



PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)





SOMMARIO

Anno XXXIII • n. 2 • luglio-dicembre

PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)

Fondata da:
Alberto Giannelli

Diretta da:
Giancarlo Cerveri (Lodi)

Comitato di Direzione:
Massimo Clerici (Monza)
Mauro Percudani (Milano Niguarda)

Comitato Scientifico:
Carlo Fraticelli (Como)
Giovanni Migliarese (Vigevano)
Gianluigi Tomaselli (Triviglio)
Mario Ballantini (Sondrio)
Franco Spinogatti (Cremona)
Gianmarco Giobbio (San Colombano)
Luisa Arosio (Voghera)
Carla Morganti (Milano Niguarda)
Federico Durbano (Melzo)
Alessandro Grecchi (Milano SS Paolo Carlo)
Camilla Callegari (Varese)
Antonio Magnani (Mantova)
Laura Novel (Bergamo)
Pasquale Campajola (Gallarate)
Giancarlo Belloni (Legnano)
Marco Toscano (Gavagnate)
Antonio Amatulli (Vimercate)
Caterina Viganò (Milano FBF Sacco)
Claudio Mencacci (Milano FBF Sacco)
Emi Bondi (Bergamo)
Pierluigi Politi (Pavia)
Emilio Sacchetti (Milano)
Alberto Giannelli (Milano)
Simone Vender (Varese)
Antonio Vita (Brescia)
Giuseppe Biffi (Milano)
Massimo Rabboni (Bergamo)

Segreteria di Direzione:
Silvia Paletta (ASST Lodi)
Matteo Porcellana (ASST GOM Niguarda)
Davide La Tegola (ASST Monza)

Art Director:
Paperplane snc

Gli articoli firmati esprimono esclusivamente le opinioni degli autori

COMUNICAZIONE AI LETTORI

In relazione a quanto stabilisce la Legge 675/1996 si assicura che i dati (nome e cognome, qualifica, indirizzo) presenti nel nostro archivio sono utilizzati unicamente per l'invio di questo periodico e di altro materiale inerente alla nostra attività editoriale. Chi non fosse d'accordo o volesse comunicare variazioni ai dati in nostro possesso può contattare la redazione scrivendo a info@psichiatriaoggi.it.

EDITORE:
Massimo Rabboni, c/o Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII Piazza OMS, 1-24127 Bergamo
Tel. 035 26.63.66 - info@psichiatriaoggi.it
Registrazione Tribunale Milano n. 627 del 4-10-88
Pubblicazione semestrale - Distribuita gratuitamente tramite internet.

Gli Operatori interessati a ricevere comunicazioni sulla pubblicazione del nuovo numero della rivista

PSICHIATRIA OGGI

possono iscriversi alla newsletter attraverso il sito:
www.psichiatriaoggi.it

IN PRIMO PIANO

4 Un affettuoso saluto al Direttore Alberto Giannelli di Percudani M. e Clerici M.

5 Nuovi bisogni e nuovi Servizi per la salute mentale di Percudani M. e Clerici M.

PARERI

9 Risposta all'articolo di Amatulli A., in *Psichiatria Oggi* Anno XXXIII n. 1 di Pellegrini P.

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

12 La paura dell'altro, o la follia dell'intimità
Distanza personale e distanziamento sociale.
di Rabboni M.

21 Il TSO medico al tempo della Pandemia CoViD-19
di Ceglie R.

27 Tra casa e struttura psichiatrica: per chi funziona la Residenzialità Leggera?
Uno studio sugli esiti del Progetto Bet della Cooperativa Filo di Arianna (2009-2019)
di Dudek C., Casorati A., Corti D., Corti M., Ferrari Treccate J., Laurenzano E., Seregni A., Spinelli S. e Carozzi A.

37 Melanconia in tempo di CoViD-19
Attualità della lezione di H. Tellenbach di Grecchi A., Beraldo S., Maresca G. e Miragoli P.

42 Sviluppo e validazione di "AMBRA", uno strumento di valutazione della prestazione degli operatori
di Rapisarda F., D'Avanzo B., Polizzi M., Boccia F., Gala V., Marinkovic I., Massarotto F., Noris J., Todisco A. e Erlicher A.

56 COVID-19 e salute mentale
Una guida "evidence-based" sulla telepsichiatria
di Zangani C., Giordano B., Bonora S., Stein H., Demartini B., Smith K., Ostinelli E., Gambini O., Cerveri G., Cibra C., Poli V., Sacchi P., Macdonald O., Cipriani A. e D'Agostino A.

67 Appunti per l'integrazione tra servizi psichiatrici e delle dipendenze alla luce dell'ADHD
di Zita G. e Migliarese G.

PSICHIATRIA FORENSE

71 Quando si verifica il suicidio di un paziente in ospedale come si possono individuare i limiti della responsabilità, ai fini risarcitori, dei sanitari
di Mantovani R.

POSITION PAPER DELLA SIPLO SULLE SFIDE DELLA PSICHIATRIA NEL NUOVO MILLENNIO

74 Proposte per una riorganizzazione dell'attività Territoriale in Salute Mentale in Lombardia

82 Le equipe per il trattamento dei disturbi mentali in età giovanile.

87 Ipotesi di evoluzione del sistema residenziale psichiatrico Lombardo

96 La gestione delle emergenze-urgenze psichiatriche e comportamentali

101 Soggetti Autori di Reato con Patologia psichica

104 La posizione della Società Scientifica sul tema Soggetti Autori di Reato con Patologia psichica

110 Commenti da altre società scientifiche

COVID-19 e salute mentale: una guida *evidence-based* sulla telepsichiatria

Caroline Zangani*, Barbara Giordano*,
Stefano Bonora*, Hans Stein*,
Benedetta Demartini**°, Katharine Smith[†],
Edoardo Ostinelli[†], Orsola Gambini**°,
Giancarlo Cerveri[□], Chiara Cibra[□],
Vanna Poli[■], Paola Sacchi[■], Orla Macdonald[†],
Andrea Cipriani[†], Armando D'Agostino*°

La rapida diffusione del COVID-19 ha modificato in tutto il mondo l'accesso ai Servizi così come la pratica clinica anche nell'ambito della salute mentale. I pazienti ed i clinici che operano in questo settore necessitano quindi di raccomandazioni aggiornate, pragmatiche e di facile accesso che possano aiutarli nella pratica clinica quotidiana. Il documento qui presentato è tratto dall'adattamento italiano delle raccomandazioni realizzate dall'*Oxford Precision Psychiatry Lab* in lingua inglese, realizzato dal Dipartimento di Salute Mentale dell'Università degli Studi di Milano, integrando le informazioni e le linee guida redatte dalle Società Scientifiche Nazionali (in particolare, Società Italiana di Psichiatria (SIP), Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica (SIEP), Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), Istituto Superiore di Sanità (ISS)).

CONTESTO DELLA TELEPSICHIATRIA

Quali sono le differenze tra *telehealth*, *telemedicina* e *telepsichiatria*?

Con *telehealth* si intende la distribuzione di servizi e informazioni relative all'assistenza sanitaria a distanza utilizzando tecnologie come telefono, e-mail, computer, video interattivi, immagini digitali e dispositivi di monitoraggio dell'assistenza sanitaria (1). È un termine generico che copre molti diversi tipi di assistenza sanitaria,

compresi i servizi medici non solo clinici ma anche non clinici come l'istruzione, la ricerca e le funzioni amministrative. Ad esempio, navigare in Internet per ricercare informazioni su una patologia, telefonare a una *hotline* infermieristica, inviare per e-mail a un medico, inviare dati da un cardiofrequenzimetro tramite telefono a un cardiologo.

La telemedicina è un sottoinsieme della *telehealth*. Include molte sotto-specialità mediche, ad es. telepediatria, telepsichiatria, teleradiologia e telecardiologia. Descrive l'uso della tecnologia per fornire servizi medici clinici quando l'operatore sanitario e il paziente sono separati da una distanza geografica (1).

La telepsichiatria è una sotto-specialità della telemedicina e comprende valutazioni psichiatriche o visite di *follow-up* condotte utilizzando telefonate, piattaforme digitali audio e video (2).

Quali sono le evidenze disponibili sulla telepsichiatria?

L'utilizzo di videoconferenze in psichiatria è descritto sin dagli anni '50. Negli anni 2000, la telepsichiatria veniva considerata come uno strumento efficace, ma leggermente diverso dall'assistenza diretta. Grazie ai risultati ottenuti attraverso la ricerca scientifica e alla creazione di linee guida pratiche, la telepsichiatria è stata successivamente applicata con successo in molte culture e contesti internazionali. Ad oggi, la telepsichiatria viene considerata equivalente all'assistenza diretta in termini di accuratezza diagnostica, efficacia del trattamento e soddisfazione del paziente, garantendo spesso un risparmio in termini di tempo, costi e altre risorse (3). I problemi legati alla privacy dei pazienti e le questioni di riservatezza sono considerati sovrapponibili a quelle dell'assistenza diretta. La quantità di evidenze scientifiche a sostegno della telepsichiatria è sostanziale e i risultati sono stati misurati come segue (4):

- Applicabilità: ottima (basato su soddisfazione e usabilità). I problemi tecnici sono rari e di solito legati

- alla bassa larghezza di banda.
- Validità: ottima. In confronto al trattamento di persona, il medico può fare tutto con solo lievi eccezioni, che possono essere spesso eseguite da una terza persona o da un familiare se necessario.
 - Affidabilità: ottima. Le diagnosi sono state fatte con una buona affidabilità tra diversi valutatori (i.e. *inter-rater reliability*) per una vasta gamma di disturbi psichiatrici in tutte le età.
 - Grado di soddisfazione: ottima tra pazienti, psichiatri e altri professionisti e in tutti i servizi clinici, popolazioni e contesti.
 - Costo ed efficacia in termini di costi: simile agli interventi di persona o migliore. Studi descrittivi indicano risparmi di tempo, viaggi e denaro per pazienti e fornitori.
 - Misure cliniche:
 - Visita clinica, valutazione diagnostica, esecuzione di test cognitivi e altro: ottima. Dozzine di scale cliniche si sono dimostrate affidabili e valide.
 - Valutazione di disturbi incluso depressione, ansia, psicosi, abuso di sostanze, disturbi cognitivi, attentivi e comportamentali (assistenza per le persone con difficoltà di apprendimento o demenza), disturbi di personalità o e molti altri: ottima.
 - *Setting* più studiati, incluso quello ambulatoriale e delle cure primarie: ottimo. *Setting* meno studiati, compreso l'emergenza, le carceri, le unità di degenza e le scuole: simile all'assistenza di persona.

I risultati dipendono tuttavia dalle capacità dei clinici, dalla qualità dell'organizzazione (compresa la *leadership*, e il lavoro di squadra clinico, tecnico e amministrativo) e della tecnologia utilizzata che consentono un buon aggancio con il paziente, chiarezza ed affidabilità.

C'è qualche campo in cui la telepsichiatria potrebbe essere meglio dell'assistenza diretta?

Per i bambini e gli adolescenti con patologie dello spettro autistico, può essere preferibile il contatto di persona.

Per gli adulti con ansia invalidante potrebbe essere preferibile l'utilizzo della telepsichiatria (spesso abbinato a opzioni telefoniche ed e-mail) (4; 5).

Un numero crescente di evidenze suggerisce che la telepsichiatria (5; 6) può avere un significativo valore aggiunto rispetto ai servizi psichiatrici erogati in contesti tradizionali. Ad esempio, la telepsichiatria utilizzata in contesti di emergenza e urgenza può migliorare i collegamenti con i servizi ambulatoriali di salute mentale e l'accesso alle cure. Può inoltre ridurre i costi di trasporto, il ricovero ospedaliero e l'accesso al Pronto Soccorso, riducendo i costi ospedalieri complessivi. Inoltre, la telepsichiatria potrebbe anche migliorare l'assistenza all'interno delle carceri e delle case di cura.

Per quanto riguarda l'utilizzo della telepsichiatria nelle emergenze di salute pubblica come la pandemia da COVID-19, precedenti lavori (prima della pandemia COVID-19) hanno descritto strategie efficaci per l'uso della telemedicina in caso di catastrofi ed emergenze di salute pubblica (6). In alcuni paesi come l'Italia durante la pandemia COVID-19, sono state rapidamente rese disponibili disposizioni per la telepsichiatria in alcune aree, ma non in tutte (7). In questi contesti l'utilizzo della telemedicina può essere utilizzato per il controllo degli afflussi sanitari ad es. utilizzando il "*forward triage*" per suddividere i pazienti ancor prima che accedano in Pronto Soccorso o in ospedale. Ad esempio, i sintomi respiratori (come indicatore dei primi segni di COVID-19), così come la raccolta anamnestica relativa a viaggi o esposizioni, possono essere valutati mediante telemedicina. Infine, algoritmi di screening automatizzati possono essere integrati grazie alle informazioni epidemiologiche locali per standardizzare i modelli di *screening* e i percorsi di cura, così da poter essere impiegati durante situazioni di emergenza come quella dell'attuale pandemia (6).

Per quanto riguarda il trattamento, gli interventi di telepsichiatria hanno dimostrato utilità clinica in diverse modalità di trattamento psicoterapico, tra cui terapie di

gruppo, individuali e familiari. Dati positivi sono disponibili per le terapie che utilizzano trattamenti *evidence-based*, come *Cognitive Behavioural Therapy* (CBT), *Interpersonal Psychotherapy* (IPT), terapia d'esposizione, psicoterapia psicodinamica, *Dialectical Behaviour Therapy* (DBT) (8).

Gli interventi farmacologici *evidence-based*, invece, possono essere prescritti elettronicamente dopo aver completato le valutazioni appropriate tramite videoconsultazione (8; 9).

RACCOMANDAZIONI E GESTIONE DELLE INFORMAZIONI IN TELEMEDICINA E TELEPSICHIATRIA

Esistono linee guida italiane riguardanti la telepsichiatria?

Di seguito sono riassunte le principali linee guida nazionali.

Epicentro – Istituto Superiore di Sanità (Rapporto ISS COVID-19 n. 12/2020)(10)

- Le attività di teleconsulenza vanno fornite alle persone, ove possibile, prioritariamente attraverso le tecnologie digitali e di telecomunicazione moderne, che offrono le migliori opportunità operative rispetto all'uso delle tecnologie precedenti.
 - Ove la telemedicina non è ancora strutturata, vista la situazione di emergenza sanitaria, è necessario prima di tutto:
 - realizzare e rendere disponibili quelle soluzioni che siano attivabili rapidamente, in pochi giorni;
 - utilizzabili dalle persone a domicilio con le dotazioni tecnologiche a loro disponibili nell'immediato;
 - siano attivabili per periodi di tempo congrui alle necessità poste dalla situazione di emergenza.
 - Nel realizzare servizi a distanza occorre tenere presente le esigenze relazionali degli utenti con il sistema sanitario. In particolare, la tendenza a voler una risposta immediata ai propri bisogni, amplificata dalla possibile diffidenza secondaria alla distanza fisica del sanitario.
 - Al fine di ottimizzare le risorse, il rapporto individua tre situazioni-tipo di persone che possono necessitare di controlli sanitari a domicilio:
 - Persone non affette da patologie precedenti al momento in cui è stata necessaria la quarantena o l'isolamento, asintomatiche e che rientrano nella definizione di contatto stretto o di caso confermato.
 - Persone non affette da patologie precedenti al momento in cui è stato necessario l'isolamento, che presentino sintomi da lievi a moderati compatibili con infezione COVID-19 e che rientrano in una delle definizioni di caso sospetto, probabile o confermato.
 - Persone affette da patologie croniche, malattie rare e persone in condizioni di fragilità, oppure che richiedono trattamenti di lungo periodo o di particolare assistenza e/o supporto non ospedalieri, e che necessitano di mantenere la continuità dei servizi durante la quarantena.
- Per definizione gli individui con patologia psichiatrica rientrano in quest'ultima categoria.
- Per queste persone le esigenze principali che si possono soddisfare a distanza sono:
 - la verifica quotidiana della comparsa ed eventualmente dell'evoluzione dei sintomi legati a COVID-19;
 - la sorveglianza personalizzata delle condizioni cliniche di base, per tutto il periodo necessario;
 - l'erogazione di controlli specialistici attraverso videochiamate, eventualmente eseguendo in tal modo anche quelli programmati prima dell'inizio del periodo di isolamento.
 - La sorveglianza personalizzata del quadro clinico in queste persone e la scelta dei segni e sintomi da tenere sotto controllo può essere organizzata in schede digitalizzate precostituite, in modo idoneo a seconda delle

- patologie prese in carico e avendo cura di lasciare al medico sempre la possibilità di modificarle.
- Su richiesta è possibile effettuare un tele-supporto psicologico rispetto ai disagi e le limitazioni legate all'isolamento.
 - I principi di riferimento sui quali è consigliabile che i sanitari si soffermino, sono i seguenti:
 - condizioni preliminari per rendere possibili servizi in telemedicina;
 - responsabilità sanitaria durante attività in telemedicina;
 - schema degli elementi necessari per realizzare i servizi a domicilio;
 - funzionamento della videochiamata sanitaria;
 - passaggi iniziali di attivazione del servizio.
 - Schema generale (esempio) per l'esecuzione di un servizio di teleconsulenza:
 - il paziente viene raggiunto al telefono da personale incaricato e gli viene spiegato il servizio offerto e cosa deve fare per connettersi.
 - il paziente si connette scaricando un'apposita App di istruzioni, autoconfigurante, e procede all'attivazione del servizio seguendo la procedura indicata;
 - al termine della procedura di connessione e attivazione, si avvia una videochiamata iniziale con il primo punto di contatto che fornisce il feedback che la procedura è andata a buon fine, identifica la persona e comunica alla persona la data e l'ora del primo colloquio con il medico messo a disposizione per l'emergenza.
 - al primo colloquio con il medico, dopo l'identificazione avviene la valutazione delle necessità assistenziali della persona, da cui deriva la sua assegnazione al relativo percorso assistenziale. Vengono programmati sia colloqui che controlli con le cadenze necessarie durante il periodo di isolamento e in base alle risorse disponibili;
 - da quel momento il paziente può comunque ri-

chiedere quando vuole il servizio di videochiamata al medico di riferimento.

Istituto Superiore della Sanità (Telemedicina – Linee di indirizzo nazionali) (9)

- Si consiglia la consultazione del presente documento in particolar modo per la valutazione di considerazioni di carattere organizzativo e legislativo.
- Si segnala qui solo l'importante aspetto del consenso informato, per il quale l'ISS sottolinea essere necessario portare a conoscenza il paziente in modo chiaro delle informazioni necessarie a permettere una scelta ponderata. Nel particolare caso delle prestazioni a distanza, occorre valutare la necessità o meno di ripetere il consenso per ogni prestazione, e l'opportunità di esplicitare specificamente i rischi che si corrono (quali, i rischi connessi alla mancanza del contatto fisico e dello sguardo clinico del medico, l'impossibilità di una visita completa e di un intervento immediato in caso di urgenza).

PRIMA DELLA VISITA

Cosa deve sapere il paziente prima di iniziare la visita? (2,11)

- Assicurarsi che il paziente abbia accesso alla tecnologia di cui ha bisogno, incluso l'accesso a Internet, così come le competenze per usarlo – ad es. chiedere al paziente se ha già fatto videochiamate con i familiari, ordinato acquisti o prenotato vacanze online, o utilizzato internet banking
- Spiegare come funziona una visita di telepsichiatria.
- Considerare eventuali problemi di accessibilità (ad es. perdita dell'udito, difficoltà di movimento). Se possibile, scegliere la piattaforma che affronta queste difficoltà nel miglior modo possibile. L'uso delle cuffie potrebbe essere utile.
- Assicurarsi vi sia un familiare/terza persona che possa aiutare il paziente in caso di difficoltà tecniche.
- Considerare caso per caso, valutando le esigenze e i bisogni personali del paziente.

- Concordare un piano di riserva nel caso in cui il contatto non possa essere effettuato in prima istanza (ad esempio chi chiamerà chi, numero di telefono fisso o cellulare, ecc.).
- Ottenere i dettagli chiave per la gestione del rischio tra cui: numero di telefono o altri mezzi per contattare il paziente, il suo indirizzo di casa (per identificare i servizi locali o per inviare aiuto in caso di rischio imminente), contatti dei curanti o del medico di famiglia, altri contatti se pertinenti.

Come si deve preparare il clinico? (2;11;12)

Acquisire competenza con il sistema IT che si prevede di utilizzare:

- Dovrebbe essere sempre disponibile una guida relativa alla piattaforma a disposizione nella propria organizzazione, attraverso il sito Web interno o il servizio di supporto tecnologico.
- Acquisire familiarità con la piattaforma di consultazione video a disposizione e assicurarsi di capire cosa fanno tutti i “pulsanti” o le opzioni.
- Provare l'uso della piattaforma e delle sue funzionalità con un collega.
- Prendere nota delle funzionalità che potrebbero essere utilizzate su un foglio di riepilogo facilmente consultabile nel caso in cui sia necessario farvi riferimento rapidamente.

Preparazione del computer/dispositivo:

- È possibile utilizzare qualsiasi dispositivo fisso o mobile purché abbia una fotocamera, un microfono, altoparlanti e una connessione Internet di alta qualità.
- È consigliabile riavviare il computer ogni giorno (o almeno ogni pochi giorni) affinché funzioni nel modo più efficiente possibile.
- Chiudere eventuali programmi e applicazioni non necessari. Questi tolgono le risorse necessarie per il corretto funzionamento del computer.
- “Modificare” ciò che è visibile sul computer, chiudendo

o riducendo a icona i programmi non necessari durante la sessione, soprattutto se si prevede di condividere lo schermo. Ciò aiuterà la navigazione durante la sessione e proteggerà la *privacy*.

- Preparare in anticipo le risorse che potrebbero essere utilizzate durante la sessione, ad es. funzioni di condivisione di documenti o di condivisione dello schermo. Caricare le risorse prima della sessione, idealmente in una cartella di facile accesso.
- Valutare la possibilità di disabilitare gli avvisi e-mail e altre notifiche per ridurre le distrazioni.
- Installare gli aggiornamenti consigliati da fonti affidabili, come Microsoft® e Apple®. Mantenere aggiornato il *software* contribuirà a garantire le prestazioni e la compatibilità del dispositivo.
- Individuare il controllo del volume sul dispositivo. Potrebbe essere necessario regolare il volume o disattivare/riattivare l'audio degli altoparlanti. Se possibile, utilizzare una connessione di rete cablata anziché Wi-Fi per garantire la migliore connessione possibile.

Preparazione dell'ambiente:

- Sedersi a una distanza comoda dalla telecamera in modo che il paziente possa vedere e sentire chiaramente.
- Sedersi in una posizione senza finestre o luci intense posteriori.
- Posizionare il dispositivo su un tavolo o una scrivania per stabilizzare la fotocamera e impedire che gli altoparlanti o il microfono vengano bloccati. Non tenere il dispositivo in mano durante la visita.
- Per ridurre al minimo il rumore di fondo, chiudere le porte e chiudere le finestre.
- Sistemare l'ambiente per creare uno spazio privato e confortevole che il paziente vedrà nello schermo.
- Controllare come sarà visualizzato il proprio abbigliamento sullo schermo (vestirsi in modo professionale; alcune fotocamere possono avere difficoltà con abiti a righe o fantasia che possono creare illusioni ottiche).

DURANTE LA VISITA

Come iniziare la visita?

All'inizio di una sessione con un paziente, verificare e documentare le informazioni essenziali, ad esempio utilizzando le istruzioni presenti in tabella 1, eventualmente utilizzabile come *checklist* da utilizzare durante le visite.

Tabella 1 – Checklist di domande da porre all'avvio della consultazione (13)

Checklist 1 – informazioni essenziali

Nome del clinico e del paziente

per esempio. "Buongiorno, sono il dott. AB. Sto parlando con la signora CD? C'è qualcun altro nella stanza di cui vuole che io sia a conoscenza?"

Posizione del paziente

per esempio. "Potrebbe dirmi dove si trova in questo momento? Per me è importante saperlo prima di ogni sessione"

Informazioni di contatto immediate per medico e paziente

per esempio. "Se veniamo interrotti per qualsiasi motivo, in quale altro modo posso contattarla? Se c'è un'emergenza, può contattarmi anche tramite [Ulteriori contatti]"

Aspettative sul contatto tra le sessioni

per esempio. "Pur mantenendo delle visite regolari, vorrei rivedere insieme come potremmo contattarci al di fuori degli appuntamenti [Inserire il piano di contatti, sottolineando che potrebbe non essere possibile rispondere in tempo reale]."

Piano di gestione delle emergenze tra le sessioni

per esempio. "Se dovesse verificarsi un'emergenza tra le visite, si ricordi che... [Inserire il piano]"

Come ci si deve comportare durante la videochiamata? (2;11;14)

Comunicazione

- Cercare di consentire la maggior quantità possibile di comunicazioni non verbali. Includere testa, collo, parte superiore del corpo e braccia nello schermo video, incoraggiando il paziente a fare lo stesso.
- Rallentare la velocità del parlato per consentire una corretta comprensione in caso di problemi con con-

nessioni lente, facendo una pausa tra le frasi più lunga rispetto al normale.

- Utilizzare un linguaggio chiaro.
- Guardare la telecamera, non gli occhi del paziente. Ciò darà al paziente l'impressione di un contatto visivo diretto.
- Utilizzare, ad esempio, una funzione condivisa "lavagna bianca", per familiarizzare con la condivisione delle informazioni.
- L'illuminazione e lo sfondo sono importanti: può essere utile uno sfondo statico/ordinato, chiaro e scuro, con la luce direttamente sul viso, in particolare quando la connessione è di qualità inferiore.
- In caso di paziente non noto, dedicare più tempo all'introduzione e alla spiegazione di ciò che accadrà dopo.
- Regolare la propria posizione prima di iniziare la chiamata e utilizzare un sistema video che includa un'immagine di come si appare.
- Evitare di distogliere lo sguardo dalla fotocamera.
- Assicurarsi di lasciare molto tempo a un paziente per ascoltare le domande e le affermazioni.
- Assicurarsi di dare tutto il tempo necessario per la risposta di un paziente.
- Se si prendono appunti (elettronicamente o per iscritto) durante la sessione, questo sarà evidente sullo schermo. Dire al paziente che si sta prendendo appunti. Ricordarsi di riprendere il contatto visivo e l'ascolto attivo. Il rumore della tastiera può essere molto evidente quando si utilizza il microfono di un computer, quindi l'utilizzo di un microfono con auricolare separato potrebbe essere migliore. Le funzioni di condivisione dello schermo/lavagna possono essere utilizzate per prendere appunti insieme al paziente.
- Gestire il ritardo: solitamente ciò è dovuto alla mancanza di buona connessione internet. La velocità di caricamento è più lenta della velocità di download, quindi è più evidente agli altri partecipanti alla chiamata. Se si riceve notifiche sulla scarsa connettività, verificare con il paziente se la qualità va bene per loro.

Le opzioni includono: riduzione della qualità della videochiamata (o passaggio solo all'audio), chiusura di altri programmi che utilizzano Internet, passaggio a una connessione diversa, rallentamento del ritmo della conversazione per ridurre le conversazioni reciproche.

Imprevisti

- Comprendere chiaramente cosa fare quando la consultazione non sta andando bene per motivi tecnici o clinici:
 - Avere un piano di *backup* per la gestione di eventuali difficoltà tecniche (ad es. Perdita di connessione) e fornirlo via *e-mail* al paziente prima della sessione o nei primi minuti della chiamata. Verificare di disporre del numero di telefono cellulare corretto per chiamarlo. Concordare chi contatterà chi in caso di perdita di connessione.
 - Informare il paziente che nel caso in cui non sia possibile completare una valutazione adeguata, sarà necessario discutere su quali passi intraprendere. Ciò includerà la revisione dei rischi di un contatto diretto nel contesto attuale e il ritardo nella cura che potrebbe derivarne.
 - Utilizzare una *flowchart* scritta con questi passi da tenere di fronte a sé potrebbe essere utile, soprattutto all'inizio.
 - Esercitarsi nel ripetere i possibili scenari da intraprendere assicurandosi che la descrizione sia chiara.
 - Accertarsi che la tecnologia (*laptop*, telefono) sia carica o collegata e avvisare, ove possibile, che il paziente faccia lo stesso. Se possibile, disporre di un dispositivo di *backup*.

Riservatezza

- Se il paziente è non noto, verificare che sia la persona giusta e controllare che si aspetti un appuntamento per parlare della sua salute mentale.
- Controllare chi si trova nella stanza con il paziente (come un parente/accompagnatore/avvocato). Ogni

persona presente dovrebbe presentarsi e rimanere inquadrata dalla telecamera.

- Se il paziente si trova in un luogo pubblico, valutare se è opportuno continuare o riorganizzare.
- Evitare di inquadrare dettagli sensibili e personali anche nel proprio video. Bloccare la porta della stanza, se possibile, per evitare interruzioni. Alcune piattaforme hanno una funzione per sfocare lo sfondo.
- Avere un account professionale dedicato, se si utilizza la piattaforma video sia professionalmente che nel privato.

Consenso

- Essere chiari con il paziente sulla limitazione della valutazione o della revisione e se si hanno dubbi.
- Assicurarsi di essere chiaro sulla sicurezza della piattaforma che si sta utilizzando, che sia adatta allo scopo e di essere in grado di discuterne con il paziente se necessario.
- Assicurarsi di discutere con il paziente della possibilità di registrare la sessione: l'uso di questa registrazione, assicurando che sarà solo per uso clinico/privato.

Come gestire la problematica relativa all'esame obiettivo?

Sebbene l'esame fisico possa essere limitato, una quantità significativa di informazioni può essere ottenuta da remoto. Ad esempio, è possibile ottenere una buona rappresentazione di un esame neurologico comprendente:

- Riflesso pupillare, movimenti oculari, sensibilità del viso, movimenti del viso, udito, presenza di nistagmo, elevazione del palato, movimento delle spalle, movimenti della lingua, movimento degli arti (prono-supinazione degli arti superiori, stare in piedi su una gamba per gli arti inferiori), sensibilità, coordinazione, andatura.
- Alcuni aspetti possono anche richiedere l'aiuto di un familiare o un coinquilino.

Come è possibile integrare la telemedicina con altri mezzi di comunicazione? (15)

È possibile integrare una vasta gamma di tecnologie, come piattaforme educative o terapie aggiuntive (ad es. siti Web di informazioni sulla salute), connettersi con altri attraverso *chat room* o *social media*, utilizzare App per la salute mentale, *e-mail* o altre tecnologie. Ciò deve avvenire tenendo conto i relativi problemi di sicurezza e *privacy*, prima di proporre al paziente il loro utilizzo.

In generale:

- Mettere da parte del tempo per valutare l'uso da parte dei pazienti di altre tecnologie.
- Chiedere loro cosa usano, quanto spesso lo usano e perché preferiscono determinati tipi. Pensare a un modo standard per selezionare queste informazioni con tutti i pazienti.
- Chiedere in che modo il loro uso della tecnologia in generale influenzi la loro vita o la loro comprensione del loro problema di salute.
- Valutare in che modo potrebbe influenzare la relazione terapeutica. Ad es. rendendo più facile conoscere un paziente adolescente o rivelare un lato di loro che non così evidente.
- Valutare la sicurezza. Ad es. un paziente sa parlare di persona invece che online dell'ideazione suicidaria.

Bisogna inoltre considerare i pro e i contro della raccolta di informazioni sui pazienti tramite motori di ricerca e *social media*, considerando il motivo per cui vengono utilizzati dal paziente. Inoltre, bisogna tener presente come la propria *privacy* e la propria immagine professionale può essere inficiata.

Quali considerazioni fare in merito alla sicurezza e le situazioni di emergenza? (11;16;17)

- La gestione di un rischio clinico elevato segue gli stessi principi del lavoro di persona, con considerazioni aggiuntive per (a) il rischio di perdere il contatto con il paziente quando non è fisicamente presente, e (b) la possibilità che il paziente si trovi in un luogo distante

dove il medico potrebbe avere meno familiarità con i servizi.

- Assicurarsi che tutti i dettagli siano registrati per ogni paziente prima della consultazione, in caso di dubbi di rischio.
- Quando si valuta la sicurezza del paziente, valutare il livello di agitazione, il potenziale danno a sé o agli altri, nonché eventuali rischi per la sicurezza che potrebbero essere accessibili al paziente durante la sessione.
- Avere chiara la posizione del paziente, l'eventuale presenza di una terza persona che possa essere immediatamente disponibile in caso di crisi clinica, le eventuali procedure di emergenza, e modi per ottenere informazioni collaterali sul paziente.
- La tecnologia può essere utilizzata per manipolare l'immagine e la qualità dell'audio durante la sessione per consentire l'ispezione del paziente in cerca di segnali verbali/visivi di agitazione o altri possibili fattori relativi alla sicurezza del paziente.
- Considerare la necessità di un supporto durante una seduta o di un contatto di emergenza

Se si sospetta una violenza domestica avvertire subito il proprio responsabile di servizio per creare un piano d'azione urgente. Se la violenza domestica viene confermata durante la videochiamata potrebbe risultare utile seguire la *checklist* presente in *Tabella 2*.

DOPO LA VISITA

Quali dati bisogna annotare?

La documentazione clinica è importante quanto con qualsiasi altro incontro clinico. È inoltre importante documentare (18):

- L'ora, la data, il mezzo di comunicazione.
- La durata del colloquio e dell'eventuale esame fisico/testale.
- Il luogo e il personale presente.
- La storia clinica completa, l'esame di stato mentale, la diagnosi e il piano di cura come si farebbe dopo una visita diretta.

Tabella 2 – Checklist da applicare in caso di violenza domestica

Checklist 2 – violenza domestica

1. Capire se la comunicazione con il paziente è efficace. Nel caso di stranieri, cercare di usare se necessario un interprete, eventualmente contattandolo in maniera separata (meglio di sesso femminile e non un familiare o un amico).
2. Chiedere conferma che il paziente sia da solo in casa e la sua posizione (indirizzo completo) prima di porre qualsiasi domanda. Se non si trova da solo, assicurare il paziente che lo si ricontatterà in un secondo momento, e comunque entro le 48 ore.
3. Concordare una parola o frase “di sicurezza” che il paziente può dire per indicare che non è più sicuro parlare e terminare la chiamata.
4. Chiedere con tatto riguardo le possibili violenze domestiche.
5. In particolare: spiegare il rispetto della privacy e delle informazioni che verranno fornite; spiegare il contesto e il perché si sta introducendo tale discorso; chiedere in modo chiaro e conciso sulle violenze; validare l’esperienza del soggetto e rassicurarlo sul fatto che si crede a quello che ha detto e che comunque l’abuso subito non è stata una sua colpa.
6. Raccogliere le informazioni seguenti:
 - a. Chiedere come poter sentirsi in modo sicuro la prossima volta.
 - b. È sicuro mandare messaggi o mail?
 - c. Capire quali sono le conseguenze che il paziente teme possano avvenire.
 - d. Controllare che abbia accesso a medicinali e prescrizioni.
 - e. Capire se altre figure (figli/familiari) possano essere in pericolo.
 - f. Capire se il soggetto è in pericolo e se è in grado di rimanere a casa, chiamando il 112 in caso di emergenza.
 - g. Capire quali sono le aspettative del paziente.
 - h. Indicare quali sono i negozi aperti durante il periodo d’emergenza (ove il paziente si può rifugiare in caso di pericolo).
7. Capire se è sicuro dare informazioni riguardo centri specialistici antiviolenza e consigliare al paziente di registrare il numero d’aiuto ad es. sotto falso nome.
8. Nel caso ci sia un immediato rischio di lesione per il paziente, ricordargli di chiamare la polizia o lasciare il domicilio per raggiungere un posto sicuro (ad es. il Pronto Soccorso, farmacia), nonostante la situazione di emergenza COVID-19.

SITUAZIONI PARTICOLARI

Vi sono considerazioni culturali particolari?

La telepsichiatria è stata utilizzata con popolazioni e comunità di vari background culturali e può migliorare l’accesso e la qualità delle cure per gruppi di origini molto diverse. Per contesti interculturali, gli psichiatri dovrebbero (19):

- Essere informati sulle culture e gli ambienti in cui forniscono assistenza.
- Tenere presente che le differenze culturali possono essere evidenziate dal luogo in cui si trovano i pazienti e i fornitori dei servizi.
- Valutare e monitorare in che modo il *background* culturale di un paziente influenza il *comfort* e l’uso della tecnologia.

- Considerare il modo migliore per adattare il loro stile di comunicazione ai processi clinici.

Come gestire l’interazione con il paziente quando più di un curante è presente durante la chiamata?

Quando in una sessione sono coinvolti diversi membri del team, è importante incorporare ciascun membro nel processo (20):

- Ogni membro del team presente deve presentarsi con il proprio nome, titolo e ruolo.
- Assicurarsi che il paziente capisca la natura dell’incontro.
- Dopo aver intervistato ed esaminato il paziente, verificare con ciascun membro del team il proprio contributo.
- Chiarire l’impressione diagnostica e la fattibilità di un piano di trattamento con ciascun membro del team.

PREPARAZIONE DEL CLINICO

Come prepararsi prima di iniziare a fare telepsichiatria? (21)

L'esperienza precedente utile include, ma non si limita a: parlare in pubblico, recitazione, *coaching*, riunioni in videoconferenza ed esperienza con i media. Queste implicano abilità comunicative di base con adattamenti all'ambientazione, al pubblico e agli obiettivi dell'evento.

In generale risulta utile:

- Pratica e auto-osservazione (anche con l'uso della registrazione, previo consenso del paziente).
- Concentrarsi sull'ascolto centrato sul paziente, rispettoso, attivo, esprimere empatia, usando comportamenti non verbali (ad es. contatto visivo) e sostituendo il contatto fisico (ad es. strette di mano) con dichiarazioni di benvenuto.
- Nelle valutazioni di gruppo, ricordarsi delle presentazioni, coinvolgendo gli altri a partecipare e fornendo indicazioni o regole di base per garantire un'organizzazione della chiamata.
- Usare le stesse regole valide per il parlare in pubblico: preparazione di una scaletta, stile e contenuto della presentazione, metodi per coinvolgere il pubblico, informazioni scritte se utili.
- Pianificare in anticipo la sessione (ad es. obiettivi, note e riepilogo di quanto già detto) e il *setting* (ad es. persone coinvolte, allestimento della stanza, abbigliamento, stile di comportamento, audio, spostamenti limitati). Prendere in considerazione l'utilizzo di una *checklist* di apertura per valutazioni di nuovi pazienti.

CONCLUSIONE

Lo scopo del presente documento è quello di riassumere quali sono le evidenze sull'utilizzo della telepsichiatria e fornire ai clinici delle raccomandazioni pragmatiche su come condurre una visita da remoto in modo tale da fornire un'assistenza adeguata ai pazienti anche nel contesto della presente pandemia (22).

Ringraziamenti

Si ringrazia John Torous, direttore della Divisione di psichiatria digitale presso il Beth Israel Deaconess Medical Center e Clinical and Academic Psychiatrist presso la Harvard Medical School per il suo prezioso contributo e supervisione nella preparazione del documento in lingua originale.

AFFERENZA DEGLI AUTORI

* *Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Milano, Milano, Italia;*

***CRC "Aldo Ravelli" for Neurotechnology and Experimental Brain Therapeutics, Università degli Studi di Milano, Milano, Italia;*

° *Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, Ospedale San Paolo, ASST Santi Paolo e Carlo, Milano, Italia;*

^ *Department of Psychiatry, University of Oxford, Oxford, UK;*
† *Oxford Health NHS Foundation Trust, Warneford Hospital, Oxford, UK*

□ *Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, ASST Lodi;*

▣ *Struttura Salute Mentale, Dipendenze, Disabilità e Sanità Penitenziaria, Regione Lombardia*

CORRISPONDENZA A: armando.dagoštino@unimi.it

BIBLIOGRAFIA

1. National Leadership and Innovation Agency for Healthcare. *Telemedicine/Telehealth*. 2020. <http://www.wales.nhs.uk/technologymls/english/faq1.html>
2. Royal college of Psychiatry, *Digital – Covid-19 guidance for clinicians*. 2020. <https://www.rcpsych.ac.uk/about-us/responding-to-covid-19/responding-to-covid-19-guidance-for-clinicians/digital-covid-19-guidance-for-clinicians>
3. American Psychiatry Association, *History of telepsychiatry*. 2020. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/telepsychiatry/toolkit/history-of-telepsychiatry>
4. American Psychiatry Association, *Clinical outcomes*. 2020. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/telepsychiatry/toolkit/clinical-outcomes>
5. American Psychiatry Association, *Return on investment*. 2020. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/telepsychiatry/toolkit/return-on-investment>
6. Hollander J.E., Carr B.G., *Virtually Perfect? Telemedicine for Covid-19*. N Engl J Med 2020; 382:1679-1681
DOI:10.1056/NEJMp2003539.
7. De Girolamo G., Cerveri G., Clerici M., et al., *Mental Health in the Coronavirus Disease 2019 Emergency—The Italian Response*. JAMA Psychiatry. 2020;77(9):974–976.
DOI:10.1001/jamapsychiatry.2020.1276.
8. American Psychiatry Association, *Clinical and Therapeutic Treatment Modalities*. 2020. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/telepsychiatry/toolkit/clinical-and-therapeutic-treatment-modalities>.
9. Ministero della Salute, *Telemedicina, Linee guida nazionali*. 2014. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2129_allegato.pdf
10. Epicentro – Istituto Superiore di Sanità, *Rapporto ISS COVID-19 n. 12/2020*. 2020. <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/pdf/rapporto-covid-19-12-2020.pdf>
11. Mentalhealth online, *A practical guide to video mental health consultation*. 2020. <https://www.mentalhealthonline.org.au/Assets/A%20Practical%20Guide%20to%20Video%20Mental%20Health%20Consultation.pdf>
12. Massachusetts General Hospital, *Center for Telehealth*. 2020. <https://www.massgeneral.org/telehealth>.
13. Digital Psychiatry. *Standard operating procedures and protocols for Telehealth*. 2020. https://www.digitalpsych.org/uploads/1/2/9/7/129769697/session_start.pdf.
14. American Psychiatry Association, *Visual and Non-Verbal Aspects in Telepsychiatry*. 2020. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/telepsychiatry/toolkit/visual-nonverbal-aspects>.
15. American Psychiatry Association, *Telepsychiatry & Integration of other Technologies*. 2020. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/telepsychiatry/toolkit/telepsychiatry-integration-with-other-technologies>
16. American Psychiatry Association, *Patient Safety and Emergency Management*. 2020. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/telepsychiatry/toolkit/patient-safety-and-emergency-management>
17. Ministero della Salute, *Violenza domestica, FIFA, Commissione europea e OMS lanciano la campagna #SafeHome*. 2020. http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=4818
18. American Psychiatry Association, *Clinical documentation*. 2020. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/telepsychiatry/toolkit/clinical-documentation>
19. American Psychiatry Association, *Use of Telepsychiatry in Cross-Cultural Settings*. 2020. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/telepsychiatry/toolkit/use-of-telepsychiatry-in-cross-cultural-settings>
20. American Psychiatry Association, *Team based models of care*. 2020. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/telepsychiatry/toolkit/team-based-models-of-care>
21. American Psychiatry Association, *Learning To Do Telemental Health*. 2020. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/telepsychiatry/toolkit/learning-telemental-health>
22. Smith K., Ostinelli E., Cipriani A., *Covid-19 and mental health: a transformational opportunity to apply an evidence-based approach to clinical practice and research Evidence-Based Mental Health* 2020;23:45-46. <https://ebmh.bmj.com/content/23/2/45>

COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

Tutti i Soci e i Colleghi interessati possono collaborare alla redazione del periodico, nelle diverse sezioni in cui esso si articola.

Per dare alla rivista la massima ricchezza di contenuti, è opportuno, per chi lo desidera, concordare con la Redazione i contenuti di lavori di particolare rilevanza inviando comunicazione al Direttore o la segreteria di redazione, specificando nome cognome e numero di telefono, all'indirizzo redazione@psichiatriaoggi.it

NORME EDITORIALI

Lunghezza articoli: da 5 a 15 cartelle compresa bibliografia e figure.

Cartella: Interlinea singola carattere 12, spaziatura 2 cm sopra e sotto 2,5 cm sin/dx.

Ogni articolo deve contenere nell'ordine:

- Titolo
- Cognome e Nome di tutti gli autori (c.vo, preceduto da di e seguito da asterischi)
- Testo della ricerca
- Affiliazione di tutti gli autori
- Indirizzo email per corrispondenza da riportare nella rivista
- Eventuali figure tabelle e grafici devono trovare specifico riferimento nel testo
- Ringraziamenti ed eventuali finanziamenti ricevuti per la realizzazione della ricerca
- Bibliografia: inserire solo i riferimenti bibliografici essenziali: massimo 25 titoli, numerati, disposti secondo ordine di citazione nel testo, se citati secondo le norme dell'INDEX medico, esempio:
 1. Cummings J.L., Benson D.F., *Dementia of the Alzheimer type. An inventory of diagnostic clinical features.* J Am Geriatr Soc., 1986; 34: 12-19.

Nel testo l'indicazione bibliografica dovrà essere riportata indicando tra parentesi il cognome del primo autore e l'anno di pubblicazione, ad esempio (Cummings, 1986).

I lavori vanno inviati all'indirizzo e-mail redazione@psichiatriaoggi.it in formato .doc o .odt. Nella mail dovrà essere indicato nome e cognome dell'autore che effettuerà la corrispondenza ed un suo recapito telefonico. Nella stesura del testo si chiede di evitare: rientri prima riga paragrafo, tabulazioni per allineamenti, più di uno spazio tra una parola e l'altra, a capo manuale salvo inizio nuovo paragrafo e qualunque operazione che trascenda la pura battitura del testo.



SIP-Lo

Sezione Regionale Lombardia
della Società Italiana di Psichiatria

Presidenti:

Mauro Percudani e Massimo Clerici

Segretario:

Carlo Fraticelli

Vice-Segretario:

Giovanni Migliarese

Tesoriere:

Gianluigi Tomaselli

Consiglieri eletti:

Mario Ballantini
Franco Spinogatti
Gianmarco Giobbio
Luisa Aroasio
Carla Morganti
Federico Durbano
Alessandro Grecchi
Camilla Callegari
Antonio Magnani
Laura Novel
Pasquale Campajola
Giancarlo Belloni
Marco Toscano
Antonio Amatulli
Caterina Viganò

RAPPRESENTANTI

Sezione "Giovani Psichiatri":

Francesco Bartoli
Giacomo D'Este
Filippo Dragona
Claudia Palumbo
Lorenzo Mosca
Matteo Rocchetti

Membri di diritto:

Claudio Mencacci
Giancarlo Cerveri
Emi Bondi
Pierluigi Politi
Emilio Sacchetti

Consiglieri Permanenti:

Alberto Giannelli
Simone Vender
Antonio Vita
Giuseppe Biffi
Massimo Rabboni