a contatto con persone immunodepresse e/o afflitte da una o più patologie croniche;
- dichiarazione di dover prendere 2 o più mezzi pubblici;
- dichiarazione di dover permanere sui mezzi pubblici per più di 45 minuti;
- essere un utente con età maggiore di 65 anni ed essere affetto da una o più patologie croniche e/o essere immunodepresso.

Teleriabilitazione

Vantaggi	Svantaggi
<ul style="list-style-type: none"> ● Trattamento accessibile, necessita di un device (PC, smartphone, Tablet ecc) e di una rete internet; ● Tutela dell'utenza, dei caregivers e dei professionisti rispetto a rischi di contagio. ● Raggiungibilità presso il domicilio dell'utente. ● Economicità, riduzione dei costi indiretti, come il trasporto, gestione spazi di lavoro. ● Ottimizzazione delle risorse, maggior numero di trattamenti, distanze annullate. ● Facilitazione rispetto alla compliance, soprattutto con l'utenza più giovane, appunto perché il trattamento è innovativo, stimolante, graduale nell'esposizione e accessibile in poco tempo. ● Mette in rilievo gli elementi ecologici all'interno del setting. ● Maggior grado di continuità assistenziale. 	<ul style="list-style-type: none"> ● *Riduzione degli aspetti non verbali e prossemici della relazione. ● *Pregiudizio sull'efficacia dei trattamenti a distanza, il quale ostacola l'utilizzo e la diffusione dello strumento telematico. ● Mancato coinvolgimento degli utenti con scarsa alfabetizzazione digitale e/o problematiche correlate alla tecnologia. ● Mancato coinvolgimento dell'utenza non raggiunta da rete internet e/o devices non idonei e non in possesso di adeguati strumenti tecnologici. <p><i>* In letteratura scientifica sono presenti evidenze che dimostrano l'efficacia dei trattamenti in Teleriabilitazione. Naturalmente, è possibile ottenere degli outcomes positivi solo se presente una relazione terapeutica adeguata, condizione imprescindibile e fondamentale del nostro lavoro.</i></p>

Bibliografia

BIAGIANTI B., HIDALGO-MAZZEI D., MEYER N. (2017) - *Developing digital interventions for people living with serious mental illness: perspectives from three mHealth studies*. Evidence-Based Mental Health, 20:98-101.

BIRD, KT. (1975) Telemedicine; concept and practice. In Bashshur RL, Armstrong PA, Youssef ZI (eds) - *Telemedicine: Exploration in the Use of Telecommunications in Health Care*. Springfield, Illinois, 1975.

Circolare del Ministero della Salute (23/04/2020) - *COVID-19: Indicazioni emergenziali per le attività assistenziali e le misure di prevenzione e controllo nei Dipartimenti di Salute Mentale e nei Servizi di Neuropsichiatria Infantile dell'Infanzia e dell'Adolescenza*. Roma: Ministero della Salute; 2020.

COLOM F., VIETA E. (2006) - *Manuale di psicoeducazione per il disturbo bipolare*. Fioriti, Roma.

DI PIETRO M., BASSI E. (2014) - *L'intervento Cognitivo Comportamentale per l'età evolutiva. Strumenti di valutazione e tecniche per il trattamento*. Ed. Erickson.

Documento Ministeriale del 2013 (Accordo Conferenza Unificata, 2013)

FALENDER, C., & SHAFRENSKE, E. P. (2008) - *Case book for clinical supervision: A competency based approach*. Washington, DC: American Psychological Association.

FAMULARI R., FIERRO L., PARIGI D., ROVITO E., USSORIO D. (2019) - *Il Core Comptence del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica*. Alpes Italia Ed. Roma. 201978:80.

GALANTE E., VENTURINI C., FIACCADORI C. (2007) - *Computer based cognitive intervention for Dementia; preliminary results of randomized clinical trial*. Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia.

Gruppo di lavoro ISS Salute Mentale ed emergenza COVID-19:

GABRIELLI F., BERTINATO L., DE FILIPPIS G., BONOMINI M., CIPOLLA. - *Indicazioni ad interim per i servizi assistenziali di telemedicina durante l'emergenza Covid-19*. Versione del 13 aprile 2020. Roma Istituto Superiore di sanità, 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 12/2020)

Gruppo di lavoro ISS Salute Mentale ed emergenza COVID-19:

VELTRO F., CALAMANDERI G., PICARDI A., DI GIANNANTONIO M., GIGANTESCO A. -

Indicazioni di un programma di intervento dei Dipartimenti di Salute Mentale per la gestione dell'impatto dell'epidemia COVID-19 sulla salute mentale. Versione del 6 maggio 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 23/2020)

HERMENS H., HUIJGEN B. GIACOMOZZI C. ILSBROUKSX S. MACELLARI V. PRATS E. ROGANTE M. SCHIFINI M.F. SPITALI M.C. TASIES S. ZAMPOLINI M. VOLLENBROEK-HUTTEN M. (2007) - *Clinical Assessment of the HELLODOC tele-rehabilitation service*. Ann. ist Super Sanità

KLEIN J.P., KNAEVELSRUD C., BOHUS M., EBERT D.D., GERLINGER G., GÜNTHER K., JACOBI C., LÖBNER M., RIEDEL-HELLER S.G., SANDER J., SPRICK U., HAUTH I. (2018) - *Internet-based self-management interventions: quality criteria for their use in prevention and treatment of mental disorders*. Nervenarzt. Aug 20. doi: 10.1007/s00115-018-0591-4.

Ministero della Salute (2012). Telemedicina (sezione sul sito)
[http://www.salute.gov.it/eHealth/paginaInternaEHealth.jsp?id=2515&lingua=italiano
&menu=telemedicina](http://www.salute.gov.it/eHealth/paginaInternaEHealth.jsp?id=2515&lingua=italiano&menu=telemedicina).

Ministero della Salute (2020). Aggiornamento delle linee di indirizzo organizzative dei servizi ospedalieri e territoriali in corso di emergenza COVID-19. Roma: Ministero della Salute. (Nota 0007865-25/03/2020-DGPROGS- MDS-P).

MORELLI S., MACCIONI G., LANZETTA M., MACELLARI V., GIANSAANTI D. (2008) - *A Home care system for telemonitoring and telerehabilitation of the hand incorporating interactive biofeedback*. J Telemed Telecare

MUELLER N.E., PANCH T., MACIAS C., COHEN B.M., ONGUR D., BAKER J.T. (2018) - *Using Smartphone Apps to Promote Psychiatric Rehabilitation in a Peer-Led Community Support Program: pilot Study*. JMIR Ment Health, 15; 5 (3).

PIANO D'AZIONE NAZIONALE SALUTE MENTALE - PANSM (2013-2020)

PIRON L., TUROLLA A., AGOSTINI M., ZUCCONI C., CORTESE F., ZAMPOLINI M., ZANNINI M., DAM M., VENTURA L., BATTAUZ M., TONIN P.J. (2009) - *Exercises for paretic upper limb after stroke a combined virtual-reality and telemedicine approach*. Rehabil Med

SCALVINI S., ZANELLI E., COMINI L., DALLA TOMBA M., TROISE G., FEBO O., GIORDANO A., (2013) - *Home based versus in Hospital Cardiac Reahabilitation afte cardiac Surgery: a nonrandomized cotrolled study*.

VALERIE J.M. WATZLAF, PhD, RHIA, FAHIMA, SOHRAB MOEINI, MS, AND PATTI FIROUZAN, MS, RHIA (2010) - *VOIP for Telerehabilitation: A Risk Analysis for Privacy, Security, and HIPAA Compliance*. International Journal of Telerehabilitation • Vol. 2, No. 2 Fall 2010 • (10.5195/ijt.2010.6056)

WINTERS JH. (2002) - *Telerehabilitation research: emerging opportunities*. Annu Rev Biomed Eng. 2002;4:287-320.

WITTON CL and BENSCHOTER R. (1972) - *Two Way Television: Helping the Medical Center Reach Out*. American Journal of Psychiatry 129:136-139, 1972

Sitografia

https://en.wikipedia.org/wiki/American_Telemedicine_Association



Maria Grazia ANGELILLI

Presidente AITeRP Abruzzo, DSM-ASL 01 Avezzano-Sulmona-L'Aquila, Esperto in Mediazione al lavoro per persone mentalmente svantaggiate, Master I liv. in Coordinamento delle Professioni Sanitarie della Riabilitazione, in formazione Specialistica Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie, Tutor di Tirocinio del CdL in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica-Università dell'Aquila; Presidente della Commissione d'Albo TeRP Ordine Abruzzo.

Valerio DE LORENZO

Consigliere Nazionale AITeRP e Coordinatore Gruppo di Lavoro Teleriabilitazione, Libero professionista Specialista in Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie, Esperto in Neuroscienze Cliniche e Neuropsicologia, Docente a Contratto SSD MED/48 presso l'Università di Roma Tor Vergata, Università LUMSA di Roma e Università Cattolica di Roma, Presidente Commissione d'Albo TeRP Ordine TSRM PSTRP Roma e Provincia.

Valentina DI LUDOVICO

Socia AITeRP, Specialista in Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie, Socia Polyedra Clinic Group, Coordinatore Servizio di Riabilitazione (Casa di Cura- AP), Arteterapeuta, DanzamovimentoTerapeuta integrata APID, Esperta in Mindfulness: pratica, clinica e neuroscienze, Qualification Teacher Mindfulness based in training University of California San Diego.

Michela DI MATTEO

Presidente AITeRP Puglia, DSM-ASL Bari, Specializzata in Scienze Cognitive e Processi decisionali, Docente a contratto e Tutor di Tirocinio CdL Tecniche della Riabilitazione Psichiatrica - Università degli Studi di Bari.

Roberta FAMULARI

Presidente Nazionale AITeRP, DSM Azienda Sanitaria Provinciale Messina; Specialista in Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie; Dottore di Ricerca in Scienze Psicologiche; Presidente Commissione d'Albo TeRP Ordine TSRM PSTRP Messina.

Mariangela MELO

Segretaria AITeRP Puglia, Libero professionista e Collaboratore per Servizio Assistenza Domiciliare Psichiatrica (BAT), Specializzanda in Psicologia Applicata, Clinica e della Salute, Esperta in Disturbi Specifici dell'Apprendimento.

Federica MONDELLI

Socia AITeRP, Consulente e Formatrice professionista, Project manager in ambito socio-educativo e socio-sanitario, Esperto Universitario en Inteligencia emocional y mindfulness presso l'Università Miguel de Cervantes Madrid.

Maria Francesca NERONI

Rappresentante Marche AITeRP, Libero professionista, Esperta in Trattamento Integrato dei Disturbi del Comportamento Alimentare e in Neuropsicologia dell'Età Evolutiva, Presidente Commissione d'Albo dei Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica Ordine TSRM-PSTRP AN AP FM MC.

Francesca RUSSO

Socia AITeRP, Libero professionista, in formazione Specialistica.

Valentina SALVATORE

Segretaria AITeRP Abruzzo, DSM-ASL 01 Avezzano-Sulmona-L'Aquila, Master I liv. Coordinamento delle Professioni Sanitarie della Riabilitazione, in formazione Specialistica Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie, Tutor Tirocinio del CdL in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica (Università dell'Aquila), membro Commissione d'Albo TeRP Ordine Abruzzo.

Anna SALZA

Socia AITeRP, Specialista in Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie, Dottore di ricerca in Scienze della Salute e dell'Ambiente, Tutor CdL in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica -l'Università degli Studi dell'Aquila.