

Telemedicina e salute mentale

Massimo Molteni

Responsabile Area Psicopatologia dello Sviluppo e Direttore Sanitario Associazione La Nostra Famiglia – IRCCS Eugenio Medea, Bosisio Parini (LC)

Con “telemedicina” si intende una particolare modalità di fornitura di servizi e informazioni a supporto della cura del paziente, delle attività amministrative e dell’educazione sanitaria tramite tecnologie di telecomunicazione.

Può essere suddivisa in tre macro tipologie:

1. *attività di telemedicina sincrona*: coinvolge il paziente e il medico (di famiglia o specialista) e/o altro operatore sanitario che interagiscono con il paziente o tra loro in tempo reale (televisita, teleconsulto, tele-assistenza) tramite videoconferenza o altra tecnologia;
2. *Attività di Store and Forward (S&F)*: trasmissione di informazioni mediche o sanitarie, come radiografie, risultati di laboratorio o prescrizioni, da un servizio o specialista a un altro e/o al paziente per una consultazione o un’interpretazione (spesso collegata alla attività di teleconsulto);
3. *attività di monitoraggio domiciliare*: prevede l’uso della telemedicina per monitorare da remoto lo stato di salute: i parametri (es. peso, pressione sanguigna o livello di glucosio, parametri cardiorespiratori ecc.) sono acquisiti tramite dispositivi medici a casa del paziente e trasmessi allo specialista o al servizio specialistico tramite piattaforma internet, gestita di solito da un centro servizi.

Analisi del bisogno, motivazione delle persone (pazienti e operatori), customizzazione degli applicativi e loro facilità d’utilizzo sono i pilastri su cui una moderna concezione della telemedicina applicata alla cura delle condizioni di fragilità dovrebbe fondarsi, valutando contestualmente le condizioni di fattibilità, al fine di evitare che il modello tecnologico ingabbi la relazione di cura in una innaturale proceduralizzazione.

Prima della pandemia, le ricerche sulla telemedicina assai raramente hanno riguardato studi su larga scala o in interi sistemi di servizi, anche se esperienze positive sono state riportate in una vasta gamma di popolazioni e contesti. Alcune evidenze hanno suggerito che le televisite, specie per le attività di controllo e monitoraggio, sono equivalenti o addirittura migliori delle modalità faccia a faccia in termini di qualità dell’assistenza, affidabilità delle valutazioni cliniche, risultati del trattamento o aderenza. La telemedicina può essere particolarmente efficace nei disturbi d’ansia anche nei preadolescenti perché possono essere seguiti in setting facilitanti e ridurre la loro ansia da terapia. Tuttavia, anche questa modalità di erogazione di servizi, non è scevra da problemi di equità e di disuguaglianza nel “real world”, specie per quegli utenti che hanno difficoltà cognitive o gravi problemi di salute mentale o sperimentano svantaggi sociali ed economici che impattano negativamente nella loro possibilità di accesso e sulla necessaria riservatezza e privacy, a causa di mancanza di spazi o di infrastrutture tecniche adeguate.

L’articolo *Telehealth Treatment of Behavior Problems in Young Children With Developmental Delay: A Randomized Clinical Trial* è un interessante lavoro sperimentale condotto negli USA in cui è stata sperimentata una terapia di interazione genitore-figlio rivolta a bambini con ritardo dello sviluppo e problemi comportamentali esternalizzanti, erogata in presenza o attraverso internet (iPCIT, internet-delivered parent-child interaction therapy) in un contesto sociale particolarmente svantaggiato, dove l’aderenza alle terapie era particolarmente bassa per gravi problemi socioculturali ed economici. Il modello pro-

posto basato sulla teoria evolutiva della genitorialità di Baumrind e sui principi dell’attaccamento e dell’apprendimento sociale, sfruttava le opportunità offerte dalla videoconferenza per fornire coaching dal vivo sulle interazioni tra caregiver e bambino osservate nel loro ambiente naturale.

La possibilità tramite la telemedicina di intervenire direttamente sui contesti appare particolarmente utile, come esperienze aneddotiche effettuate durante la pandemia anche in Italia su bambini autistici e disturbi del neurosviluppo sembrano empiricamente confermare.

La maggior parte dei bambini arruolati nel trial erano in condizioni di estremo svantaggio, spesso appartenenti a minoranze etniche; per facilitarne l’adesione sono stati messi a disposizione dei partecipanti tablet e piani dati gratuiti per la connessione: queste facilitazioni sono fondamentali per ridurre le possibili iniquità e dovrebbero essere usufruibili anche nel contesto italiano, nonostante la rigidità della pubblica amministrazione e del nostro impianto normativo.

I risultati dello studio sono stati valutati non solo a fine trattamento, ma anche nei follow-up a 6 e 12 mesi.

I problemi di esternalizzazione del bambino misurati con la CBCL diminuivano significativamente nel tempo in tutti i soggetti trattati, ma più rapidamente in quelli sottoposti a iPCIT, così come il rispetto dei comandi del caregiver da parte del bambino: anche nei genitori si è osservata una maggiore progressione nelle abilità di “care” e una più marcata riduzione dei comportamenti educativi critici nel gruppo seguito in iPCIT.

Non migliora invece lo stress genitoriale: dato peraltro non sorprendente perché l’aumento di consapevolezza dei problemi neuropsichici del proprio figlio può addirittura accentuare lo stato di stress.

I risultati di questo studio clinico randomizzato forniscono la prova che un coaching sul genitore in telemedicina in modalità sincrona può portare miglioramenti significativi per i bambini piccoli con ritardo dello sviluppo: la tendenza verso un appiattimento delle differenze tra i due metodi nei follow-up ai 12 mesi è probabilmente legata al venir meno dei rinforzi necessari per affrontare le continue modifiche di comportamento di bambini in età di sviluppo; il supporto alle competenze genitoriali difficilmente si esaurisce nello spazio di un trial, anche se metodologicamente ben strutturato.

Ancora una volta, la tecnologia – in questo caso la telemedicina – può dare un aiuto utilissimo, anche in situazioni socialmente molto compromesse, ma non può sostituirsi alla continuità della relazione di cura e di educazione alla salute che sono i veri pilastri del benessere personale e sociale: quasi mai il nostro SSN ne tiene conto, se non nelle affermazioni di principio etico che da sole non bastano a costruire un impianto organizzativo all’altezza delle sfide e delle conoscenze scientifiche acquisite. ■

Bibliografia

1. <https://www.ahrq.gov/topics/telehealth.html>.
2. Schlieff M, Saunders KRK, Appleton R et al. Synthesis of the Evidence on What Works for Whom in Telemental Health: Rapid Realist Review. *Interact J Med Res* 2022 Sep 29;11(2):e38239.
3. Hilty DM, Ferrer DC, Burke Parish M et al. The effectiveness of telemental health: a 2013 review. *Telemed J E Health* 2013 Jun;19(6):444-454.
4. Gloff NE, LeNoue SR, Novins DK, Myers K. Telemental health for children and adolescents. *Int Rev Psychiatry* 2015;27(6):513-524.
5. Fletcher TL, Hogan JB, Keegan F et al. Recent Advances in Delivering Mental Health Treatment via Video to Home. *Curr Psychiatry Rep* 2018 Jul 21;20(8):56.
6. Spanakis P, Peckham E, Mathers A et al. The digital divide: amplifying health inequalities for people with severe mental illness in the time of COVID-19. *Br J Psychiatry* 2021 Oct;219(4):529-531.
7. Bagner DM, Berkovits MD, Cox S et al. Telehealth Treatment of Behavior Problems in Young Children With Developmental Delay: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Pediatr* 2023 Mar 1;177(3):231-239.