ORGANO UFFICIALE
DELLA SOCIETÀ ITALIANA
DI NEUROPSICHIATRIA
DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA

www.sinpia.eu

Giornale di NEUROPSICHIATRIA dell'ETÀ EVOLUTIVA

CENSITA IN PSYCINFO E ELSEVIER NURSING DATABASE EMCARE

I servizi di NPIA e il COVID-19

a cura di Antonella Costantino e del Consiglio Direttivo SINPIA

PACINI EDITORE MEDICINA

02/ VOL. 40 2020

Periodico quadrimestrale - Agosto - ISSN 2611-2884 (Online)

Giornale di
NEUROPSICHIATRIA
dell'ETÀ EVOLUTIVA

ORGANO UFFICIALE
DELLA SOCIETÀ ITALIANA
DI NEUROPSICHIATRIA
DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA

CENSITA IN PSYCINFO E ELSEVIER NURSING DATABASE EMCARE

DIREZIONE

Direttore Editoriale
Antonella Costantino (Presidente SINPIA)

Direttore Scientifico
Carmela Bravaccio

Comitato di Redazione

Vice-Presidente
Renzo Guerrini

Coordinatori Sezioni Scientifiche
Rocco Farruggia
Fulvio Guccione
Andrea Guzzetta
Vincenzo Leuzzi
Stefania Millepiedi

Associati
Mauro Camuffo
Elisa Fazzi
Oliviero Fuzzi
Marco Lamberti
Alessandro Mariani
Massimo Molteni
Annalisa Monti
Nardo Nardocci
Roberta Penge
Renata Rizzo
Carmela Tata
Pierangelo Veggiotti

Segreteria Scientifica (Napoli)
Maria Pia Riccio
Gaetano Terrone
Simone Pisano

Comitato di Consulenza - Advisory board
Umberto Ballottin (Padova)
Pier Antonio Battistella (Padova)
Paola Bucci (Napoli)
Sara Calderoni (Pisa)
Maria Paola Canevini (Milano)
Giangennaro Coppola (Napoli)
Giancarlo Costanza (Catania)
Paolo Curatolo (Roma)
Francesca Darra (Verona)
Giordano D'Urso (Napoli)
Jessica Galli (Brescia)
Vincenzo Guidetti (Roma)
Lucia Margari (Bari)
Antonio M. Persico (Messina)
Francesco Pisani (Parma)
Armido Rubino (Napoli)
Renato Scifo (Catania)
Giuseppina Sgandurra (Pisa)
Alessandro Simonati (Verona)
Stefano Sotgiu (Sassari)
Aglaia Vignoli (Milano)
Benedetto Vitiello (Torino)
Alessandro Zuddas (Cagliari)

Copyright by
Società Italiana di Neuropsichiatria
dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA)

EDIZIONE

Pacini Editore Srl
Via Gherardesca, 1 - 56121 Pisa
Tel. 050 313011 - Fax 050 3130300
info@pacinieditore.it - www.pacinimedicina.it

Direttore Responsabile: Patrizia Alma Pacini

PACINI EDITORE MEDICINA

02/ VOL. 40 2020

INDICE

I servizi di NPIA e il COVID-19

a cura di Antonella Costantino e del Consiglio Direttivo SINPIA

Prefazione
A. Costantino 55

GdL SINPIA Minorenni con ritiro sociale grave
SINPIA Working Group Children and adolescent with severe social withdrawal
V. Ancona, M. Camuffo, O. Fuzzi, E. Rainò, L. Reale, M. Serra, P. Vizziello 57

Lockdown COVID-19: l'importanza dell'approccio al sistema bambino-famiglia: ruolo e potenzialità del TNPEE tra presente e futuro
COVID-19 lockdown:importance of a child-family systemcentered approach. The role and potential of TNPEE in perspective
A. Bonifacio, M. Della Rocca, M. Frasca, G. Gison, A. Iannetta, L. Laureti, L. Scarpellini, S. Tedeschi 61

Effetti psicologici e sulle abitudini di vita della pandemia da COVID-19 e delle misure restrittive in un campione di studenti: dati preliminari
Psychological and lifestyle habits effects of the COVID-19 pandemic and restrictive measures in a sample of students: preliminary data
G. Catone, V.P. Senese, A. Pezzella, L. Almerico, A. Gritti, S. Pisano 66

Fuori dalla *comfort zone*: essere neuropsichiatri infantili in formazione nei reparti COVID-19
Beyond the comfort zone: child neuropsychiatry residents in COVID-19 units
C. Coci, S. Cociglio, A. Ferrero, M. Iorio, F. Morelli, S. Parravicini, A. Saracino, F. Toni, M. Totaro 73

COVID-19 *lockdown* e percezione degli specialisti neuropsichiatri infantili. Una indagine qualitativa con SINPIA Lazio.
COVID-19 lockdown and child neuropsychiatrists' perception. A qualitative investigation in collaboration with SINPIA Lazio
C. Di Brina, P. Feo, R. Penge 81

Lombardia, la Whuan di Italia: emergenza COVID-19 in un Istituto mono-specialistico non-COVID. L'esperienza del Dipartimento di Neuroscienze Pediatriche (DINEP) della Fondazione IRCCS Istituto Neurologico "Carlo Besta" di Milano
Lombardia, Whuan of Italy: COVID-19 emergency in a non-COVID monospecialty Hospital. The experience of the Department of Pediatric Neuroscience (DINEP) at the Neurological Institute Carlo Besta in Milano
T. Granata, C. Pantaleoni, N. Nardocci 86

Comunità Terapeutica per minori e giovani adulti "Il Soffio": vissuti, procedure e modalità operative a seguito dell'emergenza COVID-19. L'esperienza trentina
Therapeutic Community for adolescents and young adults "Il Soffio": activation of new operating procedures for the COVID-19 emergency. The experience of the province of Trento
F. Guccione, F. Aldegheri, I. Bazzoni, A. Mazzaglia, A. Pompoli, R. Farruggia 93

L'impatto della pandemia da COVID-19 sulla pratica clinica psichiatrica in età evolutiva: report sull'esperienza ospedaliera in Regione Campania
The impact of COVID-19 pandemic on psychiatric clinical practice in developmental age: report on the hospital experience in Campania Region
M.P. Riccio, G. Auricchio, M. Polizzi, E. Sarnataro, R. Siracusano, C. Bravaccio 104

COVID-19: procedure di sicurezza per l'accesso diretto nel sistema di cura dei Servizi TSMREE e Disabile Adulto
Management of different levels of protections for the direct access to Neuropsychiatric Diagnostical and Rehabilitation Services, facing COVID-19
T. Sebastiani, C. Di Brina, M. Tafuro, M.L. Tossali, M. Marcelli 107

Esperienze in telemedicina

Telemedicina, evoluzione e ridefinizione dei trattamenti riabilitativi in NPIA durante l'emergenza COVID-19: criticità, punti di forza e riflessioni per il futuro
Telehealth transformations and redefinitions of neurodevelopmental disorders rehabilitation in a child and adolescent neuropsychiatric service in Italy during COVID pandemic: strengths and weaknesses and possible future evolutions
E. Altamore, F. Monti, G. Andretta, A. Arrigoni, A. Beltrambini, C. Bertoni, B. Bianchi Janetti, D. Biffi, M. Capra, V. De Filippis, N. Elmi, G. Finocchiaro, N. Leanza, S. Leoni, A. Lisignoli, C. Maura, E. Mortarotti, C. Nonpenso, L. Pugliese, F. Spalletti, E. Lavelli, S. Del Signore, D. Garroni 113

Adolescenti con disturbi psichiatri gravi durante la pandemia COVID-19: rimodulazione degli interventi per garantire continuità di cura tra riorganizzazioni dei servizi, telemedicina, attività in presenza, bisogni e gestione del rischio
Adolescents with psychiatric disorders during the COVID-19 pandemic: remodulation of interventions to ensure continuity of care among service reorganizations, telemedicine, face-to-face activities, needs and risk management
Gruppo PERCIVAL, Gruppo CDTA, M.A. Costantino 126

La televalutazione e la teleriabilitazione in logopedia: esperienze nei casi di Disturbo Fonetico-fonologico e di Disturbo di Linguaggio
Remote assessment and tele-rehabilitation in Language and Speech-Sound Disorders
R. Salvadorini, A. Guzzetta 140

La scommessa della telepsichiatria in età evolutiva: il *parent training* per l'ADHD
The challenge of telepsychiatry in childhood: the parent training for ADHD
A. Valli, V. Mauri, L. Vanzin, S. Trabattoni, M. Molteni 148

Gruppi di lavoro SINPIA
Aggiornamento su programmi e attività
a cura di R. Farruggia e F.Guccione..... 154

Continuità di cura in Day Hospital psichiatrico durante l'emergenza COVID-19. Trasformazioni dei modelli terapeutici tra crisi e cambiamento
Continuity of care in a psychiatric Day Hospital during the COVID-19 emergency. Transformations of therapeutic models between crisis and change
A. Anichini, R. D'Alessandro, C. Davico, I. Favole, E. Longo, C. Carbonara, D. Marcotulli, G. Mazzone, C. Oddone, A. Stolfa, E. Rainò, B. Vitiello..... 159

Istruzioni per gli autori 169

La Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e Pacini Editore srl informano i lettori e gli utenti della Rivista Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva che gli articoli pubblicati rispecchiano esclusivamente la ricerca e l'opinione degli autori firmatari dei contenuti. Tali articoli quindi non rappresentano e non vogliono in alcun modo costituire indicazioni o linee guida della Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza stessa. Questo a differenza dei testi e contenuti che esplicitamente siano dichiarati di ufficiale matrice istituzionale e pubblicati nelle apposite rubriche della Rivista dedicate alle Linee Guida della Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza.
La Rivista Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva viene inviata a soci abbonati, medici, operatori sanitari, solo ed esclusivamente per l'aggiornamento professionale, informare e promuovere attività e prodotti/servizi strettamente inerenti e attinenti alla professione degli utenti, garantendo sempre una forte affinità tra il messaggio e l'interesse dell'utente. Si prega i prendere visione della Privacy Policy al seguente link: http://www.pacinimedicina.it/privacy-policy-informativa-privacy/. Per comunicazioni/informazioni: info@pacinieditore.it
L'editore resta a disposizione degli aventi diritto con i quali non è stato possibile comunicare e per le eventuali omissioni. Le fotocopie per uso personale del lettore (per propri scopi di lettura, studio, consultazione) possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume/fascicolo di periodico, escluse le pagine pubblicitarie, dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dalla Legge n. 633 del 1941 e a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da CLEARedi: https://www.clearedi.org/topmenu/HOME.aspx. I dati relativi agli abbonati sono trattati nel rispetto delle disposizioni contenute nel D.Lgs. del 30 giugno 2003 n. 196 e adeguamenti al Regolamento UE GDPR 2016 (General Data Protection Regulation) a mezzo di elaboratori elettronici ad opera di soggetti appositamente incaricati. I dati sono utilizzati dall'editore per la spedizione della presente pubblicazione. Ai sensi dell'articolo 7 del D.Lgs. 196/2003, in qualsiasi momento è possibile consultare, modificare o cancellare i dati o opporsi al loro utilizzo scrivendo al Titolare del Trattamento: Pacini Editore Srl - Via A. Gherardesca 1 - 56121 Pisa. Per ulteriori approfondimenti fare riferimento al sito web http://www.pacinieditore.it/privacy/.
Aut. Trib. di Milano n. 425 dell'14/11/198. Pubblicato online nel mese di ottobre 2020. Rivista registrata presso "Registro pubblico degli Operatori della Comunicazione" (Pacini Editore srl - n. di registrazione n. 6269 - 29/8/2001).

PREFAZIONE

I servizi di NPIA e il COVID-19

Antonella Costantino

Presidente SINPIA

Questo numero monografico del *Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva* è dedicato ad alcune delle buone pratiche messe in atto dai servizi di NPIA durante l'emergenza COVID-19, e ad aprire ulteriori scambi e riflessioni per il futuro.

Al settembre 2020, la pandemia da SARS-CoV-2 ha coinvolto più di 30 milioni di persone nel mondo, e ha raggiunto il milione di morti. Il nostro Paese è stato il primo ad essere colpito dopo la Cina, con una rapidità ed un impatto molto rilevanti in alcune regioni, che hanno visto tutte le attività sanitarie sovvertite in poche ore. In altre fortunatamente l'impatto è stato minore, e soprattutto meno catastrofico.

In generale, c'è stato poco modo di immaginare in anticipo come affrontare quanto stava succedendo. Le principali linee di intervento a tutela della salute pubblica in una pandemia sono note praticamente da secoli, ma il mondo occidentale non ne aveva più fatto esperienza da decenni e, al di fuori delle zone colpite molto duramente, è stato difficile rendersi conto fino in fondo di cosa stesse accadendo. Inoltre inizialmente le conoscenze sul virus, sulla contagiosità, sulle strategie di contenimento del rischio, sugli interventi terapeutici efficaci, sulle conseguenze a lungo termine erano ancora molto limitate, e gli approvvigionamenti di adeguati dispositivi di protezione individuale e di strumenti per la diagnosi molecolare quasi impossibili.

La maggior parte dei servizi di NPIA, territoriali come ospedalieri, si è trovata di colpo a dover riorganizzare tutte le attività, e benché le linee generali fossero le stesse per tutti gli ambiti specialistici non direttamente coinvolti nella gestione dell'epidemia (interrompere qualunque attività che non fosse urgente e inderogabile, possibilmente introducendo in alternativa attività in telemedicina) e la SINPIA fosse riuscita a diffondere, in contemporanea al Decreto "io resto a casa" del 9 marzo, le linee di indirizzo per le attività dei servizi di NPIA durante l'emergenza COVID 1 e a collaborare attivamente con l'Istituto Superiore di Sanità alla redazione di diversi Rapporti COVID 2-4 che anche cercavano di fornire utili indicazioni, le risposte sono state molto variabili a seconda delle realtà epidemiche locali e delle sensibilità delle singole amministrazioni, per lo meno fino alla circolare del Ministero della Salute del 23 aprile 5. Alcuni servizi, lontano dalle zone rosse, hanno avuto modo di lavorare rapidamente con le proprie amministrazioni per attivare piattaforme tecnologiche dedicate, definire procedure e percorsi. Altri, nel cuore dell'epidemia, hanno a mala pena fatto in tempo a rendersi conto di cosa stava succedendo prima di trovarsi direttamente coinvolti in attività cliniche nei reparti COVID, nelle tende di triage o nel pronto soccorso adulti, nel supporto psicologico a operatori, pazienti e parenti e con amministrazioni interamente assorbite dal carico dell'emergenza e della riorganizzazione delle aree ospedaliere. In alcuni territori, vi sono stati numerosi operatori colpiti in forma grave dal contagio. Altri ancora, pur in zone a bassa prevalenza pandemica, si sono trovati con l'obbligo di interrompere le attività ma nessuna possibilità di mettere in campo interventi alternativi, e con massicce resistenze delle amministrazioni al momento della ripresa delle attività in presenza.

Tanti sono i temi che si si sono posti nelle prime fasi dell'epidemia, trasformandosi di giorno in giorno: come spiegare a bambini e adolescenti quanto stava accadendo; come aiutare i genitori a gestire le giornate in casa, da soli, senza supporti esterni; come decidere quali attività dei servizi fossero indispensabili e quali potessero essere invece rimandate o, soprattutto, gestite da remoto. Oltre ovviamente a come rimodulare gruppi, psicoterapie, interventi riabilitativi, monitoraggi in modalità telematiche.

La risposta data nel corso dell'emergenza sanitaria da SARS-CoV-2 nel mantenere la funzionalità della rete dei servizi ha rappresentato non solo un impegno di carattere etico e di responsabilità sanitaria, ma ha consentito di generare forme nuove, incoraggianti, di risposta ai bisogni, come quelle descritte in questo numero. Tuttavia, non solo l'applicazione è stata molto disomogenea nelle diverse realtà locali, con numerose amministrazioni che non sono state in grado di mettere a disposizione la strumentazione tecnologica per attivare interventi di telemedicina e teleriabilitazione o addirittura che si sono rifiutate di farlo nonostante le chiare indicazioni in questo senso, interrompendo a lungo il servizio per l'utenza, ma particolarmente critico è stato e continua ad essere il riavvio delle attività dopo il *lockdown*, che richiede di affrontare molti nuovi problemi clinico-organizzativi.

In primo luogo, il necessario distanziamento e gli interventi richiesti per la prevenzione del contagio occupano spazio e tempo rilevanti, determinando di fatto una ulteriore riduzione degli slot a disposizione per le attività in presenza, già più che critici in epoca pre-COVID-19. L'asimmetria tra domanda e possibilità di risposta è quindi peggiorata ulteriormente, e in modo significativo, a maggior ragione a fronte del contemporaneo incremento della domanda correlato all'impatto della pandemia e delle sue conseguenze sulla salute mentale di bambini e ragazzi (interruzione di molti servizi, interruzione della scuola, stress e traumi diretti o indiretti, messaggi continuamente contradditori da parte del mondo adulto ecc). Inoltre, nel pieno dell'emergenza come ora nella ripresa, tutto quello che non è correlato direttamente alla pandemia è scivolato in secondo piano, trascurando in modo rilevante i bisogni di salute di intere categorie di utenti e soprattutto dei più fragili.
In secondo luogo, i livelli di rischio delle diverse attività in presenza e dei diversi utenti non sono uguali. A fronte di attività a basso rischio come colloqui individuali con utenti e/o genitori, vi sono interventi a maggiore rischio come alcune attività riabilitative o cliniche che richiedono contatto diretto e prolungato con utenti che non riescono ad usare la mascherina chirurgica, o nelle quali vi è produzione di droplets o microdroplets. Vanno individuate situazione per situazione le strategie di contenimento del rischio più opportune, con un'appropriata rimodulazione sia dell'attività che dei dispositivi di protezione individuale che consenta di garantire gli interventi in adeguata sicurezza senza snaturarne il senso e l'efficacia. Inoltre, a fronte dei diversi possibili scenari locali e nazionali della pandemia nei prossimi mesi 6, è necessario programmare in anticipo quali attività e pazienti è prioritario mantenere in presenza per ciascun livello di epidemia e quali è opportuno spostare in telemedicina, ed in che sequenza.
Infine, una parte delle caratteristiche e della buona riuscita degli interventi in telemedicina e teleriabilitazione durante il *lockdown* sono state verosimilmente correlate a congiunture difficilmente ripetibili. I livelli motivazionali, i tempi condivisi tra utenti e familiari e molti altri aspetti sono stati assai differenti da quelli incontrati in passato e probabilmente anche da quelli che incontreremo nel futuro, anche in caso di nuovo *lockdown*. Hanno però consentito di accumulare informazioni ed esperienze che, se analizzate e condivise con metodo, come si inizia a fare in questo numero monografico, possono porre le basi per una importante evoluzione delle attività sia in presenza che per via telematica, nella direzione di percorsi di cura più appropriati e meglio personalizzati. La possibilità di scambiare esperienze e di farle circolare è in questo momento preziosa, e ogni idea ne arricchisce e fa crescere altre.
La riflessione, il confronto, lo sviluppo e la validazione di buone pratiche sono parte di quell'assunzione di responsabilità collettiva che speriamo possa essere una delle eredità positive della pandemia, e che ci compete come singoli e come Società Scientifica.
Va però detto con forza che l'esperienza e la volontà degli operatori dei servizi di NPIA non possono supplire a carenze croniche e alla mancata assunzione di responsabilità istituzionale nei confronti degli utenti, e che un piano di sviluppo nazionale nella pandemia e dopo la pandemia che non veda un rilancio e un potenziamento dei servizi di NPIA è zoppo e miope prima di nascere.

Bibliografia

1 SINPIA. Attività clinico-assistenziali durante l'emergenza Covid: Indicazioni operative per i servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e per i servizi di Riabilitazione dell'Età Evolutiva (2020). https://www.sinpia.eu/wp-content/uploads/2020/03/COVID-indicazioni-operative-per-i-servizi-NPIA.pdf

2 Istituto Superiore di Sanità. Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno delle persone nello spettro autistico e/o con disabilità intellettiva nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2. Rapporto ISS COVID-19 n. 8/2020 - https://www.iss.it/rapporti-covid-19/-/asset_publisher/btw1J82wtYzH/content/id/5322990

3 Istituto Superiore di Sanità. Indicazioni ad interim per un appropriato supporto degli operatori sanitari e sociosanitari durante lo scenario emergenziale SARS-COV-2. Rapporto ISS COVID-19 n. 22/2020. https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID-19+22_2020+rev.pdf/4e74375d-d7a5-705e-0d68-57768aa2eca4?t=1590750750447

4 Istituto Superiore di Sanità. Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno della salute mentale nei minori di età durante la pandemia COVID-19. Rapporto ISS COVID-19 n. 43/2020. https://www.iss.it/rapporti-covid-19/-/asset_publisher/btw1J82wtYzH/content/id/5419552

5 Ministero della Salute. 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. Circolare del 23 Aprile 2020. http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=73902&parte=1%20&serie=null

6 Ministero della Salute "Elementi di preparazione e risposta a COVID-19 nella stagione autunno-invernale", Circolare 11 agosto 2020 https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=75670&parte=1%20&serie=null

GdL SINPIA Minorenni con ritiro sociale grave

SINPIA Working Group Children and adolescent with severe social withdrawal

V. Ancona[1], M. Camuffo[2], O. Fuzzi[3], E. Rainò[4], L. Reale[5], M. Serra[6], P. Vizziello[7]

[1] Responsabile UOSD, Interventi precoci in Età Evolutiva, ASL Roma 2; [2] UOC Neuropsichiatria Infantile AUSL Toscana Sudest, Grosseto; [3] AULSS 3 Serenissima, Servizio di NPI Venezia (ret.); [4] SC Universitaria di NPI OIRM Azienda Ospedaliera Città della Salute e della Scienza (To); [5] UOC NPIA, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano; [6] Dipartimento di Scienze Mediche di Base, Neuroscienze e Organi di Senso, Università di Bari Aldo Moro; [7] UOC NPIA, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano

Riassunto

L'emergenza Sanitaria dovuta alla diffusione pandemica COVID-19, ha previsto un rimodellamento di spazi e tempi dovuto alle necessità di distanziamento con riduzione delle comuni connessioni sociali. Il *lockdown* ha gravato, in modo specifico, sui quei ragazzi e adolescenti che già si trovavano in situazioni di isolamento, autoreclusione in casa, volontariamente allontanatisi dai contesti sociali abituali, inclusa la scuola e i gruppi di pari, in questo testo definiti minorenni con "Ritiro Sociale Grave", in altri contesti Hikikomori, inseriti in una vasta gamma di condizioni che possono spaziare da modalità disfunzionali, per quanto transitorie, di affrontare la fase evolutiva adolescenziale fino a franchi quadri psicopatologici. In quasi tutti i Servizi di NPIA, nella fase 1 dell'emergenza, gli interventi con questi ragazzi e relative famiglie, sono proseguiti "da remoto", in telemedicina, attraverso colloqui NPI, sedute di psicoterapia, gruppi psicoeducativi, reti tra servizi NPIA, sociali e scuola in videocollegamento, mediate dal PC, nuova opportunità di investire sulle esperienze, sulla didattica e sulle relazioni, fornendo risultati alterni. La valutazione degli outcome e delle risposte di ragazzi e famiglie alla proposta 'online' porterà anche a definire quanto di ciò che è stato attivato dall'urgenza, potrà essere conservato nell'attività clinica ordinaria anche 'oltre' il COVID-19" o, nella grave eventualità di un prossimo COVID". La SINPIA ha deciso di attivare un Gruppo di Lavoro dedicato per poter definire in modo trasversale a tutti i Servizi una delle più significative manifestazioni del disagio adolescenziale odierno; verificare il punto di vista dei Neuropsichiatri Infantili sul fenotipo comportamentale e sulle strutture di personalità dei pazienti con ritiro sociale grave e quanto l'organizzazione dei Servizi di NPIA potesse rispondere ai bisogni di questi ragazzi; studiare quale sia lo sviluppo della personalità nel Ritiro Sociale Grave; verificare come si sia modificato il comportamento di questi ragazzi in epoca di emergenza sanitaria COVID-19 (fase pre-COVID, Fase di *Lockdown* Fase 1, Fase di Riapertura 2-3). Tre sottogruppi di Lavoro si sono dedicati alla definizione del disturbo 'ritiro sociale' come sintomo e non come patologia in sé, alla necessità di definire protocolli di valutazione e trattamento ad hoc e individuare di indicatori di prognosi all'interno di una gamma di comorbidità. Infine tracciare buone prassi con il focus sugli interventi precoci, attraverso una rimodulazione di quelli esistenti.

Parole chiave: Emergenza pandemica, Comportamento regressivo in emergenza sanitaria, Pazienti in grave ritiro sociale; Hikikomori, Indicatori per linee guida e buone prassi

Summary

The health emergency due to the COVID-19 pandemic provided a remodelling of spaces and times due to the distancing needs with a reduction on common social connections. The lockdown has weighed on those children and adolescents specifically who already showed social withdrawal, self-confinement at home, with poor social relationships in the usual social contexts, including school and peer groups, defined in this article as children and adolescent with severe social withdrawal, or in other contexts as Hikikomori, and including a wide range of conditions that can range from dysfunctional ways (albeit transitory) to face with the adolescent phase to specific clinical and psychopathological disorders.

In almost all the NPIA services, in the phase 1 of the COVID pandemic, the therapeutic interventions with these adolescents and their families continued "remotely" by telemedicine and through NPI interviews, psychotherapy sessions, psychoeducational groups, networks between NPIA services, social service and school in video connection, as a new opportunity to invest in experiences, teaching and relationships with mixed results. The evaluation of the outcomes and the responses of adolescents and families to the telemedicine could also help to define of what has been activated in the emergency context can be remained in ordinary clinical activity even "beyond COVID-19" or, in the serious event of a forthcoming COVID.

The SINPIA promoted the formation of a dedicated Working Group in order to: define one of the most significant and current manifestations of adolescent distress across all Services; verify the point of view of Child Neuropsychiatrists among the behavioural phenotype and

CORRISPONDENZA

Paola Giovanna Vizziello, corso San Gottardo 20, 20142 Milano - E-mail: paola.vizziello@gmail.com

personality structures of patients with severe social withdrawal and how much the NPIA Services organization could respond to the needs of these adolescents; study the development course of the personality in subjects with severe social withdrawal; verify how the behaviour of these young people has changed in the era of COVID-19 emergency (pre-COVID phase, Lockdown Phase 1, Re-opening Phase 2-3). Three working subgroups respectively focused on defining: the 'social withdrawal' disorder as a symptom and not as a disorder, the need to define ad hoc assessment and treatment protocols and to identify indicators of prognosis within a range of comorbidities; and finally, to trace good practices and treatment remodelling with a focus on early interventions.

Key words: Pandemic emergency, Regressive behavior in sanitary emergency, Patient in severe social withdrawal, Hikikomori, Indicators for guidelines and good practice

IL RITIRO SOCIALE GRAVE IN EPOCA COVID-19

La fase 1 dell'emergenza COVID-19, e il *lockdown* connesso, hanno determinato per tutta la popolazione una rimodulazione di tempi e spazi relazionali e una presa di coscienza delle nuove qualità dei legami e dei nuovi bisogni emersi, ancorché osservati in un periodo di forti e drammatiche preoccupazioni individuali affrontate in modo 'sospeso' quanto, apparentemente, provvisorio e tale da rendere ogni nuova azione precaria. L'esperienza *lockdown* e il distanziamento da COVID-19, non hanno risparmiato gli adolescenti in situazione di isolamento sociale e autoreclusione in casa, volontariamente allontanatisi dai contesti sociali abituali, inclusa la scuola e i gruppi di pari, qui definiti minorenni con "Ritiro Sociale Grave", inseriti in una vasta gamma di condizioni che possono spaziare da modalità disfunzionali, per quanto transitorie, di affrontare la fase evolutiva adolescenziale, fino a franchi quadri psicopatologici.

Il ritiro sociale è una problematica attuale e relativamente recente, che desta notevoli preoccupazioni nei genitori, che sempre più spesso si trovano in una condizione di impotenza di fronte alla chiusura dei propri figli. Questi ragazzi disinvestono infatti da qualsiasi forma di impegno sociale e relazionale; spesso, l'unica fonte di socialità e relazione con l'esterno è l'utilizzo di internet o dei videogiochi. La scelta di isolarsi dal contesto circostante alcune volte rappresenta un modo per questi adolescenti, sempre più fragili e sempre più investiti narcisisticamente dai genitori e dalla società, di rifuggire dagli intensi sentimenti di vergogna e inadeguatezza cui il confronto con la realtà esterna li sottopone. Pur sentendo la pressione delle spinte evolutive verso l'autodeterminazione e la crescita, questi ragazzi non riescono a tollerare la frustrazione di poter andare incontro ai fallimenti o ai giudizi dei pari; l'unica "soluzione" possibile rimane la protezione nel ritiro. Ai fini di una appropriata progettazione di percorsi di cura, diventa quindi importante valutare se il ritiro è primario, o rappresenta l'espressione sintomatologica più evidente di un quadro più complesso di riferimento. Il fenomeno è ancora poco conosciuto, ma sempre più diffuso; secondo le stime più condivise si tratta di una popolazione che oscilla, in Italia, tra i 50.000 e i 100.000 ragazzi, di età compresa tra i 14 e i 30 anni e il cui esordio avviene sempre in fase adolescenziale.

Il ritiro sociale grave è stato descritto in particolare in Giappone [1] ed a seguire in tutto il mondo [2-4] e in Italia [5,6]. La definizione secondo i criteri internazionali [7] fa riferimento a: ritiro superiore ai 6 mesi, abbandono scolastico, ridotte interazioni verbali (con tutti), ridotte uscite di casa (non più di 2 a settimana), molte ore giornaliere in connessione, frequenti disturbi in comorbidità.

Il diffondersi di tale fenomeno ha fatto sì che sempre più poli universitari e strutture territoriali si siano attrezzate con protocolli di intervento ad hoc, in grado di rispondere al problema con prassi operative necessariamente innovative e rispondenti a criteri di appropriatezza. L'intervento medico e psicologico, per quanto indispensabile, deve avere infatti una connotazione flessibile e accogliente, in sintonia con le difficoltà espresse dal singolo ragazzo e dalla famiglia. Allo stesso modo una "riabilitazione sociale" dei ragazzi in ritiro, per una ripresa della loro traiettoria evolutiva, richiede l'impegno di adulti competenti e la costituzione di reti interistituzionali (sanità, scuola, servizi educativi, privato-sociale) solide, flessibili e adeguatamente sostenute.

Dato il numero sempre maggiore di giovani con le caratteristiche del ritiro sociale grave, la cui crescita psicorelazionale è bloccata e il cui "auto sabotaggio" sembra compromettere il futuro, è stata avviata una riflessione puntuale circa l'impatto che il recente *lockdown* ha avuto sulle situazioni precedentemente descritte.

Nel periodo dell'emergenza COVID-19, in quasi tutti i Servizi di NPIA, gli interventi con questi ragazzi e relative famiglie, sono proseguiti "da remoto", in telemedicina, attraverso colloqui NPI, sedute di psicoterapia, gruppi psicoeducativi, reti tra servizi NPIA, sociali e scuola in videocollegamento: le nuove modalità di intervento, mediate dal PC, hanno spesso rappresentato una nuova opportunità di investire sulle esperienze, sulla didattica e sulle relazioni, fornendo risultati alterni. Sugli esiti di queste proposte "online" sono state attivate osservazioni e riflessioni per valutare non solo la risposta dei ragazzi e delle famiglie ma anche cosa di quanto attivato sull'urgenza, potrà essere conservato

nell'attività clinica ordinaria anche "fuori dal COVID-19" o, nella grave eventualità che si ripresenti, "nel prossimo COVID". Prime grossolane osservazioni evidenziano quanto sia importante distinguere tra i ragazzi già giunti all'osservazione dei Servizi di NPI, prima del COVID-19, ma ancora molto refrattari e ostativi alla proposta di stringere un'alleanza terapeutica per accedere a interventi di cura, disponibili solo a interventi psico-educativi al domicilio e altri che, pur avendo vissuto un periodo lungo di grave ritiro (da 6 mesi a 2-3 anni), avevano già intrapreso con beneficio, un percorso di cura multidisciplinare al momento del *lockdown*, fase I dell'emergenza COVID-19. Tra questi, alcuni hanno vissuto, con sollievo, anche se a tratti, il momento di chiusura relazionale che ha contraddistinto questo periodo. Ridotte le sollecitazioni esterne, hanno trascorso momenti di relativa tranquillità, mostrando anche nuove disponibilità e aperture a contatti proposti in modalità PC-mediata.
Tempo e spazio "sospesi" hanno confortato e rassicurato e hanno attenuato il senso di vergogna scaturito dal confronto tra la dinamicità delle vite dei coetanei e l'inattività personale.
Nei ragazzi ancora in condizione di ritiro grave, in epoca pre-COVID, barricati nei loro rifugi/prigioni, il *lockdown* non ha scalfito, e forse in alcuni casi ha rafforzato, le barriere di onnipotenza narcisistica. In queste situazioni si è cercato di lavorare da remoto con i ragazzi e con le famiglie. I ragazzi che già stavano uscendo dal ritiro e partecipavano attivamente al percorso di cura sperimentando le proprie competenze sociali attraverso un percorso psicologico e NPI, al momento del *lockdown*, hanno espresso la paura di tornare indietro, di regredire ed è stato per loro fondamentale proseguire le attività da remoto. Per loro, mantenere la continuità nelle relazioni con gli adulti di riferimento e anche con i coetanei, è stato fondamentale per non perdere i risultati raggiunti e per incrementare senso di utilità, desiderio e consapevolezza di relazione.
Il perdurare della fase di *lockdown* ha tuttavia riattivato in alcuni ragazzi, istanze devitalizzanti che si traducevano in abulia, apatia e anedonia. Il peggioramento dell'isolamento che abbiamo osservato in alcuni ragazzi nella fase 2, potrebbe altresì essere anche correlato alla sofferenza emotiva dei genitori per angosce somatiche, senso di precarietà per il futuro.
Al termine del *lockdown*, sono arrivate ai Servizi nuove richieste di presa in carico per ritiro sociale. A tal proposito, è in corso un monitoraggio finalizzato a valutare se queste nuove richieste rappresentino parte specifica dell'onda lunga di questa emergenza sanitaria, oltre a un generale aumento della patologia psichiatrica in adulti e ragazzi.
La letteratura internazionale così come le esperienze italiane ad oggi descritte in merito alle caratteristiche psicopatologiche dei ragazzi con ritiro sociale grave, così come alle informazioni relative all'accesso ai servizi di NPIA italiani, agli interventi attuati e ai risultati ottenuti, sono scarse, e non permettono di delineare modelli di riferimento condivisi e basati sulle evidenze che possano fornire linee di indirizzo appropriate a rispondere ai bisogni di questa popolazione.
Per tale motivo, nel 2019 è stato strutturato un Gruppo di Lavoro SINPIA dedicato, a ponte tra le due Sezioni di Epidemiologia e Organizzazione dei Servizi e di Psichiatria, e all'interno della prima delle 4 aree di intervento dettate dalle Linee di Indirizzo della NPIA (Disturbi Psichiatrici). Il Gruppo è composto da una ventina di Soci organizzati intorno ad alcuni obiettivi di fondo:

- definire una delle più significative manifestazioni del disagio adolescenziale odierno e cioè i minorenni tra i 13 e i 18 anni d'età, caratterizzati da ritiro sociale di grado grave, che negli ultimi anni, dopo il Giappone [1], sono stati descritti in tutto il mondo [2-4] e sono arrivati in numero crescente anche all'osservazione dei Servizi di NPIA italiani [5,6];
- verificare il punto di vista dei Neuropsichiatri Infantili sul fenotipo comportamentale e sulle strutture di personalità dei pazienti con ritiro sociale grave;
- verificare quanto si discosti l'organizzazione dei Servizi di NPIA dai bisogni di questi ragazzi;
- verificare come si sia modificato il comportamento di questi ragazzi in epoca di emergenza sanitaria COVID-19, nelle sue diverse fasi (fase pre-COVID, Fase di *Lockdown* Fase 1, Fase di Riapertura 2-3), considerando l'effetto sia del distanziamento che della deprivazione sociale negli adolescenti [8];
- individuare, se possibile, i fattori di rischio prevalenti nella storia personale e/o familiare e/o scolastica e/o di integrazione sociale di questi pazienti, per una gestione precoce del sintomo, onde evitare la grave evoluzione successiva e, comunque, migliorare la prognosi;
- individuare il potenziale collegamento tra la definizione di Ritiro Sociale Grave e la storia pregressa del singolo che abbia già avuto contatti con i Servizi;
- verificare l'effettiva possibile tipizzazione di forme diverse dello stesso quadro di "ritiro sociale grave" [9,10];
- verificare le diagnosi più spesso associate al "ritiro sociale grave" nel nostro Paese [11];
- definire il potenziale sviluppo della personalità e l'eventuale futuro della storia naturale della malattia una volta definita la presenza di un ritiro sociale, il protrarsi della sintomatologia , le sue specifiche caratteristiche e la comorbidità presente [12].

Il gruppo di lavoro si è coagulato su alcuni scostamenti dalle definizioni internazionali o comunemente condivise, rilevando da un lato la possibile presenza di ragazzi che continuano a frequentare la scuola, per quanto

irregolarmente e pur strutturando un quadro sintomatologico tipico del ritiro sociale negli altri contesti di vita, e, dall'altro, l'opportunità di attivare azioni di osservazione e, talora, di presa in carico, anche laddove il periodo di ritiro, in qualsiasi forma si presenti, risulti temporalmente inferiore ai 6 mesi.

Un iniziale *brainstorming* tra Colleghi ha permesso di mettere in luce tre aspetti fondamentali da approfondire:

- la definizione del disturbo 'ritiro sociale' come sintomo e non come patologia in sé e, quindi, la necessità di definire adeguati protocolli di valutazione;
- l'individuazione di indicatori di prognosi all'interno di una gamma di comorbidità;
- la definizione di protocolli di diagnosi e terapia (PDTA) o di Linee Guida ad hoc, con il focus sugli interventi precoci, attraverso una rimodulazione di quelli esistenti.

Il gruppo si è quindi organizzato in tre sottogruppi (Epidemiologia e percorsi di valutazione; Indicatori e prognosi; Rimodulazione degli interventi) per identificare azioni specifiche da attivare partendo dalla letteratura nazionale e internazionale e promuovere una riflessione approfondita e filtrata dall'esperienza di emergenza sanitaria che stiamo attraversando.

Il sottogruppo "Epidemiologia e percorsi di valutazione" ha sviluppato un questionario dedicato sia al mappaggio delle situazioni di ritiro che hanno contattato i Servizi di NPIA nell'ultimo anno che alla valutazione delle stesse. Il questionario è già operativo in versione online e verrà proposto a tutti i Soci SINPIA.

Il sottogruppo "Indicatori e prognosi" si è posto come obiettivo la definizione degli indicatori di processo e di esito più utili per far emergere pattern comportamentali fruibili per la prognosi e, quindi, per la rimodulazione dei percorsi di cura (sottogruppo "Rimodulazione degli interventi"). Con il sostegno dei dati forniti dai questionari, sarà possibile definire una cornice teorica e delle Linee Guida che traccino sia i fenotipi comportamentali prevalenti che le traiettorie evolutive più frequenti, permettendo un confronto tra invianti, motivazioni degli invii e caratteristiche dei fenotipi comportamentali nella fase pre-COVID e nelle fasi successive.

Il sottogruppo "Rimodulazione degli interventi", rilevando l'importanza della rete (la famiglia, la scuola, i pari, il contesto sociale allargato, nonché i Servizi Sociali e il Tribunale laddove coinvolti) per una popolazione di utenti ancora relativamente sconosciuta, si è dato come obiettivo una definizione più adeguata e quanto più possibile omogenea e condivisa del fenotipo "Minorenne con ritiro sociale grave", attraverso azioni di confronto dei PDTA e dei Protocolli già in essere in molti Servizi, per arrivare a una rimodulazione flessibile degli interventi, grazie anche a un osservatorio più ampio. Sarà utile e necessario valutare quali azioni siano state possibili durante l'emergenza sanitaria rispetto alla fase pre-COVID e quali di queste siano state mantenute anche dopo la fase di riapertura e per quali motivi, e se verranno ratificate nel futuro come una buona pratica, migliorativa rispetto alle precedenti. Il Gruppo di Lavoro presenterà le proprie conclusioni in un webinar in autunno.

Conflitto di interessi

Gli Autori dichiarano di non avere alcun conflitto di interessi con l'argomento trattato nell'articolo.

Bibliografia

1 Ricci C. Hikikomori: adolescenti in volontaria reclusione. Milano: Franco Angeli 2016.

2 Kato TA, Tateno M, Shinfuku N, et al. Does the "hikikomori" syndrome of social withdrawal exist outside Japan? A preliminary international investigation. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2012;47:1061-75.

3 Pozza A, Coluccia A, Kato T, et al. The Hikikomori syndrome: worldwide prevalence and co-occurring major psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis protocol. BMJ Open 2019;9:e025213. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025213

4 Kato TA, Kanba S, Teo AR. Hikikomori: multidimensional understanding, assessment, and future international perspectives. Psychiatry Clin Neurosci 2019;73:427-40.

5 Lancini M. Il ritiro sociale negli adolescenti. Milano: Raffaello Cortina Editore 2019.

6 Crepaldi M. Hikikomori. I giovani che non escono di casa. Roma: Alpes 2019.

7 Kato TA, Kanba S, Teo AR. Defining pathological social withdrawal: proposed diagnostic criteria for Hikikomori. World Psychiatry 2020;19:116-7.

8 Orben A, Tomova L, Blakemore SJ. The effects of social deprivation on adolescent development and mental health. Lancet Child Adolesc Health 2020. https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30186-3.

9 Malagon-Amor A, Martin-Lopez LM, Corcoles D, et al. A 12-month study of the hikikomori syndrome of social withdrawal: Clinical characterization and different subtypes proposal. Psychiatry Researc 2018;270:1039-46.

10 Frankova I. Similar but different: psychological and psychopathological features of primary and secondary hikikomori. Front Psychiatry 2019;10:558. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00558

11 Kondo N, Sakai M, Kuroda Y, et al. General condition of hikikomori (prolonged social withdrawal) in Japan: psychiatric diagnosis and outcome in mental health welfare centres. Int J Soc Psychiatry 2011;59:79-86.

12 Varnum MEW, Kwon JY. The ecology of withdrawal. Commentary: the NNET and Hikikomori spectrum: assessing the risks and consequences of becoming culturally marginalized. Front Psychol 2016;7:764.

Lockdown COVID-19: l'importanza dell'approccio al sistema bambino-famiglia: ruolo e potenzialità del TNPEE tra presente e futuro

COVID-19 lockdown: importance of a child-family systemcentered approach. The role and potential of TNPEE in perspective

A. Bonifacio[1], M. Della Rocca[2], M. Frasca[3], G. Gison[1], A. Iannetta[3], L. Laureti[3], L. Scarpellini[3], S. Tedeschi[3]

[1] Psicologo, Tnpee, ATS Anupi TNPEE; [2] Università degli Studi di Tor Vergata; [3] TNPEE ATS Anupi TNPEE

Riassunto

Lo sconvolgimento sociale determinato dalla pandemia di COVID-19 e le conseguenti misure adottate per gestire la relativa emergenza sanitaria hanno stravolto la vita dei bambini, in modo particolare di coloro che presentano diagnosi di qualunque disordine dello sviluppo. Dall'analisi delle esperienze dei professionisti che operano con l'età evolutiva è emerso quanto la gestione familiare di questa popolazione sia stata particolarmente difficoltosa soprattutto per quei minori con diagnosi di disturbo dello spettro autistico e di disabilità intellettiva. La figura sanitaria del Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva (TNPEE), che svolge attività di prevenzione, abilitazione e riabilitazione dei disturbi del neurosviluppo, ha rivestito un ruolo fondamentale in risposta alla necessità di supportare le famiglie e garantire la continuità terapeutica. In questo contesto ANUPI TNPEE, in qualità di Associazione Tecnico-Scientifica (ATS), ha promosso progetti specifici per fornire supporto e risposte mirate alle esigenze dei TNPEE e a quelle delle famiglie.

Parole chiave: Continuità terapeutica, Rimodulazione, Ottica sistemica, Multidisciplinarietà del lavoro, Educazione terapeutica

Summary

The social upheaval caused by the COVID-19 pandemic and the consequent measures taken to manage the related health emergency have distorted the lives of children, especially those who suffered from developmental disorder. The analysis of the experiences of healthcare professionals, who work with subject in age developmental, revealed how the family management of this population was particularly difficult, especially for those children with a diagnosis of autism spectrum disorder and intellectual disabilities. The health figure of the Neuro Development Therapist (TNPEE), who carries out prevention, qualification and rehabilitation of neurodevelopment disorders, has played a fundamental role in response to the social needs and support to families in response to the social needs and support to families in order to ensure therapeutic continuity. In this context ANUPI TNPEE, as Scientific Society (ATS Associazione Tecnico-Scientifica), has promoted specific projects to provide support and targeted responses to the needs of TNPEEs and those of families.

Key words: Therapeutic continuity, Remodulation, Systemic perspective, Multidisciplinarity of work, Therapeutic education

LOCKDOWN E SVILUPPO NEUROPSICOLOGICO: COSA ABBIAMO IMPARATO

La pandemia da coronavirus (COVID-19) ha creato sfide senza precedenti a tutti i livelli della società: gli individui con disturbi del neurosviluppo, tuttavia, hanno evidenziato maggiore vulnerabilità in relazione ai cambiamenti causati dalle misure di prevenzione e protezione obbligatorie, tra cui il distanziamento fisico e il confinamento, aumentando il rischio di disturbi comportamentali secondari. Per comprendere meglio tale impatto è utile inquadrare il neurosviluppo facendo riferimento al paradigma dell'*embodied cognition*. Secondo questa impostazione non è possibile in alcun modo limitare i processi cognitivi a quelle operazioni normalmente collocate all'interno del sistema cognitivo classico (e quasi esclusivamente localizzabili a livello di sistema nervoso centrale), ma è necessario includere l'integralità delle strutture corporee nei loro processi d'interazione tra sistema nervoso e ambiente – che nel caso della nostra specie, abbraccia anche gli ambienti relazionali, sociali e culturali. Ne discende che se il cervello è una "macchina proattiva" allora la centralità del sistema nervoso

CORRISPONDENZA

Andrea Bonifacio, Presidente Associazione Tecnico-Scientifica ANUPI TNPEE - E-mail: presidente@anupitnpee.it

non è altro che uno dei punti di riferimento della mappa dinamica e plastica dello sviluppo delle funzioni motorie, cognitive, affettive e prosociali. Questa visione è cara al Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva e fa comprendere come, nella situazione dettata dal confinamento, le modificazioni profonde negli stili di vita, nelle routine quotidiane e nell'utilizzo degli ambienti in cui si era abituati a vivere esperienze educative e sociali, hanno causato situazioni altamente stressanti che hanno pesato sull'organizzazione e sugli equilibri già precari di molte famiglie – ponendo nuove sfide ai TNPEE.
Come declinato nel *Core Competence*, il TNPEE rivolge infatti la sua attenzione anche a tutte le condizioni, sociali, ambientali ed educative, che possono influire sulla trasformazione, positiva o negativa, del disturbo stesso; questa competenza è stata molto preziosa durante le diverse fasi della pandemia, ed ha consentito ai singoli professionisti di attuare interventi mirati per ciascun bambino e per il suo sistema familiare sfruttando non solo le competenze tecniche e scientifiche acquisite nella formazione e nella esperienza clinica, ma anche mettendo a punto strategie e metodologie innovative.
La pandemia da COVID-19 nella sua drammaticità ha offerto a tutti un'occasione di trasformazione inaspettata, aprendo la strada a nuovi contributi che le Istituzioni, le Associazioni Tecnico Scientifiche e i singoli professionisti potranno sfruttare anche dopo l'epidemia.

L'ATS ED IL SUO RUOLO DI SUPPORTO AL TNPEE DURANTE LA PANDEMIA

Sostenere bambini con patologie, fornire loro interventi specifici e accogliere le richieste e i dubbi delle famiglie in una situazione di così alta vulnerabilità come quella del COVID-19, è un compito complesso, di cui non si può far carico un singolo professionista, seppure esperto e specializzato. Lo studio e la realizzazione di quanto richiesto necessitano di un confronto stabile tra tutti gli attori coinvolti nei Servizi all'Infanzia, sia quelli Sanitari che Educativi e Socio-Assistenziali.
Le Associazioni Tecnico Scientifiche delle Professioni Sanitarie hanno una storia recente, che deriva dall'attuazione della lg. 8 marzo 2017 n. 24 (cd. Legge Gelli) e dall'istituzione del maxi Ordine delle Professioni Sanitarie Tecniche della Riabilitazione e della Prevenzione (lg. 11 gennaio 2018, n.3), eventi che hanno trasformato le Associazioni Maggiormente Rappresentative delle professioni in Associazioni Scientifiche (D.M.2 agosto 2017).
Tali associazioni hanno svolto un ruolo fondamentale durante l'emergenza sanitaria. Il loro compito e dovere deontologico è stato quello di sostenere i TNPEE coadiuvandoli e guidandoli nella difficile ricerca di una rivisitata, ma efficace modalità di intervento fornendo risposte e approcci che mantenessero una continuità nella presa in carico dei bambini con neurosviluppo atipico.

Azioni concrete dell'ATS in fase 1

ANUPI TNPEE ha innanzitutto redatto e proposto un questionario rivolto a tutti i colleghi presenti sul territorio nazionale, anche in collaborazione con le Commissioni di Albo degli Ordini professionali. I dati raccolti sono stati utilizzati per la compilazione di linee guida cucite sulle esigenze dei professionisti.
Da una prima analisi dei risultati sono emersi elementi significativi quali:

- la maggior parte dei TNPEE ha differito i propri interventi rimodulando la presa in carico a distanza;
- la fascia d'età 3-6 anni è stata quella con la maggiore adesione alla presa in carico a distanza;
- il disturbo dello spettro autistico e le disabilità intellettive sono risultate le principali patologie coinvolte nella presa in carico a distanza;
- gli interventi di *parent coaching* tramite colloqui e supporti tecnologici sono stati la modalità più utilizzata per mantenere la presa in carico.

Attraverso il sito wwwanupitnpee.it è stato inoltre possibile divulgare aggiornamenti sulle misure di protezione e l'attivazione dei webinar ha contribuito diffondere le soluzioni applicate e gli obblighi dei professionisti su tutto il territorio nazionale.

Azioni concrete dell'ATS in fase 2

Nella fase 2 si è posta maggiore attenzione alla dimensione preventiva, che è insita nella formazione e nella mission del TNPEE, poiché in generale non soltanto è stato necessario rimodulare il progetto terapeutico nelle sue componenti relazionali, comunicative, emotive ed interattive per i bambini in trattamento, ma si è dovuto lavorare su tutte le manifestazioni di disagio e i comportamenti disfunzionali provocati dalle condizioni di stress.
Da questo punto di vista è importante riflettere sulla dimensione della "distanza" osservando che nei bambini la relazione tra distanza fisica e distanza sociale si esprime in larga parte attraverso i segnali corporei e non verbali, la cui lettura fatta da professionisti specificatamente formati su tutto l'arco dell'età evolutiva, aiuta a cogliere il livello di benessere psicofisico, gli aspetti compensativi fisiologici, distinguendoli dagli effettivi indici di disagio, di malessere o di strutturazione del disturbo. Si tratta di una prospettiva nella quale le Associazioni Tecnico Scientifiche, insieme alle equipe di riferimento, continueranno a muoversi per supportare meglio i professionisti e i loro utenti.

POSIZIONAMENTO ATTIVO DEI CAREGIVERS NELL'INTERVENTO TERAPEUTICO: L'APPROCCIO DEL TNPEE

Nel campo dei disturbi del neurosviluppo le principali Linee Guida, le sperimentazioni e i risultati della ricerca applicata all'intervento sollecitano, in continuità con l'ampia e collaudata esperienza italiana della riabilitazione in Età Evolutiva, importanti cambiamenti di prospettiva nelle caratteristiche e nelle procedure di intervento.
In primo luogo, c'è oramai unanimità tra clinici e ricercatori anche di diversi orientamenti nel considerare fondamentale, nei trattamenti dei disturbi del neurosviluppo, un coinvolgimento attivo di chi vive quotidianamente con il bambino per favorire la stabilizzazione e la generalizzazione di quelle funzioni cardine che, a seconda delle caratteristiche cliniche ed evolutive, vanno sollecitate in un determinato periodo di vita.
I cambiamenti sociali, in termini di struttura e di dinamiche relazionali, avvenuti negli ultimi decenni, hanno modificato molto il consueto assetto di vita nei nuclei familiari e nuove criticità, pertanto, sono emerse in modo sempre più chiaro agli operatori e alle equipe che si interfacciano quotidianamente con l'utenza in età evolutiva.
La necessità di presa in carico precoce, intensiva, generalizzata che coinvolga tutto il sistema di relazioni all'interno del quale il bambino è inserito ha di fatto richiesto, già prima del Covid-19, modelli flessibili, capacità di immaginare un ampliamento del setting terapeutico a tutti i contesti di vita del bambino, ponendo la figura del terapista dell'età evolutiva in un'ottica nuova dove al fianco delle competenze classiche ed imprescindibili nella cura diretta col bambino, vanno ampliandosi in termini quantitativi e qualitativi quegli strumenti atti a generalizzare le competenze emergenti in terapia nei vari contesti di vita.
È proprio in questi termini che dovrebbe declinarsi l'ottica sistemica all'interno della quale il TNPEE va a programmare, nella propria equipe di riferimento, tutti i passaggi che consentano ai principi di tempestività, intensità e generalizzazione degli interventi di poter essere degli effettivi facilitatori al servizio del processo adattivo del bambino.
In tutte le situazioni in cui questo processo era già avviato e faceva parte del modello generale di presa in carico, fatti salvi gli impedimenti burocratici e amministrativi che, in alcuni casi, possono aver reso proibitivo o possono aver ostacolato l'avvio del processo stesso, la riformulazione del programma di intervento e la rimodulazione del setting hanno avviato esperienze, attualmente in corso di analisi e di verifica, dai risvolti interessanti e ricche di potenzialità inaspettate.

Tali esperienze si collocano prevalentemente nel solco di quella che nel profilo professionale e *Core Competence* del TNPEE viene indicata come Educazione Terapeutica, cioè quell'insieme di attività volte a sostenere un posizionamento attivo dei *caregivers*, in particolare ma non solo i genitori, sostenendone di volta in volta esigenze applicative, implicative ed esplicative.
Gli interventi "mediati dai genitori" costituiscono un'area di riflessione e di intervento che si è andata ampliando enormemente; allo stato attuale in Italia numerosi gruppi di lavoro stanno implementando esperienze in tal senso utilizzando modelli in alcuni casi già sperimentati ed anche sostenuti da importanti evidenze scientifiche.
Durante la pandemia di COVID-19 questo approccio ha favorito la necessaria rimodulazione degli interventi, mantenendo stabili i contatti e individuando le risorse utili alla prosecuzione della presa in carico soprattutto nella modalità a distanza.
Infatti, dove si è resa necessaria la prosecuzione della terapia in presenza, il TNPEE ha dovuto riorganizzare il setting e attenersi alle misure di sicurezza e prevenzione del rischio di contagio, e all'uso dei differenti DPI indicati a seconda della valutazione del rischio iniziale. Tuttavia, nella maggior parte dei casi, sulla base della valutazione clinica dell'equipe e coerentemente con le indicazioni dalle autorità competenti, che nella fase acuta della pandemia hanno individuato nell'intervento da remoto la modalità da preferire, la presa in carico dei pazienti è stata rimodulata a distanza. In maniera coordinata con l'equipe e la famiglia, in continuità con quanto svolto in precedenza, si stabiliscono nuovi obiettivi in base al profilo di sviluppo del bambino e si valutano i mezzi a disposizione nel rispetto dei tempi, spazi e organizzazione familiare. Per il TNPEE la comunicazione e la relazione sono fondamentali per creare un'alleanza terapeutica, che da sempre lo porta ad indicare il trattamento in presenza come quello elettivo. In questa fase il TNPEE ha dovuto ripensare il proprio modo di lavorare coerentemente con le Linee di indirizzo.
Le modalità di intervento a distanza individuate sono state:

1. modalità sincrona: la terapia viene condotta dal terapista in videochiamata diretta con il paziente attraverso piattaforme online;
2. modalità asincrona: la terapia si realizza attraverso l'invio di materiali o videoclip con attività da svolgere in autonomia (genitore/bambino) o mediate dal caregiver. Il terapista successivamente richiede feedback al caregiver (attraverso la condivisione di video, materiali o colloquio) e fornisce ulteriori indicazioni al riguardo.
3. modalità miste: fanno riferimento alle terapie in cui all'intervento in modalità sincrona segue un programma di attività di rinforzo, sulle quali

organizzare un monitoraggio ragionato e organizzato in relazione agli incontri in videochiamata.

UN MODELLO DI INTERVENTO PLASMABILE SULL'EMERGENZA SANITARIA: IL PACT

Nel corso della fase emergenziale il modello Pact si è rivelato particolarmente agevole per il lavoro in remoto in quanto ha permesso di proseguire il lavoro attraverso gli interventi mediati dai genitori.
Il PACT (*Paediatric Autism Communication Therapy*), è una modalità di intervento messa a punto e verificata presso l'università di Manchester da un gruppo di clinici e ricercatori (Aldred, Green, Chairman e collaboratori) nella quale i terapisti lavorano con i genitori/*caregivers* al fine di migliorare la comunicazione sociale del e con il loro bambino affetto da ASD. Diversi studi e ricerche effettuate hanno evidenziato come a lungo termine si possano avere dei miglioramenti nella comunicazione sociale e una riduzione dei comportamenti ripetitivi e restrittivi mantenuti sino a sei anni dopo la fine del trattamento. Nel corso degli ultimi 3 anni numerosi TNPEE insieme a colleghi di altre professioni della riabilitazione, a psicologi e neuropsichiatri infantili hanno avuto la possibilità di completare la formazione e di poter utilizzare tale strumento che si caratterizza per un uso particolare del *videofeedback*, attraverso strategie che permettono al genitore di integrare le nuove conoscenze sulle modalità di comunicazione più efficaci col proprio bambino nella quotidianità e in tutti i contesti di vita.
L'uso di tale strumento è stato reso particolarmente semplice da alcune modifiche relative al setting di pratica e di analisi del *videofeedback* e durante il Covid è stato utilizzato da molti operatori come una modalità particolarmente efficace in quelle situazioni dove era molto difficile attivare interventi a distanza diretti al bambino.
Gli effetti del PACT a distanza sono in corso di analisi a partire dai dati raccolti attraverso un questionario del gruppo Pact Italy rivolto a tutti i colleghi italiani che lo abbiano utilizzato durante il Covid; i risultati saranno confrontati con quelli di colleghi di altri paesi europei ed extra europei e potrebbero avere ricadute anche sul piano delle normali procedure utilizzate prima della pandemia.
Il modello Pact e i suoi principi cardini sono stati utili anche per il lavoro con altre patologie, in quanto hanno permesso di sollecitare nelle attività a casa, l'area della comunicazione e dell'interazione.
Tra gli obiettivi proposti si è cercato di ispirarsi ai principi cardine del programma e quindi si è lavorato esclusivamente sulle aree di sviluppo potenziali e non sui deficit.
Un altro aspetto che è stato portato avanti è rappresentato dalla formazione attraverso dei webinar con i genitori che hanno permesso di supportare la continuità terapeutica, soprattutto in quelle situazioni in cui vi era grande preoccupazione e smarrimento da parte dei genitori.
È stato, inoltre, fondamentale realizzare degli incontri *webinar* con gli operatori al fine di ricreare la dimensione multidisciplinare del lavoro, allo scopo di ricondividerne i principi generali.
Queste diverse strategie di lavoro in remoto sono state supportate dalla piattaforma "Super" (Sistema Unitario per la Progettazione Educativa e Riabilitativa) progettata in collaborazione con la Facoltà di Ingegneria dell'Università Federico II) la cui finalità è quella di favorire l'integrazione e la condivisione del progetto educativo e riabilitativo, l'area di sviluppo potenziale e la coerenza dei seguenti obiettivi:

- facilitare la rete e la comunicazione tra la famiglia, la scuola e l'ambito sanitario;
- facilitare la condivisione delle conoscenze scientifiche;
- creare un linguaggio condiviso tra i diversi utenti grazie all'utilizzo dell'ICF-CY individuando i principali domini di azione e agevolando l'analisi dei facilitatori e delle barriere;
- facilitare la condivisione della conoscenza direttamente ed indirettamente connessa al profilo di funzionamento del singolo bambino;
- contrastare la ridondanza e la ripetitività delle informazioni relative al singolo bambino frequenti in alcune fasi;
- individuare funzioni cardine definite in base al profilo di funzionamento, al livello di gravità e alla fascia d'età ponendosi così in una prospettiva sincronica e diacronica;
- agevolare la condivisione degli obiettivi e degli strumenti riabilitativi ed educativi adottati.

L'ICF-CY è il quadro olistico di riferimento assunto, che consente di esplorare i diversi livelli di complessità delle manifestazioni e di porre attenzione ai facilitatori e alle barriere ma anche ai limiti e alle risorse presenti nel contesto di vita del bambino. La struttura della piattaforma comprende una serie di strumenti costruiti ad hoc finalizzati sia alla rilevazione del profilo funzionale sia all'identificazione degli obiettivi congiunti sia alla relativa verifica dell'efficacia dell'intervento mentre la rete operativa personalizzata sul singolo utente facilita la partecipazione e lo rende maggiormente efficace.

CONSIDERAZIONI FINALI

La pandemia Covid-19 ha evidenziato come, in assenza di interventi appropriati e tempestivi, il rischio per la salute mentale sia particolarmente elevato per i soggetti più fragili, tra cui bambini e ragazzi con disturbi del neurosviluppo, che rappresentano la popolazione a

cui rivolge gli interventi di prevenzione e cura il terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva. L'ottica sistemica e la collaborazione inter e multidisciplinare che sottende il suo agire si rivela efficace ed in grado non solo di supportare i *caregiver*, ma di riconoscere e attribuire loro un ruolo attivo e competente, garanzia per la generalizzazione nei contesti di vita delle evoluzioni emergenti in terapia. Se da un lato la formazione, l'esperienza clinica, la tecnologia e la creatività hanno consentito di mantenere la presa in carico a distanza con risultati soddisfacenti in un buon numero di casi, è pur vero che l'esperienza COVID-19 ha reso più evidente la necessità di rimodulare la formazione di base e quella specialistica, potenziando sia l'ambito dell'educazione terapeutica, integrando strumenti e modelli avanzati per il *parent training*, sia l'ambito della metodologia di lavoro in team multidisciplinare e delle competenze necessarie per tessere reti e interconnessioni operative tra i diversi professionisti della salute. La collaborazione con i pediatri e con gli operatori delle agenzie educative diventa uno snodo importante per individuare precocemente i segni di rischio attraverso screening mirati.

Considerato che le "Linee di indirizzo sui disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza", approvate nel 2019 dalla Conferenza unificata Governo-Regioni-Province autonome di Trento e Bolzano-Enti locali rilevano che:

- il 20% della popolazione in età 0-17 anni è interessata da tali disturbi;
- nelle Regioni in situazione meno precaria cui sono attivi i Servizi di NPIA l'accesso ad essi si colloca intorno al 6-8% della popolazione infantile, meno della metà del dato epidemiologico;
- in tutte le realtà l'aumento dell'accesso ai servizi va a discapito di un'adeguata presa in carico terapeutica riabilitativa dopo la diagnosi;
- diventa una necessità primaria garantire la presenza in numero congruo degli specialisti dell'età evolutiva, quali sono i TNPEE, in tutti i servizi pubblici a cui afferisce questa popolazione e particolarmente in:
  - Aziende Ospedaliere Pediatriche;
  - Unità Operative di Neuropsichiatria Infantile, di Pediatria, di Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale delle Aziende Ospedaliere e Ospedaliero-Universitarie;
  - Unità Operative territoriali di Neuropsichiatria Infantile e Riabilitazione.

Il coinvolgimento del TNPEE risulta inoltre una preziosa risorsa in tutti i progetti di prevenzione che hanno come finalità l'incremento dei fattori protettivi del neurosviluppo, nelle campagne informative e di sensibilizzazione rivolte alla popolazione sulle disabilità in età evolutiva, nei progetti domiciliari finalizzati alla generalizzazione delle abilità strutturate all'interno del setting terapeutico e nelle azioni di supporto alla genitorialità.

Conflitto di interessi

Gli Autori dichiarano di non avere alcun conflitto di interessi con l'argomento trattato nell'articolo.

Bibliografia di riferimento

Associazioni Tecnico-Scientifiche AITNE- ANUPI TNPEE Linee di indirizzo e raccomandazioni ai Terapisti della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva- Documento condiviso da Federazione Nazionale degli Ordini TSRM E PSTRP https://www.anupitnpee.it/news-coronavirus-covid-19/1384-em

Aldred C, Green J, Howlin P, et al. Pact Therapist, PACT Manuale d'Intervento. Traduzione Italiana di Bonifacio A, Gison G, Olivo A, Scuccimarra G. Firenze: Hogrefe ed. 2019.

Conferenza Unificata Governo, Regioni, Province autonome di Trento e Bolzano, Enti locali 23.07.2019 Allegato A Linee di indirizzo sui disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza.

Gison G, Vallefuoco E, Pepino A. Piattaforma digitale per la progettazione degli interventi nel disturbo dello spettro autistico SUPER (Sistema Unitario in una Piattaforma Educativa e Riabilitativa) - Rivista digitale open access IL TNPEE: Terapia, Prevenzione, Formazione, Ricerca- Vol. 1 N. 1 maggio 2019 https://rivistedigitali.erickson.it/il-tnpee/archivio/vol-1-n-1/open access

Gison G, Bonifacio A, Minghelli E. Autismo e psicomotricità - Strumenti e prove di efficacia nell'intervento neuro e psicomotorio precoce. Trento: Erickson 2012.

Green J, Charman T, McConachie H, et al. Parent-mediated communication-focused treatment in children with autism (PACT): a randomised controlled trial. Lancet 2010;375(9732): 2152-60. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60587-9

ISS – Istituto Superiore di Sanità RAPPORTO ISS COVID-19 N.8/2020: Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno delle persone nello spettro autistico nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2 - Osservatorio Nazionale Autismo ISS (Versione del 30 marzo 2020).

ISS – Istituto Superiore di Sanità RAPPORTO ISS COVID-19 N.43/2020: Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno della salute mentale nei minori di età durante la pandemia COVID-19 - Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19 (Versione del 31 maggio 2020).

Morabito C. Il motore della mente. Il movimento nella storia delle scienze cognitive. Bari: Laterza 2020.

Pickles A, Le Couteur A, Salomone E, et al. Parent-mediated social communication therapy for young children with autism (PACT): long term follow-up of a randomised controlled trial. Lancet 2016;388(10059):2501-2509. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31229-6

SINPIA – Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza Indicazioni operative per i servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e per i servizi di riabilitazione dell'età evolutiva. www.sinpia.eu

Effetti psicologici e sulle abitudini di vita della pandemia da COVID-19 e delle misure restrittive in un campione di studenti: dati preliminari

Psychological and lifestyle habits effects of the COVID-19 pandemic and restrictive measures in a sample of students: preliminary data

G. Catone[1], V.P. Senese[2], A. Pezzella[2], L. Almerico[2], A. Gritti[1], S. Pisano[3,4]

[1] Dipartimento di Scienze Formative, Psicologiche e della Comunicazione, Università degli studi Suor Orsola Benincasa, Napoli; [2] Dipartimento di Psicologia, Università degli studi della Campania "Luigi Vanvitelli"; [3] Dipartimento di Neuroscienze Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale "Santobono-Pausilipon" Napoli; [4] Dipartimento di Scienze Mediche Traslazionali Università Federico II, Napoli

Riassunto

Durante la pandemia da COVID-19, il governo italiano ha adottato misure per contenere la diffusione del virus e tra queste l'isolamento sociale e la chiusura delle scuole, con un potenziale effetto sul benessere psicologico e abitudini di vita delle persone. Gli adolescenti possono essere particolarmente sensibili agli effetti di tali misure. Per tale motivo lo scopo di questo lavoro è stato quello di definire degli "indicatori di impatto" in grado di misurare il livello di stress connesso ai cambiamenti negli stili di vita durante la pandemia e descrivere gli effetti psicologici a breve termine della situazione. I dati sono stati raccolti in un campione di 326 studenti delle scuole superiori della provincia di Napoli mediante la somministrazione on-line di questionari. I risultati relativi ai tre domini di impatto considerati, quali *caratteristiche del contesto, cambiamenti nelle abitudini di vita e preoccupazione per il contagio*, sembrano rappresentare dei buoni indicatori dello stress connesso alla pandemia, mentre quelli relativi agli effetti psicologici a breve termine hanno evidenziato che il 47,1% degli adolescenti presenta punteggi di ansia di stato al di sopra del valore soglia e che il 14,1% presenta punteggi al di sopra del valore soglia predittivo di sintomatologia depressiva. Infine, i dati hanno mostrato una forte associazione positiva tra il benessere psicologico generale e il benessere psicologico attuale. In conclusione, i risultati di questo studio preliminare rimarcano l'importanza di monitorare, nella popolazione di adolescenti le "condizioni di contesto", contestualmente ai livelli di ansia e depressione in corso di situazioni di emergenza al fine di poter definire possibili fattori di rischio/protezione. È necessario, infatti, programmare dei possibili interventi atti a prevenire le conseguenze psicologiche negative in caso sia necessario riattivare le misure straordinarie sulle libertà personali o nel caso di future pandemie.

Parole chiave: COVID-19, Adolescenti, Ansia, Depressione, Stress

Summary

During the COVID-19 pandemic, the Italian government has adopted measures to contain the virus, including social isolation and the closure of schools, with a potential effect on people's psychological well-being and life habits. Adolescents can be especially sensitive to the effects of these measures. For this reason, the aim of this research study was to define "impact indicators" capable of measuring the level of stress associated with changes in lifestyles during the pandemic and describing the short-term psychological effects of the situation. The data were collected in a sample of 326 high school students in the province of Naples by administering on-line questionnaires. The results for the three impact domains considered, namely context characteristics, changes in lifestyle and concern for contagion, seem to be good indicators of pandemic-related stress, while those related to short-term psychological effects, showed that 47.1% of adolescents have state anxiety scores above the threshold value and that 14.1% of adolescents have scores above the predictive threshold value of depressive symptoms. Finally, the data showed a strong positive association between general psychological well-being and current psychological well-being. In conclusion, the results of this preliminary study underline the importance of monitoring "contextual factors" as well as the rate of anxiety, depression during emergency situations, in the population of adolescents in particular, to define possible risk / protection factors. In fact, it is necessary to plan possible interventions to prevent negative psychological consequences in case it is necessary to reactivate extraordinary measures on personal freedoms or in the event of future pandemics.

Key words: COVID-19, Adolescents, Anxiety, Depression, Stress

CORRISPONDENZA

Gennaro Catone, corso Vittorio Emanuele 292 80135 Dipartimento di Scienze Formative, Psicologiche e della Comunicazione, Università degli Studi Suor Orsola Benincasa, Napoli - E-mail: gennaro.catone@unisob.na.it

INTRODUZIONE

Il 31 dicembre 2019, è stata annunciata dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) una nuova polmonite virale da Coronavirus (COVID-19) che ha avuto origine a Wuhan, in Cina. L'11 marzo 2020 l'OMS ha definito il COVID-19 una pandemia, contando più di 118.000 casi in 114 nazioni e con un numero di decessi pari a 4.291 [1].

L'Italia è stato uno tra i primi paesi europei ad affrontare la pandemia ed anche uno dei più duramente colpiti dal virus. La diffusione del COVID-19 ha rappresentato una forte emergenza sanitaria e in risposta ad essa sono state prese severe misure di contenimento che includevano l'isolamento forzato nelle proprie abitazioni, quindi l'interruzione di numerose attività lavorative e la limitazione dei contatti tra le persone. La letteratura scientifica indica che queste misure (dette comportamentali o non-farmacologiche) sono molto efficaci per contenere la diffusione del virus, e ciò è particolarmente importante in assenza di cure mediche valide e di un vaccino [2]. Tuttavia, esse possono incidere fortemente sul benessere psicologico delle persone [3].

Una recente revisione della letteratura sugli effetti psicologici della quarantena durante epidemie e pandemie passate (ad es., SARS, H1N1, Ebola, MERS, influenza equina) ha messo in evidenza che, confrontando gli esiti psicologici delle persone in quarantena rispetto alle persone non in quarantena, i primi hanno maggiori probabilità di mostrare disagio psicologico [4]. Infatti, la paura del contagio per se stessi e per i propri parenti in associazione con il distanziamento sociale e l'isolamento dovuto alle misure restrittive e alle conseguenti e inevitabili difficoltà economiche rappresentano una combinazione di fattori altamente angoscianti [3] che potrebbe avere come conseguenza l'aggravio di forme pre-esistenti di disagio mentale [5].

I primi dati pubblicati a livello internazionale sull'epidemia da COVID-19 vanno in questa direzione, ed hanno confermato che anche in questo caso le misure restrittive adottate hanno innescato un'ampia varietà di problemi psicologici come confusione, rabbia, ansia, depressione, attacchi di panico e sintomi del Disturbo da Stress Post-Traumatico [4,6]. Inoltre, un'indagine condotta nel Regno Unito su 2111 giovani con storia di malattia mentale ha mostrato che per l'83% la pandemia ha peggiorato la propria condizione di vita e che per il 26% ha impedito l'accesso ai servizi di salute mentale, ai gruppi di supporto e agli sportelli di ascolto [7].

Gli esperti concordano sul fatto che i problemi di salute mentale collegati alla pandemia e alla condizione di quarantena non debbano essere trascurati, ma valutati e affrontati, specialmente per le popolazioni più fragili come gli operatori sanitari, i pazienti psichiatrici e gli adolescenti [3,8]. Infatti, sebbene la pandemia e le misure restrittive abbiano riguardato tutti i cittadini, vi sono diversi studiosi che concordano nel ritenere che tali misure hanno avuto e avranno effetti maggiori sulla popolazione degli adolescenti [9,10], in quanto in questa fascia d'età in particolare si iniziano a sperimentare quelle autonomie e libertà personali che sono state interrotte. Basti pensare, ad esempio, alla chiusura delle scuole che ad aprile 2020 ha riguardato il 90% degli studenti, in 188 nazioni in tutto il mondo, circa 1,5 miliardi [7]. Uno studio epidemiologico, invece, ha confermato che a causa della pandemia e delle misure restrittive sono gli adolescenti che hanno maggiori probabilità di mostrare problemi di attenzione e che in generale per tutti i ragazzi c'è stato un aumento dei problemi relazionali e dei sintomi del Disturbo da Stress Post-Traumatico [11]. In uno studio dedicato alla popolazione adolescente, Zhou et al. hanno mostrato una prevalenza di sintomi depressivi, sintomi di ansia e una combinazione di sintomi depressivi e di ansia durante l'epidemia di COVID-19 pari al 43,7%, 37,4% e 31,3%, rispettivamente, molto più alta delle stime normalmente riportate in Cina prima della pandemia [12].

In questa prospettiva, dunque, i dati della letteratura sembrano indicare il bisogno di monitorare nella popolazione di adolescenti il tasso di ansia, depressione e altri aspetti della salute mentale, realizzando studi che aiutino a comprendere gli effetti psicologici della pandemia e definire possibili fattori di rischio/protezione. Questo, infatti, consentirebbe di programmare dei possibili interventi atti a prevenire le conseguenze psicologiche negative in caso di future pandemie o di riproposizione delle misure straordinarie sulle libertà personali.

In linea con tali considerazioni, obiettivo del presente studio era indagare negli adolescenti le conseguenze psicologiche a breve termine della pandemia e delle misure restrittive adottate per la tutela della salute dei cittadini. Presentiamo qui i dati preliminari di due obiettivi specifici: definire degli "indicatori di impatto", in grado di misurare il livello di stress connesso ai cambiamenti negli stili di vita durante la pandemia, e descrivere gli effetti psicologici a breve termine della situazione emergenziale. A tal fine è stato messo a punto un questionario *ad hoc* finalizzato a raccogliere quelle informazioni sul contesto di vita e relazionale degli adolescenti che secondo alcuni dati della letteratura potrebbero riflettere l'impatto della situazione considerata sulla vita degli adolescenti. Infatti, come emerso da una ricerca condotta in Italia nel periodo di massima rigidità delle misure restrittive [13], le caratteristiche dell'ambiente domestico sembrano avere un peso non di poco conto nell'influenzare l'impatto delle misure restrittive sul benessere psicologico. In combinazione con il questionario, sono state somministrate alcune scale standardizzate con lo scopo di

descrivere i tassi di ansia, depressione e altri aspetti della salute mentale. Per ciascuna scala considerata, i punteggi osservati sono stati confrontati con i *cut-off* clinici riportati nella letteratura, al fine di individuare le percentuali di partecipanti a rischio. In base ai dati della letteratura, ci aspettavamo di individuare dei tassi maggiori rispetto alla norma di presenza di alterazioni cliniche sulle misure di ansia di stato e di depressione in particolare.

METODI

Partecipanti

Per il reclutamento dei partecipanti sono state contattati quattro istituti professionali della provincia di Napoli, di cui tre hanno accettato di partecipare allo studio. È opportuno considerare che, in Italia, gli istituti professionali sono frequentati, prevalentemente, da studenti maschi e appartenenti a famiglie con basso/medio livello socio-economico. Prima di prendere parte allo studio, le scuole hanno fornito a ciascun partecipante e ai relativi genitori un documento informativo riguardo la ricerca da leggere attentamente, inoltre, sia i genitori sia gli adolescenti sono stati invitati a firmare un consenso informato on-line prima di partecipare allo studio. In totale hanno risposto all'invito delle scuole 472 soggetti. Di questi, 412 (87,3%) hanno dato il loro consenso a partecipare allo studio, mentre 326 (79,1%) hanno completato l'intero sondaggio e sono stati inclusi nelle analisi. Il campione finale comprende 247 maschi (75,8%, 14-19 anni, *M* età = 15,8 anni, *DS* = 1,3) e 79 femmine (24,2%, 14-19 anni, *M* età = 16,0, *DS* = 1,4). I maschi e le femmine sono equivalenti per età, $t(324) = 1{,}20$, $p = .231$. Lo studio è stato approvato dal Comitato Etico del "A.O.R.N. Antonio Cardarelli - A.O.R.N. Santobono-Pausilipon" Ospedale di Napoli (Italia).

Procedura

Per la somministrazione del protocollo di misure è stata utilizzata la piattaforma di sondaggi on-line Qualtrics. La raccolta dati è iniziata il 25 aprile e si è conclusa il 13 maggio 2020. Il sondaggio comprendeva due sezioni: la prima consisteva in un questionario sociodemografico, elaborato *ad hoc*, atto a esaminare il contesto di vita, le condizioni dei partecipanti durante la quarantena, le abitudini quotidiane e le preoccupazioni sul COVID-19; la seconda era composta da scale standardizzate utili a valutare il livello di ansia, di depressione e il livello generale di salute mentale, rispettivamente sono state utilizzate le scale: State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Mood and Feelings Questionnaire-short form (MFQ) e Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ).

Misure

Questionario sociodemografico. Il questionario sociodemografico è stato creato *ad hoc* al fine di raccogliere le principali caratteristiche demografiche dei partecipanti (quali genere ed età) e per raccogliere degli indicatori di rischio/protezione collegati alla situazione in essere e in grado di spiegare gli effetti che al livello internazionale sono stati osservati a causa della pandemia. A tal fine sono stati presi in considerazione tre domini: (a) le caratteristiche dell'abitazione o del contesto (es. numero di stanze, presenza di stanze private, spazi aperti, accesso a internet ecc.), (b) i cambiamenti nelle abitudini di vita quotidiana legate alla quarantena (es. ritmi del sonno, tipo di alimentazione, ecc.) e (c) le preoccupazioni relative al COVID-19 (es. paura dell'infezione).

State-Trait Anxiety Inventory (STAI). La versione italiana dello *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI, forma Y) [14,15] è stata somministrata ai partecipanti per ottenere una misura dell'ansia di stato. La forma Y della scala STAI è composta da 40 item, 20 per misurare l'ansia di tratto (AT) e 20 per misurare l'ansia di stato (AS). Gli item della scala AS valutano l'intensità dei sentimenti di ansia al momento della misurazione ("in questo momento"). Per ciascuna affermazione le risposte sono raccolte su una scala tipo Likert a 4 passi: 1 = "per niente", 2 = "un po'", 3 = "moderatamente" e 4 = "molto". Punteggi più alti indicano maggiore ansia di stato. Nel presente lavoro, la scala AS è stata utilizzata come misura degli attuali sintomi di ansia legati alla quarantena. L'alfa di Cronbach per l'ansia di stato era ,912. Per quanto riguarda i *cut-off* clinici, Barisone et al. [16] hanno evidenziato un valore soglia predittivo di sintomatologia ansiosa di 40 per l'ansia di stato distinguendo tre livelli di gravità della sintomatologia ansiosa, lieve (da 40 a 50), moderata (da 51 a 60) e grave (punteggi maggiori di 61).

Mood and Feelings Questionnaire (MFQ). Per valutare la presenza di sintomi depressivi in relazione alle ultime due settimane è stata utilizzata la forma abbreviata *self-report* del *Mood and Feelings Questionnaire* [17,18]. Tale strumento è ampiamente utilizzato per lo *screening* dei sintomi depressivi nella popolazione generale degli adolescenti, con buone proprietà psicometriche. Nel presente studio, la versione originale dello strumento, composta di 13 item, è stata tradotta in italiano da psicologi bilingui e poi tradotta nuovamente in inglese (*back-translation*) da due traduttori indipendenti per verificare l'equivalenza della scala tradotta con quella originale [19]. Un'analisi fattoriale esplorativa (metodo della fattorializzazione dell'asse principale) effettuata sulla versione italiana della scala ha confermato la struttura unidimensionale: gli autovalori (e la percentuale di varianza spiegata) dei primi tre fattori erano rispettivamente 5,76 (44,3%), 1,19 (9,2%) e 0,96 (7,4%). In linea con

la letteratura, è stato calcolato un punteggio totale, per cui punteggi più alti indicano una maggiore depressione. In questo studio, l'alfa di Cronbach era .887. Per quanto riguarda il *cut-off* clinico, Angold et al. [17] hanno evidenziato un valore soglia per la depressione pari a 12 per la scala breve.

Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ). La psicopatologia generale, intesa come presenza di difficoltà comportamentali ed emotive, è stata valutata mediante la somministrazione della versione italiana *self-report* dello *Strength and Difficulties Questionnaire* (SDQ) [20] che gode di proprietà psicometriche generalmente accettabili [21]. L'SDQ si compone di 25 item, relativi a cinque sub-scale: 1. Sintomi emotivi (5 item), 2. Problemi di condotta (5 item), 3. Problemi di iperattività-disattenzione (5 item), 4. Problemi tra pari (5 item) e 5. Comportamento pro-sociale (5 item). Ciascuna scala presenta delle affermazioni relative agli ultimi sei mese cui bisogna rispondere utilizzando una scala a 3 passi: 0 = "non vero"; 1 = "piuttosto vero" e 2 = "certamente vero". Per ciascuna sottoscala il punteggio è compreso tra 0 e 10. Ai fini del presente studio, abbiamo utilizzato il punteggio totale (esclusa la scala del comportamento pro-sociale) come misura della psicopatologia di base riferita agli ultimi sei mesi, per cui punteggi più alti sono indice di maggiori difficoltà comportamentali ed emotive. In questo studio, l'alfa di Cronbach del punteggio totale è risultato adeguato, α = .738. Per quanto riguarda il *cut-off* clinico, Goodman et al. [22] hanno evidenziato che è possibile definire quattro livelli di presenza della sintomatologia generale: vicino alla media (da 0 a 14), leggermente superiore (da 15 a 17), alta (da 18 a 19) e molto alta (da 20 a 40).

Analisi statistiche

Al fine di descrivere l'impatto della situazione sulle condizioni di vita degli adolescenti, relativamente alle tre dimensioni considerate, le caratteristiche del contesto (CC), i cambiamenti nelle abitudini di vita quotidiana (CA) e la preoccupazione per il contagio (PC), i dati sono stati analizzati mediante delle statistiche descrittive. Inoltre, al fine di descrivere l'impatto della situazione sul benessere psicologico degli adolescenti, i dati relativi alla misura dell'ansia di stato (STAI), depressione (MFQ) e livello generale di psicopatologia (SDQ) sono stati analizzati utilizzando le principali statistiche descrittive, quindi, per ciascuna dimensione, sono stati confrontati i punteggi osservati con i *cut-off* clinici di riferimento e descritte le percentuali di soggetti in condizione di rischio (punteggi superiori ai *cut-off*). Infine, allo scopo di analizzare la relazione tra il benessere psicologico in generale e lo stato psicologico osservato durante la quarantena, sono stati calcolati i coefficienti di correlazione tra i punteggi del livello generale di psicopatologia (difficoltà comportamentali ed emotive) e i punteggi di ansia di stato e di depressione.

RISULTATI

Caratteristiche del contesto (CC)

Dalle analisi relative alle risposte raccolte in questa sezione del protocollo, è emerso che, relativamente all'abitazione, il 73,6% dei partecipanti ha vissuto la quarantena in un'abitazione con quattro o più stanze (esclusi bagni e ripostigli), *M* = 4,3, *DS* = 1,3. La maggior parte degli adolescenti non aveva una stanza per sé ma ha condiviso la propria stanza con un fratello/sorella (53,4%), mentre il 32,5% aveva a disposizione una stanza propria per studiare e dormire. Relativamente agli spazi aperti, il 3,7% non aveva alcuno spazio all'aperto a disposizione in casa (solo finestre) o nel condominio, il 5% aveva a disposizione solo spazi condominiali (cortile o parco), il 46,3% aveva a disposizione un balcone, mentre il 45,1% aveva a disposizione un terrazzo o un giardino. Relativamente alla possibilità di accedere a Internet, i dati hanno evidenziato che il 3,1% non aveva accesso a Internet, il 9,5% accedeva a Internet con il cellulare o per un tempo limitato, il 3,1% accedeva a Internet tramite un Wi-Fi ma a tempo limitato, il 58,6% accedeva a Internet tramite un Wi-Fi a tempo illimitato, mentre nel 25,8% tramite un Wi-Fi veloce e a tempo illimitato. Relativamente alla disponibilità di dispositivi per collegarsi a Internet, i dati hanno evidenziato che il 33,7% aveva a disposizione esclusivamente un cellulare, il 3,1% aveva a disposizione un tablet, il 36,2% un PC condiviso, mentre il 27,0% un PC ad uso esclusivo.

Cambiamenti nelle abitudini di vita (CA)

Dalle analisi relative alle risposte raccolte in questa sezione del protocollo, è emerso che durante la quarantena vi sono state modificazioni sia delle abitudini alimentari sia nei ritmi sonno-veglia. In particolare, relativamente alle abitudini alimentari, i dati hanno evidenziato che l'82% degli adolescenti ha dichiarato di aver modificato l'alimentazione da un punto di vista quantitativo (54,0% "un poco", 28,2% "molto"). Il 57.9% ha dichiarato di aver modificato l'alimentazione da un punto di vista qualitativo (42,9% "un poco", 15,0% "molto"). Il 68,4% dichiara di aver modificato i tempi (orari e frequenza) dell'alimentazione (43,2% "un poco", 25,2% "molto"). Relativamente alle analisi dei cambiamenti relativi ai ritmi biologici e alla qualità del sonno emergono cambiamenti più generalizzati. Infatti, il 65,0% degli adolescenti dichiara di aver modificato di "molto" i ritmi sonno-veglia, il 29,4% "un poco", mentre solo il 5,5% "per nulla". Mentre, relativamente alla qualità del sonno, il 40,5% degli adolescenti dichiara di aver modificato di

"molto" la qualità del sonno, il 37,7% "un poco", mentre solo il 21,8% "per nulla".

Preoccupazione per il contagio (PC)

Dalle analisi relative alle risposte raccolte in questa sezione del protocollo, è emerso che durante la quarantena gli adolescenti erano maggiormente preoccupati che i loro familiari potessero contagiarsi, *M* = 7,2, *DS* = 3,1, di quanto non fossero preoccupati per loro stessi, *M* = 4,3, *DS* = 3,6, il confronto tra questi due punteggi risulta essere significativo, $t(325) = 14{,}71$, $p < {,}001$. In particolare, il 38,0% ha affermato di non aver alcun timore di contrarre il virus in prima persona, mentre solo il 10% ha dichiarato di non avere timori circa la possibilità che un familiare contraesse il virus. Considerando il valore "5" come valore intermedio della scala utilizzata, è possibile affermare che il 47% degli adolescenti ha dichiarato di avere un grado di preoccupazione medio-alto circa il rischio di infezione auto-riferito, mentre la percentuale diventa del 78,2% quando il rischio di contagio è riferito ai propri familiari. In quest'ultimo caso, il 31% ha dichiarato un livello di preoccupazione massimo, ovvero pari a "10". Infine, per quanto riguarda il tempo dedicato a leggere o ascoltare informazioni relative al contagio, la maggior parte degli adolescenti (50%) ha dichiarato di dedicare circa un'ora, il 13,2% di dedicare due o più ore, mentre il 12,9% ha dichiarato di non informarsi affatto.

Ansia di stato

Relativamente ai punteggi di ansia di stato, i dati hanno evidenziato che durante la quarantena gli adolescenti avevano un livello di ansia di stato medio pari a *M* = 41,6 (*DS* = 10,8). Se si tiene conto del *cut-off* clinico, i risultati evidenziano che il 47,1% degli adolescenti presenta punteggi di ansia di stato al di sopra del valore soglia. Nello specifico, il 26,4% presenta una sintomatologia classificabile come lieve, il 14,2% moderata e il 6,5% grave.

Livello di depressione

Relativamente ai punteggi di depressione, i dati hanno evidenziato che durante la quarantena gli adolescenti avevano un livello di depressione medio pari a *M* = 6,5 (*DS* = 5,6). Se si tiene conto del *cut-off* clinico, i risultati evidenziano che il 14,1% degli adolescenti presenta punteggi al di sopra del valore soglia predittivo di sintomatologia depressiva.

Psicopatologia generale

Relativamente ai punteggi relativi alle difficoltà comportamentali ed emotive negli ultimi sei mesi, i dati hanno evidenziato che gli adolescenti avevano un livello di adattamento medio pari a *M* = 11,4 (*DS* = 5,9). Se si tiene conto del *cut-off* clinico, i risultati evidenziano che il 22,1% degli adolescenti ha manifestato un punteggio al di sopra del valore soglia. In particolare, il 4,6% presentava una sintomatologia classificabile come leggermente superiore, il 6,2% alta e l'11,3% molto alta.

Correlazione tra benessere psicologico generale e attuale

L'analisi della correlazione ha messo in evidenza una forte associazione positiva tra i sintomi psicopatologici generali (punteggi alla scala problemi totali dell'SDQ) e il benessere psicologico attuale, inteso come sintomi di ansia di stato e depressione. In particolare, i punteggi alla scala AS (STAI) hanno mostrato una correlazione forte e positiva con i punteggi della scala MFQ, ($r = {,}739$, $ps < {,}001$, $N = 326$), stesso *pattern* si osserva per i punteggi della scala SDQ che hanno mostrato una correlazione forte e positiva con i punteggi della scala MFQ ($r = {,}710$, $ps < {,}001$, $N = 326$).

DISCUSSIONE

Lo scopo del presente studio preliminare è stato quello di valutare gli effetti sul benessere psicologico della pandemia da COVID-19 e delle relative misure restrittive e di contenimento su una popolazione di studenti adolescenti. In particolare, sono stati analizzati degli indicatori di "impatto" utili per la misurazione del livello di stress e gli effetti psicologici a breve termine, entrambi connessi alla particolare situazione attraversata. Rispetto agli indicatori di "impatto" sul livello di stress, i dati raccolti consentono di fotografare la situazione relativa al campione osservato per quello che riguarda le caratteristiche del contesto, i cambiamenti delle abitudini di vita e la preoccupazione circa il contagio. Relativamente al contesto emerge che la maggior parte degli studenti condivideva la propria stanza con un altro membro della famiglia e solo ¼ degli intervistati accedeva ad Internet tramite una connessione Wi-Fi veloce a tempo illimitato e aveva un PC ad uso esclusivo. Ciò ha potuto rappresentare una fonte di stress e difficoltà soprattutto per la possibilità di usufruire in maniera ottimale della didattica a distanza ma anche per la possibilità o il bisogno di mantenere contatti relazionali con i propri pari mediante i sistemi di messaggistica e i *social networks* e di informarsi/documentarsi circa la situazione di emergenza e il decorso della pandemia [7,23]. Rispetto ai cambiamenti delle abitudini di vita, come prevedibile, più della metà del campione ha riportato alterazioni quantitative e qualitative dell'alimentazione e ¼ dei partecipanti affermava di aver modificato molto le proprie abitudini di vita; d'altra parte il 65% degli studenti ha dichiarato anche cambiamenti nel ritmo sonno veglia e il 40% circa di questi affermava

di aver modificato molto le proprie abitudini di sonno. Ciò è importante perché sia i cambiamenti delle abitudini alimentari e del ritmo sonno veglia possono avere un impatto significativo sulla salute mentale come suggeriscono diversi studi [24-27]. Riguardo la preoccupazione relativa al contagio è emersa la preoccupazione circa il possibile contagio dei familiari e che un terzo circa dei partecipanti giudicava queste preoccupazioni di un livello molto alto. Altro dato interessante riguardava la ricerca di informazioni circa l'andamento della pandemia che evidenzia una grande attenzione al contagio da parte degli adolescenti.

I dati raccolti sugli effetti psicologici a breve termine hanno mostrato la presenza di una significativa ansia di stato in quasi la metà dei partecipanti di cui il 6,5% con un livello di ansia di stato che può essere definito come "grave". Inoltre, il 15% circa dei partecipanti mostrava sintomi depressivi attuali. Tali dati sono in linea con quelli emersi in altri studi che hanno indagato la condizione psicologica degli adolescenti durante la pandemia, ad esempio, in uno studio su 584 giovani in Cina [28] ha mostrato che il 40,4% del campione tendeva a mostrare dei problemi psicologici, mentre nello studio di Zhou et al. [12] il livello di ansia riportato era sostanzialmente simile a quello emerso nel presente lavoro (37,4%), mentre il livello di depressione era più alto dei livelli di depressione sperimentati dagli studenti partecipanti a questo studio (43,7%). Infine, in questo studio l'analisi dell'associazione che ha valutato gli effetti del benessere psicologico, misurati in base alla psicopatologia di base degli ultimi 6 mesi, ha evidenziato che le caratteristiche di base degli adolescenti hanno avuto un effetto sulla psicopatologia attuale durante la situazione di emergenza, confermando ulteriormente che le alterazioni psicologiche osservate durante la pandemia sono collegate alle problematiche psicopatologiche pre-esistenti [5].

CONCLUSIONI

Le evidenze preliminari provenienti da questa ricerca hanno una importante rilevanza in questioni di salute pubblica e gestione dell'emergenza conseguente alla pandemia da COVID-19 e altre situazioni analoghe. Gli effetti sulla salute mentale e sul benessere psicologico degli adolescenti in particolare acquistano sempre maggiore importanza adesso che le problematiche relative alla salute fisica si stanno attenuando, almeno in Italia, con una diminuzione dei casi di contagio, dei ricoveri in terapia intensiva e dei decessi. In questa prospettiva, dunque, c'è il bisogno di monitorare nella popolazione di adolescenti il tasso di ansia, depressione e altri aspetti della salute mentale e definire possibili fattori di rischio/protezione. Questo, infatti, consentirebbe di programmare dei possibili interventi atti a prevenire le conseguenze psicologiche negative in caso sia necessario riattivare le misure straordinarie sulle libertà personali o nel caso di future pandemie.

Le tematiche da affrontare in caso di eventi analoghi oppure di una ripresa della pandemia in corso con necessità di adozione di nuove misure restrittive riguardano la necessità di garantire adeguati strumenti e connessioni Wi-Fi veloci, mettere in atto campagne di prevenzione dei cambiamenti relativi alle abitudini alimentari e del ritmo sonno veglia e moderazione dei fattori di preoccupazione circa il contagio, specialmente per i propri familiari, mediante una corretta informazione ed educazione circa le misure protettive (utilizzo della mascherina, lavaggio delle mani, sanificazione degli ambienti, distanziamento sociale, ecc.). I dati contenuti in questo studio sono da considerarsi preliminari e ulteriori analisi per valutare l'effetto dei fattori di impatto sul benessere psicologico sono in corso. Gli effetti psicologici a lungo termine andranno necessariamente valutati con studi longitudinali.

Ringraziamenti

Si ringraziano i dirigenti scolastici, i docenti, il personale, le famiglie e gli studenti dei seguenti istituti: **Istituto Tecnico Statale Settore Tecnologico "Eugenio Barsanti"**, Pomigliano d'Arco; **Istituto Secondario Istruzione Superiore "Alfonso Casanova"**, Napoli; **Istituto d'Istruzione Secondaria Superiore "Giancarlo Siani"**, Casalnuovo di Napoli.

Conflitto di interessi

Gli Autori dichiarano di non avere alcun conflitto di interessi con l'argomento trattato nell'articolo.

Bibliografia

1 WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19: 11 March 2020. Published March 11, 2020. Accessed March 30, 2020. https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020

2 Cowling BJ, Ali ST, Ng TWY, et al. Impact assessment of non-pharmaceutical interventions against coronavirus disease 2019 and influenza in Hong Kong: an observational study. Lancet Public Health 2020;5:e279-88. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30090-6

3 Holmes EA, O'Connor RC, Perry VH, et al. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. Lancet Psychiatry 2020;7:547-60. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1

4 Brooks SK, Webster RK, Smith LE, et al. The psychological

impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. Lancet 2020;395(10227):912-20. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8

5 https://youngminds.org.uk/

6 Qiu J, Shen B, Zhao M, et al. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations [published correction appears in Gen Psychiatr 2020;33(2):e100213corr1]. Gen Psychiatr 2020;33:e100213. https://doi.org/10.1136/gpsych-2020-100213

7 Lee J. Mental health effects of school closures during COVID-19 [published correction appears in Lancet Child Adolesc Health 2020 Apr 17]. Lancet Child Adolesc Health 2020;4:421. https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30109-7

8 Iasevoli F, Fornaro M, D'Urso G, et al. Psychological distress in patients with serious mental illness during the COVID-19 outbreak and one-month mass quarantine in Italy. Psychol Med 2020;1-3. https://doi.org/10.1017/S0033291720001841

9 Wang C, Pan R, Wan X, et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the general population in China. Int J Environ Res Public Health 2020;17:1729. Published 2020 Mar 6. https://doi.org/10.3390/ijerph17051729

10 Mazza C, Ricci E, Biondi S, et al. A Nationwide Survey of psychological distress among Italian people during the COVID-19 pandemic: immediate psychological responses and associated factors. Int J Environ Res Public Health 2020;17:3165. Published 2020 May 2. https://doi.org/10.3390/ijerph17093165

11 Jiao WY, Wang LN, Liu J, et al. Behavioral and emotional disorders in children during the COVID-19 Epidemic. J Pediatr 2020;221:264-266.e1. https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.03.013

12 Zhou SJ, Zhang LG, Wang LL, et al. Prevalence and socio-demographic correlates of psychological health problems in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19. Eur Child Adolesc Psychiatry 2020;29:749-58. https://doi.org/10.1007/s00787-020-01541-4

13 https://life.unige.it/abitazioni-disagio-lockdown

14 Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene R, et al. Manual for the state-trait anxiety scale. Consulting Psychologists 1983.

15 Pedrabissi L, et Santinello M. STAI State-Trait Anxiety Inventory Forma Y Manuale. Firenze: Organizzazioni Speciali 1989.

16 Barisone MG, Lerda S, Ansaldi S, et al. Psychopathology and epilepsy: clinical experience in a Centre for the Diagnosis and Care of epilepsy. Italian Journal of Psychopathology 2004;10:336-42.

17 Angold A, Costello EJ, Messer SC, et al. Development of a short questionnaire for use in epidemiological studies of depression in children and adolescents. Int J of Meth in Psychiat Res 1995;5:237-49.

18 Messer SC, Angold A, Costello EJ, et al. Development of a short questionnaire for use in epidemiological studies of depression in children and adolescents: Factor composition and structure across development. Int J of Meth in Psychiat Res 1995;5:251-62.

19 van de Vijver FJR, Tanzer NK. Bias and equivalence in cross-cultural assessment: an overview. European Review of Applied Psychology 2004;54:119-35.

20 Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. J Child Psychol Psychiatry 1997;38:581-6. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x

21 van Roy B, Veenstra M, Clench-Aas J. Construct validity of the five-factor Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in pre-, early, and late adolescence. J Child Psychol Psychiatry 2008;49(:1304-12. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01942.x

22 https://www.sdqinfo.org/

23 van Lancker W, Parolin Z. COVID-19, school closures, and child poverty: a social crisis in the making. Lancet Public Health 2020;5:e243-4. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30084-0

24 Freeman D, Sheaves B, Waite F, et al. Sleep disturbance and psychiatric disorders. Lancet Psychiatry 2020;7:628-637. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30136-X

25 Morales-Muñoz I, Lemola S, Saarenpää-Heikkilä O, et al. Parent-reported early sleep problems and internalising, externalising and dysregulation symptoms in toddlers. BMJ Paediatr Open 2020;4:e000622. https://doi.org/10.1136/bmjpo-2019-000622

26 Hou F, Xu S, Zhao Y, et al. Effects of emotional symptoms and life stress on eating behaviors among adolescents. Appetite 2013;68:63-8. https://doi.org/10.1016/j.appet.2013.04.010

27 Hill DC, Moss RH, Sykes-Muskett B, et al. Stress and eating behaviors in children and adolescents: Systematic review and meta-analysis. Appetite 2018;123:14-22. https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.11.109

28 Liang L, Ren H, Cao R, et al. The effect of COVID-19 on youth mental health. Psychiatr Q 2020;1-12. https://doi.org/10.1007/s11126-020-09744-3

Fuori dalla *comfort zone:* essere neuropsichiatri infantili in formazione nei reparti COVID-19

Beyond the comfort zone: child neuropsychiatry residents in COVID-19 units

C. Coci, S. Cociglio, A. Ferrero, M. Iorio, F. Morelli, S. Parravicini, A. Saracino, F. Toni, M. Totaro

Scuola di Specializzazione in Neuropsichiatria Infantile, Dipartimento di Scienze del Sistema Nervoso e del Comportamento, Università degli Studi di Pavia

Riassunto

Nei primi mesi del 2020 la pandemia causata dal SARS-CoV-2 ha provocato un'emergenza sanitaria globale senza precedenti. Nel Nord Italia, una delle zone più precocemente e più gravemente colpite, è stato necessario il reclutamento di medici in formazione e specialisti con competenze diverse. Tale reclutamento è avvenuto anche su base volontaria. Descriviamo l'esperienza di un gruppo di medici in formazione in Neuropsichiatria Infantile dell'Università di Pavia che ha effettuato una frequenza volontaria in reparti COVID della provincia di Pavia, dedicandosi principalmente alla comunicazione e alla relazione. Da un *focus group* con i giovani medici coinvolti sono emersi alcuni temi generali condivisi da tutti: 1) fare i conti con la morte, 2) l'identità professionale, 3) l'importanza della comunicazione. Questi temi potrebbero servire da spunto di riflessione per la gestione futura di eventuali ulteriori emergenze, nonché per rimodulare l'offerta formativa dei medici in formazione specialistica.

Parole chiave: COVID-19, Medici in formazione, Neuropsichiatria Infantile, Comunicazione, Relazione

Summary

During the first months of 2020, the SARS-CoV-2 pandemic has rapidly caused an unprecedented health emergency. In the North of Italy, one of the first and most dramatically hit hotspots, residents and experienced doctors with various professional competencies have been hired. The recruitment has also been on a voluntary basis. In the present work, we describe the experience of a group of Child Neuropsychiatry residents from the University of Pavia who volunteered in COVID-19 units, mainly focusing on tasks regarding communication and relation. A focus group with the young doctors involved in the experience revealed some general themes shared by all the participants: 1) dealing with death, 2) professional identity, 3) the importance of communication. These themes could provide an insight for the clinical and policy plans for the involvement of doctors with different specializations in similar future events, as well as for a remodeling of the educational program for resident doctors.

Key words: COVID-19, Residents, Child Neurology and Psichiatry, Communication, Relationship

INTRODUZIONE

Durante i primi mesi del 2020, il mondo ha assistito alla diffusione di una pandemia senza precedenti, causata dalla rapida diffusione della malattia da coronavirus (COVID-19) [1]. L'elevato tasso di contagi e di decessi che ne sono conseguiti ha provocato un'emergenza sanitaria globale [1,2]. In Europa, l'area più precocemente colpita è stata quella del Nord Italia e, in particolare, la Lombardia, dove dopo i primi casi accertati la diffusione del virus ha avuto un impatto drammatico [3,4]. I posti letto nelle Unità di Terapia Intensiva si sono rapidamente saturati e, con l'aumentare delle ospedalizzazioni, è emersa in breve tempo una carenza di personale sanitario che potesse essere dedicato alle cure dirette e indirette dei pazienti [3].

Un elemento chiave nella gestione di quest'emergenza sanitaria è stato la mobilitazione di personale medico volontario [5]. Giovani medici provenienti da diverse Scuole di Specialità si sono resi disponibili e sono stati reclutati nelle strutture sanitarie, per dedicarsi a compiti di vario tipo, dall'assistenza medica diretta nei reparti di Terapia Intensiva al supporto nella comunicazione con i familiari dei pazienti ricoverati [6,7]. Nell'evoluzione dell'emergenza sanitaria, quest'ultimo aspetto è stato investito di sempre maggiore importanza. L'isolamento

CORRISPONDENZA

Federica Morelli, IRCCS Fondazione Mondino, via Mondino 2, 27100 Pavia - Tel. +39 0382 380428 - E-mail: federica.morelli02@universitadipavia.it

necessario nei reparti di degenza, i presidi spesso indispensabili per il supporto vitale dei pazienti e il crescente carico di lavoro per il personale sanitario hanno significativamente compromesso le possibilità di comunicazione tra l'interno delle Strutture (pazienti, équipe medica) e l'esterno (familiari dei pazienti).
L'epidemia ha rappresentato una criticità per gli operatori sanitari italiani impegnati in prima linea nell'emergenza sia per gli aspetti assistenziali, che per quelli psicologici [8]. Diversi ricercatori stanno studiando l'impatto dell'esposizione all'emergenza legata al COVID-19 in operatori sanitari con lunga esperienza; i dati attualmente disponibili suggeriscono che molti di questi medici e infermieri dovranno affrontare sintomi da stress post-traumatico [8]. Ciononostante, per quanto a noi noto, non ci sono dati sull'esperienza vissuta dai medici specializzandi impegnati come volontari nei reparti COVID-19.
Nel reparto di Neuropsichiatria Infantile (NPI) dell'IRCSS Fondazione Mondino (Pavia), sede della scuola di specializzazione in NPI dell'Università di Pavia, l'emergenza COVID-19 ha determinato un ridimensionamento dell'attività clinica ordinaria. I medici in formazione si sono pertanto volontariamente messi a disposizione dei Presidi Ospedalieri afferenti all'ASST di Pavia per prestare servizio nei cosiddetti "reparti COVID", con l'obiettivo di supportare le attività di comunicazione tra l'équipe medica e le famiglie dei degenti, e tra queste e i pazienti stessi. Il percorso formativo in NPI prevede una pratica clinica che comporta la consuetudine al colloquio con pazienti e famiglie e l'attenzione agli aspetti relazionali del rapporto medico-paziente. Per questo motivo, i medici in formazione specialistica hanno messo a disposizione queste competenze specifiche per dedicarsi agli aspetti comunicativi, complementari a quelli strettamente internistici nel contesto dell'attività assistenziale dell'emergenza COVID-19.
In questo articolo presentiamo la loro esperienza di volontari in alcuni ospedali COVID-19 lombardi e i dati emersi dalla successiva analisi qualitativa condotta con essi. Crediamo che lo studio approfondito di questa esperienza permetta di trarre insegnamenti concreti dall'emergenza in atto. In particolare, potrebbero derivarne informazioni utili alla definizione di politiche gestionali e cliniche, che considerino possibili forme di coinvolgimento dei giovani medici qualora eventi simili dovessero di nuovo verificarsi in futuro.

METODI

L'emergenza sanitaria, percepita attraverso i racconti di colleghi impiegati in prima linea e l'incessante comunicazione mediatica, ha indotto i medici in formazione a verificare presso gli appositi organi universitari la possibilità di prestare servizio volontario nei cosiddetti "reparti COVID".
Per ottemperare ai necessari adempimenti amministrativi e per garantire le coperture assicurative, sono stati presi contatti con gli organi dell'Università di Pavia e delle strutture sanitarie individuate. Il tempo necessario al completamento di questo passaggio ha fatto sì che l'attività volontaria sia iniziata alcune settimane dopo l'istituzione delle prime misure di contrasto all'emergenza sanitaria.
Sono state definite delle turnazioni che permettessero l'avvicendamento di 1-2 medici nei "reparti COVID" e un successivo periodo di 14 giorni di lavoro da casa (in quarantena volontaria) prima del rientro nel reparto ordinario. Alcune difficoltà logistiche legate all'organizzazione di queste turnazioni hanno comportato una variabilità nella durata dei periodi di frequenza e nel numero di specializzandi (1 oppure 2) presenti nei reparti per ciascun turno. La turnazione si è conclusa dopo 6 settimane, con la partecipazione di 8 medici in formazione specialistica in NPI.
Per l'esperienza, sono state individuate tre strutture di destinazione, afferenti all'ASST di Pavia: il Pronto Soccorso di Malattie Infettive del Policlinico S. Matteo (Pavia) e i "reparti COVID" dei Presidi Ospedalieri di Voghera e Stradella.
Sei settimane dopo la conclusione della turnazione, è stato organizzato un *focus group*: in una sessione di circa 60 minuti, tutti i medici coinvolti nell'attività dei "reparti COVID" sono stati invitati da un moderatore a discutere dell'esperienza svolta e del proprio vissuto personale. Gli interventi dei partecipanti alla sessione sono stati raccolti e analizzati per individuare i temi emersi trasversalmente.

RISULTATI

Fare i conti con la morte

La gestione degli effetti personali

«Durante il mio primo giorno sono spaesato. Dopo varie settimane di un continuo susseguirsi di immagini, video e testimonianze sull'emergenza sanitaria in Italia, non ho bene idea di come sarà ritrovarsi in un reparto COVID. E invece, come spesso accade, la realtà è più semplice e più cruda della fantasia. Mentre mi viene presentato il personale del reparto e vengo portato allo spazio che avrei usato per cambiarmi, passiamo davanti alla "stanza dei sacchi". Come mi viene spiegato, in questa camera vengono conservati, dentro anonimi sacchi neri identificati da un pezzo di carta con un numero sopra, gli oggetti personali dei defunti dell'ultimo mese, cioè da quando è iniziata la vera emergenza COVID. L'ospedale

di Voghera è un ospedale piccolo, il reparto COVID, derivato dalla fusione di più Unità Operative, conta circa 100 letti; all'interno di quella stanza ci sono più di 130 sacchi e il numero, nelle settimane in cui frequenterò l'ospedale, aumenterà ancora, portando la stanza ad essere talmente colma da rendere difficile il passaggio. Mi occuperò, insieme a una collega, di definire la corrispondenza tra numero e persona e di contattare poi i familiari per sapere cosa vogliono fare del contenuto del sacco, di cui noi sappiamo solo se contiene o meno qualcosa di valore, per poi cercare di dargli un appuntamento per il recupero. Le reazioni sono diverse: dalle lacrime all'indifferenza, dal "buttate via tutto" al "vi prego, aspettatemi". Lentamente il numero dei sacchi neri è diminuito. Alcuni degli effetti personali sono tornati alle case da cui provenivano, altri sono stati abbandonati, altri sono ancora in attesa che si riesca a contattare qualche parente o amico del defunto.»

Accompagnare alla morte

«Per la prima volta nella mia vita lavorativa ho assistito a un decesso, in un contesto in cui, per gli altri operatori, "fare i conti con la morte" è parte del quotidiano. È avvenuto durante la visita di un signore molto anziano, molto malato (presumibilmente non di COVID-19), la tuta e la mascherina lasciavano scoperti solo gli occhi; una dottoressa deve aver colto il mio sguardo, mi ha chiesto se preferissi uscire. Sono rimasta dov'ero.»

«Ci è capitato più volte di dover avvisare telefonicamente i parenti delle gravissime condizioni di un loro caro, per cui non c'era altro da fare se non accompagnarlo nel fine vita con la minor sofferenza possibile. La signora Francesca (nome di fantasia) resisteva giorno dopo giorno, attaccata con decisione a questo mondo. "Non è il caso di chiamare più volte al giorno la figlia, se non ci sono novità", ci dicevano i colleghi urgentisti con il senso pratico necessario a concentrare le risorse disponibili nel tentativo di salvare più vite possibile. Tuttavia, dopo appena uno squillo, la figlia della signora Francesca ci rispondeva, tirando ogni volta un sospiro di sollievo nel sapere che la sua mamma era ancora tra noi. E questo sospiro ci spingeva a continuare a copiare il suo numero di telefono nella "lista delle cose da fare" che stilavamo turno dopo turno. Un giorno, però, anche la sua speranza ha vacillato e in lacrime ci ha pregato di poter venire a dare alla madre l'ultimo saluto, sebbene le avessimo già spiegato che non era possibile. "Dottoressa, si metta nei miei panni, ne ho bisogno!". E nei suoi panni ho deciso di mettermi: "Signora, mi dica cosa vorrebbe dire a sua mamma e le prometto che lo farò io non appena mettiamo giù, proprio come se fossi lei", le ho detto commossa. "Le dia una carezza se può, dottoressa", mi ha risposto semplicemente, sopraffatta dal dolore. Sono allora andata nella stanza della paziente, non più cosciente da alcuni giorni, l'ho guardata per alcuni istanti respirare con fatica e poi ho appoggiato la mia mano sulla sua. Addio signora Francesca, sappia che non è sola.»

Comunicare la morte

«Le giornate di Pronto Soccorso, una volta passate le fasi frenetiche dell'inquadramento e della stabilizzazione dei malati, diventavano un'occasione per esercitarsi alla pazienza, e tutti si dovevano confrontare con la dimensione dell'attesa: chiusi dentro, i malati e gli operatori aspettavano l'esito degli esami e l'eventuale destinazione del trasferimento; chiusi fuori, i familiari aspettavano notizie, spesso rassegnati. Nelle lunghe ore di attesa, i parenti non chiamavano mai; erano anzi quasi sorpresi di ricevere una nostra telefonata di aggiornamento, ed estremamente grati. Nelle attese, non potevo fare a meno di percepire la solitudine di quelli "fuori" e di quelli "dentro"; penso che non poter dare un ultimo saluto al proprio caro renda ancora più difficile l'elaborazione del lutto, per questo costruire un ponte fra il malato e chi gli era più vicino è stato un servizio fondamentale.»

«Il primo giorno nel reparto COVID ho chiamato quattro famiglie: è stato molto difficile riuscire a trovare le parole giuste e a trasmettere la mia vicinanza tramite un apparecchio telefonico. I colleghi del reparto mi credevano adatta e abituata a una comunicazione del genere, ma la verità è che non mi sentivo preparata. Con il passare dei giorni, le comunicazioni diventavano più emotivamente difficili perché i nomi iniziavano ad avere un volto, ma forse anche più semplici in quanto ogni pomeriggio sentivo i parenti per comunicare i cambiamenti clinici e potevo preparali alla notizia. Ovviamente, questo non era sempre possibile: in un'occasione sono stata costretta a dover richiamare una figlia per la triste notizia, solo un'ora dopo averle detto che il padre stava abbastanza bene e richiedeva di fare una videochiamata con lei.»

L'identità professionale

L'utilità della formazione in NPI

«Il nostro compito era quello di effettuare le videochiamate tra i pazienti e i familiari che si rendevano disponibili. Dopo aver avvisato le due parti, sorreggevamo lo schermo, testimoni muti di frammenti di intimità familiare. In quei momenti non potevamo lasciarci andare alle nostre emozioni, che sono sempre arrivate con il contagocce. Quando capitava che ci fossero problemi con l'audio (un paziente un po' sordo, una connessione un po' ballerina), ci occupavamo di ripetere ciò che sentivamo per aiutare i pazienti e i parenti nelle loro comunicazioni cercando di rimanere il più neutri possibile per non invadere quella bolla in cui finalmente, a volte dopo settimane, potevano finalmente rivedersi.»

«A volte la sensazione era quella di dare un cucchiaino d'acqua ad un assetato: ti chiedevi se ne valesse la pena o se stessi solo causando maggiore frustrazione nei familiari e nei pazienti. Ma riconoscere negli occhi del collega lo stesso senso di impotenza aiutava a normalizzare quelle sensazioni sgradevoli e a essere un po' più indulgenti con noi stessi che, in fin dei conti, ci siamo ritrovati a svolgere un'attività che nessuno ci ha insegnato e che giorno dopo giorno si è modellata sulla nostra stessa esperienza. Per esempio, abbiamo pian piano capito che le condizioni cliniche non potevano essere l'unico criterio per includere o escludere un paziente dal giro delle videochiamate e abbiamo iniziato a provare a contattare anche i familiari di pazienti che in un primo momento consideravamo non idonei. L'esempio più emblematico è stato quello del sig. Fabio, tracheostomizzato e sordo a un orecchio, poco collaborante: noi per primi avevamo grosse difficoltà nel comunicare con lui. Un giorno il figlio ha chiesto esplicitamente di poterlo vedere e abbiamo assistito a una telefonata surreale e dolcissima: il sig. Fabio gesticolava davanti allo schermo e scherzava con il figlio, che capiva tutto e rispondeva a voce per le rime, travolgendo di affetto quell'uomo che un attimo prima sembrava quasi un guscio svuotato. Da quel momento abbiamo capito quanto il giudizio clinico rischiasse di diventare un pregiudizio dietro al quale nascondevamo la nostra paura di un lungo silenzio proveniente dallo schermo, della frustrazione dei familiari che per la prima volta si rendevano conto della gravità delle condizioni del malato, del disagio di fronte a una figlia che ripeteva frasi d'amore a un paziente soporoso che non poteva sentire. Ci nascondevamo dietro alla volontà di tutelare i pazienti e i loro parenti da situazioni dolorose e "non necessarie", ma in realtà era la nostra sensibilità che cercavamo di proteggere.»

«Non so quanto essere "Neuropsichiatri Infantili in formazione" ci rendesse idonei a svolgere una mansione del genere. Eravamo volontari più che medici, e i pazienti raccontavano ai familiari dall'altra parte dello schermo che una gentile "signorina", "infermiera", "ragazza" o "segretaria" permetteva loro di vedersi tramite i tablet.»

«I pazienti erano prevalentemente anziani, oltre i 90 anni, con molte comorbidità e il più delle volte provenienti da case di riposo. Io avevo un ruolo diverso rispetto ai medici del reparto: non ero lì per aiutarli nelle attività cliniche, ma per ascoltare gli anziani malati e aiutarli a comunicare con le loro famiglie. Conoscevo i loro nomi, le loro storie, i loro figli (a volte tutti i figli, anche se 3 o 4) e parlavo con ognuno di loro. Mi ci affezionavo. Dopo qualche giorno dal mio arrivo mi sono resa conto di come il loro umore cambiasse appena mi vedevano: erano soddisfatti delle cure, erano contenti di parlare, erano, per quanto possibile, un po' più felici. Si sentivano accuditi, "meglio curati", e i parenti (anche i più esigenti) riferivano di essere soddisfatti, nonostante il mio arrivo non avesse cambiato nulla del reale "accudimento clinico". Mi ha colpito moltissimo.»

La sensibilità alla cura della famiglia

«In Pronto Soccorso c'era un paziente anziano, chiamiamolo Giuseppe, con un'infezione respiratoria che si è rivelata però essere negativa per il coronavirus. Non si trovava un reparto in cui trasferirlo perché quasi tutti erano reparti "sporchi", ovvero per pazienti positivi, e quindi si è fermato in Pronto Soccorso per alcuni giorni, nell'attesa che si liberasse un posto per lui. Il signor Giuseppe era venuto in ospedale con i soli vestiti che aveva addosso. Quando ho telefonato alla moglie Rosa, per il "bollettino clinico" giornaliero mi sono sentita travolta dalla sua grande preoccupazione, più legata al pensiero che il marito fosse lì senza un pigiama che al rischio di contagio. L'arzillo signor Giuseppe, che con noi ostentava superiorità rispetto alle premure della moglie e la scherniva giocosamente, compiaciuto di tante attenzioni, era in realtà evidente che si sentisse abbandonato a sé stesso: "Non ero messo così male dai tempi della Guerra! Non ho neanche un paio di mutande di ricambio, neanche uno spazzolino per lavarmi né il caricatore per il telefono!". Purtroppo, far arrivare il ricambio non era un processo semplice, perché la signora Rosa non poteva accedere al Pronto Soccorso. Il personale del reparto aveva incombenze ben più urgenti ed esortava il paziente a resistere ancora qualche giorno nell'attesa del trasferimento. Tuttavia, le premure della signora Rosa erano diventate anche un po' mie, nella loro semplicità dal sapore di altri tempi seppur attualissima, e quindi ho deciso di farmene carico. Le ho dato le istruzioni per arrivare a un ingresso secondario del Pronto Soccorso e abbiamo organizzato lo scambio del borsone. Nel turno del pomeriggio, mentre facevo il giro delle stanze per familiarizzare con i volti nuovi ed accertarmi di quali tra i pazienti del mattino fossero ancora presenti, ho trovato il signor Giuseppe vestito con un elegantissimo pigiama blu a righe abbottonato fino al collo, che chiacchierava soddisfatto con la figlia grazie al suo Nokia finalmente carico.»

«Credo che il servizio che abbiamo svolto abbia portato beneficio non solo ai pazienti, ma ci abbia permesso di farci carico prima di tutto di "famiglie". Abbiamo lavorato con pazienti che da un giorno all'altro sono spariti per il mondo intero, isolati da tutti, e hanno trovato in noi l'unica feritoia verso il mondo esterno. So che alcuni di loro sono tornati a casa e hanno ricominciato con le loro vite, altri sono morti nella solitudine e ringrazio con tutto il cuore di essere arrivata in tempo perché potessero rivedere i propri cari e sentire di non essere stati abbandonati.»

«La figlia della signora Matilde, non munita di cellulare, ricoverata con tampone ed esami che confermavano il contagio da coronavirus, mi chiedeva di portare alla madre i saluti della nipotina di due anni ("Ginevra è la sua forza"); così, prima ancora di terminare le chiamate in programma, quasi come se non riuscissi a contenere quell'enorme carico di gioia, un regalo da dover portare in fretta per fronteggiare il senso di solitudine e di isolamento, mi sono recata nella stanza e avvicinandomi al letto 2A ho detto: "Signora Matilde le porto i saluti della sua nipotina Ginevra". La signora si è lasciata andare alla commozione mista alla paura e all'incertezza e, mentre una lacrima le bagnava il viso, mi ha detto: "Dottoressa, chissà se mai riuscirò a riabbracciare la mia piccola Ginevra"; in quel preciso istante, mentre nei suoi occhi chiari e brillanti sembravano scorrere, in maniera disordinata, le immagini della sua vita, un brivido ha oltrepassato la mia divisa da "astronauta" e con voce decisa e sicura le ho detto: "Signora Matilde, noi siamo qui per prenderci cura di lei, vedrà che andrà tutto bene e tornerà presto ad essere a pieno titolo la nonna di Ginevra". Sono uscita da quella stanza con la consapevolezza che la sig.ra Matilde stava custodendo il regalo appena ricevuto nel profondo del suo cuore.»

« …La nipotina timida che si vergogna di parlare al nonno tramite telefono, la vecchina ultraottantenne incredibilmente vispa e tecnologica, totalmente autonoma che però ci chiede di reggerle il telefono così da non stancare il braccio, i numerosissimi anziani che, mortificati, ci dicono di non poter fare la chiamata perché portati in ospedale senza un soldo, e che sorridono felici ma un po' diffidenti quando gli diciamo che è tutto gratis…»

«Il signor Pedro era un paziente di origine spagnola, non spiccicava una parola di italiano né lo capiva. Quando siamo arrivati noi purtroppo era letargico, apriva gli occhi ma non sembrava capire, né ci ha mai risposto. Nonostante ciò, la figlia ha richiesto più volte di vedere il padre e abbiamo fatto una videochiamata tra le più travolgenti. A turno ogni parente presente in quella casa ripeteva la formula magica "Papito, te quiero mucho, te esperamos aqui" e altre frasi che non so riportare, parole imperative e supplici, dette velocissime una dietro l'altra prima di passare il testimone al familiare successivo. Sembravano una numerosissima tribù intenta a svolgere un misterioso rito. Non volevano sprecare neanche uno degli istanti a disposizione senza che il signor Pedro si sentisse amato, sollecitato a seguire le indicazioni dei medici per guarire il prima possibile e tornare presto da quella tribù che lo aspettava e non voleva che il suo vecchio saggio si sentisse abbandonato.»

Facilitare la comunicazione

Spiegare ai familiari

«In Pronto Soccorso non era possibile creare legami duraturi con i malati, perché dopo uno o due giorni venivano trasferiti nei reparti, salvo i casi più gravi che venivano avviati al fine vita; in quelle situazioni è stato importante preparare i familiari, e aggiornarli il più spesso possibile. Non era mai facile trovare le parole giuste, anche perché dall'altra parte della cornetta si aspettavano sempre la comunicazione della morte; ero convinta che ricevere una rassicurazione sul fatto che il proprio familiare fosse ancora lì, accudito, e soprattutto che non stesse soffrendo potesse essere un piccolo aiuto nel prepararsi al lutto e nel sentirsi più vicini al malato.»

«Il sig. Sandro è diventato sordo. So che i parenti hanno chiesto di poterlo vedere ma non mi sembra una grande idea. Provo a scrivergli su un foglio di carta se vuole fare una videochiamata, lui mi risponde che è sordo, lo vedo molto provato, mi chiede in che città siamo. Provo a fare la videochiamata avvisando i familiari che non sente nulla, loro mi sembrano coscienti della cosa ma continuano ad urlargli attraverso il *tablet* richiedendo un cenno di saluto, un bacio, ma il sig. Sandro non sente. La sofferenza del paziente e la disperata ostinatezza della moglie sono veramente strazianti. Io non ho più fogli, quindi mi scrivo su un guanto "Gli faccia Ciao". Lui capisce ma fa ciao con la mano prima che io riesca ad inquadrarlo. Lo racconto alla moglie ma lei è provatissima, continua a chiedere un bacio al suo compagno di vita; il sig. Sandro non legge la mia richiesta di un bacio sull'altro guanto. Mento ai familiari, dico che ha mandato un bacio ma che non ho fatto in tempo ad inquadrarlo perché sono da sola. Il sig. Sandro però è troppo turbato e lo sono anche io, per cui interrompo la videochiamata.»

Fare da ponte con l'equipe di terapia intensiva

«Quando ho iniziato a lavorare in pronto Soccorso, non sapevo bene cosa aspettarmi: era un'attività che prima non esisteva e che ci eravamo inventati noi, pertanto immaginavo che avrei dovuto portarla avanti arrangiandomi da sola. Invece a fine giornata c'era sempre un ringraziamento da parte dei medici di reparto per la collaborazione che stavamo offrendo loro e apparivano contenti che li stessimo sollevando da un'ulteriore incombenza. Qualcuno è apparso anche incuriosito e mi ha chiesto se utilizzassi delle modalità particolari per comunicare le brutte notizie o per gestire l'ansia di pazienti particolarmente preoccupati. È stato utile per me confrontarmi con i colleghi su queste tematiche.»

«Questa patologia ha creato isolamento e solitudine. Ogni giorno, se possibile, effettuavamo delle videochiamate tra i parenti e i pazienti, il cui umore migliorava moltissimo. Ad alcuni restava poi il desiderio di raccontarmi la loro storia e farmi vedere le foto dei nipotini. Una signora di 80 anni si è stupita che fossi un medico

perché “di solito non avete tempo” e voleva sapere quanto mi dovesse per il disturbo. I pazienti hanno apprezzato molto la mia presenza, nonostante vedessero di me solamente lo “scafandro” protettivo.»

«Uno dei momenti che più mi ha segnato riguarda un paziente relativamente giovane, all’incirca dell’età di mio padre; era di origine straniera ma viveva da tanti anni in Italia. È arrivato, trasferito da un altro ospedale, in una condizione di emergenza: non parlava (difficile dare la colpa solo alla barriera linguistica) e faticava a respirare, sia per la polmonite che per il suo stato di estrema agitazione. Ovviamente non c’era nessun familiare ad accompagnarlo, nessuno che ci potesse dire perché non parlava. È stato rapidamente circondato da diverse persone tutte uguali, con il volto coperto: mentre uno degli sconosciuti lo visitava, uno inseriva un catetere uretrale, un altro ancora faceva un prelievo di sangue; dopo pochi secondi, diverse persone lo tenevano fermo mentre qualcuno gli infilava il casco per la C-PAP. Il paziente continuava a non parlare, si esprimeva con gesti rapidi e con lo sguardo, perso e terrorizzato, cercava di liberarsi dalle cinghie del casco e dalle mani degli operatori; è stato sedato e gli operatori si sono dispersi, ognuno impegnato in frenetiche attività necessarie per gestire al meglio la situazione. Nell’attesa che la sedazione facesse effetto sono rimasta con lui, che era ancora estremamente agitato, non capiva cosa stesse succedendo e voleva tornare a casa; cercavo di comunicare con lui, ma era difficile: era isolato per via del casco, c’era rumore, non potevo togliere la mascherina per utilizzare il labiale, cercavo di indicare il monitor per fargli capire che i suoi parametri stavano migliorando proprio grazie a quel macchinario che tanto lo angosciava. Non so se i miei tentativi siano stati efficaci, ma mi sono resa conto che lo sguardo di quel signore, durante le procedure a cui era sottoposto, più volte ha cercato il mio, perché aveva capito che ero lì per aiutarlo, anche se non nel modo in cui avrebbe voluto. La frustrazione derivata dall’incomunicabilità mi ha fatto pensare che una relazione calma ed empatica dovrebbe essere una priorità in tutti gli atti medici, non solo quelli più invasivi.»

DISCUSSIONE

Lo scopo principale di questo lavoro è stato quello di raccontare l’esperienza di un gruppo di medici in formazione in Neuropsichiatria Infantile che hanno svolto attività volontaria in “reparti COVID-19”, sintetizzando le testimonianze emerse in occasione di un *focus group* in alcuni temi ricorrenti.

Riteniamo che la nostra formazione presenti alcune peculiarità, come l’attenzione alla persona e ai suoi aspetti emotivi. Per questo ci siamo offerti di prendere parte al processo di cura dei malati e dei loro familiari, attingendo alle nostre competenze professionali e allo stesso tempo mettendoci in gioco su un terreno a noi poco conosciuto.

Uno dei temi principali emersi dalle testimonianze riguarda il rapporto con la morte, una dimensione con cui raramente siamo chiamati a confrontarci nella nostra pratica clinica. Ci ha sorpreso come i familiari dei pazienti deceduti abbiano avuto reazioni tanto diverse davanti alla possibilità di recuperare i loro effetti personali; rinunciare a questi simboli di un legame con chi non c’è più può rappresentare una negazione del lutto. Ci siamo quindi chiesti se la morte potesse mantenere un significato e una dignità anche in un periodo di crisi sanitaria in cui tutti gli sforzi erano volti a garantire la sopravvivenza e non c’era spazio per la rielaborazione del dolore. Abbiamo cercato di creare un ponte fra i malati e i loro familiari, per preparare questi ultimi, laddove possibile, all’idea della morte e per garantire loro la possibilità di un ultimo saluto in una situazione in cui non era concesso; abbiamo costruito uno spazio in cui i familiari potessero riversare la loro rabbia e la loro frustrazione in seguito a una perdita, perché “ogni lutto è una ferita. Le ferite, si sa, si richiudono. Ma a una condizione: che siano prima aperte. Nulla termina nella psiche, che non sia prima cominciato” [9]. Far sì che il dolore sia riconosciuto e accettato aiuta a prevenire la trasformazione di un lutto in un trauma, ed è così sia per l’individuo che per la Comunità; non dimentichiamo le statistiche dei decessi nel nostro Paese, le chiese piene di bare anonime, le file di camion che trasportavano i morti, non lasciamo tutto chiuso in un sacco nero, ma troviamo il coraggio di aprirlo e di affrontare il nostro lutto.

Spesso siamo stati chiamati ad aprire questa “ferita”, comunicando ai familiari la notizia di un decesso. È stata un’esperienza intensa e nuova, che ci ha messo di fronte alla difficoltà di costruire un delicato equilibrio fra la risonanza emotiva con chi ci stava di fronte e il contenimento del suo dolore, nel ruolo di neuropsichiatri.

Ma non solo di morte, fortunatamente, bisognava parlare. In quei reparti la comunicazione era un bisogno assoluto, ma spesso era resa impossibile – per esempio, a causa dei dispositivi per la ventilazione meccanica – o passava in secondo piano rispetto alla gestione delle condizioni critiche dei pazienti e alla mancanza di risorse umane [3]. Mancavano i parenti accanto ai letti dei pazienti, mancava il tempo per telefonare loro, mancavano le mani affettuose che sistemano i cuscini e le voci che cercano di trasmettere allegria anche se si incrinano. Il medico ai tempi del COVID-19 si è trovato ad affrontare non solo una pandemia, ma anche il morbo della solitudine. Una solitudine tanto necessaria quanto

crudele, che insidiava le persone più fragili come il più letale dei virus. In questo contesto, noi, medici in formazione NPI che non sapevamo guarire il corpo, abbiamo provato a curare questo isolamento. Abbiamo imparato a creare legami tra i pazienti, le loro famiglie e gli operatori sanitari, cercando di facilitare gli scambi interattivi di informazioni e di vissuti personali in un *setting* che fino ad allora li aveva limitati.

Abbiamo percepito il compito di provvedere a questo supporto empatico e affettivo ai pazienti e alle loro famiglie come un'attività necessaria, complementare alle cure mediche dirette e valida in tutti i contesti di cura.

La nostra sensibilità, ancora in costruzione, di neuropsichiatri infantili ci dà l'incrollabile certezza che un paziente, bambino o adulto che sia, non è una persona isolata: egli è un "nodo" di una rete di legami sociali più o meno saldi che gli forniscono le motivazioni per lottare. Il coinvolgimento della famiglia nel processo di cura e il mantenimento dei legami con il mondo esterno può costituire, sia per il malato che per i suoi cari, un'ancora di salvezza.

In realtà, è difficile dire se la nostra formazione ci abbia aiutato e preparato adeguatamente allo svolgimento delle attività che abbiamo descritto: sia il registro che i contenuti delle comunicazioni telefoniche con i parenti erano molto diversi da quelli a cui siamo abituati. Inoltre, siamo soliti avere il tempo dalla nostra parte: tempo per comunicare diagnosi difficili, per elaborare le emozioni, per prenderci cura della patologia e accompagnare il paziente negli anni. Nei reparti COVID, invece, comunicazioni altrettanto drammatiche dovevano essere fatte velocemente, a parenti con cui avevamo solo un breve contatto e che non avremmo mai più sentito. In questo contesto, il carattere più concreto delle comunicazioni rispetto a quelle cui siamo abituati ci ha aiutato: dovevamo parlare del corpo, del funzionamento dei suoi organi, ci potevamo "aggrappare" a una terminologia tecnica che in questi mesi anche i non addetti ai lavori hanno imparato a conoscere.

Riteniamo tuttavia che essere medici in formazione NPI abbia costituito un valore aggiunto all'attività dei reparti COVID grazie alla nostra attitudine all'ascolto: sappiamo infatti dare uno spazio e un valore alla comunicazione e alla relazione che essa crea.

I medici di reparto che abbiamo affiancato, concentrati sulla guarigione o sulla stabilizzazione dei quadri clinici, non potevano avvicinarsi emotivamente o fermarsi a conoscere gli anziani ricoverati e le loro storie. Può essere un meccanismo di difesa efficace, quando si ha la responsabilità della vita o della morte, pensare di occuparsi di un "paziente" piuttosto che di una "persona". Ma in una situazione di isolamento quale quella vissuta, si è reso evidente come delle figure professionali svincolate dalle responsabilità strettamente connesse alla salute fisica del paziente possano avere un ruolo chiave per il suo benessere. Come NPI, abituati a confrontarci con patologie che non si possono guarire, impariamo ad avere al centro del nostro lavoro la cura e il benessere globale dei nostri pazienti e delle loro famiglie.

Concludendo, quella che abbiamo vissuto come volontari è stata un'esperienza straordinaria e imprevista rispetto alle attività cliniche e formative che svolgiamo regolarmente; abbiamo messo le nostre competenze e sensibilità al servizio dei malati e dei colleghi impegnati nella cura del corpo e abbiamo tratto sensazioni e insegnamenti che ci accompagneranno nella nostra vita lavorativa. Vorremmo quindi rivolgere ai responsabili della formazione in NPI una riflessione sulla possibilità di prevedere esperienze in contesti apparentemente lontani dal nostro ambito di Specialità come parte integrante dell'attività formativa. Allo stesso tempo, questa situazione ha dimostrato come, durante un'emergenza sanitaria, il reclutamento dei medici in formazione di diverse Scuole di Specializzazione, con l'unione di diverse competenze e professionalità che comporterebbe, possa essere di beneficio per i pazienti, gli operatori sanitari e i medici in formazione stessi.

Ringraziamenti

Ringraziamo la prof.ssa Orcesi e il prof. Borgatti per aver sostenuto sia la nostra iniziativa che la stesura di questo lavoro, che ci ha permesso di valorizzarla, e il dott. Provenzi per il supporto alla redazione dell'articolo. Ringraziamo i colleghi delle strutture che ci hanno ospitato per l'accoglienza, il confronto e il rinforzo. Un ringraziamento speciale va infine ai nostri colleghi, con cui condividiamo le gioie e le fatiche della formazione.

Conflitto di interessi

Gli Autori dichiarano di non avere alcun conflitto di interessi con l'argomento trattato nell'articolo.

Bibliografia

1 Sun K, Chen J, Viboud C. Early epidemiological analysis of the coronavirus disease 2019 outbreak based on crowdsourced data: a population-level observational study. Lancet Digit Heal April 2020. https://doi.org/10.1016/S2589-7500(20)30026-1

2 Baud D, Qi X, Nielsen-Saines K, et al. Real estimates of mortality following COVID-19 infection. Lancet Infect Dis 2020;0(0). https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30195-X

3 Remuzzi A, Remuzzi G. COVID-19 and Italy: what next? Lancet 2020. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30627-9

4 Spina S, Marrazzo F, Migliari M, et al. The response of Milan's Emergency Medical System to the COVID-19 outbreak in Italy. Lancet 2020;395(10227):e49-e50. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30493-1

5 Soled D, Goel S, Barry D, et al. Medical student mobilization during a crisis: lessons from A COVID-19 Medical Student Response Team. Acad Med April 2020. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000003401

6 Breazzano MP, Shen J, Abdelhakim AH, et al. New York City COVID-19 resident physician exposure during exponential phase of pandemic. J Clin Invest May 2020. https://doi.org/10.1172/jci139587

7 Zhong BL, Luo W, Li HM, et al. Knowledge, attitudes, and practices towards COVID-19 among chinese residents during the rapid rise period of the COVID-19 outbreak: a quick online cross-sectional survey. Int J Biol Sci 2020;16:1745-52. https://doi.org/10.7150/ijbs.45221

8 Barello S, Palamenghi L, Graffigna G. Burnout and somatic symptoms among frontline healthcare professionals at the peak of the Italian COVID-19 pandemic. Psychiatry Res 2020;290:113129. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113129

9 Racamier P. Le génie des origines. Psychanalyse et psychoses. Trad it. 1993. Il genio delle origini. Psicoanalisi e psicosi Milano: Raffaello Cortina.

COVID-19 *lockdown* e percezione degli specialisti Neuropsichiatri Infantili. Una indagine qualitativa con SINPIA Lazio

COVID-19 lockdown and child neuropsychiatrists' perception. A qualitative investigation in collaboration with SINPIA Lazio

C. Di Brina[1], P. Feo[2], R. Penge[1]

[1] Dipartimento di Neuroscienze Umane, UOC Neuropsichiatria Infantile, Sapienza Università di Roma; [2] UOC Tutela Salute Mentale e Riabilitazione Età Evolutiva e Disabile Adulto, ASL Viterbo

Riassunto

L'opinione di 53 specialisti Neuropsichiatri Infantili operanti nel Lazio sulle conseguenze del distanziamento sociale imposto dalla Pandemia da Sars-Cov-2, è oggetto di questo lavoro. È stato a tal fine utilizzato un questionario inviato via e-mail e composto da 10 domande riguardanti la riduzione dell'attività dei medici specialisti e la percezione di un possibile peggioramento sintomatologico dei loro pazienti in età evolutiva durante il *lockdown.* Le risposte raccolte hanno riferito una riduzione anche se non sostanziale delle attività cliniche svolte in remoto e in presenza e una stabilità nella sintomatologia dei pazienti. È stato invece percepito un peggioramento del livello di adattamento nei disturbi globali del neurosviluppo e una difficoltà da parte dei pazienti nell'interrompere l'utilizzo di schermi.

Parole chiave:COVID-19, *Lockdown*, Psicopatologia, Neuropsichiatri Infantili, Questionario

Summary

The object of this work was to study the Covid-19 lockdown consequences, from the point of view of the Child and Adolescence Neuropsychiatrists, operating in the Lazio Region. For this purpose, a questionnaire containing 10 questions, was arranged. The questionnaire was made up of a preliminary question regarding the reduction of the specialists' clinical activities, followed by nine questions regarding the perception of some kind of worsening in the symptomatology of their patients during lockdown. We recorded the following: there was not a significant reduction of both the clinical face to face and remote-presence activities, and a general feeling of stability in the psychological symptomatology. Conversely, those who responded had the impression of a worsening in the adaptive strategies of the global developmental disabilities and an increased difficulty in switching off the electronic devices, across all ages.

Key words: COVID-19, Lockdown, Psychopatology, Child Neuropsychiatrists, Survey

INTRODUZIONE

Il Decreto Legge del Governo Conte "Io resto a Casa" dell'11 Marzo 2020 e quello del 22 marzo "Chiudi Italia" sanciscono il periodo del distanziamento fisico (*lockdown*) come risposta di emergenza alla Pandemia da Sars-Cov-2.

E'dimostrato da varie survey condotte in Italia che i periodi di quarantena e di distanziamento sociale imposti da questa Pandemia influiscono negativamente sul benessere globale della famiglia causando aumento di stress nei caregivers e impatto sulle capacità supportive degli stessi nei confronti dei figli. È dimostrato inoltre come ciò possa causare difficoltà emotive e comportamentali [1,2].

Nell'aprile 2020 viene creato da alcuni Neuropsichiatri (NPIA) (Carlo Di Brina, Paolo Feo, Flavia Capozzi), in collaborazione con SINPIA Lazio il questionario "LOCKDOWN COVID-19: le conseguenze sui bambini" lanciato il 02 Maggio 2020 attraverso la piattaforma SurveyMonkey®. Il questionario è distribuito per posta elettronica attraverso la mailing list dei colleghi della Sinpia Lazio e le e-mail personali dei colleghi non iscritti Sinpia.

Il questionario inizia subito a raccogliere le risposte (prima risposta il 02 maggio alle ore 23.16, ultima risposta

CORRISPONDENZA
Carlo Di Brina, via A. Canal 12, 00136 Roma - E-mail: carlo.dibrina@asl.vt.it

21 maggio alle ore 16.21). Il periodo del Distanziamento fisico andrà avanti fino al 4 maggio per le uscite di casa con l'attestazione dei "Comprovati Motivi" (fine della fase 1) e fino al 3 giugno per gli spostamenti interregionali. La raccolta delle risposte si apre dunque nella fase 1, gli ultimi giorni del *lockdown*, dura poco meno di un mese e termina il 21 maggio, in fase 2, ma ancora nella fase del "Distanziamento Regionale". Il razionale di questa indagine è definire come il *lockdown* influisca sull'attività dei colleghi Neuropsichiatri Infantili in termini di tempo dedicato alla clinica e in termini di percezione di cambiamenti sintomatologici e dei comportamenti dei loro pazienti.

METODI

La nostra indagine fotografa la fase finale del *lockdown* e il periodo immediatamente successivo ad esso (durata sondaggio 20 giorni). Un gruppo di 3 Neuropsichiatri ha individuato le aree di interesse sulla base delle suggestioni cliniche ricevute dal proprio bacino di utenti durante il primo periodo del Distanziamento. In maniera empirica si è stabilito di articolare il questionario su 10 domande (vedi Appendice 1), in base all'attesa presunta delle risposte (n. 50), considerando così come consigliato da alcuni autori [3] che la numerosità del campione che risponde al questionario deve essere almeno 5 volte superiore il numero delle domande poste. Si è strutturato il questionario in 3 blocchi tematici e per manifestazioni differenti dello stesso modello di base (incremento dei comportamenti), per un totale di 5 pagine.
Tempo medio di compilazione previsto 1 minuto. Sono stati inviati 100 questionari a medici specialisti Neuropsichiatri Infantili del territorio e dell'ospedale. La *mailing list* costruita attraverso i contatti della SINPIA Lazio e i rispettivi contatti personali dei 3 medici che hanno lavorato all'indagine prevedeva una proporzione percentuale di ospedalieri del 20% e servizi territoriali 80%.
Le variazioni sono state misurate su 4 livelli + 1 (risposta interlocutoria), secondo una scala classica Likert: Mai, Qualche volta, Spesso, Sempre e Non so.
Solo per la prima domanda la scala su 4 livelli prevedeva dei valori percentuali relativi all'attività clinica residuale conseguentemente al *lockdown* (più o meno la stessa (100%); si è ridotta al 60%; si è ridotta al 40%; si è ridotta al 10%). L'attività in oggetto era quella indifferibile e in telemedicina.
La prima pagina del questionario prevedeva 3 domande, la prima sul tempo dedicato alla clinica dai colleghi e due sulla sintomatologia clinica osservata. La seconda riguardava le performances sia per disturbi specifici che globali. La terza pagina/area è quella riguardante il rischio psicopatologico nei prescolari (2 domande) che intendeva indagare sul possibile aumento di sintomi di disregolazione di questa fascia di età nelle *routine* quotidiane. Nella stessa pagina era presentata una domanda per la psicopatologia franca (esordi psicotici, DOC, disturbi del comportamento, depressione, autolesionismo). Le ultime due pagine sono state dedicate alla difficoltà nell'interrompere l'utilizzo di schermi (la domanda dava per scontato un aumento nel loro utilizzo in termini di tempo assoluto) e conflittualità tra genitori separati. Ci interessava avere notizie di un possibile aumento dei due fenomeni conseguentemente al maggior tempo passato a casa e al sovvertimento delle routine relative al tempo libero.
L'ipotesi di partenza è che un periodo seppur breve di distanziamento fisico, l'interrompersi delle routine quotidiane ed abituali dei nostri pazienti, l'isolamento a casa e all'interno del nucleo familiare, possa avere avuto un qualche effetto sul benessere globale e intrafamiliare. È d'altronde la prima volta che assistiamo a una modifica ambientale puntiforme ma completa, ad uno stop di ogni attività extrafamiliare e extradomiciliare. Ciò abbiamo ipotizzato possa comportare un incremento di alcune delle manifestazioni sintomatologiche osservabili in ambiente familiare e/o peggioramento sul piano delle autonomie personali.
Si è scelto di accorpare le risposte "Mai" assieme a "Qualche Volta" e confrontarle con il numero assoluto delle risposte "Sempre" e "Spesso", opponendo risposte che segnalavano un non peggioramento (Peggioramento NO) *vs* peggioramento delle condizioni cliniche (Peggioramento SI). Per il tempo dedicato alla clinica (Domanda 1) si è considerata una riduzione sostanziale la somma delle risposte che indicavano una riduzione al 40% e al 10% (Peggioramento SI). L'analisi della significatività relativa alle risposte e dei risultati è stata condotta da una collega che non aveva partecipato alla creazione del questionario (Roberta Penge); l'analisi statistica è stata condotta attraverso il software SPSS (Versione 26.0, 2019). Significatività statistica posta per valori di $p \leq 0{,}05$.

RISULTATI

Tempo di completamento medio 2 minuiti e 27 secondi, percentuale di completamento delle domande per singolo responder 91%.
Sono pervenute 53 risposte totali (53%). 44 destinatari non hanno risposto al questionario (44%), 3 invii non hanno trovato e-mail attive (respinti 3%). Dai rispondenti sono stati completati 48 questionari (90,5%). 5 hanno inviato risposte parziali (9,4%). Hanno risposto alle domande 8 medici ospedalieri (15%) e 45 territoriali (85%). 15 maschi (28%) e 38 femmine (72%).

Le prime tre domande indagavano l'attività clinica dei NPIA e sintomi generali. La prima ha rilevato che più della metà dei colleghi si è vista ridurre l'attività clinica di oltre il 50% (riduzione non sostanziale 43,13% *vs* riduzione sostanziale 56,87%). Gli ospedalieri hanno segnalato di svolgere una attività clinica ridotta tra il 40% e il 60% rispetto a prima della chiusura, i medici territoriali lo stesso. Non emerge comunque significatività statistica per quanto riguarda riduzione sostanziale dei tempi dedicati alla clinica *vs* riduzione non sostanziale. Valori assoluti e significatività sono indicati in Tabella I.
Le risposte alle due domande che indagavano la polarizzazione sintomatologica tra sintomi di area internalizzante e di area esternalizzante, sembrano rappresentare situazioni speculari anche se la percezione di un aumento di sintomi internalizzanti non raggiunge la significatività statistica (41,18% *vs* 56,87%). La sintomatologia esternalizzante è percepita come non significativamente aumentata (58% *vs* 40%).
L'ulteriore confronto tra aumento dei sintomi internalizzanti ed aumento dei sintomi esternalizzanti a seguito del *lockdown*, non risulta anch'esso rilevante dal punto di vista statistico (confronto tra i due gruppi: chi-square 1,25, *p* n.s.).
Per quanto riguarda il Neurosviluppo la domanda relativa alle performance di apprendimento nei disturbi settoriali (ADHD e DSA), considerata l'esiguità del campione sembra collocarsi ai limiti per una significatività statistica (33,33% *vs* 58,82%; chi-square 3,6, *p* 0,058); la domanda sulle Disabilità globali registra un aumento significativo delle risposte verso un peggioramento della sintomatologia disadattativa (25,49% *vs* 66,66; Chi-square 9,38; $p = 0,002$).
Le domande sui segnali di allerta in età prescolare non hanno rilevato regressione nell'autoregolazione per quanto riguarda le autonomie alimentari, sfinteriche e di gioco (55,32 *vs* 34,05%). L'impatto del fenomeno *lockdown* sui ritmi sonno-veglia dei prescolari (conseguentemente sulla tendenza del bambino dopo il risveglio o all'addormentamento ad andare a dormire con i genitori) ha rilevato una regressione nel 50% dei casi, seppure tale dato non raggiunga la significatività statistica (33,34% *vs* 58,33%). La domanda sulla sintomatologia psichiatrica ha rilevato un sostanziale equilibrio tra risposte che non segnalavano un peggioramento della psicopatologia e quelle che segnalavano un peggioramento collegato al *lockdown* (46% *vs* 48%).
La domanda sulla difficoltà nell'interrompere l'utilizzo di schermi ha registrato una alta segnalazione da parte dei colleghi specialisti; le percentuali assolute sono alte a favore di manifestazioni connesse alla dipendenza da schermi e difficoltà nella fase di spegnimento degli stessi (70,22% *vs* 23,41%; chi-square 11, $p = 0,001$).
L'ultima domanda riguardava la conflittualità tra genitori separati; tale fenomeno non viene segnalato come peggiorato in concomitanza con il *lockdown*, non raggiungendo significatività statistica (non peggioramento 44,68% *vs* peggioramento 38,29%).

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Questa indagine seppur con tutti i limiti di una raccolta dati metodologicamente poco rigorosa dal punto di vista della verificabilità delle risposte e della possibile suggestione indotta da alcune domande, rileva comunque un interessante spaccato dei fenomeni connessi al *lockdown*.
La proporzione attesa tra specialisti del territorio e ospedalieri è stata rispettata nel numero di questionari ricevuti dai responders. In maniera più o meno omogenea nei due gruppi di specialisti, la riduzione dell'attività clinica è stata segnalata come degna di nota da un'alta percentuale di risposte, seppure la differenza tra i due gruppi non sia significativa. Gli specialisti che hanno risposto alle domande hanno segnalato un

Tab. I. Valori assoluti delle risposte e verifica attraverso il test chi quadrato.

Domande	No	Sì	Non so	chi-quadrato	Valore di *p*
1. Telemedicina	22	29	/	0,96	0,327
2. Internalizzanti	21	29	1	1,28	0,258
3. Esternalizzanti	29	20	1	1,65	0,199
4. Settoriali	17	30	4	3,60	0,058
5. Disabilità globali	13	34	4	9,38	**0,002**
6. Autoregolazione	26	16	5	2,38	0,123
7. Co-sleeping	16	28	4	3,27	0,070
8. Sintomatologia psichiatrica	23	24	3	0,02	0,884
9. Interruzione schermi	11	33	3	11	**0,001**
10. Conflitto gg separati	21	18	8	0,23	0,631

Nota: in neretto i valori significativi

incremento significativo della sintomatologia legata al disadattamento nelle disabilità globali. Ciò può essere spiegato dalla assenza durante il periodo del *lockdown* delle strutture a sostegno delle persone in condizione di Disabilità complessa e delle loro famiglie, come scuola e centri erogatori di attività riabilitative, occupazionali e ricreative. I Disturbi del Neurosviluppo che comportano disabilità globali come la Disabilità Intellettiva e l'Autismo hanno risentito in maniera significativa del confinamento nell'ambiente familiare e dell'interruzione di tutti gli spazi educativi e socializzanti ai quali precedentemente afferivano; hanno avuto inoltre scarso accesso alle soluzioni di telemedicina adottate durante la pandemia [4].

L'altro dato forte emerso è relativo alla difficoltà nell'interruzione dell'utilizzo di schermi, a tutte le età. L'incremento in casa di tale utilizzo si è reso indispensabile per consentire ai figli l'accesso alle attività didattiche e la riduzione dell'isolamento sociale (videoconferenze e Didattica A Distanza-DAD). Tale dato è in linea con la letteratura sull'argomento; consensus sulle linee guida per prevenire un uso problematico di Internet sono state recentemente pubblicate [5]. Gli specialisti Neuropsichiatri Infantili hanno essi stessi utilizzato la telemedicina per raggiungere gli utenti e le loro famiglie. In tali condizioni si può supporre che il tempo di utilizzo sia stato ampiamente deregolamentato e di conseguenza l'abbassamento della soglia di controllo da parte degli adulti sull'utilizzo di schermi abbia comportato anche un abuso di tali strumenti da parte dei nostri pazienti. Questa domanda ha polarizzato molto le risposte in termini di peggioramento, ma potrebbe risentire di un bias relativamente a come è stata formulata e all'incremento oggettivo del tempo di utilizzo degli stessi mezzi informatici.

I limiti di questo studio risiedono nella metodologia scarsamente verificabile per l'utilizzo di referral e nella possibile suggestione indotta da alcune domande del questionario. Sarebbe interessante riproporre lo stesso questionario a distanza di tempo, al fine di verificare l'andamento o la progressione di alcuni fenomeni dopo sei mesi.

In conclusione possiamo ipotizzare che il peggioramento immediatamente osservabile e le conseguenze immediate e più evidenti riguardino i soggetti più fragili e affetti da disabilità globale pregressa. Subito dopo e connesse alle difficoltà nell'interruzione nell'utilizzo di schermi, sembrano compromesse le performances di apprendimento e quelle che necessitano di regole e di definizione dei tempi (come ad esempio i tempi di utilizzo di schermi per la DAD *vs* attività autonome carta penna per lo svolgimento delle consegne). Al fine di limitare i danni connessi a tali comportamenti, si ritiene utile adottare la regolamentazione nell'utilizzo degli schermi indicata da *consensus* [5]: stabilire tempi di utilizzo e tempi liberi da tecnologia, disattivare gli alert delle notifiche ecc. Linee guida sono pubblicate su come aiutare soggetti affetti da disabilità globali come lo Spettro Autistico nel comprendere in modo semplice e concreto la pandemia da COVID-19 e gestire il distanziamento sociale attraverso strutturazione delle attività di vita quotidiana e consultazioni online settimanali dei terapisti con i caregivers [6].

Ringraziamenti

Si ringrazia Enza Ancona, Segretario SINPIA sezione Lazio, per la collaborazione offerta nella diffusione del questionario tra i colleghi e Flavia Capozzi per la collaborazione al razionale della ricerca e nella stesura delle domande.

Conflitto di interessi

Gli Autori dichiarano di non avere alcun conflitto di interessi con l'argomento trattato nell'articolo.

Bibliografia

1 Spinelli M, Lionetti F, Pastore M, et al. Parents' stress and children's psychological problems in families facing the COVID-19 outbreak in Italy. Front Psychol 2020;11:1713. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01713

2 Bobo E, Lin L, Acquaviva E, et al. Comment les enfants et adolescents avec le trouble déficit d'attention/hyperactivité (TDAH) vivent-ils le confinement durant la pandémie COVID-19? [How do children and adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) experience lockdown during the COVID-19 outbreak?]. Encephale. 2020;46(3S): S85-S92. https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.05.011

3 Maggino, Filomena. Modelli di Scaling. Astris 6 Il modello additivo-2007 https://flore.unifi.it/retrieve/handle/2158/328150/7936/ASTRIS_6_Parte_II.pdf

4 Annaswamy TM, Verduzco-Gutierrez M, Frieden L. Telemedicine barriers and challenges for persons with disabilities: COVID-19 and beyond. Disabil Health J 2020 Jul 9; 100973. Online ahead of print. https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2020.100973

5 Király O, Potenza MN, Stein DJ, et al. Preventing problematic internet use during the COVID-19 pandemic: consensus guidance. Compr Psychiatry 2020;100:152180. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2020.152180

6 Narzisi, A. Handle the autism spectrum condition during coronavirus (COVID-19) stay at home period: ten tips for helping parents and caregivers of young children. Brain Sci 2020;10:207.

Appendice 1

DOMANDE:

1. **Telemedicina**

   La tua attività clinica in telemedicina o in presenza (esclusa organizzativa) si è ridotta rispetto al periodo pre-COVID-19?
   Risposta: È più o meno la stessa, si è ridotta al 60%; si è ridotta al 40%, si è ridotta al 10%.

2. **Internalizzanti**

   Nei tuoi pazienti sono insorti/si sono intensificati i sintomi internalizzanti (irritabilità, ritiro,anedonia, ansia, fobie, flessione nell'iniziativa?
   Risposte: Mai, Raramente, Spesso, Molto Spesso, Non so.

3. **Esternalizzanti**

   Nei tuoi pazienti, si sono intensificati i sintomi esternalizzanti (aggressività, agitazione psico-motoria, infrangere le regole, difficoltà attentive?

4. **Settoriali**

   Disturbi Specifici e ADHD: Secondo quanto hai osservato e/o in base a quanto riferito dalle famiglie, con i nuovi tempi e modalità di studio, sono peggiorate le *performances* di apprendimento?

5. **Disabilità globali**

   Nei bambini con Disabilità globali (Spettro Autistico, Disabilità Intellettive...) hai osservato e/o ti è stato riferito dalle famiglie regressione delle competenze acquisite oppure insorgenza/peggioramento di comportamenti disadattivi?

6. **Autoregolazione**

   Nei bambini prescolari ti è stato riferito dalle famiglie regressione nella autoregolazione relative alle abitudini alimentari, sfinteriche e/o di gioco?

7. **Co-sleeping**

   Nei bambini prescolari con che frequenza hai riscontrato aumento del *co-sleeping* e/o alterazione dei ritmi sonno-veglia?

8. **Sintomatologia psichiatrica**

   Hai osservato e/o ti è stato riferito dalle famiglie che i disturbi quali ansia (esclusa quella sociale), disturbi comportamentali, ossessivi, depressivi, autolesionismo e esordi sono peggiorati nel *lockdown*?

9. **Interruzione schermi**

   Nei tuoi pazienti, durante il *lockdown* (in relazione all'aumentato uso degli schermi) è aumentata la difficoltà a interromperne l'utilizzo?

10. **Conflitto gg. separati**

    Secondo quanto osservato e/o riferito dalle famiglie il confinamento e/o la paura del virus hanno aumentato la conflittualità tra genitori separati?

Lombardia, la Whuan di Italia: emergenza COVID-19 in un Istituto mono-specialistico non-COVID. L'esperienza del Dipartimento di Neuroscienze Pediatriche (DINEP) della Fondazione IRCCS Istituto Neurologico "Carlo Besta" di Milano

Lombardia, Whuan of Italy: COVID-19 emergency in a non-COVID monospecialty Hospital. The experience of the Department of Pediatric Neuroscience (DINEP) at the Neurological Institute Carlo Besta in Milano

T. Granata[1], C. Pantaleoni[2], N. Nardocci[3]

[1] SSD Diagnosi e Terapia di Epilessie Rare e Complesse; [2] UOC Neurologia dello Sviluppo, [3] UOC Neuropsichiatria Infantile; Dipartimento di Neuroscienze Pediatriche, Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta, Milano

Riassunto

La Lombardia è stata la regione Italiana più colpita dall'epidemia di COVID-19, registrando circa il 50% di decessi di tutto il territorio nazionale. All'interno di questo scenario, il Dipartimento di Neuroscienze Pediatriche (DINEP) dell'Istituto Neurologico Carlo Besta, designato come ospedale non-Covid, ha riorganizzato la propria attività in relazione alle nuove esigenze dettate dalla pandemia. La degenza è stata nettamente ridotta, al 10% nel mese di aprile, garantita a tutti i pazienti con problematiche "urgenti", con necessità di ricovero non differibile: si è trattato soprattutto di pazienti che necessitavano intervento neurochirurgico o affetti da epilessia di nuova insorgenza, con crisi ad alta frequenza o stato di male. L'attività ambulatoriale in presenza, soprattutto per i pazienti di provenienza extra regionali, ha subito a sua volta una notevole riduzione. Le famiglie sono state tuttavia contattate telefonicamente dal medico di riferimento per garantire la continuità di cura. Per facilitare la possibilità di contatto si è inoltre provveduto a estendere a 12 ore al giorno un servizio di assistenza telefonica da parte di un medico. Con l'avvio della attività di "telemedicina" la attività ambulatoriale è stata notevolmente aumentata, consentendo la visita "da remoto" per tutti i pazienti in agenda. L'attività di telemedicina svolta da medici, terapiste e psicologhe è stato un efficiente ed efficace modello per la riabilitazione dei pazienti in carico. Questa modalità di lavoro, oltre a consentire la continuità assistenziale, ha anche reso possibile e favorito il lavoro agile del personale non medico, con ricaduta positiva sulla necessità di mantenere il distanziamento sociale all'interno dell'Istituto. L'attività di sperimentazione clinica è stata regolarmente mantenuta, e sono proseguiti i trattamenti di somministrazione intratecale dei farmaci nei pazienti affetti da Amiotrofia Spinale, previa modifiche dei protocolli per garantire la sicurezza di operatori e pazienti particolarmente fragili. La riorganizzazione generale è stata possibile grazie alla cooperazione e impegno di tutte le figure professionali del Dipartimento. Dal mese di maggio, a fine lockdown, abbiamo affrontato la "fase 2" con un graduale aumento dell'attività clinica di degenza e ambulatoriale. Questo incremento è stato tuttavia attuato con i limiti determinati dal fatto di dover conciliare le necessità cliniche con il rispetto di tutti i criteri di sicurezza.

Parole chiave: COVID-19, epilessia, telemedicina

Summary

Lombardia, with about 50% of the 32354 deaths recorded in Italy on June 3rd was the Italian region most affected by COVID-19 during the first phase of pandemic. The Department of Pediatric Neuroscience (DINEP) at the Neurological Institute Carlo Besta (identified as non-COVID Hospital) had to reorganize the activity in order to deal with the new scenario imposed by the pandemic. Hospitalization decreased up to 10% during the month of April. Admissions were limited to patients with non-procrastinate need for evaluation and treatment, namely patients requiring surgery and patients with severe epilepsies or status epilepticus. The outpatient clinics were reorganized to balance safety measures for patients and personnel, with continuity of care. Rescheduling of appointments was triaged by telephone calls. New patients' visits were mostly postponed and follow-up visits managed mostly by tele-health. In-person visit were reduced to less than 10%, and limited

CORRISPONDENZA

Nardo Nardocci, UOC Neuropsichiatria Infantile, Dipartimento di Neuroscienze Pediatriche, Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta, via Celoria 11, 20133 Milano - E-mail: nardo.nardocci@istituto-besta.it

to particularly serious or difficult to manage situations. Tele-health proved to be an efficient and effective model to face the emergency and provide care. Psychologists and therapists could carry on the rehabilitation sessions, thus ensuring continuity of care. Further, tele-health allowed remote working for non-medical personnel, with a positive effect on social distancing into the Hospital. Patients were provided with a dedicated telephone number for direct consultation with a physician 12 hours a day. Experimental activity has been regularly maintained, particularly regarding pharmacological trials and innovative treatments, such as the intrathecal drug administration for patients affected by Spinal Muscular Atrophy; protocols have been modified in order to comply with safety standards for both workers and the fragile patients. The reorganization of Department succeeded thanks to the cooperation and efforts of all the personnel. From May to the end of lockdown inpatient and outpatient activities progressively increased. Nevertheless, the "phase 2" organization still requires to balance healthcare resources, safety and ethics, to ensure the best standard of care to all children with neurologic diseases

Key words: COVID-19, epilepsy, telemedicine

La Lombardia, con una popolazione di circa 10 milioni di persone, è la regione italiana più colpita da COVID-19. Il 3 giugno, data della revoca alle restrizioni al movimento delle persone, la Lombardia registrava 89442 casi di COVID-19 dall'inizio della pandemia e 16172 decessi associati, pari al 50% dei 32354 decessi registrati in Italia alla stessa data. La Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta è un Istituto mono-specialistico, specificamente dedicato alla diagnosi e al trattamento dei disturbi neurologici e alla ricerca clinica e pre-clinica nel settore delle neuroscienze.

Il Dipartimento di Neuroscienze Pediatriche (DINEP), specializzato nella diagnosi e nella cura delle malattie neurologiche dell'infanzia, comprende le UOC Neuropsichiatria Infantile (NPI), UOC Neurologia dello Sviluppo (NdS), la SSD Diagnosi e Terapia di Epilessie Rare e Complesse e la SS Malattie Metaboliche e Degenerative. Le prestazioni vengono erogate con modalità diverse (in regime di degenza e ambulatoriale) nelle tre strutture, in accordo con la tipologia dei pazienti afferenti (Fig. 1): prevalente attività di degenza per NPI e SSD Epilessie Rare e Complesse e SS Malattie Metaboliche e Degenerative e molto elevata attività ambulatoriale per NdS che fornisce anche prestazioni di tipo riabilitativo per bambini con disordini dello sviluppo motorio, disturbi del linguaggio e dell'apprendimento.

Nell'area di degenza che comprende 36 posti letto (16 NPI, 12 NDS, 8 SSD Epilessie Rare e Complesse)

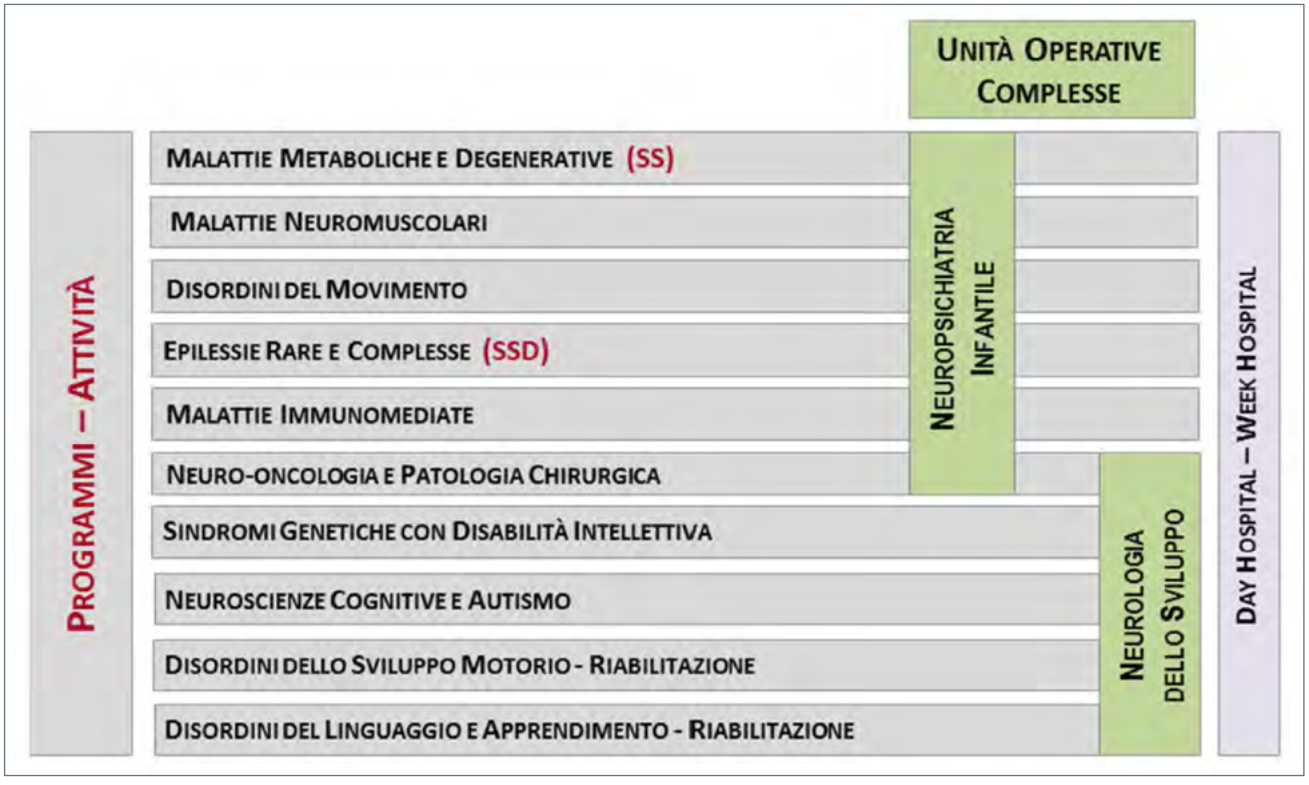

Fig. 1. Dipartimento di Neuroscienze Pediatriche.

vengono ricoverati ogni anno circa 1200 pazienti, 40% dei quali di provenienza extra-regionale. L'attività ambulatoriale (visite, day service e sedute riabilitative) fornisce oltre 16.000 prestazioni ambulatoriali: visite, valutazioni complesse e trattamenti riabilitativi.
Durante l'emergenza COVID il nostro Istituto per la sua tipologia monospecialistica è stato identificato come ospedale non-COVID: i dipartimenti di Neuroscienze cliniche (Adulto e Pediatrico) hanno offerto la disponibilità ad ammettere pazienti in carico negli ospedali COVID lombardi, e il Dipartimento di Neurochirurgia è divenuto *hub* per procedure non procrastinabili.
L'emergenza ha profondamente influenzato l'attività del DINEP, con un impatto diverso nelle diverse strutture in relazione alla tipologia dei pazienti seguiti e alle abituali modalità di erogazione delle prestazioni (degenza *versus* attività ambulatoriale).

IMPATTO SULL'ATTIVITÀ DI DEGENZA

A partire dal 21 febbraio, data della prima diagnosi di COVID-19 in un paziente italiano, le ammissioni sono rapidamente diminuite a meno del 50% rispetto all'abituale afferenza. La drastica riduzione è stata dovuta sia alla necessità di ridurre i posti letto per garantire il distanziamento, sia alla rinuncia al ricovero di molti pazienti, soprattutto di provenienza extra-lombarda.
Domenica 8 marzo, vigilia del *lockdown,* sono stati disdetti tutti i ricoveri programmati per la settimana. Da quel giorno, i ricoveri sono stati limitati ai pazienti lombardi con necessità cliniche urgenti o non procrastinabili: interventi neurochirurgici non procrastinabili, esordio di patologia neurologica che richiedeva rapido inquadramento e terapia: malattia di Guillain-Barré, sclerosi multipla, esordio di crisi ad alta frequenza, peggioramento clinico in condizioni metaboliche o degenerative, grave peggioramento di crisi epilettiche o stato di male in pazienti con epilessia nota. Rispetto allo stesso periodo del 2019, l'ammissione dei pazienti si è progressivamente ridotta, fino al 10% nel mese di aprile, cioè nella fase di più stretto *lockdown*. La necessità di annullare i ricoveri in elezione, effettuati essenzialmente a scopo diagnostico, la impossibilità a ricoverare pazienti extra-lombardi, e la tipologia di pazienti per i quali il ricovero non era procrastinabile, prevalentemente paziente chirurgici o con epilessia grave, spiegano la riduzione complessiva del numero di ammissioni e la diversa distribuzione dei ricoveri nelle tre strutture (Fig. 2).

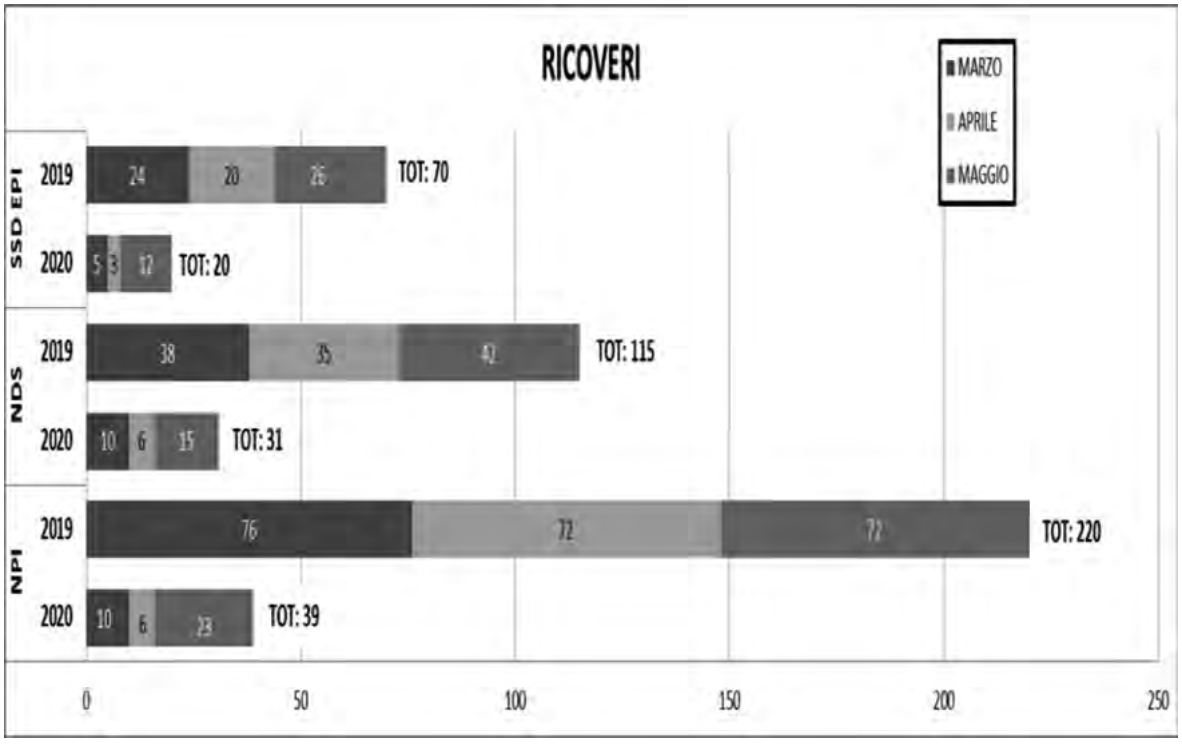

Fig. 2. Confronto anno 2019-2020 numero di ricoveri relativi ai mesi di marzo-aprile-maggio nelle tre unità operative.

IMPATTO SULL'ATTIVITÀ AMBULATORIALE E L'ESPERIENZA DI TELEMEDICINA

L'attività ambulatoriale ha seguito la stessa tendenza temporale della attività di degenza: nelle prime due settimane, molti pazienti, in particolare se di provenienza extra-regionale, hanno annullato la loro visita. Dal 9 marzo, data del primo *lockdown*, i pazienti programmati per visita sono stati contattati dai loro medici per comprendere le condizioni cliniche e la necessità della visita in presenza e permettere la continuità di cura. In seguito a questo triage telefonico, le visite sono state ridotte a circa il 10% e limitate a situazioni particolarmente gravi o difficili da gestire, o quando era indispensabile eseguire, contestualmente alla visita, esami di laboratorio (per esempio, EEG). Per fornire una pronta risposta alle richieste, anche non urgenti, il servizio telefonico per il contatto non urgente con i medici, normalmente attivo per 4 ore e gestito da una segretaria, è stato esteso a 12 ore al giorno e affidato direttamente a un medico del Dipartimento. Con nostra sorpresa, abbiamo osservato una notevole riduzione delle telefonate, insieme a un aumento delle e-mail, che in ogni caso riguardavano solo bisogni urgenti. È interessante notare che la riduzione dei contatti col medico è stata registrata in diverse strutture italiane ed europee, sia in ospedali COVID che in ospedali non-COVID [1].

Pensiamo che nel determinare il basso ricorso al contatto con il medico abbiano contribuito diversi fattori: il ritiro sociale conseguente alla depressione collettiva, la paura di dover ricorrere all'ospedale ritenuto potenziale fonte di contagio, la preoccupazione di non disturbare i medici ritenuti impegnati nella lotta contro il coronavirus. L'emergenza ha prodotto una importante accelerazione nella realizzazione dei programmi di sviluppo di telemedicina in Istituto [2] e dalla fine del mese di marzo l'attività ambulatoriale è stata sostanzialmente effettuata attraverso l'utilizzo di una piattaforma per tele-consultazione istituzionale. Questo ha reso possibile e favorito anche lo svolgimento di attività da remoto in *smart working* per tutte le figure non mediche, psicologi e terapisti. Questo ha consentito di garantire il proseguimento delle attività di valutazione e riabilitative e spiega il rapido recupero del numero di prestazioni fornite ai pazienti in particolare da parte della UOC NdS (Fig. 3).

Più nel dettaglio, è stato possibile proseguire la presa in carico assistenziale e riabilitativa di tutti i pazienti in carico. I bambini scolari con Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA) e i bambini pre-scolari con Disturbi del Linguaggio sono stati seguiti mediante l'uso di training su piattaforme già in commercio, training sperimentali

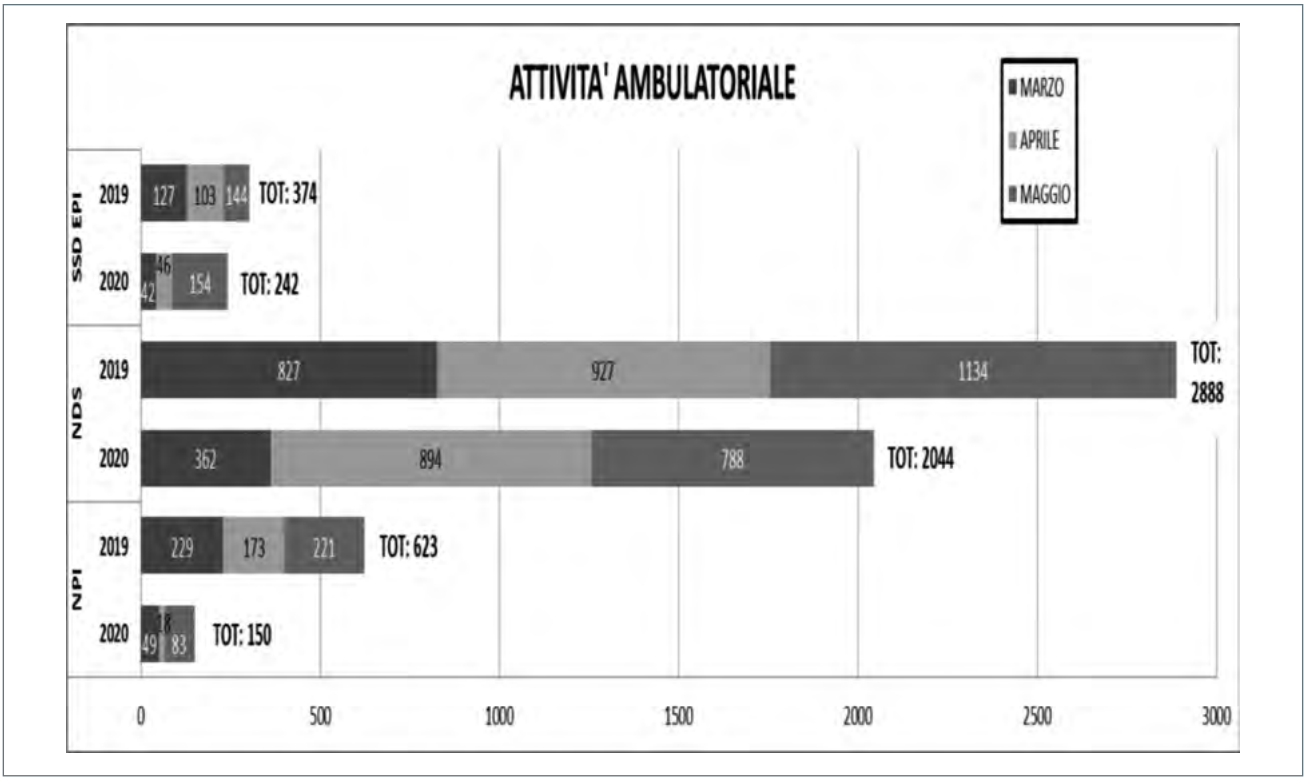

Fig. 3. Confronto anno 2019-2020 dell'attività ambulatoriale relativa ai tre mesi di marzo-aprile-maggio nelle tre unità operative.

informatizzati e creazione di materiale audio-visivo. I più piccoli sono stati seguiti con monitoraggi riabilitativi e "*parent training*" sullo sviluppo comunicativo-linguistico, verificati con questionari e filmati familiari [3].
La serie di pazienti costituita da bambini di età prescolare con ritardo psicomotorio, disabilità intellettiva e disturbi comportamentali, ha proseguito il percorso di inquadramento diagnostico iniziato in presenza, per completare la valutazione e per i colloqui conclusivi. È stata mantenuta l'attività di case management ed avviate consulenze psicodiagnostiche di *follow-up* per garantire l'attivazione o il rinnovo delle pratiche di invalidità e/o inclusione scolastica. L'inevitabile sospensione dell'attività riabilitativa diretta con bambini affetti da Paralisi Cerebrale Infantile e Atrofia Muscolare Spinale, è stata affrontata attraverso la messa a punto di un protocollo di videoregistrazione del bambino in famiglia per la definizione del profilo delle funzioni adattive coinvolte (posturo-cinetica, manipolatorio prassica, visiva e visuo-percettiva, attentiva, cognitiva ed emotivo-relazionale). È stato così possibile monitorare e adattare gli obiettivi riabilitativi.
In tutti i casi le valutazioni da remoto hanno incluso l'uso di misure indirette rivolte ai *caregiver*: interviste strutturate ai genitori, questionari sullo sviluppo cognitivo, linguistico e adattativo, osservazioni di video familiari. Sono stati inoltre incentivati incontri di rete con operatori della scuola e sanitari coinvolti nel progetto abilitativo ed educativo dei pazienti.
La risposta delle famiglie a tutte le proposte messe in atto da remoto è stata immediata e positiva. Nell'attesa di avere i risultati del questionario di gradimento attivato recentemente, i *feedback* informali ricevuti dai genitori e dai bambini indicano un buon livello di soddisfazione.

IMPATTO SULL'ATTIVITÀ DI SPERIMENTAZIONE CLINICA E TRATTAMENTI INNOVATIVI

Durante l'intero periodo di emergenza COVID, anche nei periodi di *lockdown* l'attività di sperimentazione clinica come quella di trial intervenzionali farmacologici è proseguita regolarmente ma con alcune deviazioni dal protocollo concordate con gli sponsor che hanno previsto in particolare prestazioni in presenza solo per indagini di sicurezza (prelievi, ECG, controlli clinici).
Le somministrazioni intratecali di Spinraza per pazienti affetti da Amiotrofia Spinale, non hanno invece subito alcuna riduzione. Per poter mantenere questa attività particolarmente delicata e complessa data la particolare "fragilità" di questi pazienti, sono stati messi in atto una serie di adeguamenti organizzativi e logistici per poter garantire la massima sicurezza.

IMPATTO SUI BAMBINI CON EPILESSIA

In tutte le strutture del Dipartimento è stato necessario rimodulare l'attività sia di ricovero che ambulatoriale. Questa necessità è risultata particolarmente necessaria per i pazienti affetti da epilessia che hanno rappresentato la porzione relativamente più significativa di situazioni cliniche urgenti e non procrastinabili. La SSD dispone di 8 letti per la degenza, incluso un letto per il monitoraggio video EEG prolungato. L'attività di ricovero si è ridotta fino ad arrivare a soli 3 ricoveri (15% rispetto all'anno precedente) nel mese di aprile, periodo di più stretto *lockdown*. I monitoraggi video EEG programmati e le valutazioni pre-chirurgiche sono stati annullati e non è stato eseguito alcun intervento di chirurgia dell'epilessia. Nel trimestre marzo-maggio, i ricoveri sono stati limitati ai pazienti lombardi e, nei primi due mesi, solo ai pazienti con crisi di nuova insorgenza ad alta frequenza e ai pazienti con stato di male. Per tutti gli altri la presa in carico è stata garantita attraverso consultazione da remoto.
L'emergenza COVID ha richiesto i seguenti cambiamenti nella cura dei pazienti: l'aggiustamento del trattamento è stato effettuato solo su base clinica, senza controllare il livello plasmatico dei farmaci, e senza controlli EEG; non sono state apportate modifiche alle terapie in corso, salvo estreme necessità, in nessun caso nei pazienti liberi da crisi è stata avviata sospensione della terapia, e il processo di sospensione della terapia eventualmente già avviato è stato interrotto. La validità di queste misure intraprese rapidamente dalla SSD è stato confermato dalle raccomandazioni emanate dal ERN Epicare cui l'Istituto afferisce [4].
Per quanto riguarda il decorso dell'epilessia, nella maggior parte dei pazienti non sono stati segnalati cambiamenti significativi nella frequenza delle crisi. Nei primi giorni di *lockdown* solo le famiglie di bambini con grave disabilità hanno riportato un aumento della frequenza delle crisi non convulsive, ma questa potrebbe in realtà essere solo apparente, conseguenza della più stretta sorveglianza del bambino che rimaneva in casa 24 ore al giorno.
Per valutare gli effetti indiretti della emergenza COVID sui pazienti con epilessia e sulle loro famiglie, è stata effettuata una analisi attraverso un questionario online mirato a esplorare la presenza di problemi derivanti dalla necessità di annullare o posticipare visite, ricovero, esami, riabilitazione e a valutare l'impatto del *lockdown* sulle comorbidità e sulla qualità della vita quotidiana. È stata inoltre richiesta l'opinione sulla possibilità di impiegare la telemedicina anche in fase post-emergenza.
I risultati preliminari su un campione di 400 famiglie dimostrano che la gestione dei pazienti da remoto (telefonate, e-mail, telemedicina) ha bilanciato la necessità di rimandare le visite in presenza. A questo proposito,

quasi la metà delle famiglie considera il teleconsulto uno strumento utile anche dopo l'emergenza COVID, ma ritiene che questi strumenti siano validi solo per consultazioni occasionali e che non possano sostituire il rapporto diretto con lo specialista.
Le famiglie hanno riportato preoccupazioni relative all'annullamento di ricoveri e visite programmate, il peggioramento o l'insorgenza di comorbidità e problemi conseguenti alla chiusura delle scuole, dei centri diurni e delle attività di riabilitazione. Circa un terzo delle famiglie ha riportato peggioramento o comparsa di sintomi, quali disturbi del comportamento, disturbi dell'umore, ansia, disturbi del sonno, cefalea.
Il nuovo stile di vita "tutta la famiglia a casa" ha richiesto una profonda riorganizzazione nella pianificazione della vita di tutti i giorni, ha amplificato le differenze sociali, culturali, e di censo.
Gli effetti indiretti più gravi della emergenza COVID sono stati segnalati da famiglie di bambini con disabilità e disturbi comportamentali. Per queste famiglie, il *lock-down* ha significato che l'intero onere della disabilità era sulle spalle dei genitori. L'interruzione della scuola o del centro diurno e dei programmi riabilitativi, l'interruzione della routine e delle regole acquisite hanno comportato la perdita delle capacità e dell'autonomia acquisite, la comparsa di comportamenti regressivi, di iperattività grave, e di esplosioni di rabbia.
La limitazione al movimento delle persone, la necessità del distanziamento sociale e la ridotta capacità di accesso all'ospedale hanno fatto sì che i pazienti con epilessia, come altri pazienti con altre patologie croniche, siano stati penalizzati nel loro processo di cura, fatte salve le condizioni di urgenza.
L'esperienza della SSD epilessia è stata condivisa con altri centri italiani ed europei, afferenti a ospedali convertiti in strutture COVID. Il dato più rilevante emerso da questo confronto è che la cura dei pazienti con epilessia, per i pazienti e le famiglie, è stata penalizzata dall'emergenza, indipendentemente dalla conversione o meno degli ospedali in strutture COVID [1,5] e questo deve essere considerato nella pianificazione delle attività dei prossimi mesi.

IMPATTO SUL PERSONALE MEDICO

Durante le prime settimane di epidemia, la repentina riduzione delle attività e il clima generale che si stava vivendo nella nostra regione, hanno determinato profondi cambiamenti nella nostra vita personale e lavorativa. In questa fase prevaleva la sorpresa e l'incredulità. Questi sentimenti, insieme alla iniziale contraddittorietà di alcune informazioni e direttive, hanno fatto pensare a un esagerato allarmismo e all'opportunità di continuare il nostro lavoro. Rapidamente è stato chiaro che l'epidemia era esplosa in modo drammatico. Questa consapevolezza ha determinato sentimenti di sbalordimento, senso di irrealtà, di solitudine e di inadeguatezza delle nostre competenze specifiche rispetto alle richieste emerse nell'emergenza. Tuttavia, l'attività si è concentrata nella gestione di pazienti affetti da condizioni neurologiche gravi ed urgenti per le quali le nostre competenze specifiche sono risultate fondamentali; inoltre, in poche settimane, il personale del dipartimento è stato in grado di riorganizzare il lavoro in relazione alle nuove necessità e parte del personale medico ed infermieristico ha prestato la propria attività presso reparti COVID di Ospedali di Milano. A causa del ridotto bisogno di personale e della necessità di distanziamento sociale è stata riorganizzata la presenza di medici in Istituto; psicologi e terapisti in "lavoro agile" hanno avviato il lavoro di riabilitazione da remoto e attivate le prestazioni ambulatoriali in telemedicina. Infine, è stata pianificata la fase 2, sia in relazione alle procedure di sicurezza, che alla necessità di identificare i nuovi criteri di prioritizzazione dei pazienti.

PROTOCOLLI DI PROTEZIONE E PROCEDURE DI SICUREZZA

A partire dal 9 marzo, sono state progressivamente rafforzate le procedure di sicurezza e i protocolli di protezione. Allo stato attuale, il giorno precedente il ricovero viene effettuato un triage telefonico da parte di un medico. Sulla base di una *check-list* dettagliata, il triage ha lo scopo di verificare i dati demografici, inclusi lo stile di vita e le condizioni familiari, il rischio di avere avuto contatti con persone infette, nonché la presenza o il verificarsi recente di tutti i sintomi che ora sono noti per essere potenzialmente COVID-correlati, nel paziente e nel genitore che accompagnerà il bambino. Vengono ricercati i seguenti sintomi: febbre, tosse secca, astenia, faringodinia, dolore addominale, diarrea, congiuntivite, rinorrea, disgeusia, anosmia, dolore muscolare, associati o meno a nuove insorgenze di vertigini, disturbi dell'equilibrio, cefalea, disturbi di coscienza, disturbi visivi, nevralgie. Al momento del ricovero, al paziente e al genitore viene ripetuto il triage anamnestico, prelievo ematico per PCR ed emocromo e tampone rinofaringeo. Il paziente e il genitore rimangono nella loro stanza in isolamento precauzionale fino a quando i risultati del test non sono disponibili.
I pazienti ambulatoriali e il loro accompagnatore, all'ingresso in ospedale firmano una dichiarazione in cui affermano che sono privi di sintomi e che non hanno avuto contatti con sospetti pazienti COVID. Devono indossare una maschera e disinfettarsi le mani e viene misurata la temperatura. Prima della consultazione il medico esegue il triage anamnestico.

Il personale utilizza dispositivi di protezione individuale (PDI) con diversi livelli di protezione in base al rischio delle procedure (livello minimo: maschera e guanti, livello massimo: maschera FFP2, doppi guanti, lunga tunica idrorepellente, occhiali protettivi, cuffia, calzari).

PIANIFICAZIONE DELLA FASE 2

La strategia per la fase 2, già avviata dal mese di maggio, fine del *lockdown* intra-regionale, ha dovuto considerare il profondo cambiamento nell'organizzazione dell'ospedale, in relazione alla necessità di distanziamento sociale. La capacità di ammissione per molti mesi sarà ridotta sia per i pazienti ambulatoriali che per i pazienti che necessitano il ricovero (per garantire la camera singola i 36 letti saranno ridotti a 19). La riduzione dei posti letto, insieme alla necessità di fornire buona parte delle prestazioni che erano state sospese e rimandate durante l'emergenza, anche per i pazienti di provenienza extra-regionale, ha richiesto la ridefinizione delle priorità e le liste di attesa.
Ogni Unità del Dipartimento è impegnata nel compito di prioritizzazione che deve bilanciare le risorse disponibili, il bisogno di sicurezza e l'etica, per garantire il miglior standard di cura per tutti i pazienti.
La prioritizzazione attuale prevede le seguenti classi:

- *Pazienti in prima diagnosi* con sintomi a carico del Sistema Nervoso Centrale e/o Periferico di recente insorgenza che richiedano inquadramento diagnostico-terapeutico complessivo;
- *Pazienti in carico* con segni di peggioramento del quadro clinico meritevoli di rivalutazione clinico-strumentale o terapeutica medica o chirurgica;
- *Pazienti con diagnosi definita*, in lista di attesa per valutazione di indicazioni o effettuazione di trattamenti medici o chirurgici (*follow-up* con tempistiche non modificabili a fini terapeutici, monitoraggio video EEG prolungato per studio pre-chirurgico di epilessia farmacoresistente, intervento di Stimolazione Cerebrale Profonda).

La prioritizzazione da un lato e il decentramento dall'altro saranno cruciali nei prossimi mesi. La creazione di *network* con gli ospedali periferici, con le strutturali territoriali e con i pediatri di libera scelta, sarà essenziale per valutare i bisogni dei pazienti, limitare il movimento delle persone e fornire una presa in carico efficace anche nei momenti di emergenza [6].

La necessità di distanziamento sociale anche nel futuro modificherà il modus operandi del personale sanitario: le valutazioni in telemedicina proseguiranno almeno per una parte dei pazienti in carico che non necessitano di un esame fisico o di laboratorio. Le piattaforme online dovranno essere favorite per le riunioni multidisciplinari, per le attività didattiche e per le conferenze scientifiche [7].
In conclusione, la nostra esperienza sottolinea in particolare le difficoltà nel bilanciare il bisogno di sicurezza rispetto alla epidemia, con la necessità di fornire una cura adeguata a bambini e adolescenti con malattie neurologiche croniche. Bilanciare queste esigenze rimane una sfida per il presente e per il prossimo futuro.

Conflitto di interessi

Gli Autori dichiarano di non avere alcun conflitto di interessi con l'argomento trattato nell'articolo.

Bibliografia

1 Granata T, Bisulli F, Arzimanoglou A, Rocamora R. Did COVID-19 pandemic silence the needs of people with epilepsy? Epileptic Disord 2020;22:439-42.
2 Bloem BR, Dorsey ER, Okun MS. The Coronavirus Disease 2019 crisis as catalyst for telemedicine for chronic neurological disorders. JAMA Neurol 2020. https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2020.1452.
3 Sarti D, De Salvatore M, Gazzola S, et al. So far so close: an insight into smart working and telehealth reorganization of a Language and Learning Disorders Service in Milan during COVID-19 pandemic. Neurol Sci 2020. https://doi.org/10.1007/s10072-020-04481-8
4 COVID-19 and Epilepsy – ERN EpiCARE Recommendations https://epi-care.eu/covid-19-and-epilepsy-ern-epicare-recommendations/
5 Granata T, Bisulli F. Invited Commentary: What happens to patients with epilepsy in the COVID-19 era? An Italian experience. Neurology Blog May 26, 2020. https://blogs.neurology.org/covid-19-coronavirus/invited-commentary-what-happens-to-patients-with-epilepsy-in-the-covid-19-era-an-italian-experience/#.XtDeD3651Qg.email
6 Berwick DM. Choices for the "New Normal" [published online ahead of print, 2020 May 4]. JAMA. 2020. doi:10.1001/jama.2020.6949
7 ACGME recommendations regarding scheduling of residents and fellows. www.acgme.org/covid-19.

Comunità Terapeutica per minori e giovani adulti "Il Soffio": vissuti, procedure e modalità operative a seguito dell'emergenza COVID-19. L'esperienza trentina

Therapeutic Community for adolescents and young adults "Il Soffio": activation of new operating procedures for the COVID-19 emergency. The experience of the province of Trento

F. Guccione[1], F. Aldegheri[2], I. Bazzoni[3], A. Mazzaglia[4], A. Pompoli[5], R. Farruggia[6]

[1] Neuropsichiatra Infantile, Direttore Sanitario Comunità Terapeutica "Il Soffio" Arco, Trento; [2] Responsabile area psichiatria Codess-sociale; [3] Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, Coordinatrice Comunità Terapeutica "Il Soffio" Arco, Trento; [4] Coordinatrice di Villa San Pietro
[5] Psichiatra Centro di Riabilitazione Villa San Pietro Arco; [6] Neuropsichiatra Infantile, Coordinatore Sezione Psichiatria dell'Età Evolutiva SINPIA

Riassunto

La comunità terapeutica "Il Soffio" per minori e giovani adulti di Arco di Trento a seguito dell'emergenza Coronavirus ha dovuto mettere in atto nuove procedure operative sia sul versante organizzativo che strutturale. Vengono qui descritte tali nuove modalità e l'impatto che hanno avuto sugli ospiti, sulle famiglie e sugli operatori.

Parole chiave: Comunità terapeutica, Adolescenti, Vissuti, Procedure, COVID-19

Summary

Following the Coronavirus emergency, the "Il Soffio" therapeutic community for minors and young adults in Arco di Trento had to implement new operating procedures both on the organizational and structural side. These new methods and the impact they have had on guests, families and workers are described here.

Key word: Therapeutic Community, Adolescents, Affect, Procedures, COVID-19

PREMESSA

La Comunità Terapeutica per minori e giovani adulti "Il Soffio" nasce nel giugno 2019 su mandato dell'azienda sanitaria trentina (delibera 498/2019 provincia di Trento) col fine di rispondere all'esigenza di presa in carico residenziale degli adolescenti con problematiche psichiche insistenti sul territorio provinciale.
È una struttura ad alta intensità assistenziale per minori che presentino condizioni di grave compromissione funzionale psicopatologica e dispone di 10 posti letto.
"Nella Provincia Autonoma di Trento, a partire da una programmazione politico-sanitaria dedicata alla fragilità in età evolutiva, si è dato avvio – sin dal 2013 (Dg. n. 1975) – alla costituzione di una filiera di servizi territoriali sanitari e socio-sanitari rispondenti ai bisogni emergenti della nuova "psicopatologia" adolescenziale. La cornice metodologica è rappresentata dalla necessità di costruire modelli di intervento tempestivi, flessibili e personalizzati, integrati già dalla fase dell'acuzie, col successivo progetto terapeutico, di presa in carico territoriale, quest'ultimo comprendente anche il passaggio attraverso un progetto di residenzialità a valenza terapeutica" (Agrimi, Calzolari 2019).
Il Soffio è inserito all'interno di "Villa San Pietro": un *polo integrato* che accoglie al proprio interno un *Centro di Riabilitazione per adulti*, un *Recovery Center* (precedentemente Residenza psichiatrica) e infine la *Comunità terapeutica per minori e giovani adulti.* Si tratta di tre Unità Operative del tutto indipendenti, ciascuna con le proprie specificità metodologiche, organizzative e di gestione risorse umane.
La Comunità si inserisce peraltro all'interno del quadro normativo nazionale così come definito dall'Accordo Stato Regioni 14/130/CR08a/C8: "Interventi semiresidenziali e residenziali terapeutico riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza.

CORRISPONDENZA
Fulvio Guccione, Villa San Pietro, via P. Leonardi 6, 38062 Arco (TN) - E-mail: fulvioguccione@gmail.com

La ***mission*** del Soffio è caratterizzata dai seguenti punti:
Resilienza: favorire lo sviluppo della capacità di affrontare in modo positivo le difficoltà proprie dell'ambiente;
Recovery: consentire al giovane paziente di recuperare un livello di funzionamento sociale e scolastico/lavorativo tale da garantire la ripresa di un ruolo attivo, utile e soggettivamente gratificante al momento del rientro nel suo ambiente sociale, indipendentemente dal raggiungimento della remissione sintomatologica;
Favorire l'inclusione a livello scolastico e sociale: superare le barriere culturali e consentire l'integrazione sociale in ambito scolastico nel territorio di residenza del paziente, in un contesto di protettività.
I concetti di "resilienza" e di "recovery" hanno drasticamente orientato le scelte di campo in ambito neuro-psichiatrico infantile e psichiatrico e offrono uno schema teorico innovativo che supera la visione "clinica" e permette di allargare ad una dimensione multiprofessionale, la comprensione dello sviluppo dell'adolescente/giovane adulto, visto come soggetto dinamico e attivo che cresce all'interno di una filiera esistenziale complessa che include, insieme alle sue caratteristiche individuali, i suoi stessi legami con la collettività e l'organizzazione sociale che lo appoggia, comprendendo quindi il sistema scolastico e l'aggregazione sociale, come promotori fondamentali di resilienza.
Questa filosofia di base pone l'accento sulle risorse che sono presenti in un soggetto (o in sistema) e che vengono mobilizzate, sviluppate e sostenute per risolvere una situazione di rottura traumatica, ed offre una buona possibilità di definire una griglia di osservazione (cos'è che promuove resilienza), di individuare uno schema teorico esaustivo (quali risorse in campo, quale il loro valore) e di collocarsi in un vertice esplicito di osservazione, quello dei processi di cura.

Aspetti metodologici

"Il Soffio" articola la sua attività secondo strategie cliniche ed organizzative altamente specifiche, in coerenza con le più recenti evidenze scientifiche disponibili in letteratura ed in linea con i modelli organizzativi dei centri di riferimento per il trattamento riabilitativo dei giovani affetti da disturbi del comportamento.
La generale metodologia di lavoro si ispira in primo luogo ai principi della medicina basata sull'evidenza ("*EBM*: *Evidence-based medicine*"). Questa è stata definita come "l'integrazione delle migliori evidenze scientifiche, dell'esperienza clinica e delle preferenze del paziente" nel processo decisionale in ambito clinico (Straus 2011). In termini concreti, applicare tale approccio alla Comunità terapeutica si traduce nella seguente metodologia di lavoro:

- scelta delle attività riabilitative principali sulla base di evidenze scientifiche basate su prove di efficacia;
- somministrazione di tali attività secondo modelli manualizzati e riproducibili;
- formazione continua del personale allo svolgimento delle attività previste;
- aggiornamento continuo della metodologia di lavoro in base alle evidenze scientifiche via via disponibili;
- misurazione di indici di esito del trattamento all'inizio, durante e al termine del percorso riabilitativo.

Questa metodologia si integra appieno con Linee di indirizzo sull'Emergenza Urgenza in età evolutiva edite dalla Società Italiana di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (GINPEE 2018:38 57-72) in particolare con la raccomandazione N. 7.

Progetto Terapeutico Riabilitativo Individalizzato (PTRI)

In una fase precoce dell'inserimento presso "Il Soffio" viene definito, per ciascun paziente, in accordo con l'inviante, un progetto terapeutico riabilitativo individualizzato (PTRI). Esso esplicita in primo luogo gli obiettivi del percorso riabilitativo e, evidenziando quali aree di funzionamento necessitino di essere sottoposte a training riabilitativo, individua quali specifiche attività riabilitative vadano più opportunamente proposte al paziente per raggiungere gli obiettivi prefissati. Il principio ispiratore seguito presso la Comunità terapeutica nella definizione del PTRI è quello della "co-produzione", ovvero della compartecipazione di operatore e utente nell'individuazione degli obiettivi da perseguire e delle strategie da attuare per raggiungerli.
Il PTRI viene redatto secondo il modello bio-psico-sociale alla base dell'ICF *International Classfication of Function*.
La definizione/rivalutazione del PTRI è un processo multidisciplinare e multidimensionale, vede il coinvolgimento dell'utente e della sua famiglia, degli operatori e del case manager e sfrutta i seguenti principali strumenti operativi: CGI (*Clinical Global Impression*), C-GAS (*Children's Global Assessment Scale*), ICF (*International Classification of Function*), VGF (Valutazione Globale del Funzionamento) e CANS (*Child and Adolescent Needs & Strengths*).

Attività

Durante il periodo di permanenza in Struttura, al paziente vengono offerti, in modo altamente individualizzato e integrato: monitoraggio clinico-farmacologico, psicoterapia individuale, psicoeducazione, psicointervento sui familiari, training delle abilità di vita quotidiana, training delle abilità sociali, attività risocializzanti e attività occupazionali a finalità espressiva, culturale e ludico-sportiva. Tra le attività di gruppo proposte rientrano: Psicoeducazione, *Problem Solving*, Strategie di coping, SST (*Social Skills Training*), CRT (*Cognitive Remediation Therapy*), INTEGRO (Intervento Psicoeducativo di Gruppo per il Raggiungimento degli Obiettivi),

Programma di gestione della rabbia, IAA (Interventi Assistiti con gli Animali), Gruppo discussione, Laboratorio artistico, Laboratorio di cucina, Gruppo musica, Cineforum, Attività ludico-sportiva.
Per il recupero delle abilità sociali di base, al paziente vengono inoltre offerti: training quotidiano della cura di sé, partecipazione alle attività quotidiane della Comunità terapeutica (apparecchio-sparecchio, lavanderia, pulizie, giardinaggio, cura dell'orto, ecc.), uscite risocializzanti in paese, attività di volontariato presso varie associazioni sul territorio (canile, biblioteca, parrocchia), La frequenza scolastica è elemento cardine del processo riabilitativo del soggetto. Non di rado si assiste prima dell'ingresso in struttura, all'abbandono scolastico. Al fine di consentire un percorso riabilitativo sia sul versante formativo che della socializzazione è indispensabile la ripresa del ciclo di studi spesso con il supporto e la presenza fisica del case manager. Tale percorso deve essere condiviso col team docente e formalizzato all'interno del PTRI dell'allievo.

Figure professionali e continuità assistenziale

Elemento essenziale è rappresentato dal fatto che il Neuropsichiatra Infantile, accanto al lavoro clinico, svolge il ruolo di Direttore Sanitario, e garantisce una continuità di presenza per tre giorni alla settimana.
Il Coordinatore di Struttura è generalmente presente in struttura quotidianamente, e lo psicologo - psicoterapeuta è presente quattro giorni alla settimana.
Il coordinatore infermieristico è presente nella fascia oraria diurna da lunedi a venerdi.
L'infermiere professionale presente h.24, è trasversale ai diversi nuclei della comunità.
La continuità assistenziale viene garantita agli ospiti del centro per 24 ore al giorno, 7 giorni su 7. È garantita la presenza in struttura, per ogni turno giornaliero, di almeno tre operatori; durante la notte sono presenti un Operatore SocioSanitario (OSS) che svolge funzione attiva e un Edu/TeRP che pur presente, svolge funzione passiva, ossia viene chiamato in caso di necessità.
In caso di emergenze cliniche, il personale in servizio fa riferimento a protocolli operativi formalizzati e può inoltre avvalersi del supporto del personale assegnato agli altri nuclei.

Case management

All'interno dell'équipe, Educatori e Terapisti della Riabilitazione Psichiatrica (TeRP) vengono chiamati a svolgere il ruolo di *Case Manager* (di seguito *CM*).
L'assegnazione del paziente al suo CM avviene nella fase precoce dell'inserimento presso la Comunità Terapeutica (già a partire dalle visite preliminari all'inserimento); successivamente il CM segue il paziente a lui affidato fino al termine del percorso in struttura.

Lavoro d'équipe

Qualsiasi decisione in merito alla gestione clinica e al progetto riabilitativo individualizzato dei pazienti inseriti presso la Comunità terapeutica viene presa in équipe.
L'équipe si riunisce settimanalmente e ha una composizione multidisciplinare, coinvolgendo tutte le figure professionali.
Nel corso delle riunioni d'équipe vengono discussi sia gli aspetti organizzativi che riguardano la Comunità terapeutica nel suo insieme, sia i progetti riabilitativi dei singoli pazienti, al fine di coordinare gli interventi terapeutico-riabilitativi e discutere le eventuali criticità.
L'équipe è organizzata in modo da favorire una discussione interattiva in cui ogni partecipante è invitato a contribuire per l'area di sua competenza.

La rete

Il periodo di training riabilitativo svolto presso "Il Soffio" va inteso come una fase nell'ambito di un più complesso percorso di cura e presa in carico da parte dei Servizi Territoriali di Neuropsichiatria Infantile e Psichiatria. Da tale considerazione emerge la necessità di un efficace coordinamento con tali Servizi, che consenta di armonizzare il lavoro sul paziente durante la permanenza nella nostra struttura con le fasi precedenti e successive del percorso di cura.

L'EMERGENZA COVID-19

L'emergenza coronavirus, ha determinato anche all'interno della Comunità Terapeutica una repentina e, inaspettata per i ragazzi, totale chiusura degli accessi, delle uscite, dei rientri a domicilio programmati, nonché l'interruzione della frequenza scolastica e delle attività di tirocinio.
È stato necessario, sin da subito mettere in atto strategie di comunicazione che aiutassero i ragazzi a comprendere cosa stava accadendo. Sono stati attuati momenti di comprensione e divulgazione degli eventi e delle notizie che provenivano a livello nazionale dagli organi di stampa e favorendo un minimo di dibattito tra i ragazzi, incoraggiandoli e supportandoli nell'elaborazione degli eventi.
Dai primi giorni sono stati potenziati i gruppi di discussione, per la gestione delle emozioni finalizzati all'elaborazione dei vissuti in conseguenza del *lockdown*.
La gestione della quotidianità è stata, sin da subito, completamente rivista.
Per ciascun paziente è stato ridefinito il Piano Terapeutico-Riabilitativo Individualizzato, in continuità con quello che il giovane svolgeva prima dell'emergenza. Naturalmente venivano rivisti tempi e azioni rimodulati negli obiettivi contingenti.

Sono state infatti riadattate tutte le attività terapeutico-riabilitative: insieme ai case managers di riferimento e con il coinvolgimento diretto di ciascun paziente, sono state impostate nuove attività individuali e di gruppo.
L'organizzazione della giornata è stata ripensata al fine di consentire ampia prevedibilità degli eventi, e le attività terapeutico-riabilitative sono state ristrutturate informando con chiarezza i ragazzi. Si sono privilegiate attività ludico-sportive, svolte all'interno della struttura.
Ai ragazzi è stato consentito il mantenimento delle routine quotidiane, in relazione alla cura di sé, all'alimentazione, e al ritmo sonno veglia.
La programmazione però è stata riadattata alla situazione in maniera flessibile, edulcorando, in alcuni casi, le regole di cui precedentemente si richiedeva il rispetto in maniera più ferma (orari, tv. ecc.).
A tutti i ragazzi sono stati consentiti, anche dove non previsto precedentemente (ma in linea con il PTRI), contatti plurisettimanali in videoconferenza con i genitori, e laddove possibile con gli altri familiari, i tutori, la rete amicale e i referenti socio-sanitari del territorio. Ogni contatto veniva effettuato in presenza dell'educatore di riferimento che aiutava il ragazzo ad elaborare le comunicazioni in entrata.
Dove possibile sono stati consentiti inoltre anche brevi momenti di intimità in cui poter parlare direttamente e senza filtri con la famiglia.
La presenza costante dei professionisti in struttura, anche durante il *lockdown*, ha consentito il proseguimento delle attività psicoterapeutiche individuali e di gruppo. Per i pazienti che già effettuavano sedute vis a vis con terapeuti esterni alla struttura, queste sono state trasformate in contatti in videoconferenza.
Per i ragazzi che frequentavano la scuola sono iniziate, quasi subito, le lezioni attraverso la didattica a distanza programmata dai docenti.
Evidentemente le attività esterne alla struttura e quelle condotte dai volontari sono state sospese, e sono state sostituite con le attività descritte.

Fortunatamente le condizioni logistiche di Villa San Pietro, che è dotata di un grande parco ad uso esclusivo degli utenti, hanno permesso di avviare attività motorie quotidiane, nonché uscite ricreative nel giardino interno alla struttura.
I clinici della struttura, hanno aumentato la frequenza dei contatti telefonici con i familiari rassicurandoli sulle condizioni di salute del figlio, sulle attività svolte e sulla logistica messa in atto, aiutandoli a tollerare la preoccupazione della lontananza.
Sono poi stati trasformati gli incontri con gli operatori della rete territoriale, con contatti in videoconferenza.

I vissuti dei ragazzi

La maggior parte dei ragazzi nella prima fase ha accettato senza difficoltà la situazione.
La matrice comune da parte dei ragazzi inizialmente è stata caratterizzata dal diniego, dallo scarso interesse per ciò che stava avvenendo a livello nazionale, incentrati prevalentemente sul proprio contingente: "*non è un problema che ci riguarda", "che rottura! "adesso non si può neanche andare a casa" "sono contento, così non si va a scuola"* .
Accanto all'adattamento, l'emozione preminente nella prima fase è stata principalmente di rabbia per i contrattempi che sono derivati dal *lockdown*.
Il contesto ambientale però già di per sé protettivo li metteva ulteriormente al riparo da stimoli esterni fuorvianti il percorso terapeutico.
Sapere di non essere soli ad affrontare questo difficile momento ha reso più semplice l'accettazione delle disposizioni relative al *lockdown*. Del resto, secondo i vissuti dei ragazzi, chi è ospite di una comunità terapeutica è già costantemente in *lockdown*.
Nel corso degli incontri di gruppo abbiamo chiesto ai ragazzi cosa significava per loro *lockdown* e le parole che sono emerse con più frequenza sono state chiusura, obbligo, distanza e mancanza.
In effetti ciò che più è mancato in questo periodo è stata la possibilità di poter godere delle uscite all'esterno della comunità, poter vedere i propri familiari e poter contare nel conforto di un abbraccio o di una carezza. Ciò, come detto, ha provocato sentimenti di rabbia, tristezza e paura.
In generale possiamo affermare che la prima fase dell'emergenza COVID che ha determinato una sospensione degli stimoli esterni eccessivamente sollecitanti, ha avuto esiti positivi, su base osservazionale, della sintomatologia di quasi tutti gli ospiti. Abbiamo constatato una riduzione di episodi di aggressività etero - diretti sia nei confronti del personale che degli oggetti della struttura e dei tentativi di fuga oltre che maggior collaborazione da parte dei ragazzi sia nel rispetto delle norme per prevenire la diffusione del COVID-19 che in termini di comprensione della situazione generale.
Anche le misure attuate quotidianamente come la misurazione regolare della temperatura e l'utilizzo delle mascherine da parte degli operatori sono state accettate di buon grado e senza difficoltà dai ragazzi anche più difficili.
Nella seconda fase dell'emergenza, viceversa, abbiamo registrato maggiori difficoltà organizzative ed assistenziali.
I ragazzi della comunità infatti manifestavano disagio perché assistevano alla graduale riapertura verso

l'esterno con la ripresa dei contatti interpersonali nella popolazione, mentre loro non ottenevano risposte certe, rispetto alle visite dei propri familiari in struttura e ai rientri in famiglia. In effetti, ciò che accadeva era per loro poco comprensibile: le disposizioni normative, come è noto, non esplicitavano con chiarezza le modalità operative di sblocco rispetto alle comunità residenziali psichiatriche perché assimilate alle Residenze Sanitarie Assistenziali per anziani.
La mancanza di specifiche indicazioni creava nei ragazzi tensione sino a pervenire a qualche crisi nei casi più fragili e nelle famiglie più deboli che richiedevano in maniera pressante di entrare in comunità.
La situazione si è sbloccata quando la direzione della struttura ha emanato in data 10/6/2020 una nuova procedura, sulla scorta della nuova normativa nazionale e provinciale, che consentiva la ripresa delle visite dei familiari in contesto protetto come verrà descritto più avanti.
Dal 20/6/2020 sono in parte ripresi anche i rientri in famiglia laddove il PTRI lo prevedeva, nonché le attività esterne come uscite, tirocini, e la presenza dei volontari in comunità, sempre con i sistemi di protezione previsti.
Nei ragazzi abbiamo constatato un immediato allentamento della tensione determinatasi, ma abbiamo anche constatato la consapevolezza di aver saputo percepire emozionalmente i cambiamenti avvenuti, come il rumore quasi dimenticato delle automobili, le passeggiate e la vicinanza dei propri genitori. L'impressione è che questi elementi possano essere di grande utilità se non addirittura alla base di una possibile velocizzazione del loro percorso terapeutico in atto.

I vissuti degli operatori

Di pari passo alle difficoltà incontrate dagli ospiti della comunità nella fase di chiusura, anche tra i dipendenti si manifestavano obiettive preoccupazioni ed emozioni negative legate al proseguimento dell'attività lavorativa in un contesto comunitario a maggior rischio infettivo. La malattia di alcuni colleghi ha determinato in altri il prolungamento dei turni di lavoro o la riduzione dei riposi creando ulteriore stress.
In più di un'occasione gli operatori hanno richiesto alla direzione, chiarimenti, disposizioni, e rassicurazioni. Come spesso accade in questi casi alcuni operatori hanno manifestato comprensione e sensibilità, altri si sono trovati in maggiore difficoltà emotiva.
Se sul piano formale, se da un lato le disposizioni interne emanate, che esplicitavano tutti i sistemi di protezione del caso, hanno consentito il proseguimento dell'attività, dall'altro lato, le strategie di ascolto messe in atto dalla direzione clinica sono state la garanzia per un maggiore sostegno emotivo negli operatori che lo richiedevano, per stemperare il carico emotivo in atto e conseguentemente in quello degli degli ospiti.

PROCEDURE

Le procedure interne, di volta in volta pubblicate dalla direzione, sono state elementi cardine non solo per garantire adeguate modalità operative ma anche elementi portanti per sostenere lo stress e favorire la resilienza di tutti gli attori coinvolti: pazienti, familiari e operatori.
Sin da subito è stato utile oltreché necessario e opportuno, attuare protocolli operativi formali trasmessi agli operatori ed ai referenti del servizio sanitario pubblico.
Nei mesi di *lockdown* sono state emanate quattro disposizioni formali (Tab. I).
Circa settimanalmente venivano inoltre rilasciati aggiornamenti sulla scorta delle indicazioni normative pubblicate. Per una più facile lettura, abbiamo elaborato delle tabelle di sintesi ove vengono descritte a grandi linee i punti salienti messi in atto a confronto nel tempo.
Sin dalla prima disposizione del 10 marzo 2020, è stato predisposto un glossario per la definizione e gestione dei casi (Tabb. II, III), individuate e formalizzate delle specifiche zone per l'isolamento (Tab. IV).
Oltre alla definizione di procedure igienico-sanitarie e clinico-organizzative (Tab. V), di procedure di

Tab. I. Procedure emanate nel tempo dalla direzione della comunità terapeutica.

Data	Procedura:
10 marzo 2020	"Disposizioni relative all'applicazione di quanto previsto dal *DPCM del 9 marzo 2020* presso Villa San Pietro"
20 marzo 2020	"Riduzione del rischio di diffusione di Sars-Cov-2 all'interno di Villa San Pietro e gestione dei casi potenziali, sospetti e confermati di COVID-19" a seguire revisione aggiornata del documento in data 27 marzo 2020;
12 maggio 2020	"Riduzione del rischio di diffusione di Sars-Cov-2 all'interno di Villa San Pietro e gestione dei casi potenziali, sospetti e confermati di COVID-19"
10 giugno 2020	"Riduzione del rischio di diffusione di Sars-Cov-2 all'interno di Villa San Pietro e gestione dei casi potenziali, sospetti e confermati di COVID-19" a seguire in data 26 giugno è stato emanato il **piano di ripresa**

Tab. II. Glossario interno per la definizione dei casi potenziali, sospetti e confermati di COVID-19 (10/3/2020).

Definizione di caso	
Caso potenziale	Paziente con temperatura superiore a 37,0°C ma inferiore a 37,5°C Paziente (anche del tutto asintomatico) entrato in struttura (nuovo ingresso oppure rientro da ricovero) che non abbia effettuato un tampone dall'esito negativo prima di entrare.
Caso sospetto	Paziente con infezione respiratoria acuta o che ha presentato insorgenza improvvisa di almeno uno tra i seguenti sintomi: febbre (TC > 37,5°C), tosse, dispnea. Il criterio epidemiologico (contatto stretto nei 14 giorni precedenti con un caso probabile/confermato di COVID-19; essere stato in zone con presunta trasmissione comunitaria; frequentazione di una struttura sanitaria in cui sono stati ricoverati pazienti con COVID-19) viene considerato automaticamente soddisfatto dal momento che ad Arco è nota la presenza di un importante focolaio di infezione da SARS-CoV-2.
Caso probabile	Caso sospetto il cui risultato del test per SARS-CoV-2 è dubbio o inconcludente
Caso confermato	Caso con conferma di laboratorio per infezione da SARS-CoV-2, indipendentemente dalla presenza o meno di segni e sintomi.
Paziente guarito	Si definisce clinicamente guarito da COVID-19 un paziente che, dopo aver presentato manifestazioni cliniche associate a infezione virologicamente documentata da SARS-CoV-2, diventa asintomatico per risoluzione della sintomatologia clinica presentata e risulta negativo in due test consecutivi, effettuati a distanza di 24 ore uno dall'altro, per la ricerca di SARS-CoV-2.

Tab. III. Glossario interno per la gestione dei casi.

Gestione di caso	
Caso potenziale	• Isolamento nelle zone dedicate con aerazione e sanificazione di superfici almeno 2 volte al dì. • Monitoraggio pluriquotidiano (almeno 3 volte/dì) della temperatura corporea e comparsa eventuali sintomi sospetti (tosse secca, dispnea, mal di gola, congiuntivite, ageusia/anosmia, cefalea,astenia, malessere generale, diarrea). • Annotazione dei dati del paziente e dei principali elementi clinici sul diario clinico • Mantenimento di una distanza interpersonale di almeno 2 m salvo casi di oggettiva necessità. • Riduzione al minimo del numero di persone che entrano in contatto con il paziente e, per ciascuna di esse, riduzione al minimo del numero di contatti con attenzione a effettuare più interventi per ogni occasione (es. portare il pasto, consegnare la terapia, misurare i parametri, sanificare le superfici, areare la stanza). **Durata del provvedimento**: in base a indicazione del personale medico. **Personale autorizzato ad avere contatti con il paziente**: tutti gli operatori previo utilizzo dei DPI raccomandati. **DPI raccomandati**: mascherina chirurgica, guanti, calzari monouso. Nel caso in cui l'operatore preveda di non poter rispettare la distanza di sicurezza di 2 m si raccomanda inoltre anche l'uso di sovracamice monouso (non impermeabile), protezione oculare e cuffia monouso. Prima di lasciare la zona per gli isolamenti, l'operatore dovrà provvedere a gettare i DPI utilizzati, poi a igienizzare le mani con gel idroalcolico.
Caso sospetto	• Isolamento nelle zone dedicate • Utilizzo costante di mascherina chirurgica, se tollerata, da parte del paziente (soprattutto in occasione dei contatti con gli operatori) • Utilizzo di guanti monouso, da parte del paziente, • Annotazione dei dati del paziente e dei principali elementi clinici su modulo specifico • Invio quotidiano del modulo (di cui sopra) aggiornato al MMG tramite email • Monitoraggio pluriquotidiano di temperatura corporea, saturazione e quadro clinico • Mantenimento di una distanza interpersonale di almeno 2 m • Riduzione al minimo del numero di persone che entrano in contatto con il paziente e riduzione al minimo del numero di contatti **Durata del provvedimento**: variabile, sulla base del quadro clinico e dell'esito del tampone naso-faringeo per la ricerca di SARS-Cov-2. **Personale autorizzato ad avere contatti con il paziente**: personale medico e infermieristico, previo utilizzo dei DPI raccomandati. Personale OSS solo se autorizzato dal personale medico-infermieristico. **DPI raccomandati**: • Per gli operatori che non possono mantenere la distanza di almeno 2 m dal paziente: mascherina almeno FFP2 guanti in doppio strato, calzari monouso, tuta impermeabile con cappuccio e protezione oculare. • Per tutti gli altri operatori che accedono alla zona di isolamento: mascherina almeno FFP2 • Guanti, calzari monouso, sovracamice/tuta monouso (parzialmente impermeabile), protezione oculare e cuffia/cappuccio.
Caso probabile/ confermato	Isolamento, condivisione col curante/medici del servizio sanitario per l'eventuale invio in struttura in ospedaliera

Tab. IV. Predisposizione zone per l'isolamento (10 /3/2020).

Organizzazione delle zone per l'isolamento dei casi
In previsione del possibile rischio di contagio vengono predisposte, in ciascuna delle aree cliniche della struttura una zona per effettuare l'isolamento dei pazienti. Ciascuna di tali zone consta di 4 stanze per i pazienti e di un'area soggiorno. La zona di isolamento interna, è dotata di una via di accesso diversa da quella di uscita: in nessun caso si dovrà accedere alla zona di isolamento dalla via di uscita o viceversa. Prima di accedere alla zona di isolamento è necessario passare nel presidio predisposto al fine di indossare i DPI necessari. La via di uscita dalla zona di isolamento passa attraverso una "zona filtro" delimitata da due porte REI. Per nessun motivo si dovrà accedere alla zona di isolamento senza prima aver indossato i DPI né uscirne senza averli correttamente rimossi; a tal fine, si invita il personale a prendere attenta visione del video-tutorial inseriti nella rete intranet e a seguire passo-passo il modulo previsto. Schema vestizione/svestizione DPI con tuta, affisso nelle zone destinate a vestizione e svestizione. Prima di lasciare la zona di isolamento attraverso la via di uscita, i DPI rimossi vanno gettati nel contenitore dei rifiuti speciali che è stato predisposto nella zona filtro. Occhiali e visiere andranno collocati in un diverso contenitore per le procedure di sanificazione, necessarie al loro riutilizzo. I pasti devono essere portati ai pazienti utilizzando stoviglie usa e getta, da eliminare dopo l'uso. Tutti i rifiuti prodotti all'interno della zona di isolamento, anche se diversi dai DPI, vanno gettati nel contenitore dei rifiuti speciali in quanto potenzialmente contaminati. Il personale infermieristico deve garantire il frequente monitoraggio dei contenitori per i rifiuti speciali al fine di evitare l'eccessivo riempimento degli stessi con il conseguente rischio che il materiale gettato possa cadere al di fuori del contenitore.

prevenzione da COVID-19 per operatori e pazienti (Tab. VI) e procedure di sorveglianza sanitaria per COVID-19 per operatori e pazienti (Tab. VII).
Nel corso dei mesi, l'utilizzo di zone di isolamento è stato modestissimo e limitato all'isolamento dei soli casi sospetti e dei pazienti che rientravano da ricovero ospedaliero in reparto di Neuropsichiatria Infantile o SPDC.
A far tempo dal 29/3/2020 la Comunità ha recepito le raccomandazioni indicate dal direttivo SINPIA nel documento "*Attivita' clinico-assistenziali durante l'emergenza COVID: Indicazioni operative per i servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e per i servizi di riabilitazione dell'eta' evolutiv*", SINPIA 2020, www.sinpia.eu nel capitolo relativo alle Attività Residenziali terapeutiche, riportate nella Tab. VIII.

CONCLUSIONI

L'emergenza sanitaria dovuta al COVID-19 ha rappresentato un momento di grave stress per i pazienti, i familiari e per gli operatori della comunità terapeutica.
I giovani ospiti della struttura nella prima fase dell'emergenza hanno ben tollerato e vissuto positivamente il periodo di *lockdown*. La limitazione agli stimoli esterni, quali gli incontri con i familiari, e lo svolgimento di attività sollecitanti esterne hanno ulteriormente, messo "al riparo" i ragazzi da stimolazioni fuorvianti ed ha consentito loro momenti di riflessione introspettiva utili al percorso terapeutico. Ciò ha consentito di portare avanti un intenso lavoro terapeutico quotidiano centrato sulle dinamiche interne comportamentali, sulla resilienza, sulla tolleranza e sulla comprensione, temi caldi per ogni ragazzo inserito in struttura. Viceversa la seconda fase dell'emergenza, carica di aspettative per la possibile ripresa delle uscite è stata più difficoltosa e di minore aiuto nel percorso terapeutico.
La "comunicazione" e "l'ascolto", "il sostegno" e "la condivisione", sono stati le strategie attuate per alla base contenere le difficoltà intercorse durante tutto questo periodo.
Gli operatori, viceversa, sin dai primi giorni dell'emergenza, hanno vissuto con maggiore preoccupazione e fatica la pandemia, il rischio infettivo e la necessità di proseguire in un contesto lavorativo carico di tensioni e fragilità.
Tuttavia l'avvio immediato di procedure e di proposte operative formali, hanno consentito di rassicurare gli operatori nel portare avanti l'impegno lavorativo e sono state alla base per il corretto proseguimento delle attività del centro, ma sono anche state una modalità per stemperare le preoccupazioni conscie e inconscie degli operatori. Fortunatamente, nel corso di questi mesi, non si è registrato negli ospiti della comunità, alcun caso positivo.

Conflitto di interessi

Gli Autori dichiarano di non avere alcun conflitto di interessi con l'argomento trattato nell'articolo.

Tab. V. Procedure igienico- sanitarie e clinico-organizzative.

	Fase 1: 10/03/2020	**12/5/2020**	**Fase 2: 10/6/2020**
Norme Igienico sanitarie	Si richiede a pazienti e operatori la scrupolosa osservanza delle misure previste dal DPCM del 9/3/2020		
Distanza interpersonale	Mantenere costantemente una distanza interpersonale di almeno 1 metro dai pazienti del tutto asintomatici; nel caso di pazienti anche lievemente sintomatici (casi potenziali) tale distanza andrà aumentata a 2 m. La distanza di 2 m andrà rispettata anche nel caso di attività fisica o di attività di gruppo che prevedano la permanenza prolungata in ambienti chiusi.		
Sanificazione degli ambienti	Si dispone la sanificazione pluri-quotidiana con disinfettanti a base di cloro/alcool di maniglie e superfici, con particolare attenzione alle zone più frequentate.	Pulizia frequente (almeno due volte al giorno) con acqua e detergenti seguita da disinfezione con ipoclorito di sodio allo 0,5% (equivalente a 5000 ppm) per la disinfezione di superfici toccate frequentemente e bagni, e allo 0,1% (equivalente a 1000 ppm) per le altre superfici; prestare particolare attenzione alle aree comuni; areazione frequente dei locali.	
Sala da pranzo	Si raccomanda al personale in turno di invitare i pazienti in attesa del pasto a mantenere tra loro la distanza di sicurezza. Per quanto possibile si invita il personale ad apparecchiare i tavoli in modo da garantire una sufficiente distanza tra gli ospiti. I pasti devono essere serviti al tavolo dagli operatori riducendo al minimo i passaggi di mano.		
Somministrazione Terapia	Si raccomanda al personale infermieristico di invitare i pazienti in attesa della terapia al di fuori dell'infermeria a mantenere tra loro la distanza di sicurezza e a non entrare in infermeria. A tal fine sarà utile contingentare gli accessi dei pazienti all'infermeria in piccoli gruppi.	Si raccomanda al personale infermieristico di invitare i pazienti in attesa della terapia al di fuori dell'infermeria a mantenere tra loro la distanza di sicurezza e a non entrare in infermeria. A tal fine sarà utile contingentare gli accessi dei pazienti all'infermeria in piccoli gruppi.	Si raccomanda al personale infermieristico di invitare i pazienti in attesa della terapia al di fuori dell'infermeria a mantenere tra loro la distanza di sicurezza
Attività Riabilitative	*Le attività riabilitative interne alla struttura proseguono regolarmente. I singoli conduttori dovranno garantire che durante lo svolgimento dell'attività venga rispettata la distanza di sicurezza tra i partecipanti e il locale venga adeguatamente arieggiato. A tal fine si potrà eventualmente valutare l'utilizzo di locali diversi da quelli usuali o la suddivisione del gruppo in due sottogruppi.*		
Palestra	Sospensione dell'uso della palestra.	L'uso della palestra è consentito per lo svolgimento di attività fisica in gruppi, di massimo 3-4 persone, purchè sia garantito lo scrupoloso rispetto della distanza interpersonale di almeno 2 metri.	
Riunioni	Sono sospese tutte le riunioni operative (équipe, passaggio consegne, riunioni educatori/terp, oss, infermieri). Il passaggio consegne vedrà coinvolto solo il personale infermieristico e oss al momento del cambio turno. Le riunioni di équipe verranno temporaneamente sostituite da incontri individuali tra le figure di coordinamento e i singoli operatori; tali incontri si svolgeranno separatamente all'interno dell'orario previsto per la riunione di équipe.		Le riunioni operative (équipe, passaggio consegne, riunioni) sono consentite esclusivamente presso la sala convegni ove venga assicurato il distanziamento e l'utilizzo delle misure di protezione. Il passaggio consegne vedrà coinvolto solo il personale infermieristico e oss al momento del cambio turno.
Incontri di Rete	*Sospesi*	Svolti in teleconferenza.	Ogni qual volta possibile gli incontri di rete vanno svolti in teleconferenza. Nei casi in cui sia indicato un incontro in presenza, questo va organizzato seguendo tutte le precauzioni previste per l'accesso di visitatori e per lo svolgimento delle riunioni.
Formazione	Sono sospese tutte le attività formative.		Eventuali attività formative non rimandabili vanno svolte cercando di favorire la partecipazione in teleconferenza e comunque utilizzando ambienti ampi e ben areati che consentano di mantenere una distanza interpersonale di almeno 2 m.
Eventi sociali	Sono sospesi tutti gli eventi sociali	Sono sospesi tutti gli eventi sociali	Permangono sospesi tutti gli eventi sociali

Tab. VI. Procedure di prevenzione da COVID-19 per operatori e pazienti.

	Fase 1: 10/03/2020	**12/5/2020**	**Fase 2: 10/6/2020**
Nuovi Ingressi	Sono sospesi gli ingressi di nuovi pazienti al di fuori di quelli già in programma. Con la IO 20 del 20/03 gli ingressi erano completamenti sospesi. Se un paziente rientrava in struttura da un ricovero si attuava la procedura per i "casi potenziali"	L'ingresso di nuovi pazienti resta limitato ai casi di marcata gravità e/o non procrastinabili, previo esito negativo di tampone nasofaringeo per SARS-CoV-2 effettuato nelle 72 ore antecedenti l'ingresso. Al momento dell'ingresso il paziente va segnalato all'Ufficio di Igiene da parte del personale medico o infermieristico, al fine di programmare l'esecuzione di tampone naso-faringeo (da effettuarsi in 4°-5° giornata dall'ingresso).	L'ingresso di nuovi pazienti resta limitato ai casi di marcata gravità e/o non procrastinabili, previo esito negativo di tampone nasofaringeo per SARS-CoV-2 effettuato nelle 72 ore antecedenti l'ingresso. Al momento dell'ingresso il paziente va segnalato all'Ufficio di Igiene da parte del personale medico o infermieristico, al fine di programmare l'esecuzione di tampone naso-faringeo (da effettuarsi in 4°-5° giornata dall'ingresso). Le precauzioni previste per i nuovi ingressi (mascherina, stanza singola, distanziamento durante i pasti, esclusione dalle attività di gruppo) vanno mantenute fino ad accertata negatività del tampone eseguito dopo l'ingresso.
Uscite e permessi	Sono sospesi tutti i permessi di uscita all'interno e all'esterno del territorio salvo quelli motivati da motivi di salute o situazioni di necessità.		*È consentita la ripresa di uscite nel territorio e nei comuni limitrofi. Tali uscite vanno organizzate in coerenza con le precauzioni igienico-sanitarie. Il numero massimo di pazienti per ogni uscita è pari a 3 e per ciascuna uscita deve essere prevista la presenza dell'operatore.*
Visite	Divieto di accesso a visitatori e familiari.	Fino a diversa disposizione normativa, l'accesso di visitatori alla struttura va limitato ai soli casi di necessità inderogabile.	*È consentita la ripresa delle visite in struttura da parte di congiunti.* • preventiva autorizzazione della direzione sanitaria di ciascuna visita; • pianificazione della visita nei giorni feriali; • accurata informazione del visitatore rispetto alle precauzioni da adottare durante la visita, • ingresso di un solo visitatore alla volta, previa effettuazione di igiene delle mani e utilizzo di mascherina chirurgica • misurazione della temperatura e assenza di sintomi • costante utilizzo di mascherina chirurgica da parte di paziente e visitatore; • igiene delle mani prima dell'incontro da parte di paziente e visitatore; • svolgimento del colloquio all'esterno oppure nella palestra con accesso autonomo • costante presenza dell'operatore; • rigoroso rispetto della distanza interpersonale di almeno 2 metri; • durata massima della visita pari a 30 minuti.
Rientri a domicilio	*Sospesi*	*Sospesi*	*È consentita la ripresa dei rientri al domicilio, previa autorizzazione della Direzione Sanitaria e in accordo con il Servizio inviante, nei soli casi di necessità o laddove il rientro sia previsto dal PTRI del paziente. Il rientro dovrà essere organizzato in linea con le precauzioni igienico sanitarie.*
Dimissioni		*Eventuali pazienti in dimissione vanno segnalati all'Ufficio di Igiene per l'esecuzione di tampone naso-faringeo. La dimissione va programmata a seguito dell'esecuzione del tampone ma può avvenire prima della comunicazione dell'esito dello stesso.*	Eventuali pazienti in dimissione vanno segnalati all'Ufficio di Igiene per l'esecuzione di tampone naso-faringeo nei giorni immediatamente antecedenti alla dimissione.
Personale volontario	Divieto di accesso al personale volontario	È fatto divieto di accesso al personale volontario	È consentita la ripresa degli accessi da parte del personale *volontario/tirocinante, che dovrà seguire tutte le precauzioni già previste per gli operatori di struttura.*

Tab. VII. Procedure di sorveglianza sanitaria da COVID-19 per operatori e pazienti.

	Fase 1: 10/03/2020	**12/5/2020**	**Fase 2: 10/6/2020**
Operatori	Gli operatori che presentino sintomi riconducibili a Coronavirus (febbre > 37,5°C, tosse, problemi respiratori, congiuntivite, e/o frequentazioni di un caso confermato o probabile di COVID-19) non devono recarsi al lavoro salvo diversa indicazione del proprio MMG che andrà tempestivamente informato. • Il personale, prima dell'accesso al luogo di lavoro, sarà sottoposto al controllo della temperatura corporea e verrà dotato di mascherina.	• Obbligo di rimanere al proprio domicilio in presenza di febbre (oltre 37.5°) o altri sintomi influenzali • Impegno a rispettare tutte le disposizioni delle Autorità e del datore di lavoro nel fare accesso in azienda • Impegno a informare tempestivamente e responsabilmente il datore di lavoro della presenza di qualsiasi sintomo influenzale durante l'espletamento della prestazione lavorativa, avendo cura di rimanere ad adeguata distanza dalle persone presenti • Il personale, prima dell'accesso al luogo di lavoro, sarà sottoposto al controllo della temperatura corporea verrà dotato di mascherina.	
Pazienti. Gestione dei casi sospetti/ confermati	Nel caso in cui un paziente dovesse manifestare febbre e/o sintomatologia respiratoria, oltre che contattare il MMG o il numero verde per la PAT (800 867388) e seguire le norme igienico-sanitarie previste dall'allegato 1 al DPCM 8 marzo 2020, si invitano gli operatori a prendere immediatamente i seguenti provvedimenti: trasferimento del paziente in stanza singola, sospensione della partecipazione alle attività gruppali, divieto di accesso da parte dell'utente ai locali comuni, consumazione dei pasti in stanza, invito del paziente a indossare la mascherina e a lavarsi frequentemente le mani, frequente sanitizzazione delle superfici. In tale situazione gli operatori che interagiscono con il paziente devono utilizzare i seguenti DPI: mascherina almeno FFP2, camice monouso, guanti monouso, visiera/occhiali monouso. Misure da adottare immediatamente: • isolamento nelle zone dedicate con aerazione e sanificazione delle superfici almeno due volte al giorno. • utilizzo costante di mascherina chirurgica, se tollerata, da parte del paziente (soprattutto in occasione dei contatti con gli operatori). • Utilizzo di guanti monouso, da parte del paziente • Annotazione dei dati del paziente e dei principali elementi clinici sul modulo che va aggiornato quotidianamente a seguito della rilevazione pomeridiana della temperatura dei pazienti. • Invio quotidiano del modulo aggiornato al MMG • monitoraggio pluriquotidiano (almeno 3 volte/dì) della temperatura corporea, della saturazione di • ossigeno e del quadro clinico complessivo. • mantenimento di una distanza interpersonale di almeno 2 m salvo casi di oggettiva necessità. • riduzione al minimo del numero di persone che entrano in contatto con il paziente e, per ciascuna di esse, • riduzione al minimo del numero di contatti con attenzione a effettuare più interventi per ogni occasione Durata del provvedimento: variabile, sulla base del quadro clinico e dell'esito del tampone naso-faringeo Personale autorizzato ad avere contatti con il paziente: personale medico e infermieristico, previo utilizzo dei DPI raccomandati.		

Tab. VIII. Raccomandazioni SINPIA sulle attività residenziali durante l'emergenza COVID.

Attività Residenziali Terapeutiche	
Raccomandazione 1	In corso di emergenza SARS CoV-2, le strutture residenziali terapeutiche dovrebbero essere organizzate come sistemi sostanzialmente chiusi, in cui i vettori di potenziale contagio vengano limitati agli operatori ed eventuali ed eccezionali visitatori. Per tale motivo vanno attivate misure di contenimento generale, deve essere effettuata una ricerca attiva dei potenziali soggetti a rischio e previsto un piano per la gestione dei casi sospetti e/o positivi al CoV- 2.
Raccomandazione 2	*È necessario riorganizzare le attivita' e la strutturazione della giornata sulla base degli obiettivi degli utenti e delle diverse dinamiche individuali e di gruppo attivate dall'emergenza COVID, rimodulandole alla luce delle limitazioni e della necessità di distanziamento fisico, nonchè delle risorse progressivamente disponibili.*

Bibliografia e riferimenti normativi

Agrimi M, Calzolari S. La comunità terapeutica per adolescenti nella filiera dei bisogni: l'esperienza trentina. Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva 2019;39:166-175.

Conferenza Stato Regioni 14/130/CR08a/C8 del 16/10/2014 Gli interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza.

Brown MM, Brown GC, Sharma S. Evidence-based to value-based medicine. Chicago: American Medical Association 2005.

Carozza P. Principi di riabilitazione psichiatrica. Milano: Franco Angeli Editore, 2006.

Costa S, Farruggia R, Guccione F. Linee di indirizzo per l'emergenza-urgenza psichiatrica in Età Evolutiva. Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva 2018:38 57-72.

Fulford KW. The value of evidence and evidence of values: bringing together values-based and evidence-based practice in policy and service development in mental health. J Eval Clin Pract 2011;17:976-87.

SINPIA: Indicazioni operative per i servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e per i servizi di riabilitazione dell'età evolutiva" pubblicato sul www.Sinpia.eu 29 marzo 2020.

L'impatto della pandemia da COVID-19 sulla pratica clinica psichiatrica in età evolutiva: report sull'esperienza ospedaliera in Regione Campania

The impact of COVID-19 pandemic on psychiatric clinical practice in developmental age: report on the hospital experience in Campania Region

M.P. Riccio, G. Auricchio, M. Polizzi, E. Sarnataro, R. Siracusano, C. Bravaccio

Dipartimento di Scienze Mediche Traslazionali, UOSD di Neuropsichiatria Infantile AOU Federico II di Napoli

Riassunto

Lo stato di emergenza sanitaria da nuova infezione da coronavirus (COVid-19), ha comportato, tra le altre cose, una riorganizzazione dei servizi ospedalieri in Italia. In particolare, a partire dall'inizio del periodo di *lockdown*, ovvero dall'8 Marzo 2020, è stata disposta la chiusura dei servizi ambulatoriali presso i presidi sanitari, per tutte le prestazioni considerate non urgenti. Questo ha implicato la necessità di una riorganizzazione dei servizi assistenziali e dato l'avvio alla diffusione di visite da remoto, mediante Telemedicina. Tale riorganizzazione ha interessato anche i servizi di Neuropsichiatria Infantile (NPI). Il report presenta i dati dell'esperienza ospedaliera dell'unità di NPI della AOU Federico II in Campania. I pazienti che hanno necessitato di controlli clinici a distanza, sono stati per la maggior parte adolescenti affetti da patologia psichiatrica in trattamento farmacologico, perlopiù affetti da disturbi del neurosviluppo (disturbo dello spettro autistico e deficit di attenzione e/o iperattività), disturbi dello spettro schizofrenico, disturbi dell'alimentazione e disturbi dell'umore. In quasi il 20% dei casi, il teleconsulto è stato richiesto per un peggioramento clinico-comportamentale ed ha comportato una modifica della terapia farmacologica. La Telemedicina rappresenta nella nostra esperienza un valido strumento per garantire e talora facilitare continuità assistenziale in condizioni straordinarie ma dovrebbe essere presa in considerazione anche per il prosieguo delle cure in condizioni ordinarie. Tuttavia, va tenuto conto che rappresenta una modalità poco fruibile per utenti svantaggiati sul piano socio-culturale e presenta limiti gestionali per condizioni che necessitano anche di un monitoraggio di parametri vitali ed auxologici. Riteniamo che sia necessaria una formazione del personale medico e paramedico deputato alla gestione delle visite da remoto, per garantire la giusta assistenza all'utenza, soprattutto in età evolutiva.

Parole chiave: Pandemia COVID-19, *Lockdown*, Età evolutiva, Telepsichiatria

Summary

The health emergency caused by the new coronavirus infection (COVID-19), resulted also in a reorganization of hospital services in Italy. In particular, starting from the beginning of the lockdown period, on 8 March 2020, the closure of outpatient services has been ordered, for all visits considered non-urgent. This implied the need of a reorganization of hospital services and gave the spread to visits via Telemedicine. This reorganization also involved the Child and Adolescent Neuropsychiatry (NPI) services. The report presents the data of the hospital experience of the NPI unit of the AOU Federico II - in Campania. Patients who needed remote visits were mostly adolescents suffering from psychiatric disorders, in drug treatment, expecially neurodevelopment disorders (autism spectrum disorder and attention deficit and/or hyperactivity disorder), schizophrenic spectrum disorders, eating disorders and mood disorders. In almost 20% of cases, tele-consultation was required for a clinical behavioral worsening and resulted in a change of medication. In our experience, Telemedicine is a valid tool to guarantee and sometimes facilitate continuity of care in extraordinary conditions but it should also be taken into consideration in ordinary conditions. However, it may be difficult to apply to disadvantaged people and might have management limits for conditions that require also monitoring of vital and auxological parameters. We believe that training of medical and paramedical staff responsible for managing remote visits is necessary, to ensure the right assistance to users, especially in the developmental age.

Key words: COVID-19 pandemic, Lockdown, Developmental age, Telepsichiatry

CORRISPONDENZA

Maria Pia Riccio, Dipartimento di Scienze Mediche Traslazionali, UOSD di Neuropsichiatria Infantile AOU Federico II di Napoli - Tel. +39 081 7463398 - E.mail: piariccio@gmail.com

Il 30 Gennaio 2020, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (*World Health Organization* - WHO) ha dichiarato lo stato di emergenza sanitaria da nuova infezione da coronavirus (COVID-19), originatasi a Wuhan, in China. In Italia, il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 01 marzo 2020 [1] disponeva misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 e l'8 Marzo 2020 un periodo di due mesi di *lockdown* ha interessato tutte le regioni italiane, che hanno disposto provvedimenti specifici. Con l'inizio del *lockdown*, in Regione Campania è stata disposta la chiusura delle attività ambulatoriali per le prime visite e le visite di controllo in regime ordinario. Gli accessi ospedalieri sono stati limitati alle situazioni considerate urgenti. Tale provvedimento ha riguardato, pertanto, anche i servizi di Neuropsichiatria Infantile (NPI). Per ovviare alle difficoltà di gestione dei pazienti e per il proseguimento delle cure delle condizioni psichiatriche in età evolutiva, presso l'Unità Operativa Semplice Dipartimentale (UOSD) di NPI della Azienda Ospedaliera Universitaria (AOU) Federico II, è stato attivato un servizio di Telesalute, attraverso il quale sono state continuati da remoto i monitoraggi clinici e farmacologici dei pazienti più critici, in carico presso l'unità.

Il servizio di Telesalute si è avvalso dell'attivazione di un account istituzionale mediante utilizzo di piattaforma online per videochiamata. Il personale infermieristico ed amministrativo è stato formato per la ricollocazione delle visite di controllo programmate in modalità telematica. È stato altresì formato per dare opportune indicazioni e supporto alle famiglie per le modalità di accesso al servizio. Il personale medico ha effettuato un training di formazione sulle principali linee guida ed indicazioni da seguire per la gestione delle visite da remoto [2].

A partire dall'inizio del *lockdown* e fino all'inizio della cosiddetta "Fase 3", il servizio di Telesalute per la NPI della UOSD della AOU Federico II, ha registrato 208 visite di controllo da remoto. I pazienti che hanno effettuato visita presentavano un'età compresa tra 3 e 18 anni (M-età= 11,3 anni), ambo sessi (M: 120; F: 78). Le visite effettuate in remoto hanno riguardato sia controlli già programmati sia nuove richieste. In particolare, 41 pazienti (19,7%) hanno richiesto un teleconsulto per peggioramento del quadro clinico comportamentale, mentre 167 pazienti (88,3%) hanno effettuato visita nell'ambito di un regolare follow-up clinico e farmacologico.

Le principali diagnosi cliniche dei pazienti afferiti, secondo i criteri del Manuale Statistico e Diagnostico dei Disturbi Mentali – 5° Edizione (*American Psychiatric Association* – APA- 2013) [3], sono risultate così distribuite: 27 pazienti (13%) avevano una diagnosi di "Disturbo della nutrizione e dell'alimentazione", 8 pazienti (3,8%) una diagnosi di "Disturbo di personalità" (Cluster B – personalità borderline); 29 soggetti (13,9%) una diagnosi di "Spettro schizofrenico e altri Disturbi psicotici"; 11 pazienti (5,3%) una diagnosi di "Disturbo d'ansia"; 20 pazienti (9,6%) una diagnosi di "Disturbo dell'umore"; 48 (23%) avevano una diagnosi di "Disturbo dello Spettro Autistico"; 31 soggetti (14,9%) una diagnosi di "Disturbo da deficit d'attenzione con iperattività (ADHD)". 34 pazienti (16,3%) presentavano altra diagnosi (disturbi della condotta, disturbi dirompenti del comportamento, disturbi del movimento, disturbo ossessivo-compulsivo).

Il 51% dei casi seguiti (106/208) aveva almeno una diagnosi in comorbidità. La maggior parte dei pazienti (91,8%) hanno effettuato il consulto in telemedicina per monitorare o modificare un trattamento psicofarmacologico, che era già in corso. Il resto dei pazienti (8,2%) ha chiesto un teleconsulto principalmente per avere indicazioni gestionali e psicoeducative.

Solo per le situazioni estremamente gravi, al teleconsulto ha fatto seguito la richiesta di un ricovero in urgenza, che ha interessato circa il 10% dei casi.

La modalità in remoto ha rappresentato l'unica scelta possibile per il monitoraggio e la gestione dei pazienti in trattamento farmacologico durante l'emergenza. Tuttavia, sebbene per molti aspetti la telepsichiatria può essere paragonabile ai servizi *de visu*, devono essere prese in considerazione numerose problematiche, specialmente in età evolutiva [4].

Bisogna considerare infatti che potrebbe essere difficile stabilire una valida alleanza terapeutica mediante il teleconsulto, specialmente per i pazienti che visitiamo per la prima volta, ma anche nei casi già conosciuti in cui è necessario fare modifiche terapeutiche. Sappiamo bene che l'alleanza terapeutica è alla base di una buona pratica clinica e questo vale ancora di più nella psichiatria dell'età evolutiva.

Nell'esperienza fatta durante l'emergenza, la modalità "schermo mediata" ha rappresentato in taluni casi un ostacolo nell'entrare in sintonia con il paziente o con la famiglia. Questo ha comportato un maggior numero di contatti e follow-up ravvicinati per alcuni pazienti, con necessità di "rivedere" il paziente più volte, rispetto alla normale prassi con visite in presenza.

Un altro aspetto da considerare è che gli adolescenti hanno bisogno dei propri spazi e tempi per affidarsi al clinico; la privacy rappresenta un punto fondamentale in un colloquio clinico ed è essenziale assicurarsi che durante la visita in remoto il paziente si senta a proprio agio in merito. Questo può essere reso più complicato durante la visita a distanza. Il paziente potrebbe non sempre avere uno spazio "proprio" in casa; anche quando si chiede al genitore di lasciare la stanza, la maggior parte dei pazienti continua a sentirsi "controllato". D'altro canto, in alcune situazioni, il contatto

con l'ambiente domestico non è sempre vissuto con serenità e molti pazienti hanno mostrato disagio per questo motivo, durante questo tipo di visita. In altri casi, invece, la possibilità di condividere con il proprio medico spazi e oggetti della propria quotidianità, può in qualche modo rinforzare il legame interpersonale e può rappresentare un mezzo tramite cui conoscere meglio aspetti personali utili per lavorare in senso terapeutico con il paziente.

Le visite a distanza possono avere limiti nel monitoraggio dei pazienti affetti da patologie per le quali è necessaria anche una valutazione periodica e accurata dei parametri vitali e auxologici, come nei disturbi alimentari. In questi casi, la valutazione di questi parametri dovrebbe essere affidata al proprio medico di riferimento di medicina generale o al proprio pediatra e solo in casi estremi al *caregiver*, poiché potrebbe avere importanti ripercussioni sulla gestione terapeutica del paziente. Nella situazione d'emergenza vissuta, tuttavia, anche l'accesso ai pediatri di famiglia o il medico generico è stato ridimensionato, pertanto solo in casi più delicati siamo ricorsi al coinvolgimento di queste figure. Il rischio è quello di sottovalutare situazioni cliniche che possano implicare gravi conseguenze mediche (p.e. scompensi metabolici, disidratazione, eccessiva perdita di peso, ecc.).

Infine, non bisogna dimenticare che spesso le famiglie possono vivere in condizioni economiche, culturali e sociali che non consentono l'accesso a servizi informatici. Pertanto, la telemedicina potrebbe rappresentare una modalità di visita "elitaria" e non essere accessibile in modo uguale a tutti i pazienti. Nella nostra esperienza diverse famiglie (non considerate in questa casistica) hanno optato solo per un consulto telefonico, comportando un incremento delle difficoltà di gestione.

D'altro canto, le visite da remoto sono più facilmente accessibili grazie alla flessibilità degli orari, che consentono anche di soddisfare le esigenze dei pazienti e quelle lavorative dei genitori. In questa fase, come nei casi di impedimento al ricovero in ospedale, il servizio di Telesalute ha consentito la continuità delle cure; inoltre, tale mezzo rappresenta un utile strumento di gestione dei controlli in caso di persone con disabilità gravi, in quanto consente gestione meno stressante, soprattutto per gli utenti che dovrebbero compiere lunghi spostamenti in situazioni disagiate.

La nostra esperienza ci induce a considerare che l'opportunità di accesso alla telepsichiatria debba essere valutata caso per caso. Riteniamo inoltre che tutti dovrebbero poter accedere alle visite da remoto utilizzando strumenti adeguati. Pediatri e medici generici potrebbero rappresentare un "ponte" per facilitare il contatto da remoto con gli specialisti, in caso di famiglie in difficoltà. Infine, è fondamentale che i medici effettuino una formazione specifica sulle modalità di gestione delle visite da remoto, per garantire ai pazienti standard di cura corretti e facilitarli ad adattarsi al nuovo setting [5].

La politica ospedaliera continuerà ad adottare pertanto tale modalità, cercando di snellire i tempi e le liste di attesa, favorendo modalità più agili di lavoro per il personale medico, infermieristico e per l'utenza stessa.

Conflitto di interessi

Gli Autori dichiarano di non avere alcun conflitto di interessi con l'argomento trattato nell'articolo.

Bibliografia

1 Decreto del presidente del consiglio dei ministri 01 marzo 2020. Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19. (20A01381). G.U. Serie Generale, n. 52 del 01 marzo 2020.

2 American Telemedicine Association. Practice Guidelines For Video-Based Online Mental Health Services 2013.

3 American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM- 5th Edition 2013.

4 Seritan A, Heiry M, Iosif AM, et al. Telepsychiatry for patients with movement disorders: a feasibility and patient satisfaction study. J Clin Mov Disor 2019;6:1.

5 Yellowlees P, Shore JH: Telepsychiatry and health technologies: a guide for mental health professionals. Washington, DC, American Psychiatric Association Publishing, 2018.

COVID-19: procedure di sicurezza per l'accesso diretto nel sistema di cura dei Servizi TSMREE e Disabile Adulto

Management of different levels of protections for the direct access to Neuropsychiatric Diagnostical and Rehabilitation Services, facing COVID-19

T. Sebastiani, C. Di Brina, M. Tafuro, M.L. Tossali, M. Marcelli

UOC Tutela Salute Mentale e Riabilitazione Età Evolutiva e Disabile Adulto, ASL Viterbo

Riassunto

L'emergenza causata dalla pandemia di COVID-19 e la successiva ripresa dell'attività clinica richiede ai Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e del Disabile Adulto nuove prassi operative e procedure di sicurezza.

Queste procedure devono essere di semplice applicazione e garantire la miglior protezione possibile senza inutili sprechi di risorse, come l' utilizzo sovradimensionato dei Dispositivi di Protezione Individuale (DPI).

I DPI adottati variano a seconda delle caratteristiche del paziente e delle esigenze terapeutiche ad esso connesse. In questo articolo proponiamo 6 livelli di "Rischio Biologico" che è possibile incontrare nell'attività a contatto con il paziente, sia diagnostica che terapeutica.

Per i 6 livelli di Rischio abbiamo individuato 3 differenti combinazioni di DPI da adottare durante il lavoro clinico in presenza.

Parole chiave: COVID -19, DPI, Rischio Biologico, procedure di sicurezza, Servizi di NPIA

Summary

COVID-19 emergency and subsequent reopening of the clinical activities, requests a new definition of the security procedures adopted in Child and Adolescence Neuropsychiatric and Adult Neuropsychiatric Services.

These procedures need to be simple and to allow the best protection, without wasting resources, like in the over sizing of the Personal Protective Equipment (PPE).

The PPE can be adopted grading the variables of the patient and depending on the therapeutical needs linked. In this article we propose 6 levels of "Biological Risk", found in the diagnostical and therapeutical direct approach to the patient.

Each of the 6 levels of Risk corresponds 3 different combination of PPE for the workers.

Key words: Clinical activities, COVID-19 pandemic, PPE, Biological risk, Safety procedures, Neuropsychiatric services

INTRODUZIONE

La necessità di procedere a una graduale ripresa al termine del *lockdown* causato dalla pandemia di COVID-19, comporta che il nostro sistema sanitario preveda modalità organizzative flessibili e riveda i percorsi organizzativi all'interno delle strutture sanitarie, ripensando alla presenza delle persone nelle aree di accesso, negli ambienti sanitari, alla organizzazione delle attività, alla gestione del personale e l'uso dei Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) (Ministero Interno, 2020).

La Regione Lazio ha predisposto il documento "Azioni di fase IV" riferendosi ai percorsi sanitari in regime ospedaliero e specialistico ambulatoriale (Regione Lazio, 29/05/2020).

I servizi di Tutela Salute Mentale Riabilitazione in Età Evolutiva/Disabile Adulto (TSMREE/DA) sono però servizi *ibridi*, in quanto appartengono da una parte a servizi ambulatoriali specialistici ma nello stesso tempo ai servizi territoriali.

Tale *dicotomia* ha comportato in questi mesi la difficoltà a comprendere a quale normativa fare riferimento, ritrovandosi a gestire gli eventi secondo le esigenze emergenti.

Durante la fase di emergenza COVID-19 sono state sospese le attività socio sanitarie e socio-assistenziali nei centri diurni per persone con disabilità, interrotte

CORRISPONDENZA

Carlo Di Brina, via A. Canal 12, 00136 Roma - E-mail: carlo.dibrina@asl.vt.it

le attività riabilitative, possibili solo per persone con disturbi neuropsichiatrici, del neuro-sviluppo, autistici, psichiatrici e con dipendenze che avrebbero potuto avere un grave danno dall'interruzione del trattamento (considerate urgenze e attività non procrastinabili) (Ministero della Salute, Circolare 23/04/2020). I servizi ambulatoriali afferenti all'area sociosanitaria dovevano limitare le prestazioni a quelle ritenute urgenti e indifferibili (Ordinanza Regione Lazio, 13/3/2020).
Le successive ordinanze regionali (18 aprile e 2 maggio 2020) per le attività sociali e sociosanitarie per persone con disabilità hanno segnalato che la riattivazione delle stesse sarebbe stata subordinata all'adozione del Piano regionale territoriale e alla comunicazione al Comune e alla ASL di competenza (con successivo nullaosta) attestante tutte le misure di prevenzione e contenimento previste.
In attesa del Piano Regionale, i servizi TSMREE si sono quindi ritrovati a gestire urgenze, adottare soluzioni innovative, ad erogare prestazioni in remoto e di supporto a distanza, con la necessità però di definire le modalità per porre in sicurezza operatore e utente per le attività in presenza, sia per le situazioni di urgenza e indifferibili, ma anche in previsione della ripresa. Tutto ciò avendo in mente la tipologia dei pazienti e l'attività terapeutica da effettuare.
La difficoltà nasce dal fatto che i Servizi Neuropsichiatrici dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA/TSMREE) hanno caratteristiche molto peculiari e purtroppo anche poco note.
Le raccomandazioni generali per la limitazione della diffusione del Sars-Cov-2 definiscono i comportamenti da adottare per contenere la diffusione del contagio: distanziamento sociale, zone filtro, utilizzo di dispositivi individuali di protezione (mascherine, camici…), frequente lavaggio del mani, adeguate modalità di permanenza in ambienti comuni, e attenzione all'interazione con persone fragili o affette da patologie croniche (WHO 2014, 2020).
La presenza di una disabilità psichica non facilita però il rispetto delle norme da parte degli utenti per scarsa comprensione delle stesse, per difficoltà a tollerare fisicamente i dispositivi, per difficoltà cognitiva a comprendere lo scenario che abbiamo di fronte nel suo complesso.
Molti utenti afferenti al TSMREE sono bambini, anche piccoli, poco capaci di controllare alcuni comportamenti che hanno una valenza anche sociale (starnuti, secrezioni, sfinteri, manipolazione di oggetti, ecc.) e alcuni con necessità di essere toccati manualmente, anche in zone cosiddette a rischio di contagio (es. bocca, mani ecc.). Alcuni utenti devono toccare e manipolare oggetti, sia per essere valutati che riabilitati e curati.
D'altro canto, gli operatori nei TSMREE/DA, dovendosi confrontare con i pazienti sopradescritti, devono spesso far vedere i propri occhi, la propria bocca, gesticolare, prendere per mano, contenere e a volte manipolare fisicamente.
I servizi TSMREE/DA forniscono *relazioni di cura*, non semplici prestazioni specialistiche, e devono continuare a dare cura in una nuova relazione, ai tempi del COVID-19.
Sono necessarie direttive valide su tutto il territorio nazionale per definire i percorsi di accesso alle cure degli utenti e assicurare adeguati dispositivi di protezione individuale agli operatori della rete dei servizi di assistenza distrettuale e ospedaliera, erogati dai Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) e dei Servizi Neuropsichiatrici dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA) sulla scia delle indicazioni SINPIA e Ministeriali (SINPIA, 29/03/2020; Ministero della Salute, Circolare 23/04/2020).
È inoltre pressante la necessità di non sprecare i DPI o utilizzarli impropriamente, applicando le medesime misure di protezione per tutti i pazienti in maniera indifferenziata e acritica.
È stato quindi necessario stabilire procedure interne, al fine di definire tecnicamente come poter continuare a lavorare in sicurezza ma con modalità diretta con i nostri pazienti fragili, passando dalle raccomandazioni generali a raccomandazioni specifiche e attuabili nella contingenza. Inoltre tali procedure prevengono un utilizzo inutilmente difensivo e sovradimensionato dei DPI che, come tutte le risorse, sono limitate, garantendo il massimo livello di protezione specifica per quel tipo di incontro.

ANALISI DEL RISCHIO

Nel caso del COVID-19, il rischio è presente sia per il lavoratore che per il paziente.
È stato quindi definito un "Rischio biologico", riferito però alle caratteristiche dei pazienti sopradescritti, mutuando il termine dalle norme di sicurezza sul lavoro.
Il rischio biologico in ambiente di lavoro si identifica con la determinazione del rischio di esposizione ad agenti biologici e con la conseguente strategia di prevenzione che richiede specifiche misure di protezione.
La prevenzione del Rischio biologico avviene attraverso un utilizzo corretto di Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) adeguati.
Attualmente, partendo dal principio che tutte le persone sono potenzialmente infettabili, le misure di prevenzione sono volte a ridurre il rischio di trasmissione:

- dall'operatore sanitario al paziente;
- dal paziente all'operatore sanitario;
- tra un paziente e l'altro;

- attraverso la riduzione della dispersione di droplets nell'aria;
- tramite la riduzione del contatto con occhi/naso/bocca di droplets emessi dall'interlocutore;
- tramite la riduzione della persistenza di droplets su superfici e oggetti;
- tramite la riduzione della persistenza di droplets sulle mani per evitare di portarli a contatto con occhi/naso/bocca (AIFI, 2020).

Pertanto, abbiamo ipotizzato un *rischio biologico* in base alla possibilità dei pazienti di proteggere se stessi e gli altri.

A seconda del tipo di necessità relativa al "Rischio biologico" si dovranno selezionare i DPI appropriati per il lavoro in presenza del paziente: mascherine di differenti poteri filtranti[1], occhiali/visiere[2], camici/divise professionali, camici monouso per coprire le divise, guanti monouso, calzari, pannello in plexiglass di distanziamento.

Il rischio biologico è stato suddiviso in 5 classi di variabili**,** in relazione alla possibilità dell'utente di gestire in maniera autonoma i DPI e di mantenere le corrette norme di sicurezza.

Sono state considerate **5 variabili** (Tabb. I, II):

- possibilità di mantenere la distanza di sicurezza;
- necessità della presenza del genitore in stanza;
- capacità di indossare DPI (per i servizi Disabile Adulto la variabile 3 è capacità gestire autonomamente DPI);
- presenza di Scialorrea/ droplets/ incontinenza di feci-urine;
- presenza di stereotipie mirate su faccia/bocca/occhi, ecc.

In base alla presenza/assenza di tali variabili e alla combinazione tra le stesse, abbiamo definito **6 Livelli di Rischio,** ognuno dei quali è correlato ad una determinata procedura. Le variabili possono avere un peso di 1 o di 2 punti.

La graduazione del Livello di Rischio biologico del paziente (Decreto legislativo 81/2008) corrisponde quindi, a differenti criteri di setting e di possibilità di adottare i DPI.

Considerando anche il **Setting** diagnostico/terapeutico abbiamo considerato una distanza di più di n. 1 metri durante le attività e sedi di intervento in ambiente indoor o outdoor.

Come Protezioni – **DPI** – abbiamo indicato mascherine, occhiali o visiere, abiti monouso e/o sovra-scarpe.

Livello di rischio 0: tutte le variabili sono = 0.

Il paziente controlla le distanze di sicurezza, al solo comando verbale, senza bisogno di addestramento specifico; sa indossare e rimuovere i DPI in autonomia; gestisce i DPI con le comuni norme di comportamento (non abbassarsi e alzarsi la mascherina, non toccarsi il volto, ecc.) in autonomia o su comando verbale, senza bisogno di addestramento specifico; non presenta scialorrea/droplets; non presenta stereotipie in cui si tocca occhi, bocca; non ha necessità di ridurre la distanza di sicurezza e/o di rimuovere la mascherina determinata dalle attività di terapia/valutazione, ecc.

Livello di rischio 1: 1 delle 5 variabili è = 1.
Livello di rischio 2: la somma delle variabili è = 2.
Livello di rischio 3: la somma delle variabili è = 3.
Livello di rischio 4: la somma delle variabili è =4.
Livello di rischio 5: la somma delle variabili è = 5 o oltre.

Gli operatori dovranno adottare le Protezioni Individuali in relazione al Livello di rischio del paziente da incontrare. Ai Livelli di rischio corrispondono colori diversi di protezioni individuali adeguate (Fig. 1).

Descrizione **dettagliata** dei vari Livelli di rischio e delle differenze nel setting ambientale e nei pazienti in età evolutiva e disabili adulti.

TSMREE (età evolutiva)

Livello di rischio 4/5 o oltre
Terapia in rapporto 1 a 1
Sedi:

- ambulatoriale, in ambienti ampi e igienizzati secondo indicazioni aziendali
- sede extramuraria in esterno.

DPI sul paziente: mascherina chirurgica e guanti/igienizzazione delle mani frequente, ove possibile e tentare un addestramento anche se il paziente non è in grado di indossarli.

---

[1] Mascherina chirurgica: blocca i *droplets* in uscita. Filtra poco in entrata.
- Filtrante facciale FFP2 senza valvola: blocca i *droplets* in uscita, filtra l'82% delle particelle in entrata. Meno confortevole da portare per lunghi periodi.
- Filtrante facciale FFP3 senza valvola: blocca i *droplets* in uscita, filtra il 95% delle particelle in entrata. Meno confortevole da portare per lunghi periodi.
- Filtrante facciale FFP2 con valvola: non blocca i *droplets* in uscita (quindi necessita di mascherina chirurgica sovrapposta), filtra l'82% delle particelle in entrata. La valvola facilita la respirazione quindi più confortevole da portare per lunghi periodi.
- Filtrante facciale FFP3 con valvola: non blocca i *droplets* in uscita (quindi necessita di mascherina chirurgica sovrapposta), filtra il 95% delle particelle in entrata. La valvola facilita la respirazione quindi più confortevole da portare per lunghi periodi.

[2] Le visiere para schizzi e gli occhiali devono essere utilizzati in tutte quelle attività in cui si potrebbe verificare la contaminazione, ambientale con spruzzi o schizzi di liquidi biologici, della mucosa congiuntivale (occhi) o della cute del volto dell'operatore (Ministero dell'Interno, 2020).

Tab. I. TSMREE.

Variabile		Punteggio			
A	Mantenimento della distanza di sicurezza[1]	Il paziente mantiene la distanza	0	Il paziente non mantiene la distanza	2
B	Indossare DPI[2]	Il paziente tollera i DPI indosso	0	Il paziente non tollera i DPI indosso	2
C	Necessità della presenza del genitore in stanza	Il paziente non necessita del genitore in stanza	0	Il paziente necessita del genitore in stanza	1
D	Scialorrea/ droplets/ incontinenza di feci-urine	Non presente	0	Presente	2
E	Stereotipie mirate su faccia/bocca/ occhi, ecc	Non presente	0	Presente	1

[1] Si ritengano qui incluse, anche se non esplicitate, le situazioni in cui la distanza di sicurezza non possa essere mantenuta non per le caratteristiche del paziente ma a causa delle manovre riabilitative/valutative ed alla condivisione del materiale.
[2] Si ritengano qui incluse, anche se non esplicitate, le situazioni in cui l'impossibilità di mettere la mascherina non dipenda dalla incapacità del paziente ma dalle necessità terapeutiche (es. bambini non udenti, deficit di linguaggio o di comunicazione in genere, terapia per disfagie e disturbi delle funzioni orali).

Tab. II. Disabile adulto.

Variabile		Punteggio			
A	Mantenimento della distanza di sicurezza[1]	Il paziente mantiene la distanza	0	Il paziente non mantiene la distanza	2
B	Indossare DPI[2]	Il paziente tollera i DPI indosso	0	Il paziente non tollera i DPI indosso	2
C	Gestire DPI	Il paziente sa gestire i DPI	0	Il paziente non sa gestire i DPI	1
D	Scialorrea/ droplets/ incontinenza di feci-urine	Non presente	0	Presente	2
E	Stereotipie mirate su faccia/ bocca/occhi, ecc	Non presente	0	Presente	1

[1] Si ritengano qui incluse, anche se non esplicitate, le situazioni in cui la distanza di sicurezza non possa essere mantenuta non per le caratteristiche del paziente ma a causa delle manovre riabilitative/valutative ed alla condivisione del materiale.
[2] Si ritengano qui incluse, anche se non esplicitate, le situazioni in cui l'impossibilità di mettere la mascherina non dipenda dalla incapacità del paziente ma dalle necessità terapeutiche (es. bambini non udenti, deficit di linguaggio o di comunicazione in genere, terapia per disfagie e disturbi delle funzioni orali).

Fig. 1. Protezioni personali secondo livello di rischio.

DPI operatore: "kit Ffp2" (comprende camice monouso, occhiali/visiera, guanti, cuffia, sovra-scarpe, mascherina Ffp2).

Livello di rischio 2/3
Terapia in rapporto 1 a 1
Sedi:
- ambulatoriale, in ambienti ampi e igienizzati secondo indicazioni aziendali.
- sede extramuraria in esterno.

DPI operatore: Mascherina Ffp2; divisa/camice usuali; guanti DPI sul paziente: mascherina chirurgica e guanti/ igienizzazione delle mani frequente.
monouso; occhiali/visiera ove presenti scialorrea e droplet.

Livello di rischio 0/1
Rapporti terapeutici:
- individuale;
- coppia se i due bambini/e sono 0/1 oppure 0/0.

Sede: qualunque ambiente; se all'interno, utilizzare

ambienti ampi e igienizzati secondo indicazioni aziendali.
DPI sul paziente: mascherina chirurgica e guanti/igienizzazione delle mani frequente.
DPI sull'operatore: mascherina chirurgica e guanti e/o igienizzazione mani frequente.

Disabili adulti

Livello di rischio 3/4/5 o oltre
Terapia in rapporto 1 a 1
Sedi:
- preferibilmente la sede deve essere extramuraria in esterno;
- ambulatoriale, in ambienti ampi e igienizzati secondo indicazioni aziendali.

DPI sul paziente: mascherina chirurgica e guanti ove possibile e tentare un addestramento anche se il paziente non è in grado di indossarli; igienizzazione frequente delle mani in alternativa ai guanti sul paziente.
DPI operatore: "kit Ffp2" (comprende camice monouso, occhiali/visiera, guanti, cuffia, copriscarpe, mascherina Ffp2).

Livello di rischio 2
Terapia in rapporto 1 a 1
Sedi:
- preferibilmente la sede deve essere extramuraria in esterno;
- ambulatoriale, in ambienti ampi e igienizzati secondo indicazioni aziendali;
- DPI sul paziente: mascherina chirurgica e guanti/igienizzazione delle mani frequente.

DPI operatore: Mascherina Ffp2; divisa/camice usuali; guanti monouso; occhiali.

Livello di rischio 0/1
Rapporti terapeutici:
- individuale;
- coppia se i due utenti sono di Livello 0/1 oppure 0/0.

Sede: extramuraria o ambulatoriale, in ambienti ampi e igienizzati secondo indicazioni aziendali.
DPI sul paziente: mascherina chirurgica e guanti/igienizzazione delle mani frequente.
DPI sull'operatore: mascherina chirurgica e igienizzazione.

CONCLUSIONI

La definizione dei livelli di rischio permetterà la ripresa delle attività dirette per i nostri pazienti fragili, ma potremo valutare soltanto nel tempo le conseguenze di tale scelta.
Stabilire delle procedure corrispondenti ad ogni livello di rischio ha il vantaggio di semplificare la comprensione e la gestione operativa dei singoli utenti.

Da una parte, nella ripresa delle attività frontali la organizzazione e catalogazione dei pazienti non per "diagnosi", "gravità" o qualsiasi altro parametro evolutivo, ma per rischio biologico, deve essere considerata un'attività di governo clinico, finalizzata alla prevenzione e gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie, al fine di garantire la sicurezza dei pazienti.
Dall'altra, l'elaborazione dei livelli di rischio è un tentativo di dare risposte dirette alla *relazione*, in un momento storico in cui tutto sembra poter proseguire ma soltanto con la tanto ricercata *distanza relazionale.*
Il campo di intervento dei Servizi TSMREE/DA pone in questo scenario la contraddizione palese tra rispetto della distanza e necessità della relazione.
Ecco quindi che attraverso l'obiettivazione dei livelli di rischio proveremo anche a definire le modalità della nuova relazione, in cui la distanza richiesta e i dispositivi indossati influenzeranno inevitabilmente ciò che gli utenti vedranno. Le mascherine, i camici, guanti e le visiere degli operatori diventeranno gli strumenti di una nuova e faticosa relazione di cura.

Conflitto di interessi

Gli Autori dichiarano di non avere alcun conflitto di interessi con l'argomento trattato nell'articolo.

Bibliografia di riferimento e Atti normativi

AIFI, FNO, "Nota sulla rimodulazione degli interventi fisioterapici nell'emergenza COVID-19" aggiornato al DPCM 10 aprile 2020.

Decreto Legislativo 9 aprile 2008 n. 81 – G.U. del 30/04/2008 - Testo Unico sulla Salute e Sicurezza sul lavoro. Titolo X: Esposizione ad Agenti Biologici.

Ministero della Salute, "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 dell'infanzia e dell'adolescenza", Circolare DGPREV e DGPROGS, 23/04/2020.

Ministero dell'Interno – Dipartimento della Pubblica Sicurezza, "COVID-19 I Dispositivi di Protezione Individuale (DPI)", Direzione centrale di Sanità, aprile 2020.

Ordinanza del Presidente della Regione Lazio n. Z00008 del 13 marzo 2020 – "Ulteriori misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19".

Ordinanza del Presidente della Regione Lazio n. Z00034 del 18 Aprile 2020 – "Ordinanza ai sensi dell'articolo 32, comma 3 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 in materia di igiene e sanità pubblica. Ulteriori misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19: prevenzione, contenimento e gestione dei focolai da SARS-COV-2 nelle strutture sanitarie ospedaliere, residenziali e semiresidenziali sanitarie, sociosanitarie e socioassistenziali".

Ordinanza del Presidente della Regione Lazio 2 maggio 2020

n. Z00038, “Ulteriori misure per la prevenzione e gestione dell’emergenza epidemiologica da COVID-19 – Ordinanza ai sensi dell’articolo 32, comma 3 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 in materia di igiene e sanità pubblica”. Bollettino Ufficiale della Regione Lazio n. 60.

Regione Lazio, “Emergenza COVID-19 – Azioni di Fase IV – Piano regionale territoriale”, 29/05/2020.

SINPIA, Indicazioni operative per i servizi di neuropsichiatria dell’infanzia e dell’adolescenza e per i servizi di riabilitazione dell’età evolutiva nell’emergenza COVID-19, Milano 29/03/2020.

World Health Organization (2014). Infection prevention and control of epidemic-and pandemic-prone acute respiratory infections in health care. WHO Guidelines *WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.*

World Health Organization (2020). Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease (COVID-19) and considerations during severe shortages. *Interim guidance*, WHO/2019-nCov/IPC_PPE_use/2020.3

Telemedicina, evoluzione e ridefinizione dei trattamenti riabilitativi in NPIA durante l'emergenza COVID-19: criticità, punti di forza e riflessioni per il futuro

Telehealth transformations and redefinitions of neurodevelopmental disorders rehabilitation in a child and adolescent neuropsychiatric service in Italy during COVID pandemic: strengths and weaknesses and possible future evolutions

E. Altamore, F. Monti, G. Andretta, A. Arrigoni, A. Beltrambini, C. Bertoni, B. Bianchi Janetti, D. Biffi, M. Capra, V. De Filippis, N. Elmi, G. Finocchiaro, N. Leanza, S. Leoni, A. Lisignoli, C. Maura, E. Mortarotti, C. Nonpenso, L. Pugliese, F. Spalletti, E. Lavelli, S. Del Signore, D. Garroni

Unità Operativa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano

Riassunto

Gli Autori descrivono l'evoluzione e la ridefinizione dei trattamenti riabilitativi in NPIA nel corso dell'emergenza COVID-19 nell'Unità Operativa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza della Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano. Nello specifico vengono illustrati i cambiamenti nell'attività riabilitativa, punti di forza e di debolezza nel corso delle tre fasi che hanno contraddistinto, ad oggi, l'emergenza sanitaria e discusse le prospettive future.

Parole chiave: Emergenza COVID-19, Telemedicina, Teleriabilitazione

Summary

The authors describe the telehealth approach and the evolution of the rehabilitation activities during COVID-19 emergency in the Child and Adolescent Neuropsychiatry Unit of the "IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico" of Milan. They focus on strengths and weaknesses of telepractice during the pandemic evolution and discuss possible future evolutions.

Key words: Emergency COVID-19, Telemedicine, Telerehabilitation, Telehealth, Telepractice

INTRODUZIONE

L'emergenza Coronavirus ha determinato cambiamenti sostanziali nello stile di vita sociale e familiare. Le attività quotidiane hanno subito un radicale cambiamento e una riorganizzazione che ha costretto a riconsiderare i ruoli all'interno di un tempo di vita nuovo, dilatato e caratterizzato inizialmente da isolamento, distanziamento e chiusura. Le *routines* si sono sovvertite, sono diminuiti i sostegni alle famiglie nella quotidianità e i momenti di divertimento e di svago. Molti genitori si sono trovati in difficoltà economiche, hanno perso l'impiego o si sono trovati a lavorare improvvisamente in situazioni di rischio elevato per la vita. Affrontare la vita quotidiana, il futuro, i cambiamenti e le restrizioni ha generato ansia e stress, soprattutto nelle famiglie in cui era presente un bambino con disturbi neuropsichiatrici e laddove si è reso necessario garantire la continuità di interventi di cura e riabilitazione.

Il contesto normativo Italiano nell'Emergenza COVID-19 è stato caratterizzato da dinamicità con un susseguirsi di aggiornamenti in base alla fase della pandemia. Fin dall'inizio della pandemia, i diversi atti regionali e Decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) nazionali [1,2] hanno sollecitato tutta la popolazione, ed in specifico i servizi sanitari, a proseguire il proprio operato valutando tutte le possibili soluzioni a distanza, assicurando esclusivamente le attività indifferibili e con adeguate misure di protezione.

In questo scenario, i servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza hanno dovuto ristrutturare le proprie modalità di intervento. In particolare, le attività

CORRISPONDENZA

Elena Altamore, Unità Operativa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano - Email: altamore.elena@gmail.com

sono state convertite da attività in presenza (dirette e indirette) in attività di telemedicina e teleriabilitazione, da remoto, trattandosi dell'unica risorsa a disposizione per garantire la continuità di cura per il paziente e i *caregivers*, senza esporli al rischio di contagio.
Modalità e procedure dettagliate sono state indicate nei Rapporti COVID dell'Istituto Superiore di Sanità, in particolare per l'area dei disturbi neuropsichici dell'età evolutiva [3,4]. Per i servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e di Riabilitazione dell'Età Evolutiva, è stata emanata inoltre una specifica Circolare del Ministero della Salute del 23 Aprile 2020 [5], in aggiunta alle Linee guida emanate, in data 20 marzo, dalla Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA) [6], contenenti le indicazioni ad interim in cui i professionisti dei suddetti Servizi sono stati invitati a garantire ai propri utenti intensità di cure adeguate, nel pieno rispetto delle misure preventive e di contenimento del contagio, sollecitando a differire le attività ambulatoriali non urgenti rimodulandole attraverso la modalità telematica. Altre società scientifiche e associazioni professionali hanno provveduto tempestivamente a diramare indicazioni ai propri associati. ("Linee di indirizzo e raccomandazioni per l'attività del logopedista ai tempi del COVID-19" [7], le "Linee di indirizzo e le raccomandazioni ai Terapisti della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva" [8] e la "Nota sulla rimodulazione degli interventi fisioterapici nell'emergenza COVID-19") [9]. Infine, il DPCM 26 Aprile 2020 [10], non ha modificato sostanzialmente quanto già stabilito dai precedenti.
In particolare, l'evoluzione dell'epidemia in Lombardia, ad oggi la zona nazionale con la maggiore prevalenza COVID-19, ha richiesto tempi di intervento e di ristrutturazione molto veloci, con decisioni successive e consequenziali per la tutela della popolazione di pazienti afferenti alle strutture NPIA, di fronte alla "difficoltà per la possibile, improvvisa mancanza, temporanea o permanente, dei *caregiver* principali, nonché degli operatori di riferimento" [6]. La conferma diagnostica del primo caso lombardo in data venerdì 21 febbraio 2020, la rapida ascesa dei contagi (16 lo stesso giorno fino a 531 in data 28 febbraio) e la contestuale presenza di casi di contagio tra personale sanitario (tra cui il primo presso la Unità Operativa di Dermatologia della Fondazione Policlinico di Milano, attigua all'Unità Operativa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza) hanno reso impellente la riorganizzazione delle attività sanitarie, in contemporanea ai primi provvedimenti di chiusura per i comuni con focolai attivi. In aggiunta, la rapidità di diffusione del contagio ha subito evidenziato la difficoltà di reperimento di DPI anche per i servizi essenziali. La suddivisione dei servizi intraospedalieri per fasce di rischio inizialmente ha spesso erroneamente collocato i Servizi di Neuropsichiatria in una fascia di basso rischio, nonostante il contatto diretto ravvicinato e prolungato con l'utenza.
Pazienti, genitori ed operatori si sono trovati coinvolti, a tutto campo in interventi che nella maggior parte dei casi non era stato possibile strutturare e sperimentare in anticipo: benché la telemedicina e la teleriabilitazione siano in uso da tempo, lo sono in genere in contesti e per disturbi specifici e limitati, e mai prima d'ora erano state estese a tutti gli utenti e le attività, in tempi rapidissimi. È stato necessario trovare modalità per garantire intensità di cura adeguate, per mantenere nel contempo le componenti tecniche con nuovi strumenti ma anche mettere in campo supporto psicologico per gli utenti e per l'intero nucleo familiare. Rispetto agli interventi riabilitativi è stato necessario porsi in una nuova prospettiva di osservazione e di azione.
Il presente lavoro ha l'obiettivo di ripercorrere la modalità di riorganizzazione degli interventi riabilitativi presso l'Unità Operativa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza della Fondazione Policlinico, nelle fasi principali dell'emergenza relativa agli ultimi 4 mesi, in previsione di una possibile nuova ondata della pandemia, ma anche in una più ampia prospettiva futura.

MATERIALI E METODI

La UONPIA di Fondazione Policlinico è composta da tre poli territoriali, un polo ospedaliero e numerose attività di progetto. Copre un bacino di utenza di circa 30.000 minorenni, che include sia il centro città che due aree di periferia, a triangolo verso est. Vede annualmente circa 2500 pazienti, di cui poco meno di un terzo sono nuovi.
I percorsi di cura sono strutturati in un'ottica di *Family Centered Intervention*, legati imprescindibilmente alla *partnership* con la famiglia, prevedendo sia interventi diretti con il bambino, sia interventi indiretti attraverso colloqui, valutazioni ambientali, e condivisione degli obiettivi tra genitori, bambini e operatori [11,12].
La portata dell'emergenza COVID-19 ha richiesto un'immediata riorganizzazione delle modalità operative con cui sono stati svolti gli interventi clinico-terapeutici. Tutte le attività in presenza della UONPIA sono state sospese fin dalla giornata di lunedì 24 febbraio, mantenendo solo le attività urgenti e non differibili e quelle con adolescenti con gravi disturbi psichiatrici. In simultanea, nella stessa giornata, è stato avviato il processo di riorganizzazione con completamento del passaggio in modalità telematica per tutti gli utenti a partire da lunedì 2 marzo, e formalizzazione dello smartworking per tutti gli operatori dal 13 marzo. In data 17 marzo, Regione Lombardia ha riconosciuto ufficialmente la possibilità, per i servizi di NPIA e di psichiatria, di effettuare e valorizzare attività in telemedicina e teleriabilitazione.

In contemporanea, l'intera organizzazione clinica e strutturale dell'ospedale si stava trasformando e riorganizzando, e passava in meno di due settimane da 900 posti letto ordinari di cui 18 in terapia intensiva a 110 posti letto in terapia intensiva e sub-intensiva e più di 200 posti letto COVID, assorbendo tutte le risorse disponibili.

Proattività, tempestività ma anche costanza ed immediatezza, sono state le linee seguite per la riorganizzazione di tutti gli interventi della UONPIA e degli interventi in teleriabilitazione, sviluppati tramite il raccordo costante tra tutti i componenti dell'équipe curante. Gli interventi di cura hanno mostrato una rapida evoluzione e sono stati suscettibili di cambiamenti repentini, in funzione della progressiva revisione della letteratura scientifica, in rapidissimo aggiornamento nel procedere dell'emergenza sanitaria. Gli interventi sono stati rimodulati sia nel setting che nelle modalità di realizzazione, verificando inoltre le possibili difficoltà delle famiglie nell'accesso a device elettronici o altri strumenti funzionali alla comunicazione immediata e individuando soluzioni.

La necessaria riformulazione degli obiettivi riabilitativi è avvenuta sia attraverso un lavoro di raccordo e di riflessione tra operatori, famiglie e altre agenzie territoriali coinvolte nel percorso di cura, sia attraverso la costruzione individualizzata e poi la diffusione di materiali riabilitativi e di supporto per le famiglie.

La prima fase dell'emergenza è stata caratterizzata dal mantenimento del contatto con le famiglie, dal supporto intensivo rispetto alle procedure di contenimento del rischio e ai vissuti legati all'emergenza sanitaria, dalla ridefinizione e dal modellamento degli interventi con l'obiettivo di garantire la continuità assistenziale e proseguire i percorsi senza interruzioni.

Si è trattato di una fase di assestamento e comprensione di ciò che stava accadendo, sia per le famiglie che per gli operatori, stante le difficoltà dettate dall'imminente e improvvisa necessità di rivoluzionare le modalità di erogazione dell'assistenza riabilitativa. È stata condotta una approfondita revisione della letteratura relativa ad esperienze di telemedicina e teleriabilitazione prevalentemente australiane e nord-americane [13-18].

Progressivamente, durante il periodo di *lockdown*, è stato possibile ripristinare un nuovo equilibrio che ha permesso di dare alle attività di teleriabilitazione e di telemedicina un carattere maggiormente terapeutico e individualizzato. Durante questo nuovo periodo sono stati riattivati gli interventi di gruppo, gli incontri con le scuole, con i servizi sociali, con le comunità terapeutiche ed educative, con gli altri enti, secondo modalità valutate caso per caso, attraverso un continuo raccordo sia tra i membri dell'equipe che tra gli operatori e le famiglie.

L'intervento si è configurato come trasversale a tutte le professioni ed è partito dall'ascolto dei nuovi bisogni delle famiglie e dalla ridefinizione delle priorità di intervento attraverso:

- riattivazione e mantenimento della relazione con il bambino e con la famiglia;
- supporto e contatto sugli aspetti legati all'emergenza (produzione di materiale psicoeducativo rivolto sia ai genitori che ai bambini);
- riflessione sulla quotidianità attraverso la conoscenza delle abitudini delle famiglie per favorire la strutturazione di nuove routine per fare fronte ai possibili vuoti iniziali lasciati dalla scuola e dalle altre agenzie educative soprattutto durante il primo periodo;
- *focus* sugli aspetti logistici e organizzativi familiari (spazi in casa, presenza dei genitori, routine quotidiane, attività ludiche generali, libri, ricette ecc.).

Gli strumenti di aggancio utilizzati nella prima fase sono stati principalmente i seguenti:

- telefonate;
- mail (non ancora prestazioni dirette con piattaforme);
- messaggi, chat e videomessaggi.

L'attenzione in particolare è stata posta sulle difficoltà logistiche delle famiglie sia rispetto alle misure di prevenzione del contagio che alla partecipazione all'intervento, lasciando spazio successivamente alle caratteristiche del *setting* riabilitativo.

Gli interventi sono poi stati erogati con approcci diversi e attraverso diverse modalità, come suggerito anche dalle linee guida professionali [6-9]:

- *training al caregiver*: questo aspetto è risultato trasversale ai tre approcci descritti di seguito ed ha rappresentato un punto cardine dei percorsi attivati. Le nuove modalità hanno permesso di effettuare un intervento intenso e costante con i genitori, ampliando in modo significativo le possibilità usuali di training e permettendo un monitoraggio *step by step* delle attività, dei metodi, dei punti di debolezza e dei punti di forza;
- *modalità sincrona*: in questa modalità gli interventi hanno previsto la conduzione del terapista in videochiamata diretta con il paziente attraverso piattaforme *online*; ciò ha richiesto una connessione interattiva audio e video (ad es. condivisione di schermo e utilizzo di software), e la spesso fondamentale presenza del *caregiver*, che ove possibile è stata progressivamente rimodulata nel tempo;
- *modalità asincrona*: in questo caso l'intervento è avvenuto sia attraverso un lavoro di counselling frequente al genitore che attraverso l'invio di materiali o videoclip con attività da svolgere in ambiente domestico. Le attività venivano concordate e spesso costruite insieme al genitore che successivamente le proponeva al bambino, fornendo rimandi costanti all'operatore;

- *modalità ibrida*: Questa modalità ha rappresentato la maggior parte degli interventi erogati. In questo caso sono state svolti sia incontri in modalità sincrona che interventi indiretti in modalità asincrona.

Modifiche del setting

È stato condiviso maggiormente con i genitori lo svolgimento della seduta, a partire da indicazioni specifiche quali:

- preparare i bambini all'incontro (ad esempio attraverso l'utilizzo di materiali in CAA pervenuti in anticipo quali agenda settimanale in cui indicare il momento dell'incontro, striscia delle attività programmate per l'incontro, oppure attraverso la descrizione dei giochi che si sarebbero svolti, l'invio di materiale relativo all'attività o la richiesta di preparazione di materiali specifici reperibili a casa ecc.);
- valutare una posizione del pc/telefono/tablet utile a facilitare il coinvolgimento e la concentrazione del bambino, ad esempio:
- non tenere in mano il dispositivo ma posizionarlo su una superficie fissa;
- utilizzare la fotocamera interna in modo che il bambino possa vedere l'operatore;
- cercare di mantenere un *setting* fisso (stanza dedicata, o tavolo, o angolo dedicato anche in ambienti sovraffollati);
- collocazione con una buona luminosità;
- pulizia del *setting* da fonti di distrazione (es. rumori di sottofondo quali televisione, ecc.; ridurre la presenza di giochi del bambino presenti nella stanza se non ritenuti utili o se no previsti nell'esecuzione della seduta, fratelli, altri coabitanti ecc.);
- concordare i ruoli e i livelli di supporto necessari da parte del genitore, e la loro rimodulazione nel tempo.

Stante la rapidità dell'avvio della nuova modalità in telemedicina e la necessità di garantire la priorità alla continua riorganizzazione delle attività di ricovero COVID in Fondazione, nella quasi totalità dei casi sono stati utilizzati PC e software personali degli operatori o di progetto, mentre a partire dal mese di giugno è stato possibile iniziare a strutturare modalità istituzionali condivise. Gli strumenti di contatto con le famiglie e tra gli operatori sono stati rappresentati dai principali canali di videochiamate (Zoom, Skype, Teams, Jitsi, Meet, Whatsapp ecc…), chat e messaggistica (Whatsapp e sms), telefonate classiche.

Nell'ambito delle modalità asincrone, la produzione di materiali necessari alle attività o di supporto ai percorsi ha rappresentato un fulcro importante delle attività di telemedicina e teleriabilitazione. Sono stati creati e messi a disposizione: presentazioni animate in Powerpoint, videoclip, web app, audiolibri, piattaforme già esistenti, materiale stampabile, ricerca di materiali mirati già esistenti o successivamente adattati/modificati per renderli fruibili agli utenti.

Al fine di garantire chiarezza, esaustività e coerenza interna ai materiali e ad accelerare il processo di produzione è stato strutturato un lavoro di raccordo serrato e costante tra gli operatori, utile alla pianificazione dei materiali stessi, alla loro diffusione, alla individuazione dei tempi e modalità migliori per ciascuna famiglia e alla pianificazione di un approccio comune al loro utilizzo.

Particolare attenzione è stata posta nella produzione di materiali specifici per bambini e adolescenti dedicati alla costruzione di uno spazio di comprensione e ascolto dei vissuti nel periodo di emergenza, sia relativamente alla pandemia in corso che all'isolamento, al ricovero di un genitore, al lutto, alle diverse attività da poter fare a casa, ai cambiamenti tra una fase e l'altra dell'emergenza, al riavvio delle attività in presenza nella UONPIA.

Per quanto riguarda il materiale riabilitativo, sono stati creati sia materiali personalizzati che materiali trasversali. Quasi tutti i materiali creati sono stati caratterizzati da animazioni e grafiche accattivanti, che hanno favorito la motivazione ed il coinvolgimento dei bambini durante gli incontri. I materiali sono stati condivisi tra gli operatori per essere poi adattati al singolo caso e agli obiettivi riabilitativi specifici.

Per permettere la fruibilità e diffusione di questi materiali in modo veloce ed efficace è stato effettuato il caricamento settimanale su piattaforme *online* che hanno permesso ai genitori, agli insegnanti e alle altre figure del contesto di ciascun bambino di scegliere ed utilizzare quelli più adatti. Tutti i materiali sono fruibili al sito *www.sovrazonalecaa.org.*

Infine, a partire dal mese di giugno sono state riattivate con estrema gradualità le attività in presenza, dopo un approfondito lavoro di identificazione e di gestione del rischio COVID per ciascuna di esse e delle azioni possibili per la sua riduzione: ogni attività/utente è stata analizzata in base al livello di prossimità (con distanziamento costante; con distanziamento parziale; con contatto costante), al livello di aggregazione (2-4 persone; 4-6 persone; > 6 persone); alla durata (meno di 30 minuti; tra 30 e 60 minuti; più di 60 minuti); all'uso della mascherina da parte dell'utente nel corso dell'attività (uso costante; uso parziale; non uso); al livello di imprevedibilità (basso; medio; alto) e alla aerosolizzazione (bassa; moderata; alta), per valutare se e come modificare le modalità di erogazione in presenza, con quale livello di DPI o se mantenere in modalità telematica.

RISULTATI

Tutti gli utenti già in carico al servizio hanno proseguito i propri percorsi e non vi è stato nessun *drop out*.

Sono state inizialmente sospese le prime visite non urgenti, riattivate progressivamente in modalità telematica e successivamente mista quando è stato possibile effettuare attività in presenza.
Complessivamente, nel periodo 24 febbraio-30 giugno 2020 sono stati seguiti 1382 utenti contro i 1688 dello stesso periodo dell'anno precedente. Di essi, 374 hanno avuto interventi riabilitativi contro i 379 dello stesso periodo dell'anno precedente.
La riorganizzazione progressiva degli interventi ha avuto diverse sfaccettature e ha riguardato tutte le figure professionali e tutti gli interventi erogati.
Il training alle figure genitoriali ha rappresentato un aspetto fondamentale e trasversale in tutti gli interventi erogati. Gli ambiti di intervento con i genitori hanno riguardato vari aspetti, sia legati all'emergenza (nello specifico alle modalità di contagio e di protezione, agli aspetti logistici relativi alle situazioni organizzative e abitative, ai vissuti di paura e di fatica in merito al virus, in merito alla situazione del proprio bambino e alle possibili conseguenze di questo periodo, agli aspetti psico-educativi relativi alla gestione pratica a casa) sia agli aspetti prettamente riabilitativi legati agli obiettivi del percorso in atto. Il lavoro in equipe multidisciplinare ha permesso di affrontare ognuno di questi punti in uno spazio specifico, permettendo un supporto costante ed un coinvolgimento attivo dei *caregiver* nel percorso che si stava affrontando insieme.
Il gioco è stato elemento trasversale di tutti gli interventi riabilitativi e di training ai genitori.
Gli interventi sulle autonomie hanno rappresentato azioni trasversali in tutti i contesti e per tutti gli utenti. Nonostante questa sia un'area in cui già generalmente vi sia intensa collaborazione con i genitori, in molti casi il *lockdown* ha incrementato la possibilità di cooperazione terapeutica con la famiglia, in particolare nelle situazioni nelle quali vi era la presenza di entrambi i genitori a domicilio senza sovraccarico da *smart working*, con la possibilità quindi di dedicare maggior tempo alle *routine* della giornata (es. nei bambini in fase di acquisizione del controllo sfinterico a togliere il pannolino, mangiare in autonomia, vestizione, igiene personale).
Per quanto riguarda i materiali, sono state realizzate e messe a disposizione storie in simboli CAA e filastrocche illustrate, lettere e racconti relativi al COVID-19, all'isolamento, al ricovero di un genitore, al lutto, ma anche alle diverse attività da poter fare a casa, ai diversi cambiamenti nel passaggio da una fase all'altra. In merito ai materiali di supporto nella gestione quotidiana dei bambini, sono stati messi a disposizione dei genitori materiali di prevedibilità e controllo come le strisce delle attività, le agende giornaliere e settimanali per poter facilitare l'organizzazione del tempo. È stata prodotta un'ingente quantità di materiali con finalità ludiche da poter utilizzare in ambiente domestico: ricette di cucina tradotte in simboli, idee per giochi ed esperimenti da fare in casa, video-letture di libri e storie in simboli, giochi più strutturati, video di canzoni con sottotitoli in CAA, poesie e filastrocche, idee per materiali dedicati ai periodi festivi (festa del papà, Pasqua, festa della mamma).
Si descrivono di seguito in maggior dettaglio risultati della riorganizzazione rispetto agli interventi riabilitativi.

- **Area relazionale/comportamentale e della comunicazione:** la partecipazione attiva delle famiglie è risultata un elemento fondamentale per la prosecuzione dell'intervento anche a distanza. Si sono condivise con le famiglie modalità di intervento dirette, indirette e miste. Date le fatiche dettate dall'emergenza, è stato condiviso con le famiglie il rischio di un possibile incremento dei comportamenti disfunzionali, soprattutto in alcune situazioni. A causa di ciò è stato intrapreso un percorso specifico di training delle figure genitoriali e di affiancamento in modalità asincrona; una delle modalità scelte dei genitori è stata filmare ed inviare momenti di gioco e di interazione con i figli, che hanno dato la possibilità agli operatori di osservare le modalità di contatto anche nel contesto domestico. Il training e affiancamento costante ha offerto la possibilità di riflettere con il genitore e di accompagnarlo nel modificare alcune interazioni e modalità di comunicazione nel contesto ecologico del bambino, con discreta efficacia, che suggerisce che potrebbe essere utile mantenere questa strategia anche in futuro come complemento al lavoro in presenza.
- **Area della motricità globale:** è stata una delle aree più difficili da monitorare e accompagnare a distanza in quanto da remoto non è possibile introdurre il contatto corporeo come guida e modulazione dei movimenti. Per favorire gli obiettivi terapeutici sono stati creati video con percorsi personalizzati per ogni bambino a partire dai suoi specifici interessi o sono stati dati alcuni suggerimenti di attività sulla base degli spazi a disposizione (in casa o nei cortili dei condomini). I percorsi venivano pensati e adattati in base al contesto familiare, con la possibilità di utilizzare materiali presenti in casa e facilmente reperibili (sedie, scale, pentole, scatoloni, bottiglie ecc.). Si è creato così un circuito terapista-genitori-terapista grazie a uno scambio di video che hanno dato la possibilità di monitorare a distanza i movimenti e di introdurre variabili e consigli per raggiungere gli scopi del progetto riabilitativo.
- **Area del gioco:** in base all'età e al livello di sviluppo è stato possibile agire nell'ambito del gioco funzionale e simbolico, proposto in modalità sia sincrona condividendo alcuni momenti di gioco con il

bambino sia asincrona fornendo al genitore alcune idee di storie o ambientazione. Inoltre, soprattutto con i bambini più grandi e abituati a stare seduti al tavolo davanti allo schermo, sono stati proposti giochi di regole che, in alcuni casi, sono stati condotti dall'operatore in modalità sincrona da remoto (indovina chi, battaglia navale, tris, gioco dell'oca) o attivando videoconferenze di gruppo con nonni, coetanei, cugini, amici, anche per facilitare il mantenimento di relazioni a distanza.

- **Area cognitiva e neuropsicologica:** l'area neuropsicologica è risultata la più semplice da potenziare con gli strumenti e le modalità a disposizione. Infatti, una volta definito il setting della terapia, la durata dell'intervento e acquisita familiarità con la comunicazione a distanza, è stato possibile, soprattutto con i bambini più grandi (scuola primaria e ultimo anno di scuola dell'infanzia), proporre attività più strutturate di potenziamento delle funzioni neuropsicologiche (attenzione, memoria, prerequisiti scolastici). Inoltre, laddove la famiglia si è resa disponibile, sono stati creati materiali cartacei personalizzati per consentire la prosecuzione del percorso anche al di là dell'incontro con il terapista (es. schede di preparazione alla scrittura, attività di pregrafismo, attività di logica). È anche stata una delle aree nelle quali è stato maggiormente possibile attuare interventi sincroni direttamente con i bambini in videochiamata.
- **Area della comunicazione:** come nello svolgimento in presenza delle attività, anche la nuova modalità di intervento ha avuto come primo obiettivo il raggiungimento di una comunicazione efficace, sia con gli utenti che con le famiglie. Le attività sono state individualizzate su ogni utente, come di consueto per il raggiungimento di tale scopo. L'utilizzo di strumenti di supporto alla comunicazione come le strategie di Comunicazione Aumentativa e la possibilità di utilizzare strumenti informatici accattivanti e interessanti per il bambino ha permesso un rafforzamento del nuovo canale comunicativo, rendendo efficace, nella maggior parte dei casi, il circuito di trasmissione dei messaggi. Questo obiettivo è stato perseguito sia in modalità sincrona che asincrona. Il training delle figure genitoriali e l'intervento asincrono hanno permesso di rendere efficaci i messaggi comunicativi anche nel caso di bambini con marcate difficoltà di attenzione o gravi alterazioni comportamentali che inficiavano la relazione online effettuata in modo sincrono. La modalità ibrida ha permesso di incrementare ulteriormente il livello di efficacia comunicativa.
- **Area del linguaggio:** gli interventi sulle diverse aree del linguaggio sono stati effettuati sperimentando le modalità interattive e accattivanti date da materiale animato e individualizzato sugli obiettivi riabilitativi specifici e sugli interessi del bambino. Ad es. presentazioni Powerpoint con storie figurate, attività di riconoscimento e discriminazione fonologica, identificazione di target lessicali, identificazione di immagini con target morfosintattici, caccia al tesoro lessicale, espansione frasale con supporto grafico/visivo, ecc.). Queste attività sono state svolte in maniera sincrona prevalentemente con i bambini che non presentavano gravi alterazioni comportamentali o attentive, e in modalità asincrona e attraverso il training dei familiari nel caso di difficoltà a permanere davanti allo schermo in modo diretto con l'operatore.
- **Area motorio-prassica orale**: sono stati prodotti materiali specifici e individualizzati attraverso l'utilizzo di video, presentazioni *Powerpoint*, *web app* che prevedessero l'esecuzione da parte di personaggi accattivanti dei movimenti prassici orali. Tali movimenti sono stati inseriti all'interno di schemi ludici mirati e finalizzati (es. presentazione Powerpoint con gioco "Un due tre stella delle linguacce" eseguito da personaggi dei cartoni animati ecc.) e in cui la partecipazione del bambino risultasse divertente. Nella modalità sincrona il video è stato utilizzato come specchio da parte del bambino e ha permesso al contempo di vedere il modello eseguito dall'operatore. È risultato fondamentale anche l'utilizzo di storie in simboli CAA mirate a elicitare la produzione di movimenti prassici fini delle strutture oro-buccofacciali. Anche in questo caso sono stati prodotti materiali cartacei stampabili e sono state fornite indicazioni ai genitori sull'esecuzione di attività ludiche che potessero essere svolte in ambiente domestico con materiali di facile reperibilità (es. cannucce, candele, palline di carta stagnola, specchio ecc.).
- **Area dei prerequisiti e degli apprendimenti:** il lavoro sui prerequisiti e sugli apprendimenti è stato di più semplice realizzazione rispetto agli altri ambiti di intervento. Anche in questo caso l'utilizzo di Powerpoint è risultato di essenziale utilità. La versatilità di questo strumento ha infatti permesso una marcata individualizzazione dei materiali e una target-tizzazione su obiettivi e sotto-obiettivi mirati relativi sia agli aspetti di metafonologia, alle competenze di Rapid automatic naming, alle funzioni esecutive che agli apprendimenti veri e propri. L'utilizzo di *web application*s e di piattaforme a disposizione degli operatori ha inoltre permesso interventi sincroni/asincroni efficaci, poiché i bambini, oltre all'appuntamento settimanale con il terapista, hanno potuto svolgere, spesso anche in autonomia, un mantenimento del trattamento svolgendo sedute individuali di 15/20 minuti per 2-3 volte alla settimana con

attività caricate dal terapista sulla piattaforma condivisa. Questo lavoro ha portato progressivamente dei miglioramenti e le eventuali difficoltà incontrate dal bambino e riportate anche dai genitori, venivano poi affrontate durante l'incontro settimanale di attività sincrona con il terapista. Come per le altre aree di intervento è stato prevista anche la produzione di materiale cartaceo e sono state fornite indicazioni specifiche ai genitori nei momenti di *counselling* telefonico.

L'intervento con bambini con disabilità complessa e malattie rare

Nei colloqui con le famiglie durante il primo periodo di isolamento, è stato fondamentale considerare il prezioso apporto della relazione costruita nel tempo fra l'operatore e la famiglia. (Principi del modello Touchpoints di Brazelton per gli operatori) [19]. È stato scelto con i genitori **l'ambiente** più adeguato per il gioco adattato e le proposte motorie (modificando il micro ed il macroambiente a seconda dell'attività/dei bisogni sensoriali del bambino/la disponibilità e "l'umore"), **l'attività** da proporre al bambino (piacevole sia per il bambino che per il genitore), **i tempi** per le diverse proposte durante la giornata [20].

- **Area comunicativo relazionale:** la modalità comunicativa e relazionale dei bambini con grave disabilità neuromotoria (talvolta associata a disabilità sensoriale e/o cognitiva), è fatta di piccoli segnali comunicativi naturali che necessitano di particolare attenzione per essere colti.
  Durante la nuova modalità di contatto sono state utilizzate prevalentemente strategie di *early communication* [21-23]. "Il gioco di turno" ha costituito una delle principali occasioni per il riconoscimento dei segnali comunicativi durante gli interventi in videochiamata. "La scelta" era spesso una consegna al genitore a cui veniva lasciato spazio, a seconda dello stile di ciascuno.
  La voce dei genitori: "*che soddisfazione rendermi conto che in ogni situazione può farmi capire qualcosa*".
- **Area neuromotoria:** particolarmente delicato è stato affrontare con la famiglia il lavoro neuromotorio, alcuni genitori hanno avuto desiderio di entrare in prima linea nel modificare alcuni momenti della giornata e renderli più "simili" ad un intervento riabilitativo in modalità sincrona (massaggio, stretching, esercizio terapeutico…), altri hanno chiesto espressamente di non "*diventare terapisti*", e si è proseguito con video ed indicazioni: *handling*, *holding*, posture durante la giornata, attività di gioco da sperimentare (modalità asincrona e mista)
  È stata posta particolare attenzione al livello di difficoltà delle proposte per promuovere la capacità di affrontare la frustrazione, sia del bambino che del genitore.
  La voce dei genitori:
  "*per me è impossibile sostituirsi al fisioterapista, soprattutto per il coinvolgimento psicologico*";
  "*il lavoro in videochiamata è stato prezioso per non essere sola a rapportarmi con il bambino 24 ore su 24 perché il rapporto non diventi simbiotico*";
  "*fare alcuni giochi motori complessi con accanto la mamma o il papà dà al bambino maggior sicurezza e lo rende più coraggioso nell'affrontare un compito difficile*";
  "*pensavo avremmo perso tempo prezioso, invece mio figlio ha proseguito con i miglioramenti durante tutto il periodo*";
  "*non pensavo la fisioterapia avesse particolare efficacia, invece adesso che non la sta facendo sono aumentate le distonie e la rigidità*";
  "*più efficace vederci, perché nel lavoro fisioterapico ha molto valore il contatto con il terapista*".
- **Area del gioco e delle autonomie:** il gioco e le autonomie sono stati preziosi alleati per introdurre strategie motorie utilizzate in seduta e difficili da generalizzare nel contesto [24].
  Per esempio chiedere al bambino la partecipazione alla scelta dei vestiti, e a vestirsi, cambiando posizione, sollevando una gamba per stare in equilibrio, tenendosi aggrappato da solo per non cadere…. diventa un lavoro sulla funzione, ma anche sulle prassie, sulla comunicazione, aumentando l'autostima del bambino [25].
  La voce dei genitori:
  "*Durante le videochiamate il lavoro è calato dentro la casa, inventando giochi nelle varie stanze, con i vari componenti della famiglia*";
  "è difficile sostenere tutto il tempo l'intenzionalità nel gioco, è faticosissimo";
  "*sono contenta di aver avuto degli appuntamenti cadenzati perché mi hanno "obbligata" a porre attenzione ad una attività divertente e di qualità con mia figlia*";
  "*una grande responsabilità occuparsi anche delle attività riabilitative*".

La valutazione

La valutazione a distanza del profilo funzionale è stata caratterizzata, per tutte le diverse aree di intervento, solo da un primo inquadramento necessario ad effettuare un *counselling* mirato, in attesa di poter proseguire la conoscenza del bambino in presenza. Le valutazioni sono state svolte attraverso:

- videochiamate di conoscenza e raccolta anamnestica approfondita;

- videochiamate congiunte con operatori che conoscevano il bambino nel caso ci fosse già una presa in carico riabilitativa;
- interviste ai genitori;
- video di momenti specifici fatti dai genitori con indicazioni dettagliate sull'esecuzione da parte dell'operatore.

Oltre agli strumenti descritti sopra, la valutazione logopedica ha previsto anche l'analisi dell'eloquio spontaneo raccolto dalle videoregistrazioni, benché fortemente condizionato dalle interferenze audio imprescindibili dall'uso di strumenti tecnologici. Fondamentale è risultato l'invio di questionari fornendo indicazioni specifiche ai genitori per la compilazione. Rispetto ai video è stato ritenuto utile chiedere ai genitori di registrare una parte di un pasto del bambino, con indicazioni specifiche rispetto al focus della ripresa.
Anche nel caso della valutazione dei disturbi specifici dell'apprendimento, data la necessità di utilizzare strumenti testali specifici, è stato possibile effettuare a distanza solo una parte qualitativa di inquadramento. Un gruppo di lavoro specifico si sta occupando degli aspetti relativi all'utilizzo di strumenti testali in modalità telematica (copyright, validità delle certificazioni ecc.). In merito a ciò sono in corso spunti di riflessione sulla possibilità di attuare, nella fase successiva, un protocollo di valutazione misto, composto sia da incontri a distanza che in presenza.

Il post lockdown

Dal 4 maggio, con l'avvio della fase 2, le attività sono state comunque mantenute in telemedicina e teleriabilitazione per circa un mese, con solo una parziale rimodulazione. Con le progressive riaperture, ed in previsione della conclusione dell'anno scolastico, il lavoro con le scuole si è intensificato e si è resa necessaria la produzione di documenti e materiali inerenti la nuova fase della pandemia, in considerazione di:

- Rientro di alcuni genitori al lavoro e conseguente modifica dei mezzi tecnologici a disposizione del genitore (es. da pc a cellulare) e delle sue possibilità di presenza attiva con lui. Le sedute riabilitative hanno quindi previsto un cambio nei *caregivers* che hanno affiancato il bambino e spesso una modifica degli orari degli incontri. Le modalità in remoto hanno permesso ai genitori di continuare a mantenere un contatto con gli operatori e di essere attivi e partecipanti.
- Possibilità di uscire dal proprio domicilio, con una modifica della *routine* giornaliera e la necessità di rimodulare orari e attività.
- Necessità di far fronte a nuove regole, in particolare rispetto alle prescrizioni necessarie per la protezione dal contagio come l'uso della mascherina, il distanziamento sociale, il lavaggio frequente delle mani e l'igienizzazione. Questo ha determinato di conseguenza la necessità di accompagnare i genitori e i bambini sia nel rispetto delle suddette regole che nella gestione del vissuto emotivo legato alla paura del contagio. In tal proposito sono stati prodotti ulteriori materiali specifici fruibili dal sito h*ttp://sovrazonalecaa.org/per-la-ripresa/* [26].

Infine, a partire dal mese di giugno, con estrema cautela e dopo attenta valutazione del rischio, sono state riavviate le attività in presenza, che sono coincise con la conclusione dell'anno scolastico e progressivamente con la riapertura di centri estivi.

DISCUSSIONE

L'inizio dell'emergenza aveva determinato numerose perplessità sulla possibilità di proseguire i percorsi riabilitativi in modalità telematica, trattandosi di interventi mirati agli aspetti comunicativo-relazionali, linguistici, ludici e motorio-prassici che difficilmente possono prescindere dal contatto corporeo e dall'utilizzo di uno spazio concreto e condiviso. Tuttavia, lo sforzo di pensiero effettuato ha permesso un cambio di prospettiva che ha portato all'individuazione di alcune modalità alternative di intervento per proseguire il raggiungimento degli obiettivi riabilitativi nella nuova modalità a distanza. Queste nuove modalità di intervento hanno richiesto prima una riconsiderazione del contesto generale degli interventi e una cura specifica e attenta della tutela della salute dei pazienti, in un tempo rapidissimo compreso tra il 20 febbraio ed il 2 marzo, data di effettivo spostamento di tutte le attività riabilitative in remoto.
L'ingaggio dei pazienti e dei *caregivers* è stato graduale ma sempre più specifico e, in parallelo, anche l'intervento riabilitativo ha sfruttato nuove conoscenze, tratte da contenuti dalla letteratura scientifica e ha potuto utilizzare i numerosi materiali prodotti. Operare con i contesti significativi del bambino risponde a tre grandi funzioni: sostenere il contesto stesso; ridurre la condizione di disagio conseguente al disturbo, favorendo il miglioramento della qualità della vita; incrementare l'efficacia dell'intervento, facilitando la generalizzazione dei risultati. Questi aspetti, già fondamentali in situazioni ordinarie, si sono rilevati estremamente attuali durante l'emergenza, in cui gli operatori hanno avuto la possibilità di entrare nel vivo del contesto naturale di vita del bambino, l'ambiente domestico, potendo osservare più da vicino alcuni aspetti del funzionamento.
La sperimentazione della nuova modalità di intervento e degli strumenti è stata possibile grazie al continuo confronto multiprofessionale e organizzativo, alla apertura delle famiglie al contatto, alla possibilità di gestire elementi logistici, alla disponibilità di strumenti tecnologici

da parte di operatori e famiglie ma anche alla fatica del tempo prolungato a casa con i figli in una situazione così particolare e al conseguente bisogno di trovare nuove modalità di "sopravvivenza quotidiana" da parte dei nuclei familiari.
È stato particolarmente delicato modulare le richieste con il genitore a seconda del suo desiderio e della possibilità di spingersi in attività più tecniche o meno ma, con un "*Lavoro di Squadra",* come definito dalle famiglie stesse, è stata un'importante occasione di cambiamento, anche se particolarmente complessa, in cui fare inoltre il punto sui bisogni comunicativi e riabilitativi, sulle autonomie e la scelta di materiali e ausili per le varie attività. Il coinvolgimento attivo e l'*empowerment* delle famiglie ha rappresentato un punto cardine e imprescindibile. Per quanto già ampiamente descritta come efficace dalla letteratura scientifica, la collaborazione con le famiglie si è dimostrata particolarmente utile sotto la pressione dell'emergenza, che ha aumentato il livello motivazionale di ingaggio nell'attività riabilitativa e reso maggiormente evidente a tutti gli operatori come la partecipazione sia sempre determinante. L'impostazione *Family Centered* precedente all'emergenza COVID ha facilitato la ridefinizione del contratto con le famiglie nell'emergenza e la modalità di intervento da remoto, creando nuovi equilibri con utenti e famiglie e ridisegnando le relazioni terapeutiche a partire dalla ridefinizione del Piano di Trattamento Individualizzato, modificando inoltre la relazione con la scuola e le altre agenzie del territorio coinvolte nella cura. Le famiglie possiedono alcune conoscenze esclusive sul bambino e sul contesto di riferimento, estremamente utili in un'ottica di scambio di risorse e di cogestione del progetto riabilitativo, e l'intervento in remoto le ha rese più evidenti e imprescindibili. Il coinvolgimento nel percorso riabilitativo, la ridefinizione degli obiettivi, le informazioni sulla progressione del programma terapeutico e sulle modifiche che si verificano nel profilo di sviluppo e del disturbo del bambino, le strategie di "lettura" dei momenti particolari che si possono presentare durante la giornata e l'aiuto nella gestione degli stessi, sono stati elementi fondamentali nell'erogazione dell'intervento a distanza.
La modifica dello spazio terapeutico, con nuovi *setting* talvolta non ottimali (spazi domestici ristretti, rumori elevati di sottofondo, mancanza dell'identificazione di un posto in cui fare sedere il bambino che spesso girava per la stanza con in mano cellulare o tablet), nuovi materiali e strumenti a disposizione, ha reso d'altra parte più difficoltosa la gestione degli interventi. In molti bambini, la distanza ha richiesto l'utilizzo più costante e imprescindibile di strumenti di comunicazione aumentativa alternativa (CAA), per il mantenimento dell'aggancio relazionale e quindi per lo svolgimento delle sedute.
Particolarmente complesso, come facilmente immaginabile, il proseguimento dell'intervento con bambini in situazioni logistiche con spazi limitati e sovraffollati o con altre priorità (ricovero in rianimazione di uno dei genitori, lutti, perdita delle fonti di sopravvivenza economica, attività lavorative essenziali ecc.). L'attenzione mirata, proattiva e integrata con altri servizi alle famiglie in situazione di maggiore vulnerabilità ha fatto la differenza tra il peggioramento delle situazioni di esclusione, violenza e povertà educativa spesso segnalate in altri contesti e la possibilità di partecipare con beneficio ai percorsi in remoto attivati, ove adeguatamente supportate per quanto riguarda le necessità essenziali, pratiche (devices, connessioni, derrate alimentari) e di affiancamento (modulazione delle attività sugli spazi possibili, mediazione linguistica se necessaria, supporto alla consapevolezza).
Rispetto al tema dell'emergenza, i materiali prodotti per i genitori hanno avuto sia una funzione di supporto in merito alla gestione quotidiana dei bambini e degli interventi riabilitativi, che di supporto all'elaborazione dei vissuti legati all'emergenza e una funzione di guida riguardo alle modalità di prevenzione del contagio. In particolare, nel sovraccarico delle strutture dedicate alle indicazioni e al monitoraggio dell'isolamento volontario e della quarantena (ATS Milano ha dovuto gestire circa 25.000 persone COVID+ e il monitoraggio di tutti i loro nuclei familiari), le istruzioni per la gestione delle necessarie attenzioni in caso di sospetto COVID non erano sempre chiare per i non sanitari, e soprattutto non adattate alla presenza di bambini con disturbi del neurosviluppo, per cui si è spesso resa necessaria un'azione aggiuntiva di supporto, chiarificazione, accompagnamento e modulazione specifica.
Nel caso delle terapie erogate in modo sincrono, l'iniziale fatica derivante dallo stare davanti allo schermo si è via via ridotta, lasciando spazio ad un coinvolgimento sempre maggiore nelle attività. Ciò è stato possibile sia per la produzione di materiali sempre più personalizzati e costruiti sugli interessi del singolo bambino, sia per una progressiva maggiore competenza degli operatori e al conseguente superamento della prima fase di sperimentazione. È stato necessario capire cosa volesse dire "comunicare" in questa nuova modalità, quale margine di azione ci fosse a disposizione, in che modo l'interazione fosse possibile. Nello specifico, lo schermo dei *device* informatici, vissuto spesso dai bambini come uno strumento passivo, ha assunto un ruolo attivo, determinante nella configurazione di un *setting* adeguatamente strutturato e nella predisposizione di materiale e di attività ad *hoc*. Dopo aver superato questa fase di nuova conoscenza, è stato possibile dare spazio all'intervento riabilitativo vero e proprio, in alcuni casi con più successo dell'atteso. La modalità asincrona, pur

con lo svantaggio derivante dalla mancata possibilità di interazione diretta con l'interlocutore, ha permesso tuttavia di inviare e di ricevere messaggi in modo differito, con alcuni punti di forza derivanti dalla preparazione e dalla specificità dei materiali e dei contenuti comunicativi. Nella maggior parte dei casi, per fortuna, è stato possibile utilizzare entrambe le modalità, erogando un percorso terapeutico di tipo ibrido. Nel caso in cui l'intervento sia stato limitato all'interazione esclusivamente telefonica con il genitore, è stato effettuato un *counselling* costante, reso talvolta difficoltoso dalla necessità di utilizzare esclusivamente il canale verbale, spesso alterato da difficoltà di natura linguistica, ad esempio nel caso di famiglie migranti. Questo ha reso necessario intensificare la frequenza di contatto con i genitori, mantenendo un *focus* molto concreto nelle interazioni talvolta con il coinvolgimento di mediatori linguistico-culturali, anche loro a distanza. Nel caso di difficoltà nell'utilizzo di strumenti informatici è stato prodotto materiale cartaceo che il genitore ha potuto stampare seguendo le indicazioni dell'operatore. Attraverso il *counselling* genitoriale sono state fornite idee specifiche sulle attività da poter svolgere con il bambino, sulla base delle esperienze pregresse e su come supportare la comunicazione del bambino.

Nelle situazioni più complesse, la produzione e l'utilizzo di materiali di CAA, sia generali che individualizzati sul bambino, ha permesso ai genitori di continuare a sostenere l'intenzionalità comunicativa e la comunicazione del proprio figlio sia dal punto di vista recettivo che espressivo, oltre a supportare il bambino nella comprensione del contesto, di quello che stava accadendo e della nuova *routine*. Gli strumenti di supporto alla comunicazione hanno consentito di compensare almeno in parte gli ostacoli relativi alle nuove modalità di contatto, preparando il bambino a quello che sarebbe successo durante gli incontri da remoto e fungendo da amplificatori dei messaggi trasmessi e condivisi attraverso il computer/tablet/telefono. La maggior parte dei genitori è stata facilitata dalla formazione all'utilizzo degli strumenti svolta prima dell'emergenza sia attraverso corsi specifici che tramite la partecipazione diretta alle terapie in cui avevano potuto sperimentarne l'utilizzo insieme agli operatori, ma in molti casi l'avvio di attività di CAA è avvenuto per la prima volta proprio durante questo periodo, a partire dai materiali messi a disposizione per la descrizione e l'elaborazione di quanto stava accadendo.

In tutti gli interventi messi in campo, la possibilità di chiedere al bambino di mostrare i propri giochi e gli spazi domestici, e la possibilità di poterlo fare anche da parte dell'operatore, ha rappresentato un'occasione positiva di interazione, riducendo la distanza e consentendo di cogliere preziose sfaccettature della sua realtà che in molti casi non sarebbero altrimenti mai state conosciute e avrebbero potuto interferire nella strutturazione di un adeguato percorso di cura. L'intervento in teleriabilitazione ha inoltre facilitato le interazioni e il contatto con le famiglie, ed ha reso evidente l'importanza di affiancare continuamente gli interventi con materiali specifici, spesso difficile da gestire in pieno nelle attività in presenza per la pressione delle attività dirette.

Attraverso un confronto continuo tra operatori sono state possibili un'analisi costante e un monitoraggio serrato dell'evoluzione della situazione di ciascun nucleo familiare che della gestione della situazione emergenziale. La rimodulazione degli obiettivi riabilitativi ha spesso richiesto l'erogazione di prestazioni congiunte, alla presenza di più operatori in contemporanea. L'intervento ha assunto così maggiore dinamismo, incentivato la partecipazione più attiva del bambino e dei *caregivers*, rafforzato ulteriormente l'alleanza terapeutica e ha facilitato il prezioso percorso di *empowerment* e cura del nucleo familiare, determinante per un positivo risultato nell'attività riabilitativa.

La collaborazione con scuole e altre strutture coinvolte nella cura è stata determinante. Anche gli incontri di rete con operatori non afferenti alla UONPIA sono diventati più frequenti, a cadenza talvolta quindicinale, con ulteriori telefonate o comunicazioni tramite email, per monitoraggio e soprattutto per la modulazione condivisa della Didattica A Distanza (DAD). Il progressivo avvio e implementazione della DAD hanno infatti aumentato il carico per i bambini e per le famiglie, e spesso richiesto una ulteriore rimodulazione delle attività sia didattiche che riabilitative per evitare il sovraccarico. La modalità di incontro a distanza ha rappresentato un vantaggio ed una facilitazione all'incremento della frequenza degli incontri e alla partecipazione più attiva e mirata di tutti i membri. Il raccordo con le scuole è risultato fondamentale anche rispetto all'accompagnamento relativo alle nuove modalità di richiesta di insegnanti di sostegno e di altre certificazioni.

Tra gli aspetti negativi, dato che la comunicazione rappresenta il substrato su cui si fonda gran parte degli interventi erogati presso il servizio di neuropsichiatria, con le modalità a distanza sono venute a mancare alcune componenti fondamentali che solitamente caratterizzano gli scambi. La distanza ha infatti ridotto alcuni canali comunicativi a disposizione degli interlocutori, eliminando, in primis, il canale corporeo. Si sono dunque ridotte le informazioni provenienti in particolar modo dalla prossemica, ovvero dai messaggi espressi attraverso la posizione del corpo nello spazio rispetto agli interlocutori e le distanze tra gli stessi all'interno del circuito comunicativo. Per questi aspetti, lo schermo ha creato una barriera nella prossimità tra gli operatori e i bambini, mentre allo stesso tempo è stato possibile

osservare gli aspetti prossemici relativi alla relazione tra i bambini e i loro genitori. Sono state mantenute, almeno in parte le informazioni cinesiche, relative alla comunicazione attraverso i movimenti del corpo, visibili attraverso la webcam o nei video inviati dai genitori e dagli operatori. In questo caso è stato anzi possibile ottenere alcune informazioni aggiuntive rispetto al contesto clinico, in quanto le osservazioni del bambino sono state fatte nel suo ambiente naturale. Questo ha permesso di avere accesso a informazioni importanti sul profilo di funzionamento, grazie alla spontaneità di azione in un ambiente conosciuto della vita quotidiana, senza elementi stressogeni o di interferenza derivanti dal contesto clinico o dalla presenza dell'operatore a domicilio. Ha inoltre permesso di cogliere meglio elementi di contesto fondamentali per modulare le indicazioni e gli interventi, la cui non conoscenza precedente era probabilmente uno dei fattori rilevanti di interferenza con l'efficacia delle indicazioni e dei training alle figure genitoriali.

Le maggiori criticità sono state determinate sia da aspetti contestuali e logistici sia da un affaticamento delle famiglie, soprattutto nelle situazioni più complesse dal punto di vista sociale e nelle situazioni di gravità del quadro clinico in cui l'intervento sincrono con il bambino è risultato di difficile realizzazione. La mancanza della relazione diretta, soprattutto in questi ultimi, è stata uno degli elementi rilevanti delle difficoltà nel perseguimento degli obiettivi riabilitativi, in quanto loro substrato imprescindibile.

È innegabile che fattori come la grandezza della casa, la disponibilità di uno spazio opportuno, di *device* tecnologici e di una buona rete *wi-fi* abbiano rappresentato elementi cruciali nella buona riuscita della cura. Particolarmente complessa la gestione di situazioni in cui erano contemporaneamente presenti spazi limitati, sovraffollamento, migrazione, prosecuzione o aumento del lavoro dei genitori e a volte anche positività SARS-CoV2.

In generale, il numero di sedute è aumentato e la durata di ciascuna è diminuita, come se contatti più frequenti ma più brevi fossero fondamentali nella gestione a distanza, soprattutto iniziale, verosimilmente per un miglior aggancio e per meglio gestire il possibile affaticamento. Si tratta di un aspetto importante di cui tenere conto e da approfondire per una futura linea di sviluppo dell'intervento riabilitativo a distanza.

È infatti necessaria una profonda riflessione, in previsione del mantenimento almeno parziale di modalità di trattamento telematiche nella pratica clinica quotidiana, ma anche di una possibile ripresa della pandemia nei prossimi mesi.

Per alcune attività e per alcuni utenti, le modalità di intervento telematico hanno mostrato una maggiore efficacia e fruibilità rispetto alle modalità in presenza, e va quindi adeguatamente approfondita l'opportunità di mantenerle e metterle a sistema, anche al di fuori dell'emergenza COVID.

Inoltre, le nuove regole relative al distanziamento e alle attenzioni necessarie per la prevenzione del contagio di fatto non consentono, dal punto di vista pratico e logistico, lo stesso volume di attività in presenza che vi era in precedenza. Determinano quindi la necessità di trovare modalità per garantire almeno a tutti gli utenti già in carico la prosecuzione del percorso riabilitativo, con la necessità di un ripensamento mirato del percorso stesso e progetti che nella maggior parte dei casi non possono che essere misti tra attività in presenza e attività in remoto. Mentre nella prima fase dell'emergenza il tempo necessario per garantire le attività in remoto da parte degli operatori era molto aumentato, per il carico aggiuntivo dell'accompagnamento nella gestione della parte emotiva e la necessità di apprendere a destreggiarsi nelle nuove modalità, per alcune attività ora esso è minore di quello necessario per le attività in presenza o comunque complessivamente più vantaggioso, e un adeguato mix potrebbe consentire migliori risposte. Non ultimo, l'iniziale aumento del tempo messo a disposizione per la trasformazione delle attività è stato possibile solo per la grande disponibilità degli operatori nel contesto dell'emergenza, che non ha visto orari né giorni di servizio, ma non è in alcun modo sostenibile nel lungo periodo.

Le modalità a distanza potrebbero soprattutto facilitare il raccordo e il training con genitori e insegnanti, con i quali consentono contatti più frequenti con minori difficoltà per spostamenti e incastri di orari, permettendo ad esempio una maggiore tempestività nell'attivazione di interventi di training per i genitori, sia individuali che in gruppo, anche in situazioni nelle quali non è ancora possibile l'intervento diretto per la presenza di lunghe liste d'attesa, ottimizzando le risposte.

Molto resta ancora da approfondire, in particolare per quanto riguarda la possibilità di strutturare prese in carico complesse con bambini o adolescenti con patologie gravi, che verosimilmente per poter usufruire in modo appropriato di interventi in teleriabilitazione richiedono tecnologie immersive o altre modalità molto più elaborate di quelle che è stato possibile mettere in atto nell'emergenza. Analogamente vanno approfondite le modalità più opportune per poter gestire una parte del percorso di valutazione delle prime richieste da remoto (che potrebbe ad esempio consentire una migliore gestione delle priorità, e allo stesso tempo di introdurre da subito indicazioni di intervento) e per il monitoraggio nel tempo, in favore di un modello che preveda contatti brevi ma più frequenti, tra le visite in presenza, utili a mantenere il legame con la famiglia ed il paziente.

Appare infine importante sottolineare come l'intervento

in telemedicina e teleriabilitazione si mostri utile in specifici periodi della cura del paziente e possa facilitare l'incremento dell'utilizzo di *device* elettronici nel corso delle sedute svolte in presenza.
D'altro canto, non va invece trascurata la possibilità che uno dei punti di forza più rilevanti nel lavoro con le famiglie in remoto in questo periodo, ovvero la costante disponibilità e l'aggancio e investimento molto superiore all'usuale, possa progressivamente diminuire ed analogamente possa avvenire per la maggiore tolleranza che abbiamo sperimentato relativamente alla possibilità di contatto con spazi privati e intimi di ciascuna famiglia, entrambe verosimilmente attivate dal bisogno di contatto e condivisione tipico della prima fase della pandemia ma difficilmente compatibile con il ritorno anche parziale alla normalità.
In generale, i genitori hanno sottolineato la loro soddisfazione per la modalità di intervento telematica, che è in qualche modo stata confermata dall'assenza di drop out, e la maggior parte dei bambini hanno avuto evoluzioni più favorevoli dell'atteso, ma sono necessari maggiori approfondimenti, alcuni dei quali sono attualmente in corso e speriamo possano essere condivisi a breve.
Infine, va evidenziato come il riconoscimento pressoché immediato delle attività in telemedicina da parte di Regione Lombardia e la loro valorizzazione, insieme ai documenti nazionali che ne supportavano l'attivazione, abbiano rappresentato una leva importante per lo spostamento rapido delle attività e anche, non appena alleggerita l'emergenza, per l'introduzione degli strumenti tecnologici indispensabili per la loro attuazione appropriata, che non può proseguire solo sulla base della disponibilità degli operatori e che deve prevedere la possibilità di fornitura di strumenti adeguati in comodato d'uso o con altre modalità per le famiglie maggiormente vulnerabili.

CONCLUSIONI

Nel complesso la teleriabilitazione ha mostrato di poter essere un buono strumento per affrontare la necessità di garantire continuità e appropriatezza di cura in una situazione nella quale non erano possibili le attività in presenza. Ha consentito inoltre un maggior coinvolgimento dell'intero nucleo familiare nelle attività con l'utente. Il tema dell'*empowerment* genitoriale e della cogestione dei vissuti emotivi legati alla pandemia hanno caratterizzato il trattamento nella fase iniziale ed hanno progressivamente consentito una maggiore consapevolezza da parte dei genitori rispetto ai bisogni del loro bambino e alle possibili strategie di risposta.
Gli interventi per via telematica sono stati particolarmente utili per una maggiore conoscenza degli spazi e delle specificità dei contesti dei bambini, permettendo di meglio calibrare gli interventi, per il training ai familiari, che ha potuto essere messo in atto in misura assai più mirata e significativa di quanto avvenga in genere in presenza, e per gli incontri di rete con scuole e altre agenzie territoriali, tanto da suggerire di mantenerli per quanto possibile da remoto, permettendo non solo di ridurre il tempo per gli spostamenti, ma di poterne aumentare la frequenza e ridurre la durata, migliorando raccordo e monitoraggio. Appaiono promettenti inoltre anche per alcune parti dei percorsi di valutazione, benché maggiori approfondimenti siano necessari.
Particolare attenzione va dedicata alle situazioni di maggiore vulnerabilità clinica e socio-familiare, alla presenza degli opportuni strumenti per operatori e utenti, ed al riconoscimento formale delle attività erogate.
La maggiore conoscenza e competenza che si sono sviluppate in questi mesi sia per quanto riguarda la telemedicina e la teleriabilitazione che per quanto riguarda la gestione del rischio infettivo potranno consentire una migliore modulazione delle attività sia in caso di permanere di una bassa prevalenza di SARS-CoV2 che di una ripresa epidemica vera e propria.

Conflitto di interessi

Gli Autori dichiarano di non avere alcun conflitto di interessi con l'argomento trattato nell'articolo.

Bibliografia di riferimento e sitografia

Aggiornamento della Nota sulla rimodulazione degli interventi fisioterapici nell'emergenza COVID-19; Associazione Italiana Fisioterapisti (AIFI) - Commissioni di Albo dei Fisioterapisti 8 https://aifi.net/wp-content/uploads/2020/04/NOTA-SU-DPCM-26-04-20.pdf - data di ultima consultazione 30 giugno 2020.

Benzoni S, Chinello A, Didoni A, et al. Valutazione di esito nei servizi di NPIA con gli strumenti della famiglia CANS. Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva 2019;39: 176-81.

Camden C, Pratte G, Florence Fallon F, et al. Diversity of practices in telerehabilitation for children with disabilities and effective intervention characteristics: results from a systematic review. Disability and Rehabilitation 2019 April. 1-13. https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1595750

Corti C, Oldrati V, Oprandi M.C, et al. Remote technology-based training programs for children with acquired brain injury: a systematic review and a meta-analytic exploration. Behavioural Neurology 20191346987. https://doi.org/10.1155/2019/1346987

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. Circolare del Ministero della Salute del 23 Aprile 2020; http://www.trovanorme.

salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=73902&parte=1%20&serie=null - data di ultima consultazione 02 luglio 2020.Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 22 Marzo 2020; https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/03/22/20A01807/sg; data di ultima consultazione 30 giugno 2020.

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 26 Aprile 2020; https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/04/27/20A02352/sg- data di ultima consultazione 30 giugno 2020.

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 10 Aprile 2020; https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/04/11/20A02179/sg - data di ultima consultazione 30 giugno 2020.

Gruppo italiano paralisi cerebrali infantili. Approccio Integrato alla riabilitazione del bambino con Paralisi Cerebrale - Le competenze multidisciplinari e la terapia centrata sulla famiglia". Milano: Franco Angeli 2011.

Gruppo italiano paralisi cerebrali infantili. Approccio del GIPCI alla riabilitazione del bambino con paralisi cerebrale. Storia naturale ed esperienze di intervento basate sulle neuroscienze. Milano: Franco Angeli 2019.

Hodge MA, Sutherland R, Jeng K, et al. Literacy assessment via telepractice is comparable to face-to-face assessment in children with reading difficulties living in rural Australia. Telemed J E Health 2019;25:279-87. https://doi.org/10.1089/tmj.2018.0049

http://sovrazonalecaa.org/per-la-ripresa/- data di ultima consultazione 30 giugno 2020.

Linee di indirizzo e raccomandazioni per l'attività del logopedista ai tempi del COVID-19 (versione 8 Maggio 2020); Documento condiviso FLI e CDA dei Logopedisti - https://fli.it/wp-content/uploads/2020/05/Linee-di-di-indirizzo-FLI-CdA-Logopedisti-agg-8-maggio-rev2.pdf - data di ultima consultazione 30 giugno 2020.

Linee di indirizzo e le raccomandazioni ai terapisti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva - documento condiviso da Federazione nazionale ordini TSRM PSTRP e associazioni tecnico scientifiche; https://www.anupitnpee.it/news-coronavirus-covid-19/1384-emergenza-covid-19-linee-di-indirizzo-e-raccomandazioni-ai-terapisti.html - data di ultima consultazione 30 giugno 2020.

Lester BM, Sparrow JD. Bambini e famiglie, l'eredità di T. Berry Brazelton. Milano: Raffaello Cortina Editore 2015.

Lynch C, Kidd J. Early Communication Skills. 3rd Edition. Routledge Taylor & Francis Group 2017.

Mercuri E, Cioni G, Fazzi E. Cosa vede il mio bambino. Consigli per lo sviluppo delle capacità visive nel primo anno di vita. Milano: Fondazione Pierfranco e Luisa Mariani ONLUS 2005.

Miyahara M, Butson R, Cutfield R, et al. A pilot study of family-focused tele-intervention for children with developmental coordination disorder: development and lessons learned. Telemed J E Health 2009;15:707-12. https://doi.org/10.1089/tmj.2009.0022

Osman L, Manouchehri H. Developing Early Communication, Language and Learning Skills at home. Creating personalised activity packs for parents. Routledge Taylor & Francis Group 2019.

Quadrino S. Il pediatra di famiglia. Il counselling sistemico in pediatria. Scuola superiore di Counselling Sistemico CHANGE. Torino: Il Pensiero Scientifico Editore 2006.

Rapporto ISS COVID-19 n. 8/2020 Rev. - Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno delle persone nello spettro autistico e/o con disabilità intellettiva nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2. https://www.iss.it/rapporti-covid-19/-/asset_publisher/btw1J82wtYzH/content/id/5322990 - Versione del 30 aprile 2020

Rapporto ISS COVID-19 n. 43/2020 - Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno della salute mentale nei minori di età durante la pandemia COVID-19. https://www.iss.it/rapporti-covid-19/-/asset_publisher/btw1J82wtYzH/content/id/5419552 - Versione del 31 maggio 2020

Setaro AM, Molteni F, Corlatti A, et al. Giocando si impara. Proposte ludiche per lo sviluppo delle abilità manuali del bambino emiplegico. Suggerimenti per i genitori. Milano: Fondazione Pierfranco e Luisa Mariani 2008.

SINPIA. Attività clinico-assistenziali durante l'emergenza COVID: Indicazioni operative per i servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e per i servizi di Riabilitazione dell'Età Evolutiva (2020). https://www.sinpia.eu/wp-content/uploads/2020/03/COVID-indicazioni-operative-per-i-servizi-NPIA.pdf(2020) - data di ultima consultazione 30 giugno 2020.

Sutherland R, Trembath D, Roberts J. Telehealth and autism: a systematic search and review of the literature. Int J Speech Lang Pathol 2018;20:324-36. https://doi.org/10.1080/17549507.2018.1465123

Wales D, Skinner L, Hayman M. The Efficacy of telehealth-delivered speech and language intervention for primary school-age children: a systematic review. Int J Telerehabil 2017;9:55-70. https://doi.org/10.5195/ijt.2017.6219

Adolescenti con disturbi psichiatri gravi durante la pandemia COVID-19: rimodulazione degli interventi per garantire continuità di cura tra riorganizzazioni dei servizi, telemedicina, attività in presenza, bisogni e gestione del rischio

Adolescents with psychiatric disorders during the COVID-19 pandemic: remodulation of interventions to ensure continuity of care among service reorganizations, telemedicine, face-to-face activities, needs and risk management

Gruppo PERCIVAL[1*], Gruppo CDTA[1**], M.A. Costantino[1]

[1] UOC Neuropsichiatria Infantile, Fondazione IRCCS Ca' Granda - Ospedale Maggiore Policlinico, Milano

[*] Valentina Bonvicino (TEcnico della Riabilitazione Psichiatrica), Silvia Brocca (TEcnico della Riabilitazione Psichiatrica), Oriana Ciappa (TEcnico della Riabilitazione Psichiatrica), Giancarlo Di Fiore (psicologo psicoterapeuta), G. Frasson (NPI), Alberto Garuti (Educatore professionale), Erica Maselli (NPI), Sara Panunzi (NPI), Chiara Pesola (NPI), Silvia Russo (psicologa psicoterapeuta), Sara Teora (TEcnico della Riabilitazione Psichiatrica), Chiara Zandrini (NPI), Marco Zanolli (assistente sociale)

[**] Gabriele Affinito (Educatore professionale), Stefania Castiglione (TEcnico della Riabilitazione Psichiatrica), Giovanni Francesca (Educatore professionale), Jennifer Genschow (Psicologa psicoterapeuta), Valeria Groppo (Educatore professionale), Gabriele Luciano (TEcnico della Riabilitazione Psichiatrica),Valeria Maestroni (TEcnico della Riabilitazione Psichiatrica), Sara Merelli (NPI), Giovanna Pizzinato (Psicologa psicoterapeuta), Elisa Platania (Psicologa psicoterapeuta), Laura Reale (NPI), Gabriele Zenaboni (Educatore professionale)

Riassunto

L'articolo descrive la rimodulazione degli interventi per adolescenti con disturbi psichiatrici presso la UONPIA Policlinico durante la pandemia COVID-19, specificando gli aspetti organizzativi che hanno permesso l'avvio degli interventi in telemedicina e descrivendone gli esiti in modo critico, al fine di condividere con altri servizi elementi utili in futuro per la predisposizione di interventi in questo campo, nell'ottica di un miglioramento continuo in termini di appropriatezza della presa in carico.

Parole chiave: Emergenza COVID-19, Adolescenti, Telemedicina e teleriabilitazione

Summary

This article describes how clinical approaches – normally followed by Children and Adolescents Mental Health Services at Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico – have been reshaped during the pandemic COVID-19. It also specifies organizational aspects, which have allowed the implementation of telemedicine, underlying results and critical points, related to this topic. The outcomes of this activity could bring a significant improvement in this field, if shared with other psychiatric services, too.

Key words: Emergency COVID-19, Adolescents, Telemedicine and tele-rehabilitation

INTRODUZIONE

La pandemia COVID-19 e gli interventi conseguenti hanno rappresentano un inimmaginabile rivoluzione nelle nostre vite, e ancor più in quelle degli adolescenti. In pochissimo tempo si sono dovuti adattare ad un ridotto spazio fisico, relazionale, mentale, ad una pressoché costante presenza dei genitori o ad una loro prolungata assenza con variegate conseguenze e consapevolezze.

In alcune famiglie, è esplosa la conflittualità o sono precipitate le dinamiche in corso. Altre, anche caratterizzate da precedente continua comunicazione conflittuale, si sono sperimentate nel tentare di ristabilire un nuovo equilibrio relazionale; in altre ancora si sono osservati recuperi nati dal prevalere del comune desiderio di genitori e figli di riunirsi, di ritrovare ciò per cui non si aveva più tempo; in molte il *lockdown* ha consentito di riscoprire tempi e spazi affettivi che sembravano persi.

CORRISPONDENZA

Maria Antonella Costantino, UOC Neuropsichiatria Infantile, Fondazione IRCCS Ca' Granda - Ospedale Maggiore Policlinico, Milano - E-mail: antonella.costantino@policlinico.mi.it

La libertà per gli adolescenti è un bisogno fisiologico, come il mangiare, il dormire... Per molti adolescenti la riduzione quasi completa della libertà nell'organizzazione quotidiana, nei movimenti, negli spazi, nelle relazioni ha rappresentato un notevole disagio, potenzialmente molto maggiore di quello per i bambini e gli adulti: stare in casa con i genitori va infatti nella direzione opposta rispetto ai compiti evolutivi degli adolescenti [1]. Ragazzi e ragazze hanno saltato più di due mesi di sperimentazioni relazionali, esperienze importanti, e che molti ora è come se volessero recuperare, a volte senza rete.

Nella quarantena si è osservato nelle famiglie un necessario e maggiore uso non solo di strumenti tecnologici ma anche di nuove modalità e piattaforme di connessione che hanno avuto un importante ruolo per coprire le distanze fisiche, relazionali, affettive. Con l'inizio della scuola a distanza, molti sono stati coinvolti in un sistema didattico da reinventare, composto da lezioni online più o meno interattive. Sebbene questa nuova realtà online abbia da un lato promosso un uso della tecnologia per fini diversi da quelli solitamente utilizzati dagli adolescenti e abbia di certo in alcuni di loro migliorato le competenze informatiche e non solo, dall'altro ha allontanato dalla vita "in rete" gli adolescenti socioeconomicamente più svantaggiati che in alcuni casi, per mancanza di connessione o degli strumenti stessi, si sono trovati "fuori" dai contesti di cui erano parte integrante prima della quarantena [2].

Gli adolescenti di cui parliamo sono 6.385.357 ragazzi e ragazze tra gli 11 e i 21 anni, un decimo della popolazione italiana (Istat 2019). Un numero rilevante di persone, che hanno molti contatti, si muovono molto e pertanto rappresentavano e rappresentano anche un possibile importante veicolo di rischio e di contagio. Il distanziamento fisico è risultato, come per tutti, indispensabile, ma d'un tratto gli adolescenti si sono ritrovati a spendere molto tempo in famiglia, a stretto contatto con i fratelli e con i genitori, a volte in spazi estremamente ristretti, e a condividere l'esperienza della pandemia. Nonostante questo, hanno messo in campo iniziative meritevoli, quali ad esempio gruppi volontari per le consegne della spesa agli anziani o campagne di *crowdfounding* per l'acquisto di dispositivi di protezione per gli operatori sanitari.

Le molte reazioni positive di ragazzi e ragazze adolescenti appaiono però almeno apparentemente in contraddizione con i dati della recente sorveglianza condotta dall'Istituto Superiore di Sanita, che va a fotografare lo stato di salute dei ragazzi. Permane costante l'abitudine al fumo di sigaretta (12,2% per le ragazzine rispetto al 10% dei ragazzi), aumenta costantemente l'uso delle sigarette elettroniche, a 15 anni il 16,2% dei ragazzi e l'11,4% delle ragazze fanno uso di cannabis, costante consumo di bevande alcoliche in oltre la metà degli adolescenti (9,7% degli undicenni, 23,3,% dei tredicenni, 53,5% dei quindicenni con percentuali leggermente inferiori nelle ragazze) e si è osservato che il 43,4% dei quindicenni ed il 37,1% delle ragazze della stessa età hanno sperimentato il *binge drinking*, cioè l'assunzione di 5 e più bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione – abitudine che comincia a manifestarsi anche più precocemente. Sappiamo inoltre che il 50% dei disturbi psichiatrici insorge prima dei 14 anni [3] e il suicidio è la seconda causa di morte in età adolescenziale, dopo gli incidenti stradali. Inoltre, un ultimo Rapporto pubblicato il 19 maggio e condotto su 227.441 ragazzi in età scolare provenienti da 45 Paesi evidenzia che tra il 2014 e il 2018 la salute mentale degli adolescenti europei è peggiorata in molti Paesi, soprattutto tra le ragazze e il dato non va sottovalutato perché una buona salute mentale è un fattore prognostico essenziale della buona salute complessiva in adolescenza e verso l'età adulta [4].

Regione Lombardia è stata una delle regioni italiane maggiormente colpite dalla pandemia, con 93.901 casi positivi al 30 giugno (39% del totale nazionale), un aumento della mortalità nel mese di marzo del 188% per tutta la regione e del 571% per la provincia di Bergamo rispetto alla media degli anni precedenti. Milano non è stata uno degli epicentri della pandemia, ma essendo una provincia assai densamente popolata ha presentato il 10% dei casi nazionali (24.356). Fondazione Policlinico è un importante ospedale di riferimento COVID, dove l'intera organizzazione clinica ma anche strutturale è stata trasformata e riorganizzata in meno di due settimane, passando da 900 posti letto di cui 18 in terapia intensiva a 110 posti letto in terapia intensiva e sub-intensiva e più di 200 posti letto COVID, a cui si è aggiunta la progettazione ed attivazione di un nuovo ospedale quale estensione del Policlinico stesso presso gli spazi della Fiera per poter accogliere altri 200 posti letto di terapia intensiva, che fortunatamente non sono poi stati necessari.

Obiettivo di questo articolo è descrivere la rimodulazione degli interventi per adolescenti con disturbi psichiatrici durante la pandemia COVID-19 presso la UONPIA di Fondazione Policlinico e commentarne punti di forza, punti di debolezza e esiti sia per consentire una migliore preparazione delle risposte nel caso di una possibile seconda ondata di contagio sia per identificare elementi che possano essere traslati nell'attività clinica quotidiana indipendentemente dalla pandemia, per trarne elementi di condivisione utili ad un sempre maggiore riconoscimento dei punti di forza dei ragazzi e delle famiglie su cui investire, oltre ai bisogni a cui garantire risposta, per un miglioramento continuo in termini di appropriatezza dei percorsi di cura.

MATERIALI E METODI

Il presente lavoro ha riguardato tutti gli utenti in carico tra il 21 febbraio 2020 e il 30 giugno 2020 nell'ambito dei percorsi di cura per adolescenti con disturbi psichiatrici gravi presso la UONPIA di Fondazione Policlinico.

Percorsi di cura per gli adolescenti con disturbi psichiatrici gravi presso la UONPIA Policlinico in epoca pre-COVID.

In epoca pre-COVID, a fronte del progressivo aumento degli accessi di adolescenti con disturbi psichiatrici gravi, spesso in acuzie, del sottodimensionamento dei posti di ricovero ordinario in NPIA e ancor più delle poche risorse per garantire risposte nelle sedi territoriali, la UONPIA Policlinico ha progressivamente attivato percorsi di cura intensivi e mirati di presa in carico con l'obiettivo di garantire risposte appropriate e tempestive ai bisogni di cura di adolescenti e preadolescenti con acuzie e subacuzie psichiatriche nel territorio dell'allora ASL Milano, oggi ATS Milano Città Metropolitana. Fondamentale il riconoscimento precoce dei segnali di rischio e l'attivazione di interventi specifici, allo scopo di prevenire ove possibile lo scompenso psichiatrico, migliorando la prognosi a lungo termine.

La presa in carico degli adolescenti con disturbi psichiatrici gravi coinvolge due articolazioni organizzative che intervengono in fasi distinte, che per i pazienti del bacino di utenza sono anche sequenziali: il progetto PERCIVAL (PERcorsi di Cura Innovativi per una VALutazione e gestione appropriata dei bisogni di ricovero in neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e dei relativi esiti nel territorio di ATS Milano) e il CDTA (Centro Diurno Terapeutico per Adolescenti) (Fig. 1).

La presa in carico degli adolescenti in entrambi i servizi sopradescritti prevede per ciascun adolescente un progetto di cura personalizzato, condiviso con la famiglia a partire dall'area diagnostica di riferimento, che delinea i principali punti di forza e le aree di fragilità, e declina gli obiettivi a breve e medio termine e l'ambito dell'intervento. Oltre ad un monitoraggio neuropsichiatrico e farmacologico, in alcuni casi anche quotidiano o addirittura pluriquotidiano, il percorso comprende interventi educativi e psicoterapeutici, individuali o di gruppo e intensivi. La presa in carico psicologica prevede sempre un lavoro individuale con l'adolescente e uno con i genitori e dei colloqui familiari regolari. Il focus dell'intervento con i *caregivers* è centrato sulla genitorialità, in particolare sul potenziamento della funzione riflessiva genitoriale e delle capacità di comprensione e di risposta sintonica ai bisogni dei figli. Vengono inoltre svolti regolari colloqui in presenza dei genitori e dei figli, che hanno la funzione un integrare e validare le diverse prospettive, favorire lo scambio comunicativo e potenziare l'empatia e il riconoscimento reciproco. Il punto cardine del percorso prevede la strutturazione di un Piano Crisi, volto a contenere nell'immediato le condotte a rischio attraverso la condivisione con l'adolescente e la sua famiglia di strategie finalizzate a diminuire l'arousal e

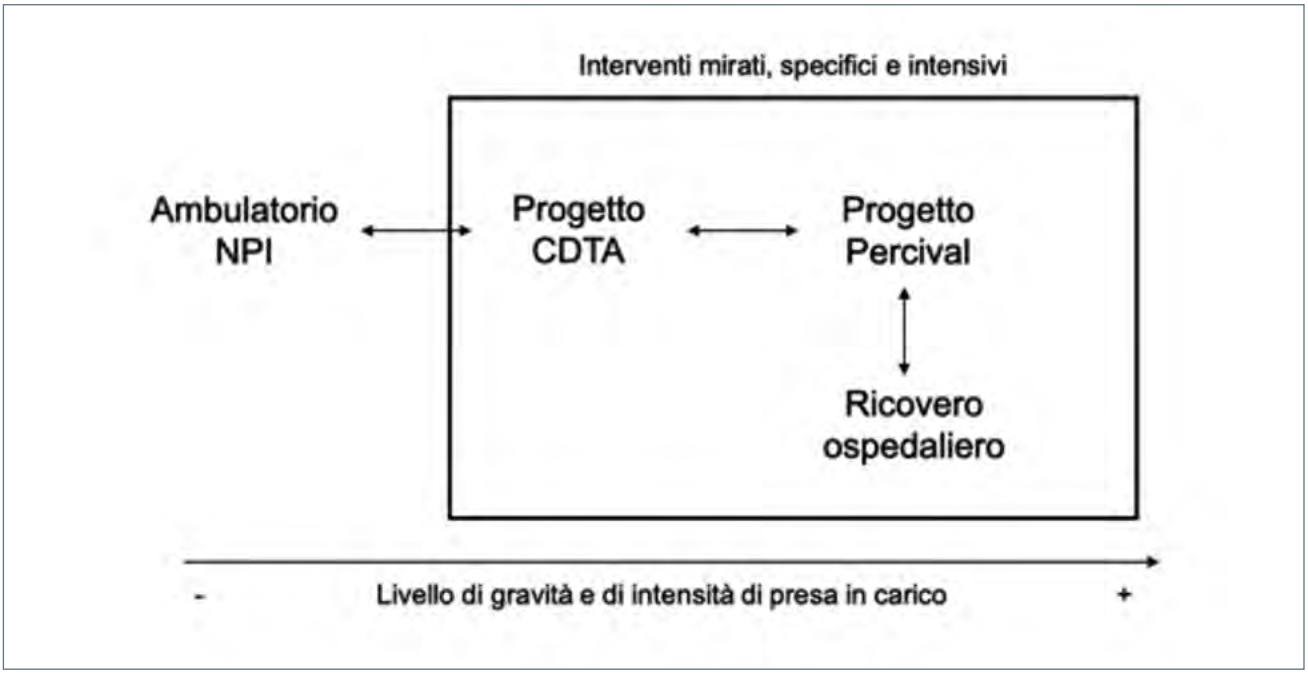

Fig. 1. Percorsi di cura per gli adolescenti presso la UONPIA Policlinico di Milano.

la tendenza all'agito. Viene inoltre garantita una consulenza telefonica 24/24 h, che ha prevalentemente la funzione di supporto al piano crisi dell'utente e della famiglia e di riduzione dei livelli di stress e ansia per entrambi, ma anche di monitoraggio in tempo reale del livello di rischio e di valutazione della eventuale necessità di aumentare o modificare il livello di intensità assistenziale. Il percorso prevede, altresì, interventi in ambito domiciliare.
Lo strumento del gruppo viene utilizzato sia in ambito psicologico che educativo (piccoli laboratori espressivi, gruppo DBT multifamiliare, gruppo genitori, ecc.). Il gruppo permette la mobilizzazione di risorse evolutive in un tempo relativamente breve, favorisce l'elaborazione delle difficoltà o carenze relazionali anche all'interno del setting individuale e permette un migliore monitoraggio da parte del team (i ragazzi possono infatti condividere in tempo reale le proprie difficoltà o punti di forza con gli operatori). Il setting gruppale favorisce, inoltre, una dimensione esperienziale condivisa e migliora le capacità di riconoscimento dell'altro e del proprio sé e in adolescenza e facilita le istanze di separazione dei ragazzi. I laboratori educativi di gruppo (cineforum, laboratorio artistico, laboratorio creativo, laboratorio di movimento creativo, laboratorio di musica, ecc.), invece, vengono strutturati con un focus espressivo per facilitare l'emergere di vissuti ed emozioni ancora non disponibili alla simbolizzazione e alla rappresentazione verbale.
Interventi basati sulla DBT (*Dialectical Behavioral Therapy*). In considerazione della tipologia di utenti (quadri acuti con elevato rischio suicidario/altro rischio auto o etero lesivo, presenza di alti livelli di disregolazione emotiva e di impulsività) sono stati attivati percorsi individuali e di gruppo (per le famiglie e i ragazzi, e per i soli ragazzi) seguendo i principi della DBT, intervento evidence-based che risulta efficace nella riduzione dei comportamenti a rischio. In costante supervisione interna ed esterna, e in accordo con la letteratura, sono stati introdotti alcuni adattamenti al percorso standard per meglio rispondere ai bisogni degli utenti in carico (durata di 16 settimane anziché due anni, semplificazione del linguaggio e dei materiali utilizzati, introduzione di pratiche esperienziali per facilitare la comprensione e l'apprendimento degli adolescenti, selezione di un repertorio mirato di skills). Il percorso prevede, come nella DBT standard, la psicoterapia individuale a cadenza settimanale, la partecipazione ad un gruppo aperto multifamiliare (adolescente e genitori insieme) o a un gruppo di soli adolescenti e una riunione di team DBT settimanale; è strutturato in un incontro iniziale di orientamento e 5 moduli di 3 incontri ciascuno (*mindfulness*, tolleranza della sofferenza, regolazione delle emozioni, relazioni interpersonali, cammino di mezzo). Per facilitare la generalizzazione delle skills al contesto di vita, è stato attivato un intervento educativo individuale supplementare, effettuato nei contesti di vita e/o ambulatorialmente.
Elemento fondante del modello di presa in carico per questi adolescenti è l'intenso e costante lavoro di equipe (equipe settimanale, team settimanale DBT, microéquipe per ogni paziente) che permette di monitorare costantemente i livelli di rischio, i percorsi clinici e di rimodulare rapidamente obiettivi e interventi. Nella fase acuta in particolare risulta necessario un costante aggiornamento tra gli operatori che incontrano l'adolescente in merito alle sue condizioni cliniche. Rappresenta inoltre parte integrante dell'intervento un importante lavoro di rete che, partendo dal contatto immediato con i servizi territoriali e le agenzie formative di riferimento del minore, struttura interventi integrati finalizzati al tempestivo reinserimento dell'adolescente nell'ambiente socio-relazionale.
Al 21 febbraio 2020, 75 ragazzi e ragazze di età compresa tra i 13 e i 20 anni erano in carico complessivamente ai due progetti.

2.1.1 Progetto PERCIVAL

Il progetto PERCIVAL è diretto a utenti con acuzie psichiatrica, di età compresa fra gli 11 e i 17 anni (con possibilità di supporto fino al completamento della transizione anche dopo i 18 anni), che non abbiano già attivo un percorso di presa in cura intensivo e che presentino una classe di gravità I o II secondo la classificazione di Rosenn (1984) riadattata da Gail (2006): immediato/elevato rischio per la vita associato a grave disturbo psichiatrico con elevata compromissione del funzionamento del paziente (pazienti con elevato rischio suicidario/gravi condotte parasuicidarie; grave eteroaggressività) nonché situazioni di particolare complessità in cui si intreccino grave psicopatologia con indicatori di rischio clinico, sociale e ambientale. È sovrazonale, ed attiva interventi mirati e intensivi da parte di un team multidisciplinare che opera in contesti multipli ambulatoriale-domiciliare-nel contesto di vita (adattamento italiano dell'*Intensive Outreach Team*, IOT), compresa la possibilità di ricovero presso i reparti di pediatria e di psichiatria della Fondazione.. È attivo dal 2015, su fondi di progetto regionali triennali.
Il percorso di cura prevede: 1) fase di assessment: 4-5 incontri di valutazione che comprendono colloqui con l'adolescente, con i genitori, valutazione testale, eventuali approfondimenti medici e/o strumentali. Prevede inoltre la predisposizione e condivisione con la famiglia del Piano Crisi e degli interventi per la gestione della crisi (entro le prime 72 ore); 2) fase di intervento intensivo: per ciascun nucleo familiare può prevedere: Visite NPI settimanali ambulatoriali e/o domiciliari con frequenza anche plurisettimanale, terapia farmacologica, quando necessaria,

Intervento psicoterapeutico individuale ambulatoriale e/o domiciliare, Intervento psicologico di sostegno alla genitorialità, Colloqui familiari, Gruppo DBT multifamiliare, Intervento educativo ambulatoriale e domiciliare, individuale e di piccolo gruppo (laboratori espressivi), Piano crisi condiviso con la famiglia, Rintracciabilità telefonica 24h/24 per le situazioni di crisi, con disponibilità di consulenza telefonica al paziente e alla famiglia, Attivazione delle reti naturali e territoriali, lavoro in rete con i servizi coinvolti. Sia l'intervento ambulatoriale-domiciliare che in ricovero prevedono livelli di intensità differenti (per frequenza settimanale e numero degli interventi) che vengono costantemente rimodulati a seconda della gravità clinica e del rischio (alta/media/bassa intensità); 3) fase finale: condivisione con l'adolescente e con la famiglia degli obiettivi raggiunti e definizione del percorso di cura a lungo termine, con passaggio al servizio che svolgerà la presa in cura successiva (intervento attivo sulla transizione del paziente). A fine percorso viene svolta una rivalutazione testale strutturata e indagata la soddisfazione per l'intervento da parte di adolescente e genitori. Durante il percorso, viene svolto un monitoraggio costante dell'andamento clinico e ogni 3 mesi una rivalutazione attraverso lo strumento CAT (*Crisis Assessment Tool*) che rappresenta la versione per le acuzie delle CANS (*Child and Adolescent Needs and Strenght scales*), set di strumenti finalizzato a valutare gli esiti in situazioni complesse e ad orientare le scelte cliniche secondo criteri di priorità condivisi, in un'ottica partecipativa e "communimetrica" (di immediata comprensibilità per tutti i partecipanti al processo). Esso è orientato a una misurazione sistematica dei punti di forza e dei bisogni dell'utente, della sua famiglia e del contesto, è orientato alle decisioni cliniche ed è condiviso dall équipe e dagli utenti. La raccolta dei dati prevede due finestre temporali di riferimento (ultime 24 ore e 30 giorni); durante il percorso viene svolto ogni 3 mesi.
Elemento centrale e peculiare del team PERCIVAL è il lavoro domiciliare, che vede sempre coinvolta la figura dell'educatore professionale ma spesso anche del medico neuropsichiatra, dello psicologo e dell'assistente sociale. L'intervento domiciliare permette di osservare il paziente e la sua famiglia nel contesto di vita reale, di occuparsi di pazienti che in una fase iniziale non riescono ad accedere al setting ambulatoriale, di collegare l'intervento terapeutico ambulatoriale alle reali condizioni di vita del paziente e della sua famiglia.

2.1.2 Centro Diurno Terapeutico per Adolescenti (CDTA)

Il CDTA è diretto ad utenti tra i 13 e i 17 anni[1] con diagnosi di disturbo psichiatrico e quadro clinico sufficientemente stabilizzato. In particolare, si rivolge a ragazzi con disturbi depressivi, disturbi dello spettro bipolare, disturbi d'ansia, disturbi ossessivo-compulsivi, disturbi correlati ad eventi traumatici, disturbi di tipo psicotico, disturbi del comportamento, disturbi della personalità. Non sono considerati eleggibili all'intervento adolescenti con comportamento dirompente non contenibile, ragazzi che presentino un deficit intellettivo medio-grave o affetti da disturbi comportamentali severi all'interno dello spettro autistico. A differenza di PERCIVAL, è un servizio zonale, pertanto accoglie utenti residenti nelle zone di competenza della UONPIA di Fondazione Policlinico, con una presa in carico a ponte con i relativi poli territoriali di NPIA.
L'obiettivo principale della presa in carico è quello di implementare il funzionamento dell'adolescente in ambito personale, relazionale e scolastico sostenendo e coinvolgendo, innanzitutto, l'utente e la famiglia nel percorso di cura, mobilitando inoltre le loro risorse interne volte alla cura e al miglioramento della qualità di vita e, in ultimo, supportando e migliorando le dinamiche intrafamiliari di comunicazione e la gestione delle difficoltà emergenti. Fondamentale a tal fine, è riuscire a costruire una rete con le risorse del territorio di provenienza del ragazzo/a e del suo ambiente di vita.
L'équipe del Progetto CDTA è multiprofessionale e costituita da neuropsichiatra infantile, psicologi psicoterapeuti, educatori professionali, terapisti della riabilitazione psichiatrica e tirocinanti (specializzandi NPI, psicologi, terapisti, ecc.). Si avvale, inoltre, per interventi specifici della collaborazione di diverse altre figure, quali per esempio insegnanti, registi, musicisti, guide del CAI (Centro Alpino Italiano), allenatori sportivi, arte terapeuti, ecc.
Modalità di presa in carico. Ad ogni utente viene assegnato un educatore di riferimento, che lavora in stretto raccordo con la microéquipe (composta da NPI del servizio, psicologo di riferimento ed operatore di riferimento) e con l›equipe allargata, costituita da altri operatori dello stesso servizio (NPI di riferimento territoriale) o di altri servizi attivi (TM, assistente sociale, insegnante di sostegno, operatori delle comunità, ecc.). Inizialmente, l'intervento educativo è individuale e volto a conoscere l'utente ed identificare con lui i primi obiettivi. Questa fase di affiancamento iniziale facilita l'accesso alle attività di gruppo. Contestualmente lo psicologo di riferimento effettua valutazione testale e colloqui conoscitivi. Questa fase dura circa un mese. Una presa in carico educativa o psicologica individuale viene mantenuta in caso di progetti specifici del singolo o di severa compromissione della capacità di partecipare ad attività di gruppo. Gli interventi sono strutturati secondo percorsi a intensità variabile (alta, media e bassa) e con tipologie differenziate in base alle caratteristiche

[1] Con eventuale proseguimento fino ai 20 anni per l'accompagnamento alla transizione verso i servizi per l'età adulta.

sintomatologiche e psicopatologiche degli utenti. Il progetto di cura è personalizzato e concordato con il paziente e il caregiver, che vengono così attivamente coinvolti. Al termine del percorso l'utente può essere reindirizzato al servizio territoriale inviante o, in alternativa, ad altri servizi che possano soddisfare ulteriori bisogni (inserimento lavorativo, supporto alla vita adulta, ecc.). La presa in carico ha durata massima di 24 mesi.

Razionale della riorganizzazione delle attività

Gli obiettivi principali della riorganizzazione sono stati:

- garantire continuità e risposte terapeutiche efficaci ed intensive ai ragazzi e alle famiglie in carico;
- garantire la massima protezione possibile per utenti-famiglie ed operatori dal rischio COVID-19;
- fornire informazioni accurate alle famiglie e ai pazienti sull'emergenza sanitaria in corso;
- contenere l'ansia derivante dalla situazione;
- aiutare le famiglie ad affrontare i cambiamenti nelle routine quotidiane e lavorative;
- riconoscere precocemente anche nella gestione da remoto eventuali situazioni di rischio.

La riorganizzazione ha proceduto lungo un continuum che per chiarezza espositiva possiamo suddividere in 5 fasi successive e interconnesse fra loro, cui faremo riferimento nella successiva descrizione dei singoli interventi e che di seguito riassumiamo:

Fase A – dal 21 febbraio al 6 marzo: *parziale proseguimento delle attività in presenza*. Fase dedicata principalmente ad accompagnare i ragazzi verso il passaggio in remoto, ad acquisire consapevolezza della pandemia e delle strategie di contenimento necessarie, e ad accompagnarne l'impatto psicologico che le stesse di lì a breve avrebbero determinato.

Fase B – dal 9 marzo al 27 marzo: *trasferimento di tutte le attività in remoto, ad eccezione di visite o consulenze NPI per situazioni acute di urgenza o di rischio*. Fase dedicata al mantenimento/trasformazione delle attività precedenti, al monitoraggio continuo degli aspetti organizzativi, emotivi e relazionali conseguenti al *lockdown* e al rischio contagio.

Fase C – dal 30 marzo al 15 maggio: *mantenimento di tutte le attività e attivazione di nuove attività in remoto, ad eccezione di visite o consulenze NPI per situazioni acute di urgenza o di rischio.* Fase centrale e prolungata, in continua e veloce rimodulazione, che ha previsto la riprogrammazione in termini di obiettivi e struttura degli interventi già in corso e l'avvio di nuove attività, non previste nel percorso pre-COVID, programmate via via in accordo con i bisogni emergenti per meglio rispondere alle problematiche che i ragazzi e le famiglie stavano affrontando. Oltre ai bisogni, la valutazione in itinere delle risposte guidava aggiustamenti e successive rimodulazioni.

Fase D – dal 18 maggio al 5 giugno: *mantenimento di tutte le attività in remoto, ad eccezione di visite o consulenze NPI per situazioni acute di urgenza o di rischio.* Fase di preparazione al rientro, in cui è stata effettuata prima di tutto un'analisi degli esiti e delle modalità degli interventi, in condivisione tra tutti gli operatori coinvolti sul singolo paziente, i genitori e i ragazzi al fine di programmare modalità di rientro condivise. Ha incluso una analisi dettaglia del rischio di contagio e delle azioni possibili per la sua riduzione: ogni attività/utente è stata analizzata in base al livello di prossimità (con distanziamento costante; con distanziamento parziale; con contatto costante), al livello di aggregazione (2-4 persone; 4-6 persone; >6 persone); alla durata (meno di 30 minuti; tra 30 e 60 minuti; più di 60 minuti); all'uso della mascherina da parte dell'utente nel corso dell'attività (uso costante; uso parziale; non uso); al livello di imprevedibilità (basso; medio; alto) e alla aerosolizzazione (bassa; moderata; alta), per valutare se e come modificare le modalità di erogazione in presenza, con quale livello di DPI o se mantenere in modalità telematica.

Fase E – dal 8 giugno al 30 giugno: *riavvio rapido di tutte le attività in presenza*, *ad eccezione di specifiche attività mantenute in remoto alla luce del buon esito ed efficacia delle stesse.* Ultima fase, ancora in corso al momento della stesura di questo articolo, e che sta prevedendo oltre alla valutazione delle nuove attività in corso, l'osservazione continua e l'analisi dei bisogni delle conseguenze globali e specifiche dell'esperienza di *lockdown* da poco terminata. Le attività in presenza sono sempre precedute da una telefonata filtro il giorno precedente per escludere sintomi suggestivi di COVID nell'utente e nei conviventi. In caso di sospetto rischio COVID, le attività vengono mantenute in telemedicina e viene organizzato entro 24 ore sierologico e test molecolare SARS-CoV-2, con risultato entro 12 ore. Prevede, inoltre e in modo costante, sempre una programmazione "di riserva" che possa essere attivata velocemente qualora si ripresentasse una nuova fase di *lockdown* o simile.

In tutte le fasi, l'ultima settimana è dedicata alla riprogrammazione delle attività della fase successiva. La domenica antecedente l'avvio della nuova fase prevede inoltre l'ultimo raccordo con il Direttore del Servizio per la verifica degli aggiornamenti istituzionali organizzativi, ministeriali e regionali, e la valutazione della necessità di eventuali ulteriori modifiche alle attività programmate. Alcune attività strettamente correlate all'andamento della pandemia in corso, alla gestione delle strategie di contenimento e delle loro conseguenze sono state effettuate trasversalmente a tutte le fasi sopradescritte e adattate di volta in volta per adeguarsi ai bisogni e ai cambiamenti di contesto:

Attività di informazione. L'attività di informazione e psicoeducazione è stata uno degli assi trasversali degli interventi. È stata rivolta a utenti, genitori e altri *caregivers* (es. operatori delle comunità), ha riguardato la gestione dell'emergenza sanitaria in corso (norme di protezione generale e loro adattamento specifico alle singole realtà, decreti e ordinanze, significato e modalità della gestione da remoto, ecc.) e la predisposizione di materiali per le famiglie e per gli adolescenti per la gestione COVID-19 e lo stress correlato (sonno, alimentazione, cura del sé, mantenimento di routine, attività fisica, gestione dell'ansia, gestione dei momenti di crisi comportamentale, ecc.). Questa attività è stata condotta in modo trasversale da tutte le figure professionali afferenti ai due progetti, a seconda del bisogno specifico.

Attività di monitoraggio e supporto alle routine di autonomia personale e relazionale. Il focus di questa attività è stato centrato sul supportare adolescenti e genitori a strutturare meglio la giornata e mantenere adeguate routine di autonomia personale e relazionale, sovvertite dalla quarantena, ad individuare delle attività condivise con la famiglia, a mantenere il percorso scolastico e a gestire le conflittualità familiari e i momenti di crisi attraverso telefonate giornaliere di monitoraggio, colloqui clinici, invio di materiale psicoeducativo specifico, e attivazione di interventi specifici.

RISULTATI

Utenti

Al 21 febbraio 2020, 75 ragazzi e ragazze di età compresa tra i 13 e i 20 anni erano in carico complessivamente ai due progetti; dal 21 febbraio al 30 giugno 2020 sono stati seguiti dal gruppo PERCIVAL e dal gruppo CDTA, rispettivamente 31 e 49 adolescenti (totale = 80), di cui 5 nuovi casi e nessuna dimissione o *dropout*.

6 utenti hanno vissuto esperienze di preoccupazione e sofferenza strettamente correlate al COVID: 5 dei 49 pazienti in carico al CDTA (2 per morte di parenti stretti, 3 per genitori che lavoravano in reparto COVID o ad alto rischio) e 1 dei 31 in carico al gruppo PERCIVAL (COVID in un fratello maggiore, non coabitante ma con cui vi erano stati contatti stretti in fase presintomatica e con genitori anziani ad alto rischio).

Tutti gli utenti che avevano interventi psicoterapici individuali o di gruppo in corso li hanno mantenuti, senza nessun *dropout* (26 utenti del CDTA e 17 utenti PERCIVAL con PT individuali; 8 utenti CDTA con DBT Adolescenti, 7 coppie genitore-figlio CDTA e 5 coppie genitore-figlio PERCIVAL con DBT Multifamiliare; 13 genitori CDTA con Gruppo Connect per genitori).

Tutti gli utenti con interventi educativi individuali o di gruppo li hanno proseguiti. In particolare per quanto riguarda gli interventi di gruppo, 9 pazienti CDTA hanno proseguito il gruppo per l'implementazione dell'area socio-relazionale; 12 pazienti CDTA hanno proseguito il gruppo di supporto allo studio "Non Solo Scuola" e 8 pazienti CDTA hanno proseguito l'intervento di Scuola in Ospedale "Tiu School"; 2 pazienti PERCIVAL e 6 pazienti CDTA hanno proseguito il gruppo teatro; 13 pazienti CDTA il gruppo emozioni; 4 pazienti PERCIVAL e 13 pazienti CDTA hanno proseguito il gruppo Sport e 6 pazienti PERCIVAL e 8 pazienti CDTA il gruppo cineforum. 15 genitori hanno iniziato uno dei nuovi gruppi psicologici di gruppo (Mindfullness, SoStare) per la promozione e il supporto al benessere psicofisico. In fase E (vedi paragrafo *Attività di tipo clinico attivate in FASE E (a partire dal 8 giugno*), la maggior parte dei ragazzi e dei genitori ha effettuato le nuove attività previste sia in presenza che in sede, con la possibilità a differenza degli anni passati di prevedere "via remoto" la continuità della presa in carico anche per gli utenti fuori Milano per vacanza.

La valutazione, effettuata in fase E a breve distanza dalla fine del *lockdown* attraverso la scala *CGI-Improvement*, ha evidenziato che la maggior parte dei ragazzi avevano un quadro clinico stabile o migliorato (rispettivamente il 56 e 38%), e solo un piccolo gruppo mostrava un peggioramento (6%).

Attività

La rimodulazione dei singoli interventi è descritta in dettaglio, perché sono diversi tra loro in termini di obiettivi e caratteristiche ma anche di cambiamenti effettuati sia di costrutto che di metodo.

3.2.1 Attività di tipo organizzativo o clinico che non prevedono la presenza del paziente o della famiglia

***CAOP* (attività ordinaria, modificata)**: Riunione trasversale a tutte le articolazioni organizzative e progetti della UONPIA (Coordinamento Articolazioni Organizzative e Progetti) cui partecipano tutti i coordinatori per meglio condividere le misure da adottare, gli interventi predisposti nei vari setting al fine di implementarli, e condividere le informazioni da fornire agli altri operatori e agli utenti. È stata MODIFICATA fin da subito in modalità remoto [audio/video], in frequenza (da 4/anno a 1/settimana) e in durata (da 4 ore a 2-3 ore), ed **è diventata l'asse portante del coordinamento e della costante riorganizzazione dell'intera UONPIA.**

In fase E, è stata mantenuta la modalità da remoto, la frequenza e la durata (sebbene più stabile intorno alle 2 ore).

***Équipe di Progetto* (attività ordinaria, modificata)**: Incontro settimanale che prevede la discussione

condivisa fra tutti gli operatori e i tirocinanti di ogni singolo progetto (PERCIVAL e CDTA) relativamente a temi di ordine organizzativo e clinico. È stata immediatamente MODIFICATA in modalità da remoto [audio+video]. A partire dalla fase B è stata MODIFICATA frequenza e durata, passando da un incontro di 4 ore a due incontri di rispettivamente di 4 e 2 ore. Stante la rapidità dell'evoluzione degli scenari epidemici e la necessità di adattare rapidamente la gestione dei pazienti in base alle situazioni a domicilio, durante la fase B è stato inoltre previsto un ulteriore momento di condivisione giornaliero ad inizio giornata, della durata di mezz'ora.
In fase E, è stata mantenuta in modalità da remoto per la numerosità elevata dei partecipanti che non permette adeguata riduzione del rischio infettivo, e si è progressivamente tornati alla frequenza originaria.
***Microéquipe cliniche* (attività ordinaria, modificata)**: momento di discussione clinica sul singolo paziente condiviso tra tutti gli operatori coinvolti del suo percorso di cura e delle sedi territoriali di riferimento, effettuato in base al bisogno e all'andamento clinico. È stata fin dalla prima fase MODIFICATA in modalità da remoto [audio], nel corso delle fasi si è assistito a un bisogno crescente di predisporre spazi settimanali fissi, è dunque AUMENTATA in frequenza. La modalità da remoto ha notevolmente aiutato perché ha permesso a operatori di differenti sedi (ubicate quindi in differenti zone della città) di poter agevolmente organizzarsi per essere presenti e puntuali, facilitando raccordi che in precedenza erano maggiormente difficoltosi.
In fase E, è stata mantenuta la modalità da remoto perché è stata valutata efficace al pari della stessa effettuata in presenza e, soprattutto, maggiormente sostenibile.
***Aggiornamento tra educatori* (attività ordinaria, modificata)**: attività di programmazione e monitoraggio delle attività educative a cadenza settimanale. Fin da subito è stata MODIFICATA in modalità da remoto [audio/video], e aumentata in frequenza (veniva effettuato un aggiornamento a fine giornata della durata di mezz'ora).
In fase E, è stata mantenuta la frequenza giornaliera con modalità mista (alcuni operatori in remoto, altri in presenza, con uso di adeguati DPI e attenzione al distanziamento).
***Reti con altri operatori esterni alla UONPIA, quali ad esempio servizi sociali, scolastici, tribunale dei minori, ecc.* (attività ordinaria, modificata)**: incontri di rete a cadenza trimestrale o in base al bisogno del paziente e degli operatori. Sono state mantenute e MODIFICATE fin da subito in modalità remoto [audio/video]. Al pari delle microéquipe, nel corso delle fasi si è assistito a un bisogno crescente e dunque un AUMENTO in frequenza. In questo caso, l'aumento in termini di frequenza è stato correlato all'aumentato bisogno di raccordo reciproco con gli insegnanti. La rimodulazione nazionale, infatti, ha coinvolto anche l'attività didattica in modo eterogeneo, per cui è stato utile e allo stesso tempo fondamentale non solo raccordarsi per conoscere come la scuola di ogni singolo paziente stava rimodulando la didattica, ma anche come lo stesso stava rispondendo alla nuova modalità, sempre tenendo a mente le caratteristiche specifiche di ognuno in epoca pre-COVID. Come per le microéquipe cliniche, la modalità da remoto ha notevolmente aiutato perché ha permesso a operatori di differenti sedi (ubicate quindi in differenti zone della città) di poter agevolmente organizzarsi per essere presenti.
In fase E, è stata mantenuta la modalità da remoto perché è stata valutata efficace al pari della stessa effettuata in presenza e, soprattutto, maggiormente, sostenibile.
Attività di tipo clinico che prevedono la presenza del paziente o della famiglia
***Valutazione e monitoraggio clinico NPI* (attività ordinaria, modificata)**: sono state mantenute le consulenze a PS e reparti, l'intervento multidisciplinare su pazienti ricoverati per acuzie (1 nuovo caso ricoverato in SPDC) e la possibilità di visita diretta di pazienti in situazioni particolari (es., situazioni particolarmente complesse in cui le sole visite in telemedicina non erano sufficienti a individuare il livello di rischio clinico o mantenere un sufficiente livello di aggancio terapeutico, primi contatti in nuovi accessi urgenti arrivati in fase di *lockdown* o poco prima, ecc.). Sono stati invece sospesi gli interventi domiciliari e in *outreach*; gli interventi nel contesto di vita esterno sono stati riavviati a partire dalla fase D non appena la situazione sanitaria ha consentito uscite sufficientemente in sicurezza, con l'utilizzo di DPI. La riorganizzazione ha previsto la definizione di una turnistica di "reperibilità" per ciascun ruolo professionale (neuropsichiatra, psicologo, educatore) per le eventuali visite in presenza. Per garantire un monitoraggio efficace sui pazienti in carico (adolescenti a medio e alto rischio) sono stati attivati interventi in telemedicina rivolti sia ai ragazzi che alle famiglie, preferibilmente in modalità audio e video, aumentando la frequenza settimanale degli incontri per meglio supervisionare sia gli aspetti clinici che in generale il funzionamento quotidiano. La gestione della terapia farmacologica non ha presentato particolari criticità, anzi si è riscontrato una maggiore aderenza alla terapia, e in alcuni casi è stato possibile ridurre la terapia farmacologica in corso, ad esempio in caso di sintomatologie alleviate dal *lockdown* (es. ansia da prestazione, ansia sociale). Nuove valutazioni: nel periodo in esame sono stati accolti 4 nuovi ragazzi (3 dal PS, 1 inviato da altri servizi), è stato possibile definire un inquadramento diagnostico attraverso colloqui con

adolescente e genitori (in fase di conoscenza 1-2 colloqui in presenza, poi prosieguo in modalità da remoto) e attraverso la somministrazione della valutazione testale (invio della documentazione al ragazzo e compilazione in presenza dell'operatore da remoto). In modalità da remoto, è stato anche possibile predisporre il piano crisi e definire interventi per la gestione della crisi.

In fase E, quasi tutta l'attività clinica di competenza del NPI è rientrata in presenza. Non appena è stato possibile, tutti i pazienti e le famiglie hanno effettuato una visita NPIA di controllo in presenza seguendo un ordine di priorità clinica precedentemente definito all'interno delle équipe di progetto. Le visite sono state effettuate sia con i ragazzi che con i genitori, e in alcuni casi in presenza di altri operatori coinvolti nel percorso di cura (psicologo, educatore), l'obiettivo era valutare l'effettivo andamento del quadro clinico.

Attività psicologiche individuali **(attività ordinaria, modificata)**: le psicoterapie in corso (n = 26 CDTA; n = 17 PERCIVAL) sono state tutte mantenute senza drop-out e con buona compliance. A partire dalla fase B sono state tutte MODIFICATE in modalità da remoto [preferibilmente via audio/video, in alcuni casi su scelta dei ragazzi in una prima fase si è reso necessario mantenere solo l'audio per l'utente con operatore in audio/video, per poi gradualmente passare alla modalità audio/video condivisa]. In altri casi, la connessione dei ragazzi non era sufficiente a sostenere la modalità video. Su casi specifici, in accordo con il bisogno clinico e soprattutto in fase B, è stata aumentata la FREQUENZA e ridotta la DURATA delle sedute. La valutazione da parte dei clinici di questi primi 4 mesi (dato che deve essere confermato nel tempo) è che, in particolare nei casi che avevano un buon aggancio, la terapia sia stata complessivamente efficace. Un aspetto importante è stato il mantenimento di un setting stabile (giorno e orari prestabiliti). Rispetto ai genitori si è evidenziata la necessità di ampliare il supporto e training alle famiglie, con aumento della frequenza dei colloqui rispetto allo standard (1 colloquio settimanale), dedicando ampio spazio alla presa di consapevolezza del momento presente, al supporto e alla validazione, alla gestione dello stress. La durata dei colloqui con i genitori è rimasta invariata. Sono stati mantenuti invariati anche i momenti congiunti di colloquio familiare tra adolescente e genitori.

La valutazione della telemedicina è stata positiva per tutti i ragazzi, e in alcuni casi la mediazione effettuata dallo strumento tecnologico ha permesso ad alcuni di loro di beneficiare maggiormente del percorso psicoterapeutico riuscendo ad aprirsi di più e a parlare di temi, emozioni e pensieri che durante le visite in presenza erano taciuti.

In fase E, alla luce della buona risposta alla teleriabilitazione, le psicoterapie proseguono in modalità remoto con alternanza di visite in presenza almeno una volta al mese o in accordo al bisogno clinico. L'esperienza del *lockdown* e il buon esito della psicoterapia in remoto hanno permesso di prevedere la possibilità di gestire la prosecuzione e continuità di alcune terapie con pazienti che normalmente avrebbero interrotto il percorso in presenza perché fuori sede (da luglio a settembre).

Attività psicologiche di gruppo **(attività ordinaria, modificata)**: DBT Adolescenti (CDTA, n = 8 pazienti), DBT Multifamiliare (CDTA, n = 7 coppie genitore-figlio; PERCIVAL, n = 5 coppie genitore-figlio), Gruppo Connect per genitori (CDTA, n = 13 genitori). Le attività di gruppo di tipo psicologico hanno subito un ritardo di una settimana rispetto alle altre prima del trasferimento in remoto per diverse ragioni e modifiche necessarie tra cui i principali sono stati: a) bisogno di aspettare che tutti i partecipanti attivassero account skype o zoom utili a partecipare così da permettere a tutti i componenti del gruppo di proseguire il percorso insieme; b) necessità di rimodulare la co-conduzione dei due operatori da remoto; c) preparazione del materiale da discutere durante il gruppo e suo invio a tutti i componenti via mail prima del gruppo stesso. A partire, dunque, dal 16 marzo u.s. sono proseguite in modalità telematica [audio/video] con un incontro di due ore a cadenza settimanale. Orario, numero di incontri e contenuti sono rimasti invariati ma contestualizzati alla fase emergenziale in corso. In quasi tutti i casi le famiglie usavano lo stesso dispositivo; questo momento condiviso è stato percepito come positivo dalla maggior parte delle famiglie e ha contribuito ad una aumentata vicinanza tra genitori e figli. Nessun dropout nei diversi gruppi, sebbene la modalità da remoto abbia inevitabilmente portato a una riduzione e condivisione in presenza delle attività interattive e di role playing.

In fase E, il gruppo Connect era già terminato come da programmazione, mentre i gruppi DBT multifamiliare e adolescenti erano ancora in corso. Per entrambi, data la numerosità e altre variabili di rischio correlate ai singoli pazienti o nuclei familiari, si è condiviso di proseguire in modalità da remoto. Da segnalare e valutare per programmazioni future, a tal proposito, come la modalità da remoto abbia permesso ad alcuni genitori di avere una presenza costante, gli stessi che nelle sessioni di gruppo in presenza pre-COVID per problemi di spostamento, traffico o ritardi lavorativi facevano fatica ad essere sempre presenti.

Attività psicologiche di gruppo **(NUOVI interventi attivati direttamente in telemedicina), interventi di promozione e supporto al benessere psicofisico dei genitori**:

Gruppo Mindfulness (n = 10 genitori gruppo PERCIVAL), gruppo creato ad hoc durante l'emergenza COVID, avendo rilevato elevati livelli di stress e di attivazione nei genitori. L'obiettivo era aprire uno spazio di condivisione tra genitori rispetto all'emergenza sanitaria e alla gestione dei figli. Le pratiche di consapevolezza hanno favorito una migliore capacità di comprendere quanto accadeva, di stare in contatto con i propri pensieri ed emozioni, diminuendo la reattività e il conflitto e favorendo una maggiore capacità di entrare in risonanza empatica con i figli.

Gruppo Sostare (n = 5 genitori gruppo CDTA), gruppo nato durante il *lockdown* a fronte dell'angoscia e preoccupazione dei genitori per quel che accadeva e che sarebbe accaduto, per la salute dei cari e per la propria, per garantire uno spazio di ascolto, comunicazione, condivisione, supporto e sostegno reciproco ai genitori su vissuti, emozioni ed esperienze concrete al tempo del COVID-19, per ristorarsi, prendere fiato e tornare all'incontro con i propri figli con sguardi diversi.

Attività educative individuali e di gruppo (attività ordinarie modificata e NUOVE): **Kune**, gruppo per l'implementazione dell'area socio-relazionale (CDTA n = 9 pazienti), **Non Solo Scuola**, gruppo di supporto allo studio (CDTA n = 12 pazienti), **Tiu School**, **Scuola in Ospedale** (CDTA n = 8 pazienti), **Teatro** (PERCIVAL, n = 2 pazienti; CDTA, n = 6 pazienti), **gruppo emozioni** (CDTA n = 13 pazienti), **Sport** (PERCIVAL n = 4 pz, CDTA n = 13 pazienti), **gruppo cineforum** (PERCIVAL n = 6 pazienti; CDTA, n = 8 pazienti). Tutti i gruppi che erano attivi pre-COVID, dopo rimodulazione delle modalità nel corso della fase A sopradescritta, hanno proseguito in fase B in modalità da remoto (prevalentemente via Skype audio/video, successivamente via Zoom), e in fase C si sono ulteriormente rimodulati in base alle risposte e ai bisogni dei ragazzi mantenendo gli obiettivi propri dei gruppi ma modificando tempi, orari e modalità in accordo alle nuove organizzazioni giornaliere dei ragazzi. A partire dalla fase C inoltre, alla luce di un bisogno emerso dai ragazzi stessi nel contesto del gruppo Non solo Scuola, è stato programmato di prevedere all'interno di ogni gruppo un momento "libero" di discussione su ciò che stava succedendo. Inoltre, alcuni ragazzi che non riuscivano a frequentare la scuola ordinaria e dunque seguivano al CDTA il percorso di scuola in ospedale, durante il *lockdown* hanno ripreso le lezioni ordinarie all'interno delle proprie classi e con i propri professori, con una ritrovata voglia e speranza di rientrare in classe in presenza a partire da settembre.

Le attività educative individuali sono le attività che maggiormente si sono rimodulate e modificate durante tutte le fasi della pandemia, dovendo rispondere tempestivamente a sempre nuovi bisogni emergenti dei ragazzi e dovendo altresì mantenere gli obiettivi di cura e di monitoraggio continuo delle autonomie quotidiane personali e sociali. In particolare, le attività individuali da incontri settimanali sono state aumentate in frequenza fino ad arrivare in casi specifici a più di 1 intervento al giorno (colloquio o attività o monitoraggio), con riduzione della durata.

In fase E, dopo ordinaria riprogrammazione dei gruppi per il periodo estivo che coincideva con il riavvio delle attività in presenza, a partire dal 15 giugno u.s. sono iniziati nuovi gruppi e proseguiti altri in presenza (in sede o all'aperto) o in remoto in accordo con i bisogni, con le risposte dei ragazzi agli interventi in telemedicina, e con le misure di prevenzione e riduzione del rischio.

Attività di tipo clinico attivate in FASE E (a partire dal 8 giugno)

Di seguito il dettaglio della nuova programmazione effettuata in fase E, e le principali strategie di riduzione del rischio e motivazioni di scelta tra modalità in remoto e in presenza:

Gruppi in presenza in sede (stanze o giardino CDTA): 1) ARTE LIBERA 2 gruppi: 3 utenti + 1 educatore con previsione di due gruppi alla settimana per un totale di **6 utenti** alla settimana, da effettuarsi in giardino esterno (quando disponibile) o in stanza ampia e prevedendo, in entrambi i casi, distanziamento di 1 metro, uso DPI e lavaggio mani; 2) MUSICA: **4 utenti** + 1 educatore, da effettuarsi in stanza ampia e prevedendo distanziamento di 1,5 m e sanificazione adeguata degli strumenti prima e dopo da parte dell'educatore responsabile del gruppo; 3) NON SOLO SCUOLA (recupero) 2 gruppi : 3 utenti + 1 educatore con previsione di due gruppi alla settimana, per un totale di **6 utenti** alla settimana in base al bisogno, da effettuarsi in stanza ampia (in base al numero di utenti) e prevedendo, in entrambi i casi, distanziamento di 1 metro e uso DPI; 4) SPORT (solo a seguito di disponibilità del giardino interno) 2 gruppi: 6-7 utenti + 2 operatori prevedendo distanziamento di 2 metri, per un totale di **13 utenti.**

Gruppi in presenza all'aperto (fuori dalla sede del CDTA): 1) **trekking** 2 gruppi: come previsto, 1 uscita alla settimana a partire dal 16 giugno previa presentazione ai genitori da remoto (prevista in presenza ma non effettuata causa emergenza COVID). Era previsto un numero di utenti pari a 8 con 2-3 operatori, in accordo con la compliance da parte dei ragazzi degli anni precedenti; sorprendentemente tutti i ragazzi cui è stato proposto di partecipare dopo la fine del *lockdown* hanno accettato e, attualmente, il gruppo è costituito da circa **30 ragazzi**. No limiti di numerosità utenti, ma previsto rapporto utenti/operatore di massimo 3:1, con gruppi paralleli per gli spostamenti ecc.; 2) **Gruppo del venerdì** 2 gruppi, 6-7 utenti + 2 operatori, per un totale di **12 utenti**: gruppo di passeggiate culturali, finalizzato

altresì a prendere consapevolezza e "manualità mentale" con le misure di accortezza e prevenzione finalizzate al rischio di contagio. No limiti di numerosità utenti, ma previsto rapporto utenti/operatore di massimo 3:1.

Gruppi in remoto (sia per operatore che per utenti): 1) CINEFORUM (**n = 8 utenti**): gruppo molto apprezzato e con buona compliance, di conseguenza molto numeroso. Quindi prosegue in remoto per utenti e per operatori (per operatori prosegue in remoto fino a disponibilità di wifi in sede); 2) CUCINA (**n = 4 utenti**): attività molto apprezzata in COVID come attività individuale. Quindi scelta di proseguirlo come gruppo, e di mantenerlo in remoto perché necessita di materiali presenti in casa di ognuno e non disponibili in sede (es. fornelli); 3) CURA DI SÉ (**n = 5 utenti**): attività effettuata in individuale in COVID e di rilevato bisogno degli utenti in post-quarantena. Quindi scelta di proseguirlo come gruppo, e di mantenerlo in remoto perché necessita di materiali presenti in casa di ognuno e non disponibili in sede (es. specchi).

Altre azioni messe in campo

***Audio documentario "i ragazzi stanno a casa" (scaricabile gratuitamente online all'indirizzo www.spreaker.com/show/i-ragazzi-stanno-a-casa-presentazione*) [in fase B e C]**. I ragazzi stanno a casa è un audio documentario in cinque puntate in cui il coro di voci dei ragazzi, degli educatori, dei neuropsichiatri e delle psicologhe del Centro Diurno Adolescenti della UONPIA del Policlinico di Milano accompagnano l'ascoltatore in un viaggio fatto di parole, poesie, musica, immagini e emozioni che hanno punteggiato i mesi in cui tutti siamo stati costretti a relazionarci agli altri e al mondo in un modo diverso, nuovo, a causa del virus COVID-19. È stato un laboratorio durante il quale i ragazzi hanno aperto le proprie case e il proprio cuore con coraggio, condividendo sensazioni e stati d'animo con lo sguardo e l'onestà degli adolescenti. Il Progetto è nato dalla collaborazione con il regista e giornalista Alessandro Tosatto, già autore di un documentario sulla situazione degli adolescenti in Italia e in particolare di quelli con disagio psichico dal titolo "Come stanno i ragazzi" [5].

Predisposizione e condivisione di materiali a supporto delle attività

Sono stati, inoltre, prodotti e condivisi materiali informativi e psicoeducativi su argomenti e bisogni emersi all'intero dei diversi gruppi di lavoro della nostra UONPIA, in epoca COVID-19 [durante tutte le fasi]. I materiali sono stati pensati e strutturati per essere rivolti prevalentemente alle famiglie di bambini e adolescenti con o senza disturbi di interesse neuropsichiatrico. Di seguito, alcuni dei documenti prodotti, in particolare o anche, per gli adolescenti e le loro famiglie e disponibili gratuitamente online sul sito della Fondazione Policlinico: Benessere psicologico: sonno e alimentazione, Attività fisica per adolescenti, Come prepararsi alla Fase 2: adolescenti, Gestione crisi comportamentale adolescenti, Mindfulness adulti, Buone prassi Scuola. I materiali sono disponibili all'indirizzo http://sovrazonalecaa.org/ - sezione risorse su COVID-19.

DISCUSSIONE

Numero di casi COVID in continuo aumento, confusione, paura; riorganizzazione strutturale del SSN da un lato per rispondere alla pandemia, e dall'altro per tutelare operatori e pazienti; amici e parenti sospetti COVID+ o ammalati, e tanto altro frastuono di notizie, informazioni e emozioni, hanno invaso le stanze fisiche e metafisiche dei Servizi, dei ragazzi e delle loro famiglie. I pochi dati di letteratura evidenziavano chiaramente l'elevato rischio per la salute mentale della pandemia, della chiusura delle scuole e del *lockdown*, in particolare per le situazioni di maggiore vulnerabilità [6]. La possibilità di erogare attività per via telematica era già segnalata in letteratura nell'ambito della psichiatria dell'adolescenza, ma prevalentemente per attività individuali di monitoraggio o di psicoterapia. Non era invece descritta per attività di gruppo, né psicoterapiche né educative, né per situazioni non stabilizzate o per tutto l'insieme delle attività, e comunque forniva scarsi dettagli sulle modalità applicative, in particolare in assenza di formazione pregressa e in tempi brevissimi. Alcuni elementi trasversali erano però reperibili in linee di indirizzo anglosassoni [7], che evidenziavano in particolare come attualmente la letteratura non abbia identificato sotto-gruppi di pazienti rispetto ai quali lo strumento risulti controproducente, e come gli interventi di telemedicina richiedano un ruolo maggiormente attivo e cooperativo del paziente, e come quindi la loro efficacia dipenda maggiormente da queste caratteristiche più che dalla stessa diagnosi o tipologia di intervento. In effetti, anche nella nostra esperienza le strategie che hanno supportato il coinvolgimento attivo degli utenti e delle loro famiglie sono state determinanti. Ad esempio, l'iniziale mantenimento delle attività in presenza ha facilitato in modo rilevante la preparazione e condivisione del passaggio in remoto, e consentito un primo intervento di psicoeducazione mirato con i ragazzi. L'immediata messa a disposizione di adeguati DPI e gel disinfettante per operatori e utenti hanno avuto un ruolo non secondario per utenti, familiari ed operatori, che hanno potuto entrare in contatto in sicurezza con quanto stava accadendo e sperimentare che c'era qualcosa che si poteva fare insieme per proteggere sé e gli altri, senza farsi travolgere dalla paura o dalla negazione.

Per alcuni operatori, inizialmente l'idea di proseguire in remoto aveva lo scopo di provare a valutare la risposta dei pazienti senza essere certi di riuscire a riconoscere e rispondere ai bisogni. Successivamente, invece, analizzando e valutando le risposte dei pazienti e delle loro famiglie via via le perplessità si sono ridotte, anche rispetto ad interventi di tipo intensivo, complessi e basati prevalentemente sulla relazione e sul contatto. La riorganizzazione delle attività di gruppo, educative e psicoterapiche, è quella che forse meglio rappresenta i numerosi aspetti che è stato necessario affrontare nell'immediato e nel tempo. La riservatezza, scontata in presenza, era diventata immediatamente un problema, per gli spazi a volte limitati o per la scarsa attenzione o per l'intrusività reciproca di alcuni utenti e famiglie, e ha determinato percorsi di costruzione di consapevolezza condivisa, individuali o collettivi, con i quali è stato possibile imparare insieme (anche gli operatori, in *smart working*, a volte rischiavano di trovarsi nella stessa situazione) modi per tutelare con rispetto gli spazi personali di ciascuno. Obiettivo che in presenza è spesso tra i più difficili da raggiungere. I tempi, i modi, la numerosità dei partecipanti, i contenuti hanno tutti dovuto essere ripensati, in assenza di riferimenti esterni e rimodulando continuamente in base ai ritorni dai gruppi stessi. Ad esempio, due degli interventi portanti dei percorsi di cura, il gruppo Connect e i gruppi DBT, hanno mostrato inizialmente scarso coinvolgimento dei partecipanti rispetto a quanto avveniva in presenza. L'analisi delle differenze con il periodo pre-COVID e di quanto avveniva in videoconferenza hanno portato modificare ulteriormente la struttura, con l'invio prima dell'incontro dei materiali necessari alla riflessione e la conseguente piena riattivazione della partecipazione.

Un aspetto certamente rilevante del buon funzionamento degli interventi è stato rappresentato da un fattore non facile da replicare, che gli operatori hanno chiamato scherzosamente "azzeramento". La pandemia ha fatto sì che operatori, utenti e familiari si trovassero davvero "alla pari", gli uni detentori di competenze tecniche che andavano però completamente adattate ad un nuovo contesto mai incontrato prima, e gli altri detentori delle conoscenze su sé e sul proprio sistema familiare, ma immersi a loro volta in un contesto mai incontrato prima in cui era evidente e non stigmatizzante la necessità di imparare e la possibilità di sentire che "ce la si può fare". Questo effetto è stato particolarmente evidente proprio nelle situazioni più complesse, difficili e gravi, quelle in cui pre-COVID le competenze dei genitori e quelle dei ragazzi erano state più fragili. La DAD in molti casi ha spazzato via lo stigma che i ragazzi sentivano su di sé, interposto uno spazio che ha diminuito il numero delle variabili in gioco e conseguentemente il sovraccarico, l'ansia e l'impulsività, permesso di autoregolarsi le pause e di modulare le relazioni con gli altri. Non è ovviamente stata una panacea, e la letteratura ben descrive come nelle situazioni di vulnerabilità non accompagnate abbia avuto molte conseguenze negative [8,9] ma nel gruppo dei nostri utenti, per la maggior parte dei quali la scuola pre-COVID era un elemento stressogeno di difficile gestione, l'esperienza di una DAD fortemente accompagnata è stata molto positiva sia in termini di partecipazione che di apprendimento che di relazioni con i compagni. In particolare, alcuni ragazzi che non riuscivano a frequentare la scuola ordinaria e dunque seguivano al CDTA il percorso di scuola in ospedale, durante il *lockdown* hanno ripreso le lezioni ordinarie all'interno delle proprie classi e con i propri professori, con una ritrovata voglia e speranza di rientrare in classe in presenza a partire da settembre. Analogamente, i genitori meno collaboranti e con situazioni sociali di maggiore vulnerabilità hanno mostrato un ingaggio e risultati difficilmente immaginabile pre-COVID. Si tratta di aspetti che a nostro parere meritano una riflessione particolarmente approfondita, perché sono già descritti in letteratura nei modelli partecipativi e sono ampiamente presenti nel nostro servizio, che proprio su questi aspetti ha messo in atto negli anni un investimento significativo che aveva dato buoni risultati. La pandemia ci mostra però che ci sono passaggi ulteriori che potremmo fare, e abbiamo bisogno di capire bene in che modo e come mantenerli nel tempo.

Un altro aspetto difficilmente replicabile è quello del prolungato tempo insieme tra genitori e ragazzi, "obbligato" da regole esterne e quindi meno conflittuale, tempo raramente disponibile pre-COVID, che ha permesso ad entrambi di sperimentare nell'immediato nuove modalità di relazione, di interrogarsi in merito e di condividere con altri la fatica e le scoperte conseguenti.

La modalità da remoto ha notevolmente aiutato anche dal punto di vista logistico, perché ha permesso a operatori di differenti sedi (ubicate quindi in differenti zone della città) di poter agevolmente organizzarsi per essere presenti e puntuali a riunioni in videoconferenza, facilitando raccordi che in precedenza erano maggiormente difficoltosi. In particolare, per quanto riguarda le reti con l'esterno (scuola, servizi sociali, altri enti) così come per le microéquipe, nel corso delle prime 4 fasi si è assistito a un bisogno crescente di raccordo e monitoraggio e dunque ad un aumento in frequenza con diminuzione della durata. L'eterogeneità della rimodulazione delle attività didattiche ha reso fondamentale non solo raccordarsi per conoscere come la scuola di ogni singolo paziente stava gestendo la didattica, ma anche come lo stesso stava rispondendo alla nuova modalità, tenendo a mente le caratteristiche specifiche di ciascuno in epoca pre-COVID.

Infine, nel dopo quarantena si sta assistendo ad una maggiore richiesta di libertà e autonomia da parte degli adolescenti, che hanno richiesto alle famiglie di individuare nuove modalità di contrattazione, rimodulandole sulla base degli effetti del COVID-19 e delle restrizioni ancora vigenti. Particolare attenzione va posta alla fase di riapertura, dove si sta manifestando nei ragazzi una certa ambivalenza tra il desiderio di uscire, rivedere gli amici, riprendere i legami e l'insicurezza per il futuro (utilizzo di mascherine, distanziamento, mantenimento della didattica a distanza, futuri *lockdown*) o la sensazione illusoria che tutto sia finito e che si possa tornare tout court alla vita di prima.

L'esperienza di interventi di telemedicina nei percorsi di cura per adolescenti con disturbi psichiatrici della UONPIA Policlinico permette di evidenziare, come in altri contesti e paesi [10], alcuni aspetti molto specifici e fortemente correlati al livello locale della pandemia e alle esperienze ad essa correlate ed altri invece maggiormente trasversali che possono essere ulteriormente sviluppati ed integrati stabilmente nei percorsi di cura.

È stato possibile mantenere la presa in carico per tutti gli adolescenti coinvolti nel percorso, implementare l'intervento e gestire i momenti critici con discreta efficacia, senza nessun accesso in Pronto Soccorso per crisi acute. La valutazione con la CGI improvement conferma un andamento migliore dell'atteso nella maggior parte degli utenti, benché sia difficile definire cosa potesse essere l'atteso in una situazione mai incontrata in precedenza. Forse potrebbe essere interessante provare a confrontare l'andamento avuto dai nostri utenti, che hanno proseguito con interventi intensivi, con il loro andamento in 6 mesi pre COVID e/o con quello di utenti per i quali i servizi non siano riusciti a garantire interventi durante l'emergenza COVID, ma è evidente che in tutti i casi i bias sono molto rilevanti. L'intensità e la multidisciplinarietà sono state mantenute per tutto il periodo di *lockdown*, con un complessivo buon aggancio e soddisfazione da parte delle famiglie. I livelli di soddisfazione per l'intervento ricevuto sono in corso di valutazione attraverso un questionario. L'intervento con i genitori è stato intensificato con interventi ad hoc, per far fronte alle nuove e notevoli difficoltà (sovraccarico della gestione familiare e lavorativa in condizioni di *smart working* e didattica a distanza; rischio contagio). Nella fase di emergenza sanitaria, la gestione da remoto ha favorito un raccordo con le famiglie più agevole dal punto di vista logistico e più ravvicinato, e nel contempo ha permesso una rimodulazione flessibile degli interventi e ha concesso di entrare nel setting domiciliare pur mantenendo il distanziamento fisico. Anche il lavoro di rete è proseguito con modalità da remoto, con raccordi più frequenti e maggiore facilità nell'organizzazione degli incontri. I momenti di raccordo e contatto delle equipe sono proseguiti in modo adeguato, grazie alla definizione di spazi fissi di discussione caso e di momenti organizzativi ben cadenzati e meglio definiti nei tempi. Rispetto all'intervento individuale si è osservato un mantenimento del trattamento farmacologico in atto, senza specifiche necessità di incremento dei dosaggi o di prescrizione di terapie aggiuntive. Nei colloqui con gli adolescenti è emersa una maggiore apertura, soprattutto nelle situazioni di ritiro sociale. In generale la condizione di isolamento ha permesso di lavorare maggiormente su pensieri ed emozioni solitamente poco esplorati, implementando in questo modo la consapevolezza delle proprie risorse e di nuovi punti di forza interni.

Benché vi fosse il timore che la situazione di chiusura rinforzasse in alcuni pazienti le modalità di ritiro già in atto prima dell'emergenza sanitaria, si è invece osservato come proprio tali utenti abbiano maggiormente beneficiato dello svolgimento da remoto di attività di gruppo, solitamente per loro poco accessibili. Più in generale, i ragazzi hanno mostrato buone capacità di attenzione, di partecipazione e di sperimentazione di sé nelle attività di gruppo tra pari condotti dagli operatori di riferimento, sentendosi maggiormente protetti dalla distanza e riuscendo così modulare progressivamente la condivisione di elementi significativi. Invece, in alcune occasioni nei colloqui di gruppo familiari e nel gruppo DBT multifamiliare, l'utilizzo del medesimo computer per l'intero nucleo ha favorito l'emergenza di tensioni o conflittualità tra ragazzi e genitori che sono state ricomposte dagli operatori.

Le principali problematiche riscontrate riguardano l'utilizzo di piattaforme disomogenee, non sempre intuitive, talvolta mal funzionanti in presenza di un numero elevato di operatori e in orari sovraffollati, e della necessità di utilizzo di devices personali, nonché dalle difficoltà di alcune famiglie ad avere a disposizione devices e connessioni adeguate, queste ultime rapidamente risolte. Un altro elemento di criticità è stata la difficoltà ad osservare e analizzare tutti i segni e sintomi correlati agli aspetti della comunicazione di tipo non verbale e della fisicità in sé, che nello specifico ha ostacolato la completezza della valutazione dei possibili fattori di rischio, soprattutto dal punto di vista medico e psichiatrico (per es. impatto di eventuali variazioni ponderali, segni di gesti autolesivi o di altre patologie mediche o di effetti collaterali dei farmaci) ed ha richiesto una maggiore e continua esplicitazione di aspetti che in genere vengono valutati in modo implicito. Benché faticosa per gli operatori, la nuova modalità ha avuto però anche alcuni vantaggi per utenti e familiari, perché la necessità di chiedere esplicitamente

elementi che in genere vengono direttamente valutati dall'operatore ha determinato una maggiore consapevolezza e condivisione.
In ultimo, gli interventi in telemedicina hanno richiesto agli operatori e al servizio un consistente spazio di pensiero per rimodulare l'intervento, adattandolo alle varie fasi dell'emergenza, un'enorme flessibilità nell'orario lavorativo (in molti casi, con disponibilità e reperibilità per singoli utenti fuori dagli orari e giorni di servizio, per gestire in remoto momenti acuti di crisi e ridurre dunque al minimo il rischio di accesso al PS e di contagio) e la rapida implementazione delle competenze tecnologiche necessarie per lo *smart working*.

CONCLUSIONI

In conclusione, i percorsi attivati in modalità di telemedicina per gli adolescenti con disturbi psichiatrici gravi e le loro famiglie possono rappresentare un'opzione terapeutica valida, certamente attivabile in tempi più rapidi e con contenuti e forme maggiormente appropriati in caso di futuri *lockdown*. D'altra parte, alcuni dei contenitori clinici sperimentati e alcune modalità di comunicazione e di raccordo con le famiglie e con gli altri servizi potrebbero notevolmente agevolare la presa in carico anche in condizioni di normalità. Ci auguriamo, in particolare, che questo possa essere un risultato su cui riflettere per prevedere nuove modalità di gestione dei ragazzi che presentano ansia sociale e/o rifiuto scolastico.
Tuttavia, per essere realmente efficace e fruibile per tutta la popolazione, senza distinzioni di ceto sociale e di livello culturale, l'applicazione di interventi in telemedicina nella salute mentale richiede azioni strutturali anche a livello politico e sociale.
Infine, la realtà delle nuove dinamiche relazionali, sociali e familiari imposta dalla pandemia ha permesso in molti casi di svelare immagini meno scontate degli adolescenti: capaci di assumere piena consapevolezza degli eventi e pronti a farsi carico di responsabilità in ambito familiare, scolastico e sociale. I tempi del coronavirus ci dicono che ragazzi e ragazze, anche quelli maggiormente vulnerabili, possono essere maggiormente coinvolti e responsabilizzati, e che questo deve essere un elemento fondante dei loro percorsi di cura.

Conflitto di interessi

Gli Autori dichiarano di non avere alcun conflitto di interessi con l'argomento trattato nell'articolo.

Bibliografia

1 Green P. Risks to children and young people during COVID-19 pandemic. BMJ 2020;369:m1669. Published 2020 Apr 28
2 Zhang J, Wu W, Zhao X, Zhang W. Recommended psychological crisis intervention response to the 2019 novel coronavirus pneumonia outbreak in China: a model of West China hospital. Precision Clinical Medicine 2020;3:3-8.
3 WHO. Monitoring mental health systems and services in the WHO European Region: Mental Health Atlas 2017. Copenhagen: WHO 2019.
4 Inchley J, Currie D, Budisavljevic S, et al., eds. Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020.
5 https://www.repubblica.it/solidarieta/emergenza/2020/01/17/news/giovani_e_suicidi_il_documentario_come_stanno_i_ragazzi_racconta_storie_che_dobbiamo_ascoltare-246035746/?ref=search" https://www.repubblica.it/solidarieta/emergenza/2020/01/17/news/giovani_e_suicidi_il_documentario_come_stanno_i_ragazzi_racconta_storie_che_dobbiamo_ascoltare-246035746/?ref=search
6 Danese A, Smith P, Chitsabesan P, et al. Child and adolescent mental health amidst emergencies and disasters. Br J Psychiatry 2020;216:159-62. https://doi.org/10.1192/bjp.2019.244
7 ATA - Practice Guidelines for Telemental Health with Children and Adolescents (0-21 years old), March 2017
8 Armitage R, Nellums LB. Considering inequalities in the school closure response to COVID-19. Lancet Glob Health 2020;8:e644. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30116-9
9 Riscriviamo il futuro_L'impatto del coronavirus sulla povertà educativa_ https://s3.savethechildren.it/public/files/uploads/pubblicazioni/limpatto-del-coronavirus-sulla-poverta-educativa_0.pdf
10 Wagner KD. Addressing the experience of children and adolescents during the COVID-19 pandemic. J Clin Psychiatr 2020;81:20.

Giornale di NEUROPSICHIATRIA dell'ETÀ EVOLUTIVA 2020;40:140-147

La televalutazione e la teleriabilitazione in logopedia: esperienze nei casi di Disturbo Fonetico-fonologico e di Disturbo di Linguaggio

Remote assessment and tele-rehabilitation in Language and Speech-Sound Disorders

R. Salvadorini, A. Guzzetta

IRCCS Stella Maris, Unità Operativa di Neurologia e Neuroriabilitazione

Riassunto

Il lavoro descrive le esperienze di telelogopedia asincrona relative alla consulenza svolta presso il Percorso Labiopalatoschisi dell'Azienda Ospedaliera Pisana, in convenzione con l'IRRCS Stella Maris di Calambrone (Pisa). Un numero molto alto di pazienti, infatti, provenienti da tutte le regioni italiane, afferisce ai controlli ambulatoriali del Percorso, rendendo necessaria, già da anni, una logopedia da remoto, utile alla valutazione, al monitoraggio e al lavoro di rete. Successivamente al verificarsi della pandemia e con l'inizio del *lockdown*, la telemedicina in ambito logopedico si è estesa ai pazienti dell'IRCCS Stella Maris, durante un periodo nel quale i soli pazienti presenti nella struttura sono stati quelli indifferibili. Nella fase COVID-19 la telemedicina logopedica è diventata sincrona e mista (asincrona e sincrona). Vengono illustrate le fasi osservate per l'implementazione della televalutazione e della teleriabilitazione logopediche, i punti di forza, ma anche le criticità emerse.

Parole chiave: Televalutazione, Teleriabilitazione, Telemedicina, Logopedia, Disturbo fonetico-fonologico, Disturbo di linguaggio

Summary

The paper describes pre-COVID 19 asynchronous telepractice in speech and language disorders. This program was established well before the pandemic, due to the extremely high demand and the lack of resources for face-to-face only practice. The service was coordinated by the Stella Maris Research Institute, was specifically directed to children with cleft-lip-palate, and consisted of a telemedicine program for assessment, monitoring and clinical networking. With the pandemic and the lockdown, this model of telemedicine for speech and language disorders was extended to most patients referred to the Stella Maris Research Institute, thus becoming synchronous and mixed (asynchronous and synchronous), as face-to-face visits were allowed only for urgent cases. In this paper we will report on our overall experience with telemedicine in speech and language disorders in children, covering strengths and weaknesses of our approach.

Key words: Remote assessment, Tele-rehabilitation, Telemedicine, Speech-language therapy, Language and speech and sound disorders

LA TELELOGOPEDIA PRE-COVID-19

La necessità di fare ricorso alla telemedicina asincrona si era manifestata in epoca pre-COVID-19 a causa dell'alto numero di pazienti afferenti al Percorso Labiopalatoschisi – Percorso LPS dell'Azienda Ospedaliera Pisana, diretta dal Chirurgo Plastico Dott. Gianluca Gatti. Da molti anni, infatti, presso il Percorso si svolge la consulenza logopedica settimanale a cura dell'IRCCS Stella Maris, in virtù della Convenzione tra le due Aziende. L'attività ambulatoriale del Percorso, che si svolge di venerdì, prevede le attività di un'equipe multidisciplinare composta dai chirurghi plastici, dagli anestesisti, dall'ortodonzista, dalla psicologa, dalle genetiste, dalle consulenti per l'allattamento, dalla logopedista e dagli infermieri per un totale di circa 800 visite annue [1,2]. I bambini che giungono alla consultazione presentano un'età e una condizione clinica molto variabile, in quanto possono essere neonati che devono ancora affrontare gli interventi oppure bambini già operati che successivamente devono essere controllati negli anni, con cadenza annuale o biennale. I pazienti afferiscono al Percorso da tutte le regioni italiane, per cui l'attività ambulatoriale prevede in media circa 25 visite settimanali.

La logopedista che svolge la consulenza, persegue una serie di molteplici obiettivi, quali la valutazione diretta dei piccoli pazienti nelle varie fasce di età, in relazione sia agli eventuali esiti chirurgici nei bambini sindromici e non, sia in riferimento alla possibilità che siano presenti

CORRISPONDENZA

Renata Salvadorini, IRCCS Stella Maris, viale del Tirreno 331, 56128 Calambrone (PI) - E-mail: rsalvadorini@fsm.unipi.it

anche disturbi linguistici e di apprendimento, prassici e dello speech non direttamente correlati agli interventi correttivi. All'interno della consulenza sono previste, inoltre, le indicazioni per la presa in carico e il trattamento abilitativo e riabilitativo dei disturbi articolatori e timbrici, nonché di eventuali disturbi linguistici in comorbidità, il counseling specifico alle famiglie e infine il lavoro di rete.

Risulta chiaro, quindi, come a fronte di un numero così alto di pazienti presenti al Percorso, sia stato necessario selezionarne un numero molto più ridotto per la consulenza logopedica diretta, stabilendo alcuni criteri di priorità. Da molti anni viene utilizzata allo scopo una flow-chart decisionale, condivisa tra la logopedista e gli altri professionisti. Le priorità riguardano le richieste derivanti dalle situazioni già in carico riabilitativo presso il proprio territorio, insieme ai quesiti che nascono direttamente dai genitori e ancora dalle segnalazioni degli stessi professionisti del Percorso. Il numero totale dei pazienti che sono oggetto di consulenza varia tra 142 e 220 all'anno, tra controlli e nuovi pazienti [3].

Ciò premesso, si è posta fin dall'inizio la necessità di fornire comunque, anche ai bambini e alle famiglie esclusi dai criteri di priorità, un servizio in grado di identificare precocemente eventuali ritardi di sviluppo più generali e/o i ritardi di linguaggio e/o i ritardi di parola, sia connessi agli interventi chirurgici, sia non strettamente correlati con questi, dei quali né i genitori, né il Pediatra erano consapevoli. Insieme a questi pazienti, emerge un folto gruppo di bambini in adozione internazionale, caratterizzato dalla specificità della presenza contemporanea della deprivazione iniziale, in quanto istituzionalizzati, della provenienza da un'altra cultura e da un'altra lingua e delle eventuali sequele chirurgiche.

Vista la necessità di condurre una consulenza su vari piani, rivolta ad un altissimo numero di utenti, geograficamente distanti, è risultato in pratica *obbligatorio* fare ricorso alla gestione da remoto di una parte consistente di pazienti. La convenienza di tale approccio è scaturita dalla volontà di non far spostare le famiglie troppo spesso, ma di garantire allo stesso tempo un supporto logopedico per le varie problematiche emerse, che seguisse un timing più idoneo, rispetto al controllo chirurgico annuale o biennale.

La telemedicina *pensata* all'interno di questo contesto ha riguardato essenzialmente la modalità asincrona. Le attività principali per la fascia tra 0 e 3 aa, quindi, sono state quelle dell'invio, corredato dalle opportune spiegazioni, di questionari, quali il Primo Vocabolario del Bambino [4], le Abilità Socio-Conversazionali del Bambino [5], il questionario sullo Sviluppo Comunicativo e Linguistico nel secondo anno di vita [6], la loro raccolta e codifica, il reinvio dei risultati con le indicazioni per la prosecuzione del monitoraggio e/o la presa in carico presso il proprio territorio. Insieme alle interviste guidate scritte e ai questionari, sono stati richiesti ed esaminati video-filmati di vario tipo, quali quelli riguardanti le modalità di assunzione del cibo, ad esempio per i bambini che presentano la Sindrome di Pierre Robin, lo sviluppo delle abilità prassiche orali, il monitoraggio dello sviluppo fonetico-articolatorio, la valutazione della qualità timbrica, quale ad esempio la presenza di iperrinofonia, la quantità e la qualità dell'espressione linguistica, l'interazione comunicativa, l'attenzione al messaggio verbale.

Per la fascia di età che intercorre tra i 4 e i 6 anni, sono state indicate, mediante l'invio di specifici protocolli, le indicazioni per le valutazioni relative ai prerequisiti all'apprendimento e alla scolarizzazione, da attivare in ambito territoriale. Per la parte del counseling ai genitori dei bambini è stato previsto l'invio di istruzioni circa l'attivazione di parent training rivolti a specifiche abilità, sempre da ricercare sul proprio territorio, quali quelle per i Ritardi del Linguaggio, come INTERACT2™ [7], il *Parent Coaching* [8], il Programma Hanen [9]. Per la consulenza ai logopedisti che hanno in carico diretto i bambini sono stati invece inviati i protocolli per il trattamento dell'insufficienza velo-faringea e della rieducazione tubarica. Per la popolazione dei bambini in adozione internazionale, sono stati forniti i depliant relativi all'approccio nei bambini bilingui [10-12], in modo che venissero appropriatamente monitorati lo *speech* e il language, in modo diversificato. Una parte della consulenza ha riguardato l'invio di informazioni specifiche alle insegnanti, come ad esempio quelle riguardanti il ruolo dell'otite media nell'esauribilità attentiva e nell'apprendimento in generale [13], con i suggerimenti idonei per evitare al massimo le conseguenze negative per i bambini. Le fasi di telemedicina hanno riguardato, quindi, i passaggi tra la raccolta del quesito/esigenza, l'invio del materiale, il *feed-back*.

LA LINEA DIRETTA DELL'IRCCS STELLA MARIS

Con l'inizio del *lockdown* l'accesso in ricovero all'IRCCS Stella Maris è stato riservato ai soli pazienti che presentavano urgenze tali da non permettere derogabilità, in ottemperanza ai decreti ministeriali del Ministero della Salute. Le attività ambulatoriali e di Day Service sono state interrotte del tutto. Per fornire un aiuto concreto alle famiglie, in relazione a tutte le criticità emerse in un periodo così delicato e imprevedibile, è stata attivata nel mese di marzo 2020 la Linea Diretta per i genitori, un'interfaccia virtuale con i clinici della Stella Maris che ha garantito risposte tempestive a chi vi si rivolgesse.

Molti operatori, non presenti al lavoro, si sono resi disponibili per aiutare le famiglie in questa fase, in forma gratuita e pro-bono, attivandosi da remoto dal

proprio domicilio. Sotto il profilo operativo le famiglie hanno avuto l'accesso ad un apposito form, presente all'interno dell'Homepage dell'IRCCS Stella Maris, da compilare con i dati anagrafici, quelli per la reperibilità (telefono, mail ecc.), le informazioni di base, quale ad esempio l'eventuale presa in carico pregressa da parte dell'Istituto, la descrizione sintetica del quadro clinico del bambino o dell'adolescente, il quesito e le necessità poste, insieme ad uno specifico Consenso Informato, strutturato appositamente per la telemedicina.
I genitori, quindi, compilando e inviando il form con un semplice click, venivano contattati entro le 48 ore successive. Una serie di operatori, presenti in ospedale per i pazienti non procrastinabili, insieme ad una parte del personale amministrativo, ha esaminato i vari *form*, telefonato alla famiglie, in alcuni casi, per aggiungere maggiori elementi al quesito e indirizzato le richieste ai vari professionisti. La Linea Diretta ha usufruito del sistema REDCap, un database con standard di sicurezza molto elevati tipicamente utilizzato per la ricerca. Il professionista, una volta ricevuta la segnalazione del form dei genitori, ha utilizzato il *database* per gestire la segnalazione e per conservare i dati relativi all'eventuale prestazione di telemedicina, riportando l'anamnesi, la diagnosi, le terapie o gli esami strumentali già eseguiti, fino alle valutazioni, ai test e ai questionari effettuati durante le sedute in remoto. Per ogni prestazione in telemedicina, è stato possibile indicare l'area di intervento (es. linguistica, motoria, sensoriale, socio-emotiva) specificando gli strumenti utilizzati, la data di effettuazione della prestazione, l'impressione riportata dall'operatore in relazione a quanto osservato, il risultato quantitativo, se presente, la durata della prestazione, le note aggiuntive di tipo descrittivo, il nome e cognome dell'operatore, il tipo di archivio di conservazione del dato raccolto e infine la possibilità di caricare documenti e filmati.

ATTIVITÀ SVOLTE IN AMBITO LOGOPEDICO

I pazienti che hanno usufruito del servizio di telelogopedia hanno ricompreso sia i pazienti dell'IRCCS, che quelli del Percorso LPS, previo l'accordo tra il Direttore del Dipartimento dell'IRCCS e il Responsabile del Percorso, in quanto quest'ultimo aveva, a sua volta, interrotto le attività ambulatoriali in presenza, ma non disponeva di una linea di telemedicina propria. Tuttavia, per filtrare in modo corretto le richieste, l'accesso alla Linea Diretta dell'IRCCS Stella Maris è avvenuta mediante i contatti diretti tra l'infermiera dedicata del Percorso LPS e i pazienti, seguendo gli stessi criteri di priorità adottati in presenza, inerenti la consultazione logopedica. È in questa fase, quindi, che la pregressa attività di telelogopedia asincrona è diventata sincrona per i pazienti del Percorso, mentre è stata implementata ex novo quella sincrona, come vedremo insieme a quella asincrona, per i pazienti dell'IRCCS.
È stato ampliato l'utilizzo dei questionari e delle *checklist* e sono state utilizzate le videochiamate per la valutazione, il trattamento, il *counseling* e il lavoro di rete da remoto. Visto che si trattava, almeno per alcuni aspetti, di un'attività nuova*,* la logopedista ha proceduto in parallelo ad affinare le proprie conoscenze in relazione alla telelogopedia, acquisendo la relativa documentazione, con particolare riguardo alle procedure maggiormente consolidate, sia dai siti nazionali [14], che da quelli internazionali [15]. È stato anche possibile fare ricorso al confronto con i colleghi di altre realtà, mediante le videoconferenze e la partecipazione a specifici webinar [16].
La letteratura in ambito nazionale e internazionale evidenzia i primi cinque passi importanti [17] per implementare un buon servizio di telelogopedia, sintetizzabili nel ricavare informazioni sulle piattaforme utilizzabili, nel seguire le Linee-Guida previste per specifiche patologie, nel selezionare le attività virtuali e infine nel cercare le specifiche fonti informative, quali, ad esempio, la Mappa delle evidenze sulla teleriabilitazione [18-21]. Gli elementi salienti, scaturiti dall'esame della letteratura, dalle esperienze pregresse di telemedicina asincrona e quelle affrontate inizialmente in telemedicina sincrona, hanno dimostrato alcune differenze tra i pazienti che erano già in carico clinico e che quindi conoscevano già l'operatore, rispetto ai pazienti che venivano conosciuti per la prima volta.
La valutazione e il trattamento proposti per i bambini piccoli hanno utilizzato la mediazione dei genitori, che, in maniera analoga a quanto accade in presenza, hanno potuto fornire un grado di collaborazione diversa, a seconda della maggiore o minore familiarità con le attività di stimolazione dei loro bambini, guidato e concordato con il clinico, ma condotto dal genitore.

GENERALITÀ SULLA TELEVALUTAZIONE E TELERIABILITAZIONE LOGOPEDICHE

Operativamente è possibile riflettere sui seguenti aspetti: i) le risorse tecnologiche dei genitori, ii) quelle del logopedista e iii) la tempistica.
Le *risorse tecnologiche delle famiglie* sono state piuttosto variabili, in termini di piattaforme disponibili, già utilizzate, insieme all'utilizzo abitudinario dello smartphone e del PC. Per rendere l'approccio alla logopedia a distanza il più possibile poco difficoltoso, la logopedista ha ritenuto utile venire incontro alle richieste dei genitori, utilizzando volta per volta la piattaforma o la app indicata dalla famiglia quale già in uso per altri motivi, sociali o legati alla didattica a distanza per i bambini

scolarizzati. Questa scelta ha creato, evidentemente, l'onere di dotarsi di un numero piuttosto alto di piattaforme diverse tra di loro, in linea con il primo passo indicato dalle Linee-Guida Internazionali. Si è realizzato, però, il vantaggio di non creare alle famiglie, già in difficoltà per questa nuova modalità di interazione con la logopedista, l'aggravio della ricerca e dell'adozione di nuove piattaforme, sconosciute, che avrebbero posto anche problemi di scarsa familiarità, per quanto in realtà sia evidente che queste presentano di solito, più o meno, le stesse funzionalità.

Quasi tutte le famiglie hanno mostrato di saper utilizzare alcuni strumenti e funzioni di base, quali la videochiamata con le applicazioni Whatsapp e Skype. La richiesta di poter ricevere una consultazione per sola via telefonica in modalità audio è pervenuta da un solo genitore. Volendo descrivere l'insieme delle risorse informatiche disponibili per le attività da remoto è possibile concludere che sono utilizzabili le chiamate telefoniche semplici, le videochiamate con il cellulare, quelle con il PC o il tablet, usando le ormai divenute comuni piattaforme, come Zoom, Meet, Teams, Go ToMeeting, Cisco® Webex. In alcuni casi le famiglie hanno avuto la possibilità di usare la stampante, per stampare e compilare i questionari, mentre la mancanza dello scanner per il reinvio dei documenti è stata ovviato usando le foto da smartphone.

Le *risorse informatiche della logopedista* sono state necessariamente molto ampie, per le ragioni indicate sopra, includendo pertanto un computer e uno smarthphone, entrambi equipaggiati con le diverse piattaforme e applicazioni di teleconferenza, oltre che stampante, webcam e microfono. Trattandosi però di risorse presenti al proprio domicilio, resta dubbio quanto sia generalizzabile l'esperienza. Le videoconferenze, condotte nello stesso periodo con i colleghi di varie realtà italiane, private e pubbliche, hanno evidenziato come le risorse tecnologiche non siano spesso né immediatamente disponibili, né facilmente reperibili in ambito clinico.

La *tempistica* nella conduzione delle varie attività è stata cruciale. Una differenza importante tra la telelogopedia asincrona e quella sincrona è legata alla quantità e alla qualità dell'interazione diretta con le famiglie ed anche, come vedremo, con i bambini. La comunicazione diretta, anche se mediata dallo strumento tecnologico, tra l'operatore e i genitori è apparsa fin da subito come un elemento imprescindibile e ineliminabile, ad eccezione di un singolo caso, come già detto. È facile comprendere come l'interazione diretta risponda maggiormente, anche se non in toto, alle caratteristiche della comunicazione umana, permettendo l'utilizzo di indici pragmatici, quali la voce, la mimica, la comunicazione non verbale in generale, assenti nella telemedicina asincrona. Inoltre, permette la risposta immediata a dubbi, quesiti e domande e la fruizione di una quantità di spiegazioni ed esempi assolutamente migliore rispetto alle sole spiegazioni scritte. La mancanza di un setting clinico, peraltro, si è dimostrata come un elemento psicologicamente molto delicato, in quanto la telemedicina sincrona *entra letteralmente nell'ambiente di vita* del paziente e dei suoi genitori. Analogamente a quanto accade in presenza, la risorsa scritta, costituita da istruzioni, memorandum, depliant ecc., costituisce un altro elemento importante di recupero delle informazioni. Risulta, pertanto, necessario, poter utilizzare sia la comunicazione verbale che quella scritta.

La fase di programmazione degli incontri ha rivestito un ruolo cruciale in termini di tempi e precisione esecutiva. Volendo descrivere le procedure in modo da comprendere meglio i tempi e le fasi di preparazione delle interazioni da remoto, possiamo dire che sono costituite inizialmente dalla preparazione del logopedista e dei genitori all'interazione, mediante semplice telefonata e/o mail, successivamente dall'organizzazione pratica della videochiamata, con invio dell'appuntamento concordato a voce o mediante mail, contenenti anche i necessari link nel caso di utilizzo delle piattaforme. Segue poi lo svolgimento della videochiamata, con i contenuti già condivisi nel primo contatto oppure nel precedente incontro, durante il quale vengono concordati i termini, gli obiettivi e gli orari del successivo. Tale *routine* si è alternata in forma variabile per molte volte, in alcuni casi e per un numero invece limitato, per altri, a seconda del tipo di intervento richiesto. Spesso tra un incontro e l'altro è stato necessario l'invio di materiali da parte della logopedista e la verifica della loro ricezione da parte dei genitori, mediante mail o telefonata.

Se consideriamo che per le sedute telematiche di valutazione e trattamento, la logopedista ha dovuto programmare anche le richieste specifiche, quali ad esempio un particolare set di giochi disponibile in ambiente domestico, dovendo compiere in alcuni casi una ricognizione preliminare del materiale stesso, tramite un collegamento con i genitori, si può comprendere come la telemedicina in ambito logopedico possa necessitare di tempi che prevedono un rapporto di 1:2 oppure di 1:3, tra la parte di programmazione e la durata della videochiamata. In altre parole, per un'interazione valutativa, di counseling o di trattamento, della durata di un'ora, occorre calcolare per ogni singolo paziente la necessità di un'altra ora o più spesso di altre due ore aggiuntive, per poter programmare le sedute, scrivere le mail, fare le telefonate, concordare gli orari, mandare i link per le piattaforme, inviare i diversi materiali, scaricare i file dei questionari compilati, scaricare e analizzare i filmati ricevuti, compilare i referti e inviarli. Lo stesso carico organizzativo viene richiesto per il lavoro

di rete e il tempo dedicato alla programmazione per la tele riunione tra operatori diversi si è rivelato in alcuni casi, quasi più lungo. In particolare, la partecipazione ad alcune videoconferenze per la verifica finale dei Piani Educativi Individualizzati, ha richiesto lunghe fasi di scambio di comunicazioni e di proposte per stabilire gli orari di svolgimento e per fissare gli appuntamenti in un momento utile per tutti. Questo processo è stato facilitato dall'utilizzo di applicazioni specifiche quali Doodle.
Le differenze principali dell'interazione con i genitori già conosciuti dall'operatore e quelli conosciuti direttamente da remoto hanno riguardato essenzialmente la fase della raccolta anamnestica logopedica e del quesito per la comunicazione e il linguaggio, che è stata decisamente più lunga. In generale, si può affermare che il numero di incontri telematici da programmare per i nuovi pazienti sia da prevedersi come significativamente più alto rispetto a quello prevedibile per i pazienti già conosciuti, mentre non sembrano diverse le fasi previste. Per la parte anamnestica, occorre prevedere un numero maggiore di *check-list* e questionari, che vengono inviati successivamente all'intervista diretta in videochiamata, utili per eventuali approfondimenti maggiormente specifici. Si può confermare, però, che l'uso del solo invio degli stessi, anche corredati con spiegazioni scritte esaurienti, ascrivibile maggiormente alla telemedicina asincrona, non presenta la stessa efficacia delle raccolte dei dati svolte in videochiamata e/o della combinazione di interazione diretta da remoto e invio di materiale cartaceo.
Più in generale, volendo fare un confronto tra le due modalità, ovvero la raccolta dati durante la videochiamata o l'invio successivo da parte del genitore, in molti casi è risultata più efficiente la prima, che ha previsto l'utilizzo delle *check-list* da parte del solo logopedista, come traccia per l'intervista ai genitori, piuttosto che il loro invio, la restituzione e la codifica. Evidentemente la facilitazione, che il genitore riceve durante l'interazione diretta con il logopedista, anche se da remoto, è maggiore rispetto al tempo necessario per leggere le istruzioni e compilare la parte scritta, specie quando emergono dubbi su quanto letto. In sintesi, la teleanamnesi logopedica asincrona sembra molto conveniente per il logopedista, soprattutto se è abituato ad usare questionari e *check-list* già pronte, perché si limita all'invio telematico e alla relativa ricezione della risposta, ma risulta in genere gravosa per il genitore. Viceversa, la videochiamata per la raccolta anamnestica risulta più gravosa, in termini temporali, per il logopedista, ma decisamente più conveniente e facile per il genitore. Si può concludere, allora, che la modalità sincrona sia da preferirsi, limitando quella asincrona a quelle situazioni per le quali, per motivi vari, sia impossibile praticare quella sincrona.

Un elemento che influenza l'efficacia complessiva della telelogopedia è sicuramente il grado di familiarità dei genitori con le risorse tecnologiche. A questo proposito si potrebbe pensare che un grado più basso di istruzione rappresenti un ostacolo per una piena collaborazione in telemedicina di ambito logopedico, rischiando di creare differenze sociali legate non tanto alla volontà dei genitori di collaborare, quanto alla scarsa familiarità con il PC o il tablet o le app per le videoconferenze, che possono rappresentare una barriera anziché un supporto positivo. In realtà il gruppo di pazienti gestiti con la Linea Diretta sembra aver dimostrato che tale ostacolo non sia molto importante e sia legato essenzialmente alla flessibilità dell'operatore. Tutte le famiglie contattate, che rappresentano un gruppo caratterizzato da livelli di istruzione e di familiarità con gli strumenti informatici molto diversi tra di loro, anche in relazione al lavoro svolto, hanno mostrato una buona compliance rispetto all'uso anche del semplice smartphone per la videochiamata, sicuramente perché molto noto per la comunicazione parentale e sociale in generale. Il gruppo ha compreso vari livelli sociali e di scolarizzazione, incluse famiglie straniere con scarse abilità nella lingua italiana. Le abilità del logopedista, quindi, devono individuare velocemente quale sia lo strumento tecnologico migliore per quella specifica famiglia, piuttosto che prevedere strumenti rigidi e uguali per tutti.

ELEMENTI SPECIFICI DELLA TELEVALUTAZIONE E TELERIABILITAZIONE IN LOGOPEDIA

Un elemento chiave nell'attività con i pazienti è relativo alla fascia di età e al grado di collaborazione dei bambini. Per la valutazione dei bambini piccoli, compresi tra 0 e 3 anni, nonostante si sia notata una certa dimestichezza con il tablet e lo schermo del PC, in generale l'interazione sincrona è utile per fornire ai genitori le spiegazioni necessarie per la conduzione da parte loro delle elicitazioni linguistiche, mentre il logopedista osserva il bambino in maniera diretta. Lo stesso modello è risultato idoneo per i bambini più grandi poco collaborativi, inibiti, disregolati oppure con età superiore ai 6 anni che presentano un certo livello di gravità linguistica e/o cognitiva. Le spiegazioni verbali fornite ai genitori hanno riguardato gli obiettivi di un determinato compito, la scelta degli oggetti o dei libri o di altro materiale da utilizzare nel momento della valutazione diretta logopedica e le modalità interattive tra il genitore e il bambino maggiormente idonee, per favorire al massimo la raccolta dei dati. Molto importante, in questa fase, è risultata la ricognizione dei materiali disponibili nel contesto di vita familiare, quali i giochi, le immagini e i libretti. Le spiegazioni fornite durante le videochiamate sono state

supportate dall'invio di istruzioni e memorandum scritti. La valutazione della produzione è risultata in generale più semplice rispetto a quella della comprensione e dell'input in generale. Sono stati proponibili sia sedute di gioco e di elicitazione dello spontaneo da parte del genitore, in modo simile a quello che accade in presenza, sia alcune prove specifiche, purché semplici. Vediamo qualche esempio. Per la valutazione e la codifica del linguaggio spontaneo è stato utilizzata una flow-chart decisionale che prevede l'adozione di una diversa elicitazione, a seconda del livello di loquacità del bambino. È maggiormente macroscopica e libera, del tipo *dimmi che cosa succede*, per i bambini che presentano un certo grado di verbalità, mentre, per i bambini poco verbali sono previste elicitazioni più restrittive, del tipo *dimmi che cosa vedi,* arrivando infine al solo uso di domande per i soggetti quasi averbali oppure dei quali si voglia valutare la produzione gestuale. Alcune prove dirette semplici e brevi sono state proponibili dal genitore, quali ad esempio quella di Ripetizione di Parole [22] per lo speech. Il bilancio logopedico finale è stato costituito dalle *check-list* e dai questionari tipici della valutazione indiretta in ambito clinico, proposti in televalutazione asincrona, come ad esempio i già citati il PVB e ASCB oppure il Filmato prassico per genitori [23], insieme all'analisi prevista, ad esempio la codifica fonetica e fonologica derivante dal PVB [24,25], con quanto emerso dalla valutazione diretta condotta da remoto, quali la valutazione dei performativi per l'analisi della comunicazione [26], l'analisi fonologica [27], il calcolo della Lunghezza Media dell'Enunciato oppure l'analisi grammaticale o l'attribuzione del livello della Griglia per l'Analisi del Linguaggio Spontaneo [28], l'osservazione del pasto per le modalità masticatorie e deglutitorie ecc. Per i bambini più grandi, anche prescolari ma con età dai 5 anni e mezzo, 6 anni in poi è stato possibile gestire alcune prove somministrate in modo diretto al bambino da parte dell'operatore, anche se in presenza dei genitori, come nel caso dell'analisi conversazionale e delle abilità narrative mediante il *retelling* [29].

Al termine della videochiamata valutativa è stato sempre chiesto al genitore di dare un giudizio su quanto emerso, in modo da stabilire se ci fosse corrispondenza con la tipicità del comportamento comunicativo e/o linguistico del bambino in situazioni giornaliere, al fine di valutare se e quanto si fossero create interferenze legate all'uso dello strumento tecnologico. Le sedute valutative sono risultate normotipiche nella totalità dei casi, probabilmente perché la particolarità dell'osservazione da remoto è stata compensata dal fatto che si fosse svolta in ambiente familiare e non in contesto clinico. È stato fornito, inoltre, da parte del logopedista un breve feed-back di quanto osservato ed è stato fissato un nuovo appuntamento telematico con i soli genitori, per la restituzione completa dei dati, il loro commento e la loro spiegazione, prima dell'invio del referto. L'uso delle piattaforme ha offerto il grande vantaggio di poter effettuare, previo il consenso informato dei genitori, le registrazioni delle sedute, costituendo una fonte preziosa di analisi più precisa di alcuni dati e un database maggiormente sicuro per le rivalutazioni nel tempo.

Anche per il trattamento possiamo affermare che esiste lo stesso tipo di indicazione, in quanto con i bambini più piccoli oppure con quelli di età scolare poco collaborativi o gravi, è stato utile fare ricorso al trattamento mediato dai genitori, in accordo anche con la letteratura relativa alla presa in carico in presenza. I bambini prescolari dai 5 anni in poi e quelli scolarizzati, invece, hanno potuto seguire le sedute di trattamento in modo autonomo e diretto, mostrando anche di divertirsi molto perché attratti dallo strumento informatico. Per questi ultimi, oltre ai materiali già pronti, inviati dal logopedista alla famiglia in anticipo oppure resi disponibili online mediante l'uso del video condiviso, tipico delle piattaforme informatiche, è stato necessario, fare ricorso ad alcune app già pronte, in modo da ampliare al massimo la motivazione del bambino e le possibilità di stimolazione. Questo aspetto ha previsto che la logopedista operasse una rigorosa ricognizione e selezione delle app disponibili in rete, privilegiando quelle gratuite o di bassissimo prezzo, in modo da non gravare economicamente sulle famiglie. Per i Parlatori Tardivi è stato proposta da remoto l'adozione di INTERACT2™, Modello socio-interazionista per genitori, per il quale rimandiamo alla relativa letteratura. La costruzione di tutorial per i genitori è apparsa in alcuni casi necessaria e utile, tuttavia è stata poco adottata, in considerazione del fatto che richiede un investimento di risorse veramente rilevante, soprattutto in relazione alla realizzazione di filmati, che hanno richiesto la programmazione, l'esecuzione, il montaggio e l'editing a cura della logopedista. Viceversa, l'uso di software comuni come Power-Point per la costruzione di materiali da utilizzare direttamente con i bambini, sia per la logopedista che per i genitori, è risultato decisamente più gestibile sul piano operativo. In alcuni casi, specie se gravi, la modalità a distanza asincrona e sincrona è molto efficiente ed efficace, come ad esempio nel caso dell'adozione del Modello c.m.i.® [30].

Volendo riassumere i punti salienti a comune tra le varie situazioni che si sono presentate, possiamo dire che l'interazione diretta con le famiglie risulta sempre necessaria, che i risultati migliori vengono ottenuti con una sapiente mescolanza di telemedicina asincrona e sincrona, che occorre differenziare in modo flessibile, ma preciso le risorse tecnologiche e informatiche da proporre, a seconda della disponibilità e della familiarità dei genitori con certi strumenti o certi SW, che è necessario operare un buon sfruttamento delle risorse

offerte dall'ambiente domestico, che quindi va conosciuto preliminarmente, e che occorre, infine, osservare alcune fasi precise che si alternano, che prevedono prima l'organizzazione dei primi contatti, l'esecuzione della videochiamata, l'uso delle spiegazioni verbali, l'invio dei materiali, l'esecuzione della seduta di valutazione o di trattamento, il feed-back immediato, l'incontro per il *feed-back* approfondito e infine l'organizzazione della seduta successiva.

Un discorso a parte merita il lavoro di rete, che ha dimostrato alcuni interessanti vantaggi, se previsto in telemedicina, quali ad esempio la possibilità di poter interagire con entrambi i genitori, stabilendo orari nei quali ha potuto essere presente anche il padre, spesso impossibilitato alla partecipazione in presenza, per problemi di orari o ancora il poter avere un confronto con operatori distanti tra di loro, che di norma non hanno interazioni. Alcune videoconferenze, ad esempio, hanno previsto fino a 8-10 persone collegate, quali i genitori, la logopedista dell'IRCCS Stella Maris, i logopedisti – a volte due diversi – che svolgono il trattamento in sede territoriale, lo psicomotricista, lo psicologo, l'educatore scolastico e l'educatore domiciliare, gli insegnanti curriculari, gli insegnanti di sostegno – anche questi a volte più di uno – e il neuropsichiatra del territorio che segue il caso.

CONCLUSIONI

Volendo fornire una riflessione sull'esperienza appare utile esprimersi in termini di *punti di forza e punti di debolezza,* in modo da comprendere quali siano vantaggiosi e generalizzabili, anche in epoca successiva all'emergenza e dove siano invece le criticità. Sono da annoverarsi tra i *punti di forza,* la possibilità di operare più volte in un periodo ristretto di tempo con pazienti distanti fisicamente e geograficamente, senza che le famiglie debbano affrontare lunghi e a volte difficili spostamenti, garantendo nello stesso momento gli atti professionali previsti in modo non improvvisato e qualitativamente significativo, la possibilità di sfruttare l'ambiente domestico, familiare al bambino, in modo che gli risulti maggiormente accettabile e in ultimo, le buone potenzialità che offre la telemedicina per il lavoro di rete, in grado di sfruttare alcune convenienze meno praticabili in presenza, viste le impedenze legate agli orari e gli spostamenti dei vari operatori soprattutto quando sono numerosi.

I *punti di debolezza* sono identificabili, invece, nella necessità da parte del logopedista di avere competenze informatiche e tecnologiche e quindi di dover affrontare una preparazione e una formazione personali, laddove non ne sia in possesso, la possibilità pratica di utilizzo delle risorse informatiche per il lavoro da remoto, esigenza che può anche essere minore per la famiglia, che può usare un semplice tablet, ma che è invece imprescindibile per l'operatore, l'investimento temporale per la programmazione e l'esecuzione delle fasi previste, che può rappresentare un grosso limite in ambito clinico standard. Quello che appare, invece assolutamente da evitare, è relativo al solo invio di materiali scritti ai genitori, che non sanno bene cosa e come fare per usarli al meglio, anche quando siano allegate istruzioni scritte e che possono impegnare molte risorse, a volte non disponibili, per la stampa, l'invio di generici esercizi previsti per una determinata area riabilitativa, privi di adattamento al paziente. Questi elementi, come emerso da alcune call con diversi colleghi del territorio, sembrano determinare effetti negativi, quali il rifiuto da parte delle famiglie, che oltre ad essere confuse sul da farsi, possono strutturare rifiuti nei confronti della telemedicina, avendo la sensazione di non riuscire a fare nulla di utile per il proprio bambino.

Un'ultima riflessione riguarda invece la necessità, da parte del logopedista, di evitare la gestione di un numero troppo alto di pazienti e di operare un calcolo della tempistica prevedibile piuttosto preciso, in quanto potrebbe essere vanificato l'effetto vantaggioso della precisione, dell'accuratezza, della flessibilità e dell'appropriatezza perché sono troppi i passaggi da osservare per ogni paziente.

Conflitto di interessi

Gli Autori dichiarano di non avere alcun conflitto di interessi con l'argomento trattato nell'articolo.

Bibliografia e Sitografia

1. AA.VV. (2017). AISMEL. Il Centro di Riferimento di Pisa. Retrived 2 aprile, 2019, from www.aismel-labiopalatoschisi.it
2. AA.VV. (2019). Percorso Labiopalatoschisi. Retrived 5 aprile, 2019, from www.ao-pisa.toscana.it
3. Azienda Ospedaliera Pisana. Una patologia della famiglia, una famiglia per la patologia. Corso Aziendale. 29 novembre 2019.
4. Caselli MC, Bello A, Rinaldi P, et al. Il Primo Vocabolario del Bambino: gesti, parole e frasi. Milano: Franco Angeli Editore 2015.
5. Bonifacio S, Girolametto L, Montico M. Le abilità socio-conversazionali del bambino. Milano: Franco Angeli Editore 2013.
6. Camaioni L, Caselli MC, Longobardi E, et al. QSCL. Questionario sullo sviluppo comunicativo e linguistico nel secondo anno di vita. Firenze: Giunti Psycometrics Ed. 2008.
7. Bonifacio S, Hvastja Stefani L. L'intervento precoce nei disturbi di linguaggio. Milano: Franco Angeli Editore 2010.
8. Girolametto L, Bello A, Onofrio D, et al. Parent coaching per l'intervento precoce sul linguaggio. Trento: Erickson Editore 2017.

[9] Pepper J, Weitzman E. Parlare un gioco a due. Guida pratica per i genitori di bambini con disturbi di linguaggio. Roma: Alpes Italia.

[10] Federazione Logopedisti Italiani (2014). Madrelingua = lingua del cuore: italiano, inglese, francese, spagnolo, tedesco, albanese, rumeno, russo, tamil, cinese, arabo. Retrived 6 marzo, 2014, from www.fli.it

[11] Hufty AM, Scipioni MP. (2014). Bilingui e contenti. Crescere parlando più di una lingua. Miniguida per i genitori. Retrived 6 marzo, 2014, from www.fli.it

[12] Salvadorini R, Tieu L, Nencioli R. (2014). Raccomandazioni per il lavoro con i bambini bilingui (traduzione e adattamento italiano). Retrived 6 marzo, 2014, from Federazione Logopedisti Italiani, www.fli.it

[13] Balbani APS, Montovani JC. Impact of otitis media on language acquisition in children. Jornal de Pediatria 2003;79:391-6.

[14] Federazione Logopedisti Italiani (2020). Linee di indirizzo e raccomandazioni per l'attività del logopedista ai tempi del COVID-19. Retrived 8 maggio, 2020, from www.fli.it

[15] ASHA (2020). Telepractice Resources During COVID-19. Retrived 21 marzo, 2020, from www.asha.org

[16] Salvadorini R, Montuschi M, Crippa V. et al. (2020). La telemedicina: criticità in logopedia. Retrived 15 aprile, 2020, from www.nuovaartec.it

[17] Andricks J. & Smith S. (2020). 5 Steps to Get Started in Telepractice. Retrived 18 march, 2020, from www.asha.org

[18] Taylor O, Armfield NR, Dodrill P, et al. A review of the efficacy and effectiveness of using telehealth for paediatric speech and language assessment. J Telemed Telecaree 2014;20:405-12.

[19] Molini-Avejonas DR, Rondon-Melo S, Albuquerque de La Higuera Amato, et al. A systematic review of the use of telehealth in speech, language and hearing sciences. J Telemed Telecare 2015;21:7:367-76.

[20] Rudolph JM, Rudolph S. Telepractise vs. on-site treatment: are outcomes equivalent for school-age children. EBP Brief 2015;10:1-15.

[21] Wales D, Skinner L, Hayman M. The efficacy of telehealth-delivered speech and language intervention for primary school-age children: a systematic review. Int J Telerehabil 2017;9:55-70.

[22] Tresoldi M, Ambrogi F, Favero E. Reliability, validity and normative data of a quick repetition test for Italian children. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2015;79:888-94.

[23] Salvadorini R. I Disturbi Fonologici in età evolutiva, Milano: Corso Nuova Artec 2016.

[24] Zmarich C, Dispaldro M, Rinaldi P, et al. La composizione fonetica del primo vocabolario del bambino. In: Romito L, Galatà V, Lio R. (a cura di). La Fonetica Sperimentale: Metodo e Applicazioni. Atti del 4° Convegno Nazionale AISV, Università della Calabria, 3-5 dicembre 2007. EDK Editore, 4, 2009, pp. 324-336.

[25] Viterbori P, Zanobini M, Cozzani F. Phonological development in children with different lexical skills. First Language 2018;38:1-22.

[26] Taeschner T, Volterra V. Strumenti di analisi per una prima valutazione del linguaggio infantile. Roma: Bulzoni 1986.

[27] Bortolini U. I disordini fonologici. In: Sabbadini G (a cura di). Manuale di Neuropsicologia dell'Età Evolutiva Bologna: Zanichelli 1995.

[28] Cipriani P, Chilosi AM, Pfanner L, et al. Il ritardo di linguaggio in età precoce: profili evolutivi ed indici di rischio. In: Caselli MC, Capirci O. (a cura di), Indici di rischio nel primo sviluppo del linguaggio. Milano: Franco Angeli 2002.

[29] Mozzanica F, Salvadorini R, Sai E, et al. Reliability, validity and normative data of the Italian version of the Bus Story test. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2016;89:17-24.

[30] Gava M.L. (2014). Gesto e consapevolezza: l'approccio c.m.i.® (cognitivo-motivazionale-individualizzato). In: Atti Giornate italo-francesi di psicomotricità e riabilitazione neuropsicomotoria – I gesti che curano, Milano 4-6 aprile. Retrived 26 maggio, 2018, from www.afpup.org

La scommessa della telepsichiatria in età evolutiva: il *parent training* per l'ADHD

The challenge of telepsychiatry in childhood: the parent training for ADHD

A. Valli*, V. Mauri*, L. Vanzin, S. Trabattoni, M. Molteni

Unità di Psicopatologia dello Sviluppo, Istituto Scientifico IRCCS "Eugenio Medea", Bosisio Parini (LC)
*I primi due autori hanno equamente contribuito a questo lavoro.

Riassunto

Negli ultimi anni, diversi studi hanno supportato i vantaggi offerti dalla telepsichiatria in età evolutiva, fra i quali la possibilità di evitare spostamenti anche lunghi ai bambini e alle loro famiglie e l'opportunità di limitare le assenze da scuola o dal lavoro. La pandemia da COVID-19, scatenatasi all'inizio del 2020, ha evidenziato un ulteriore vantaggio della telemedicina: l'opportunità di effettuare valutazioni e trattamenti anche in quelle situazioni in cui, per la tutela della salute, risulti impossibile per pazienti ed operatori incontrarsi di persona.

Recenti lavori di letteratura supportano l'efficacia di interventi condotti in modalità telematica su adulti e bambini con diverse problematiche, fra le quali l'ADHD (*Attention Deficit and Hyperactivity Disorder*), uno dei più frequenti disturbi del neurosviluppo in età evolutiva. In particolare, è stata confermata l'efficacia di *parent training* comportamentali, svolti tramite video-collegamenti.

Il Centro ADHD del Polo territoriale di NPIA di Bosisio Parini (LC) (Associazione "La nostra famiglia" IRCCS E. Medea) ha scelto di mettere in atto, in modalità telematica, un *parent training* comportamentale sulla base del modello applicato da diversi anni presso il Centro. Il presente lavoro si pone l'obiettivo di descrivere l'esperienza di applicazione dell'intervento di *parent training*, condividendo riflessioni su aspetti clinici e su aspetti più tecnici, tra i quali la scelta dell'hardware e degli apparati di supporto necessari.

Parole chiave: Telepsichiatria, ADHD, *Parent training*

Summary

In the last years, several studies supporte the advantages offered by child and adolescent telepsychiatry, including the possibility of avoiding long movements to children and their families and the opportunity to limit absences from school or work. The COVID-19 pandemic, unleashed in early 2020, highlightes an additional advantage of telemedicine: the opportunity to carry out consultations or treatments even when, for health protection, it's impossible for patients and operators to meet in person.

Recent works support the effectiveness of on-line interventions in adults and children with various problems, including ADHD (Attention Deficit and Hyperactivity Disorder), one of the most common neurodevelopmental disorders. In particular, the effectiveness of internet-delivered behavioral parent training has been confirmed.

An on-line version of preexisting behavioral parent training has been implemented in Child Psychopathology Unit of Scientific Institute, IRCCS E. Medea (Bosisio Parini, LC). The present work aims to describe the implementation of this intervention and to share considerations on clinical implications and technical aspects, including the choice of hardware and the necessary support equipment.

Parole chiave: Telepsychiatry, ADHD, Parent training

Se fino ad oggi diversi autori hanno sottolineato l'utilità della telepsichiatria al fine di ridurre le distanze per gli abitanti delle zone rurali per i quali raggiungere i servizi per la salute mentale era difficoltoso [1-3], la pandemia dovuta al COVID-19, che nel corso del 2020 ha coinvolto l'intero pianeta, ha evidenziato un ulteriore e non trascurabile vantaggio della telemedicina: l'opportunità di effettuare valutazioni e trattamenti anche in quelle situazioni in cui, per la tutela della salute, risulti impossibile per pazienti ed operatori incontrarsi di persona. Fino ad oggi, infatti, i vantaggi della telepsichiatria in età evolutiva hanno incluso la possibilità di evitare spostamenti anche lunghi ai bambini e alle loro famiglie, l'opportunità di ridurre il tempo di assenza da scuola

CORRISPONDENZA
Angela Valli, Unità di Psicopatologia dello Sviluppo, Istituto Scientifico IRCCS "Eugenio Medea", via Don Luigi Monza 20, 23842 Bosisio Parini (LC) - E-mail: angela.valli@lanostrafamiglia.it

per i bambini o dal lavoro per i genitori, ma, soprattutto, hanno consentito di accorciare il tempo che intercorre tra la diagnosi e l'inizio di un trattamento. Ancora, è stato osservato come il poter seguire un trattamento da casa, possa contribuire a ridurre lo stigma sociale che alcuni pazienti vivono in relazione alla necessità di recarsi presso gli istituti di cura [3].

Se da un lato negli ultimi anni le evidenze appena citate hanno rafforzato l'interesse verso la telepsichiatria, è innegabile che la situazione di emergenza sanitaria, abbia posto in luce la necessità di continuare ad offrire percorsi di cura e sostegno ai pazienti e alle loro famiglie, pur nell'impossibilità di incontrarli di persona.

In merito alla possibilità di supportare e trattare i pazienti "a distanza", diversi studi hanno dimostrato che i risultati ottenuti sono equivalenti o in alcuni casi superiori rispetto ai trattamenti effettuati in presenza [4,5]. Pazienti adulti affetti da disturbi d'ansia, disturbo dello spettro dell'autismo o disturbo post traumatico da stress, riferiscono infatti di sentirsi a loro agio con l'utilizzo della telepsichiatria grazie alla sensazione di sicurezza che questa modalità offre [3].

Per quanto concerne l'efficacia della telepsichiatria in età evolutiva, esistono diverse evidenze che sostengono la possibilità di fornire trattamenti efficaci, ben accettati e sostenibili [6-8]. Numerosi studi supportano l'efficacia di questi interventi su adulti e bambini con diversi disturbi psichiatrici o con condizioni somatiche [9-12].

Sono stati sviluppati anche specifici programmi di intervento per diverse patologie, fra le quali l'*Attention Deficit and Hyperactivity Disorder* (ADHD), uno dei più frequenti disturbi del neurosviluppo in età evolutiva [13]. In particolare, è stata confermata l'efficacia di *parent training* comportamentali, svolti tramite video-collegamenti, applicati all'ADHD. Il *Children's ADHD Telemental Health Treatment Study* (CATTS), ad esempio, è un modello di telemedicina che permette di gestire la terapia farmacologica e il *parent training* comportamentale a distanza. Myers et al. [14] ne hanno dimostrato l'efficacia nel ridurre i sintomi e l'impatto sul funzionamento. Anche Tse et al. [15] confermano l'efficacia di questa tipologia di intervento sui comportamenti connessi all'ADHD e sul funzionamento dei bambini. DuPaul, in uno studio del 2018 [2] conferma i vantaggi dell'applicazione di un programma di *parent training* comportamentale on line di 10 sedute, rivolto ai genitori di bambini in età prescolare. I risultati della ricerca indicano che la versione on-line del programma è in grado di migliorare l'accessibilità al trattamento e l'impegno dei genitori e ha effetti positivi sul comportamento dei bambini. Infine, anche Xie et al. [16] confermano l'efficacia di un *parent training* condotto in videoconferenza in un campione di genitori di bambini con ADHD, evidenziando un miglioramento statisticamente significativo dei sintomi di iperattività nelle scale di valutazione compilate dai genitori seguiti in videoconferenza, rispetto a coloro che avevano seguito il percorso "in presenza". Comer et al. [1], infine, offrono spunti importanti per quanto riguarda il razionale dell'applicazione della versione *Internet-based del Parent Child Interaction Therapy* (PCIT) [17], un programma di intervento *evidence-based* per i disturbi dirompenti del comportamento basato sulle teorie dell'apprendimento sociale. Attraverso tale modalità i terapeuti possono offrire alle famiglie osservazioni e feedback in un contesto ecologico, aumentando le effettive occasioni di contatto tra la famiglia e l'operatore.

L'ESPERIENZA DELL'IRCCS E MEDEA

L'emergenza sanitaria legata al COVID-19, ha reso improvvisamente impossibile continuare ad incontrare i bambini e i loro genitori nei relativi gruppi di trattamento per l'ADHD. Subito abbiamo elaborato la consapevolezza che fosse opportuno e necessario continuare a supportare i genitori, offrire strategie educative, farli sentire accolti nelle difficoltà di gestione che in questo particolare momento storico e sociale sono diventate ancora più evidenti. Già in un primo contatto telefonico, i genitori hanno segnalato la difficoltà nel mantenimento delle routines familiari, frequente opposizione dei bambini di fronte al dover iniziare a svolgere le attività scolastiche e, in molti casi, aumento dell'irrequietezza motoria e scarsa tolleranza alla noia, legate alla condizione di quarantena entro le pareti domestiche. Da qui, la proposta di aiutare sia i genitori che i bambini nel rielaborare il periodo di difficoltà attraverso occasioni di confronto.

L'IRCCS Eugenio Medea si è attivato per mettere a disposizione le modalità tecniche per sviluppare una modalità di gestione a distanza degli utenti a vario titolo in campo, consentendo lo *smart working* agli operatori impegnati nelle attività a distanza e individuando una piattaforma istituzionale – *Google Meet* – su cui sviluppare gli interventi in modalità videochiamata anche con la presenza simultanea di più partecipanti.

Come terapeuti del Centro ADHD del polo territoriale di NPIA della sede di Bosisio Parini ci siamo di conseguenza attivati per affiancare il lavoro di monitoraggio a distanza avviato dai clinici, per continuare i percorsi di *parent* e *child training* di gruppo in corso che, secondo le linee guida nazionali [18] e internazionali [19], sono elemento fondamentale di quel percorso multimodale, che prevede il coinvolgimento non solo del bambino, ma anche dei suoi genitori.

La scelta di proseguire nei percorsi di trattamento che coinvolgano i genitori (*parent training*) è sembrata prioritaria in un periodo di convivenza prolungata, in cui

i genitori si sono trovati ad affiancare i propri figli in un modo nuovo. Si è scelto di offrire loro la possibilità di riflettere sulle strategie educative più funzionali in uno spazio di confronto e ascolto empatico continuando gli incontri di *parent training* con una modalità a distanza. Parte dei contenuti degli incontri è stata rielaborata al fine di adattarli alla nuova realtà di esecuzione.
Dopo aver consultato la letteratura esistente sull'efficacia dei percorsi di *parent training* comportamentale a distanza [2,15-17] e dopo aver consultato le linee guida dell'*American Psychiatric Association* [20-21] abbiamo offerto in modalità telematica, un *parent training* comportamentale sulla base del modello applicato da diversi anni presso dell'IRCCS E. Medea.
Messi al corrente della possibilità di proseguire i percorsi di trattamento, seppur con modalità alternative a quella "in presenza", i genitori e i bambini hanno tutti aderito alla proposta ed è stato così possibile proseguire i percorsi già avviati, portandoli a conclusione, ma anche iniziare nuovi percorsi.
Senza dubbio la conduzione degli incontri in una modalità telematica ha portato alcuni vantaggi.
Trovarsi tra le mura domestiche può far sentire più a loro agio i genitori, in un contesto più intimo, rispetto al recarsi in istituto. In questo clima i genitori possono riuscire con più facilità a condividere le loro fatiche e le loro perplessità. Possono essere portati a manifestare gesti e abitudini che rivelano molto di ciò che essi sono e delle modalità tipiche di interazione con i propri figli.
L'esperienza finora condotta ci ha quindi consentito di cogliere direttamente informazioni importanti in un contesto ecologico sulle modalità di relazione genitore-bambino.
La modalità on-line, inoltre, sembra essere maggiormente accettata dagli utenti più giovani, già abituati ad esprimere aspetti personali ed emozionali attraverso questi mezzi di comunicazione e a coglierli negli altri.
Le sedute di terapia condotte attraverso la modalità on-line, d'altra parte, non facilitano un'accurata osservazione del comportamento non verbale del proprio interlocutore. L'inquadratura che solitamente comprende quasi esclusivamente il viso, non sempre consente di cogliere alcuni dei messaggi non verbali (un sospiro, uno sbuffo, occhi sgranati o fini cenni di disapprovazione o di accordo), ai quali solitamente si è particolarmente attenti durante gli incontri di persona con i genitori. Una buona connessione permette di cogliere elementi riguardanti tono, volume e inflessioni nella voce, importantissimi veicoli di informazione, che vengono a mancare quando una connessione scadente provoca interruzioni nel flusso delle parole o fa percepire la voce dell'interlocutore come "metallica".
Partendo da queste considerazioni teoriche abbiamo poi ipotizzato di provare a proseguire anche nel percorso di *child training* di gruppo che aveva già raggiunto i 2/3 degli incontri previsti, adattando i contenuti e le procedure del percorso di Child Training [22].

Considerazioni su hardware e attrezzature

La modalità scelta è stata quella della videoconferenza, per consentire a tutte le persone coinvolte di comunicare in tempo reale tramite la trasmissione bidirezionale simultanea di segnali audio e video.
Ad oggi, esistono numerosi sistemi di videoconferenza che, senza entrare nel dettaglio tecnico, differiscono l'uno dall'altro sia relativamente al costo che alla qualità, alla crittografia e alla tutela della privacy. In generale, una buona regola empirica è che minore è il costo della videoconferenza, minore è la qualità e minore è la crittografia e la privacy [1].
La scelta di utilizzare *Google Meet* da parte della Direzione Sistemi dell'associazione nasce dalla valutazione dei parametri di sicurezza necessari per lo sviluppo di attività di Telemedicina così come previsti da documenti tecnici del Ministero della Salute e dalle specifiche tecniche delle differenti piattaforme presenti sul mercato, anche in considerazione della loro diffusione e della facilità di utilizzo da parte di utenti anche non esperti.
Il nuovo regolamento GPDR già applicato per utenti già in carico (come nel caso dei soggetti coinvolti nei percorsi) consente la modalità di lavoro in telemedicina, una volta che il soggetto coinvolto abbia espresso il proprio consenso alla partecipazione nella nuova modalità che, nella situazione emergenziale, era anche l'unica modalità attivabile.
Nel nostro caso, oltre a Meet, è stato possibile anche ricorrere ad altre applicazioni della Gsuite di Google, come ad esempio "Documenti" o "Jamboard" o "Diagram", tutti strumenti utili per condividere materiali di lavoro (schede, esercizi, approfondimenti), con gli utenti e, al contempo, offrir loro la possibilità di interagire in tempo reale.
I requisiti tecnologici necessari per poter sviluppare questa modalità di intervento sono risultati essere:

- un dispositivo informatico a disposizione dell'operatore (ad es. un PC, o, eventualmente, un tablet) dotato di webcam e microfono;
- un dispositivo informatico a disposizione di ciascun nucleo familiare cui è rivolto l'intervento (ad es. un PC, o un tablet), dotato di webcam e necessariamente di microfono;
- connessione Internet ad alta velocità per entrambi;
- auricolari per evitare il ritorno dell'audio tra i vari dispositivi.

Non in tutti i contesti familiari è stato possibile trovare soddisfatti tutti questi requisiti, ma per consentire il raggiungimento delle migliori condizioni possibili sono state preventivamente fornite le informazioni tecniche su

come dotarsi al meglio di quanto richiesto. In alcuni casi è stato sufficiente la creazione di un account che consentisse il collegamento, in altri, si è dovuto sopperire alla mancanza di webcam integrata nel pc, con l'utilizzo della videocamera del cellulare. Sono state fornite istruzioni scritte, e quindi sempre fruibili, necessarie per accedere al collegamento, tramite *Google Meet*, nell'ora e al giorno condivisi. Prima di ogni incontro è stato inviato ad ogni famiglia il materiale utile allo svolgimento dello stesso, con la possibilità di stamparlo preventivamente. Abbiamo poi valutato la necessità di disporre di modalità di contatto alternative per raggiungere le famiglie in caso di interruzione della connessione/problemi di utilizzo/guasto dell'apparecchiatura.

Gestione del Setting e considerazioni cliniche

Quando si avvia un trattamento a distanza tramite videoconferenza, è necessario fare alcune riflessioni sulla scelta della stanza e sulla preparazione di un setting terapeutico adeguato.

Abbiamo suggerito ai genitori di scegliere una stanza della propria abitazione nella quale poter ridurre al minimo distrazioni e interferenze.

Relativamente alla presenza dei figli, è importante disporre preventivamente di un piano di gestione della loro presenza durante ogni seduta. Anche se la necessità di organizzare le attività dei bambini da parte dei genitori può rappresentare un ostacolo allo svolgimento dell'incontro, in realtà può trasformarsi in un'occasione di confronto. I genitori, infatti, possono ricevere un feedback concreto sui modi in cui i loro spazi domestici possono essere adattati alla situazione contingente. Le dinamiche familiari possono rivelarsi nella loro essenza ed essere analizzate e discusse con i conduttori del percorso (che altro non è che uno degli obiettivi propri del trattamento). Considerare tutti questi aspetti, migliora l'impegno e il coinvolgimento dei genitori durante le sessioni.

Infine, poiché gli spazi scarsamente illuminati producono una qualità video a bassa risoluzione che può interferire con la comunicazione, oltre ad un'adeguata illuminazione diffusa dell'ambiente, è utile posizionare una fonte di luce dietro la webcam per illuminare in modo ottimale i volti e ridurre eventuali ombre che possono mascherare le espressioni facciali.

Nei contenuti, le sedute si sono svolte seguendo la prassi abituale che comprendeva: una pratica iniziale di mindfulness, l'introduzione teorica dell'argomento dell'incontro, la messa in pratica tramite esercizi, schede e *role playing* delle strategie presentate, l'assegnazione di esercizi per l'incontro successivo. Per quanto concerne la pratica della mindfulness, i genitori e i terapeuti hanno sperimentato la possibilità, seppur a distanza, di esercitare insieme la consapevolezza del momento presente nello spazio che li circonda. Per quanto riguarda invece la pratica al di fuori degli incontri, sono stati riscontrati nei genitori due atteggiamenti opposti: alcuni di loro hanno visto nel tempo a disposizione e nella riorganizzazione delle proprie attività quotidiane una possibilità per essere costanti nella pratica della consapevolezza, scegliendo di ritagliarsi dei momenti nella settimana durante i quali "allenarsi". Altri genitori, hanno invece riferito di sentirsi fortemente provati dal dover restare per un così lungo periodo di tempo tra le pareti domestiche con i bambini e di faticare a trovare le occasioni per praticare la consapevolezza del momento presente, indaffarati a gestire situazioni difficoltose. Alcuni genitori hanno segnalato la difficoltà nel mantenere ritmi adeguati allo svolgimento delle attività della famiglia e, in particolare i genitori che avevano necessità di lavorare da casa, riferivano un aumentato stato di tensione legato alla difficoltà di gestire l'irrequietezza dei figli. Date queste premesse, i percorsi di *parent training* hanno preso in considerazione i temi portati dai genitori e hanno permesso di contestualizzare le loro difficoltà, riconoscendole e mettendole in relazione con i punti di forza e debolezza loro e dei figli. Una visione "contestuale" degli eventi ha da un lato arricchito le chiavi di

Tab. I. Requisiti necessari per l'intervento di *Parent Training On Line*.

Requisiti tecnologici necessari per poter sviluppare questa modalità di intervento
• Sistema di videoconferenza, che rispetti i parametri di sicurezza dettati dal Ministero della Salute e che sia di facile utilizzo da parte dell'utenza
• Un dispositivo informatico a disposizione dell'operatore (ad es. un PC, o, eventualmente, un tablet) dotato di webcam e microfono
• Un dispositivo informatico a disposizione di ciascun nucleo familiare cui è rivolto l'intervento (ad es. un PC, o un tablet), dotato di webcam e necessariamente di microfono
• Connessione Internet ad alta velocità per entrambi
• Auricolari per evitare il ritorno dell'audio tra i vari dispositivi;
• Scelta della stanza nella quale poter ridurre al minimo distrazioni ed interferenze
• Predisposizione di un piano di gestione della presenza dei figli durante ogni seduta
• Adozione di strategie per ottimizzare la qualità dell'immagine video (fonte di luce dietro la webcam; ottimizzazione dell'illuminazione ambientale)

lettura dei genitori, dall'altro ha rafforzato la consapevolezza di quanto l'ambiente possa fare la differenza nell'influenzare emozioni, cognizioni e comportamenti.
La modalità on-line di svolgimento degli incontri ha comunque permesso uno scambio proficuo all'interno di ogni gruppo, consentendo a tutti i partecipanti di condividere riflessioni ed esperienze personali.
Grazie a tale modalità sono riusciti a partecipare agli incontri anche quei genitori che, a causa di impegni lavorativi, si erano trovati in difficoltà a presenziare ad alcune delle precedenti sessioni che si erano svolte "in presenza" presso l'Istituto.
Soprattutto in un momento così difficile, il confronto all'interno di un gruppo che condivide le medesime sfide quotidiane, si è rivelato una risorsa preziosa per sentirsi compresi e supportati.

CONCLUSIONI

Diversi sono i vantaggi delle terapie condotte via internet: il risparmio di tempo, la riduzione delle liste d'attesa, la possibilità di seguire il trattamento senza rinunciare alle attività scolastiche o a impegni lavorativi, ovviare alle distanze geografiche che possono intercorrere tra paziente e terapeuta [23,24]. Le terapie via Internet, inoltre, potrebbero agevolare anche coloro che, per questioni culturali o legate a stereotipi sociali, trovano più resistenza nel recarsi da un terapeuta. Infine, una terapia condotta secondo queste modalità consente la prosecuzione di un percorso già avviato che a fronte di impedimenti esterni, come è accaduto nella situazione di emergenza sanitaria, risulterebbe bloccata.
Le osservazioni da noi raccolte sulla base dell'esperienza fin qui affrontata, confermano quanto riscontrato in letteratura, suggerendo che la risposta, l'impegno e il coinvolgimento mostrato dai genitori durante il trattamento è stato persino superiore a quella osservata nel PT tradizionale svolto in presenza. Infatti, per tutti gli incontri svolti a distanza si è registrata la partecipazione della quasi totalità dei genitori (20 genitori), quindi anche di chi, per motivi di organizzazione lavorativa, non era stato presente agli incontri presso l'Istituto. Durante gli incontri i genitori hanno riferito di sentirsi a loro agio nel poter svolgere le sessioni in ambiente domestico e hanno dimostrato di essersi saputi organizzare nella gestione dei figli per tutta la durata degli incontri. I genitori hanno sfruttato la possibilità di porre domande e chiarire dubbi e non si sono risparmiati nel condividere le loro osservazioni e le loro esperienze personali. Il rimando da parte di tutte le famiglie partecipanti è stato estremamente positivo, in particolare hanno apprezzato la continuità offerta in un periodo di difficoltà. I risultati ottenuti con i gruppi che hanno effettuato un passaggio dal trattamento in presenza ad uno a distanza ci hanno portato ad estendere la possibilità dei percorsi a distanza ad altri gruppi di genitori proponendo l'intervento ai genitori di 15 bambini in lista d'attesa.
Il *parent training* fornito in modalità telematica presenta anche dei limiti, legati soprattutto alla strumentazione di tipo informatico e alla qualità dei collegamenti a disposizione delle famiglie. Tali limiti sono a nostro avviso superabili, invitando i genitori a riflettere sui vantaggi del dotarsi di tali dispositivi per fruire del trattamento direttamente dal loro domicilio, rispetto alla necessità di doversi organizzare e spostare per raggiungere la sede del Centro in cui il trattamento verrebbe invece erogato "in presenza".

Conflitto di interessi

Gli Autori dichiarano di non avere alcun conflitto di interessi con l'argomento trattato nell'articolo.

Bibliografia

1 Comer JS, Furr JM, Cooper-Vince C, et al. Rationale and considerations for the Internet-based delivery of Parent-Child Interaction Therapy. Cogn Behav Pract 2015;22:302-16.
2 DuPaul GJ, Kern L, Belk G, et al. Face-to-face versus online behavioral parent training for young children at risk for ADHD: treatment engagement and outcomes. J Clin Child Adolesc Psychol 2018;47(sup1):S369-83.
3 Khan S, & Ramtekkar U. Child and adolescent telepsychiatry education and training. Psychiatr Clin North Am 2019;42:555-62.
4 Shore JH, Savin DM, Novins D, et al. Cultural aspects of telepsychiatry. J Telemed Telecare 2006;12:116-21.
5 O'Reilly R, Bishop J, Maddox K, et al. Is telepsychiatry equivalent to face-to-face psychiatry? Results from a randomized controlled equivalence trial. Psychiatr Serv 2007;58:836-43.
6 Myers KM, Valentine JM, Melzer SM. Child and adolescent telepsychiatry: utilization and satisfaction. Telemed J E Health 2008;14:131-7.
7 Nelson EL, Barnard M, Cain S. Treating childhood depression over videoconferencing. Telemed J E Health 2003;9:49-55.
8 Savin D, Garry MT, Zuccaro P, et al. Telepsychiatry for treating rural American Indian youth. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2006;;45:484-8.
9 Olthuis JV, Watt MC, Bailey K, et al. Therapist supported Internet cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in adults. Cochrane Database Syst Rev 2016;3:CD011565.
10 Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. Internet-delivered cognitive behavioural therapy for major depressive disorder and anxiety disorders: a health technology assessment. Project Protocol 2018.
11 Van Beugen S, Ferwerda M, Hoeve D, et al. Internet-based

cognitive behavioral therapy for patients with chronic somatic conditions: a meta-analytic review. J Med Internet Res 2014;16:e88.

12 Vigerland S, Lenhard F, Bonnert M, et al. Internet-delivered cognitive behavior therapy for children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. Clin Psychol Rev 2016:50:1-10.

13 Bonati M, Cartabia M, Zanetti M, et al. Waiting times for diagnosis of attention-deficit hyperactivity disorder in children and adolescents referred to Italian ADHD centers must be reduced. BMC Health Serv Res 2019;18;19:673.

14 Myers K, Vander Stoep A, Zhou C, et al. Effectiveness of a telehealth service delivery model for treating attention-deficit/hyperactivity disorder: a community-based randomized controlled trial. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2015;54:263-74.

15 Tse YJ, McCarty CA, Stoep AV, et al. Teletherapy delivery of caregiver behavior training for children with attention-deficit hyperactivity disorder. Telemed J E Health 2015;21:451-8.

16 Xie Y, Dixon JF, Yee OM, et al. A study on the effectiveness of videoconferencing on teaching parent training skills to parents of children with ADHD. Telemed J E Health 2013;19:192-9.

17 McNeil CB, Hembree-Kigin TL. Parent-child interaction therapy. Springer Science & Business Media 2010.

18 SINPIA-Italian Society of Neuropsychiatry of Childhood and Adolescence. Linee-guida per la diagnosi e la terapia farmacologica del Disturbo da Deficit Attentivo con Iperattività (ADHD) in età evolutiva. http://www.iss.it/binary/wpop/cont/SINPIA_L.g.ADHD.1116940207.pdf.

19 NICE: Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. Clinical guideline [CG72] Published date: September 2008 Last updated: February 2016.

20 AACAP. Clinical update: telepsychiatry with children and adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2017;56:875-93.

21 American Telemedicine Association. Practice Guidelines for Videoconferencing-Based Telemental Health. Available online: http://www.americantelemed.org/resources/telemedicine-practice-guidelines/telemedicine-practice-guidelines/videoconferencing-based-telemental-health#.(accessed on 02 May 2018)

22 Vanzin L (a cura di). Rallentiamo e scegliamo! Child training per l'ADHD. Milano: Franco Angeli 2018.

23 Hedman E, Ljótsson B, Lindefors N. Cognitive behavior therapy via the Internet: a systematic review of applications, clinical efficacy and cost-effectiveness. Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res 2012;12:745-764.

24 Marks IM, Cavanagh K, Gega L. Computer-aided psychotherapy: revolution or bubble? Br J Psychiatry 2007;191:471-3.

Gruppi di lavoro SINPIA

Aggiornamento su programmi e attività

a cura di Rocco Farruggia e Fulvio Guccione

Coordinatori Sezioni Psichiatria dell'Età Evolutiva e Epidemiologia e Organizzazione dei Servizi SINPIA

PREMESSA

Come è noto il direttivo SINPIA ha condiviso la necessità di istituire gruppi di lavoro su specifiche tematiche NPIA che necessitano di revisione e di aggiornamento delle prassi operative.
Qui presentiamo lo stato di lavoro delle attività svolte durante l'anno.

Gruppo di lavoro "Minori migranti e disturbi neuropsichici"

Coordinatore: Carmela Tata
Soci partecipanti: Elena Alberini, Giorgia Andriuolo, Irene Baldi, Chiara Bellantoni, Lucilla Bonvini, Patrizia Conti, Stefano Costa, Giancarlo Costanza, Marco Di Stefano, Mario Landi, Giulia Magnani, Rossana Mazzoni, Stefania Millepiedi, Tiziana Pisano, Sofia Trezzi, Sofia Misuraca, Sara Uccella, Maria Perugini

Gruppo di lavoro. Minori migranti e disturbi neuropsichici.

Obiettivi Generali	• Confrontare le varie realtà. • Effettuare approfondimenti epidemiologici. • Definire modalità assistenziali "Evidenced Based" e improntate all'appropriatezza, efficienza ed equità di cura. • Promuovere la formazione e l'aggiornamento degli Operatori in modo da qualificare ed armonizzare gli interventi.
Obiettivi Specifici	• Promulgare azioni di prevenzione dell'acuzie psichiatrica tramite interventi per l'individuazione precoce delle situazioni di alto rischio. • Definire modelli e strumenti di valutazione neuropsicologica che tengano conto della componente culturale di origine al fine di facilitare l'inquadramento diagnostico e le diagnosi differenziali.

In fase di lockdown il gruppo ha lavorato confrontandosi attraverso videoconferenze.
È emersa la complessità del lavoro sia per la vastità dei contenuti che per l'eterogeneità stessa dei minori migranti. Bisogna, infatti, considerare tre gruppi: i minori non accompagnati, i minori di prima e di seconda generazione. Sono tre gruppi con problematiche diverse per il vissuto esperenziale e per i contesti di vita. Si è pensato, pertanto, di focalizzare il lavoro sulle tematiche che sono sembrate più frequenti e utili nella pratica quotidiana con il fine di raggiungere obiettivi concreti e buone prassi utilizzabili da parte dei Neuropsichiatri infantili. In questa prima fase si è ritenuto utile concentrarsi sui seguenti campi: a) Epidemiologia e legislazione, b) La gestione del disturbo psicotico, c) I disturbi del neurosviluppo. È stato creato un Drive comune per la sistematizzazione di materiale scientifico da rendere facilmente consultabile. È stata abbozzata una scheda epidemiologica che è al vaglio per la definizione. In riferimento ai disturbi del neurosviluppo si è pensato di attenzionare in particolare il disturbo dello spettro autistico, l'ADHD e quei disturbi del neurosviluppo, difficilmente collocabili in categorie specifiche, dove accanto ad una difficoltà del bambino si fa preponderante anche una situazione traumatica ambientale. Per la gestione del disturbo psicotico è stata definita

CORRISPONDENZA
Rocco Farruggia - E-mail: roccofarruggia@inwind.it; Fulvio Guccione - E-mail: fulvioguccione@gmail.com

indispensabile la conoscenza dell' etnopsichiatria. A tal proposito si vorranno proporre webinar su tale tematica. In riferimento alla Pandemia da COVID-19, i Minori Stranieri Non Accompagnati (MSNA) sono tra i soggetti più vulnerabili e più a rischio di essere violati nei loro diritti. Questa crisi sanitaria ha sospeso la realizzazione di gran parte dei percorsi d'integrazione avviati dai MSNA. La formazione scolastica a distanza ha trovato spesso difficoltà per la carenza, nelle strutture, degli strumenti tecnologici necessari; bloccati i tirocini formativi o quelli propedeutici per l'avvio al lavoro. In generale il blocco degli uffici pubblici ha generato difficoltà nell'avvio di qualsiasi percorso previsto dalle leggi a tutela del minore, dal colloquio con il servizio sociale, alla domanda di protezione internazionale, alla richiesta di permesso per minore età, alla nomina del tutore, ai ricongiungimenti familiari ecc. È Importante considerare il grave impatto psicologico che la sospensione delle pratiche ha suscitato che va ad aggiungersi su tutta la problematica dei MNSA.

Gruppo di lavoro "Minori ritirati"

Coordinatore: Paola Vizziello
Soci partecipanti: Elena Alberini, Enza Ancona, Ignazio Ardizzone, Mauro Camuffo, Daniela Candeloro, Simone Cuva, Francesca Di Martino, Marco Antonio Di Stefano, Oliviero Fuzzi, Erminia Mannarino, Laura Reale, Gabriella Rosso, Carmela Tata, Valerio Vellante
*Il GdL ha presentato come prima sintesi del lavoro effettuato l'articolo inserito nel presente numero monografico dal titolo: "**Il Ritiro Sociale Grave in adolescenza ai tempi del COVID-19**" ove emergono i seguenti dati salienti: "L'esperienza lockdown e il distanziamento da COVID-19, non ha risparmiato gli adolescenti in situazione di isolamento sociale e autoreclusione in casa, volontariamente allontanatisi dai contesti sociali abituali, inclusa la scuola e i gruppi di pari, qui definiti minorenni con "Ritiro Sociale Grave", inseriti in una vasta gamma di condizioni che possono spaziare da modalità disfunzionali per quanto transitorie, di affrontare la fase evolutiva adolescenziale fino a franchi quadri psicopatologici. Nel periodo dell'emergenza COVID-19, in quasi tutti i Servizi di NPIA, gli interventi con questi ragazzi e relative famiglie, sono proseguiti "da remoto", in telemedicina, attraverso colloqui NPI, sedute di psicoterapia, gruppi psicoeducativi, reti tra servizi NPIA, sociali e scuola in videocollegamento: la nuova modalità di intervento, mediate dal pc, hanno spesso rappresentato una nuova opportunità di investire sulle esperienze, sulla didattica e sulle relazioni, fornendo risultati alterni."*

Il gruppo di lavoro si è coagulato su alcuni scostamenti dalle definizioni internazionali o comunemente condivise, rilevando da un lato la possibile presenza di ragazzi che continuano a frequentare la scuola, per quanto irregolarmente e pur strutturando un quadro sintomatologico tipico del ritiro sociale negli altri contesti di vita, e, dall'altro, l'opportunità di attivare azioni di osservazione e, talora, di presa in carico, anche laddove il periodo di ritiro, in qualsiasi forma si presenti, risulti temporalmente inferiore ai 6 mesi.
Un iniziale *brainstorming* tra Colleghi ha permesso di mettere in luce tre aspetti fondamentali da approfondire:
- la definizione del disturbo 'ritiro socialè come

Gruppo di lavoro. Minori ritirati.

Obiettivi generali	• Mappaggio epidemiologico per valutare l'effettiva entità del problema e la risposta dei Servizi. Più nello specifico: pazienti con diagnosi di: • a- Hikikomori primario: non è associato a un disturbo psichiatrico esistente. • b- Hikikomori secondario (individuare una griglia/questionario di raccolta dati, sulla falsariga di altri già stilati, sulla valutazione del benessere nella fase della pre/adolecsenza (vedi la ricerca fatta in Emilia Romagna), presenza di disturbi psichiatrici riconosciuti -ICD10, DSM, PDM: disturbi dell'attaccamento, autismi ad alto funzionamento, disturbi evitanti,disturbi psichiatrici egosintonici/egodistonici, dist. internalizzanti/esternalizzanti, schizofrenia, PTSD, disturbi d'ansia, disturbi dell'umore, disturbo schizoide, disturbo evitante di personalità). • 2. Mappaggio dell'offerta di servizio e dei piani di 'aggancio' e di trattamento (definizione dei percorsi diagnostico/terapeutici, procedure di aggancio, presa in carico, calcolo del GAP temporale tra la prima insorgenza dei sintomi e la segnalazione- sempre molto in ritardo-trattamento: outreach, ricovero, farmaci, lavoro attivo sul contesto dei pari, gruppi, laboratori, intervento sull'empowerment, awarness, efficacy- e autotina con intervento sulle skills anche emotive-DBT-attività sportive, mindfullness).
Obiettivi specifici	Promuovere azioni di individuazione precoce dei fattori di rischio (personali, familiari, sociali), di 'aggancio' e presa in carico precoce onde evitare l'evoluzione in patologie maggiori. Organizzare percorsi di diagnosi omogenei che permettano maggiore convergenza sulle diagnosi e sui percorsi terapeutici pur nella specificità individuale comportamentale e plurisintomatica e sulle risorse e richieste psicologiche del singolo, della famiglia e del contesto (spesso molto alte verso l'adesione ad un Io ideale persecutorio e irraggiungibile).

sintomo e non come patologia in sé e, quindi, la necessità di definire adeguati protocolli di valutazione;
- l'individuazione di indicatori di prognosi all'interno di una gamma di comorbidità;
- la definizione di protocolli di diagnosi e terapia (PDTA) o di Linee Guida ad hoc, con il focus sugli interventi precoci, attraverso una rimodulazione di quelli esistenti.

Il gruppo si è quindi organizzato in tre sottogruppi (Epidemiologia e percorsi di valutazione; Indicatori e prognosi; Rimodulazione degli interventi) per identificare azioni specifiche da attivare partendo dalla letteratura nazionale e internazionale e promuovere una riflessione approfondita e filtrata dall'esperienza di emergenza sanitaria che stiamo attraversando.

Il sottogruppo "Epidemiologia e percorsi di valutazione" ha sviluppato un questionario dedicato sia al mappaggio delle situazioni di ritiro che hanno contattato i Servizi di NPIA nell'ultimo anno che alla valutazione delle stesse. Il questionario è già operativo in versione online e verrà proposto a tutti i Soci SINPIA.

Il sottogruppo "Indicatori e prognosi" si è posto come obiettivo la definizione degli indicatori di processo e di esito più utili per far emergere pattern comportamentali fruibili per la prognosi e, quindi, per la rimodulazione dei percorsi di cura (sottogruppo "Rimodulazione degli interventi"). Con il sostegno dei dati forniti dai questionari, sarà possibile definire una cornice teorica e delle Linee Guida che traccino sia i fenotipi comportamentali prevalenti che le traiettorie evolutive più frequenti, permettendo un confronto tra invianti, motivazioni degli invii e caratteristiche dei fenotipi comportamentali nella fase pre-COVID e nelle fasi successive.

Il sottogruppo "Rimodulazione degli interventi", rilevando l'importanza della rete (la famiglia, la scuola, i pari, il contesto sociale allargato, nonché i Servizi Sociali e il Tribunale laddove coinvolti) per una popolazione di utenti ancora relativamente sconosciuta, si è dato come obiettivo una definizione più adeguata e quanto più possibile omogenea e condivisa del fenotipo "Minorenne con ritiro sociale grave", attraverso azioni di confronto dei PDTA e dei Protocolli già in essere in molti Servizi, per arrivare ad una rimodulazione flessibile degli interventi, grazie anche ad un osservatorio più ampio. Sarà utile e necessario valutare quali azioni siano state possibili durante l'emergenza sanitaria rispetto alla fase pre-COVID e quali di queste siano state mantenute anche dopo la fase di riapertura e per quali motivi, e se verranno ratificate nel futuro come una buona pratica, migliorativa rispetto alle precedenti. Il Gruppo di Lavoro presenterà le proprie conclusioni in un webinar in autunno.

Gruppo di lavoro "Rapporti tra NPIA e Area Giuridica"

Coordinatore: Stefano Benzoni
Soci partecipanti: Roberto Callegari, Stefano Costa, Fulvio D'Amico, Rocco Farruggia, Lorenzo Giamboni, Francesca Di Martino, Maria Naccari, Chiara Siriani, Giuseppe Santangelo, Serena Sperandero, Emanuela Viganò, Sara Uccella, Elisabetta Zucchini

Gruppo di lavoro. Rapporti tra NPIA e Area Giuridica.

Obiettivi Generali	Promuovere l'approfondimento di alcune tematiche specifiche di utilità teorico-pratica per i NPI, definendo linee operative comuni con particolare riguardo all'Arera Civile e all'Area Penale. Coordinamento e promozione di un ruolo attivo di SINPIA nei rapporti interistituzionali su temi di rilievo che attengano a questioni che riguardano la salute psichica dei minori, nel loro rapporto con la Giustizia Civile e Penale.
Obiettivi Specifici	*Area civile* Gestione dei rapporti tra A.G. (Tribunali ordinari e Tribunali per i minorenni) con particolare riguardo ai minori affidati all'ente per i quali si rendano necessari trattamenti NPI, e alla gestione delle c.d "segnalazioni". Consenso alle cure e gestione del consenso in situazioni speciali (TSO; affidi all'ente con delega all'assunzione di scelte sanitarie ecc). Il Danno psichico nella pratica clinica e nella pratica forense. Il medico NPI come Consulente dell'AG in ambito civilistico. *Area Penale* Interventi clinici e progetti nei minori autori di reato. Il medico NPI come Consulente dell'AG in ambito penale.

Il GdL anche durante il periodo di lockdown ha proseguito i lavori in videoconferenza. Nel corso degli incontri, in tema di effetti dell'emergenza COVID-19, sono state segnale, per l'Area Civile, il ricorso agli strumenti da remoto per il prosieguo dell'attività clinica, mentre per l'Area Penale, una difficoltà nella gestione dei colloqui individuali per gli adolescenti e le loro famiglie in particolare nei casi di collocamenti in Comunità. Si è registrato un rallentamento nel sistema dei collocamenti in Comunità.

Nel corso degli incontri sono stati discussi alcuni dati presenti nell'articolo ***"Adolescenti e lockdown. Indagine regionale epidemiologica e approfondimento con intervista sulla salute mentale degli adolescenti in carico ai DSM-DP nella Regione Emilia Romagna durante l'emergenza "COVID-19".***

Gruppo di lavoro "Classi di priorità"

Coordinatore: Fulvio Guccione
Soci partecipanti: Nicoletta Aliberti, Sara Bulgheroni, Mauro Camuffo, Anna Capocasale, Antonella Costantino, Fulvio D'Amico, Anna di Lelio, Diana Di Pietro, Francesca Di Martino, Rocco Farruggia, Cinzia Giannelli, Roberto Leonetti, Alessandro Mariani, Chiara Pantaleoni, Orazio Pirro, Francesco Pizzardi, Bruno Sales, Cosetta Saulle, Renato Scifo, Serena Sperandero, Carmela Tata, Elisabetta Zucchini

Gruppo di lavoro. Classi di priorità.

Obiettivo generale	Definizione di classi di priorità in NPIA uniformi su tutto il territorio nazionale, al fine di privilegiare i reali specifici bisogni dell'utenza e abbattere le inappropriatezze della domanda. Pubblicazione di classi di priorità in NPIA.
Obiettivi specifici	Leggere ed interpretare le schede sulle classi di priorità già emanate e operative. Individuare e proporre un modello unico e condiviso a livello nazionalePubblicare e proporre l'utilizzo di tale modello.

Il GdL ha proseguito i lavori in videoconferenza anche durante il periodo di lockdown. Nel corso degli incontri, accanto alla individuazione di specifiche classi di priorità per le varie aree di competenza NPIA: psichiatrica neurologica, neuropsicologica e riabilitativa sono emerse:
a) la necessità di condividere con i coordinatori delle altre sezioni scientifiche SINPIA le rispettive classi di priorità;
b) individuare, indipendentemente dal sospetto diagnostico degli indicatori che possano specificare una più celere priorità di presa in carico.
Questo secondo punto è tuttora in fase di elaborazione.

Gruppo di lavoro "Continuità Territorio-Ospedale"

Coordinatore: Stefano Costa
Soci partecipanti: Federico Amianto, Enza Ancona, Anichini Antonella, Chiara Baietto Lorenzo Bassani – S. Boni, Chiara Bosia, Chiara Caucci, Alessandra Cassetti, Elisa Colombi, Antonella Costantino, Fulvio D'Amico, Anna Dellarosa, Anna di Lelio, Francesca Di Martino, Lia Gamberini, Michela Gatta, Lorenzo Giamboni, Fulvio Guccione, Mario Landi, Roberto Leonetti, Riccardo Loparrino, Francesca Maraschi, Edoardo Pecchini, Maurizio Pincherle, Francesco Pizzardi, Tiziana Pisano, Giorgio Rossi, Giuseppe Santangelo, Cosetta Saulle, Serena Sperandeo, Renato Scifo

Gruppo di lavoro. Continuità Territorio - Ospedale.

Obiettivo generale	Approfondire alcuni punti critici relativi ai percorsi di cura previsti dalle linee di indirizzo con un confronto multicentrico e con la letteratura.
Obiettivi specifici	Triage ed avvio di percorsi di cura: il lavoro della NPIA presso i Pronto Soccorso come punto di snodo ospedale/territorio per intercettare pazienti e discriminare i quadri clinici (e le situazioni ambientali) da indirizzare a percorsi differenti – la sperimentazione di modelli di intervento. ed interpretare le schede sulle classi di priorità già emanate e operative. Elementi importanti del Piano di Trattamento Individuale (PTI) che possono sostenere percorsi alternativi al ricovero o successivi al ricovero: rapporti col Sociale, la Magistratura e il Terzo Settore per gli interventi alternativi e preventivi di sostegno ed eventuale percorso in comunità: stesura indicazioni e bozza possibile protocollo di collaborazione/attivazione. trattamento farmacologico dopo la dimissione da ricovero (passaggio da terapia per l'acuzie a terapia in cronico, tema del consenso dell'adolescente, informazione genitori, off-label) e bozza possibile protocollo aziendale. Caratteristiche dell'intervento educativo in psicopatologia in età evolutiva: cosa lo rende specifico ed efficace. Stesura indicazioni / collaborazione con Università Pedagogia Speciale. Trattamento integrato alcuni quadri clinici gravi, con sintomatologia mista e con necessità di alta intensità assistenziale: tentato suicidio, autolesione, uso sostanze, ritiro sociale (prevede collegamento con specifico gruppo di lavoro). Stesura indicazioni. e proporre un modello unico e condiviso a livello nazionale. Pubblicare e proporre l'utilizzo di tale modello.

Il Gruppo di lavoro Continuità Territorio-Ospedale ha lavorato in questi mesi, ovviamente da remoto. Al gruppo si sono iscritti 37 Soci.
Sono stati individuati tre temi da approfondire: a) Pronto Soccorso - Triage ed avvio di percorsi di cura, b)

Caratteristiche dell'intervento educativo in psicopatologia in età evolutiva e c) Trattamento integrato di alcuni quadri clinici gravi, con sintomatologia mista e con necessità di alta intensità assistenziale.
Il lavoro del gruppo è proseguito per costruire una proposta di procedura e/o definizione relativa all'ambito indagato elaborata con un "gradiente di qualità", ossia identificando alcuni punti giudicati come elementi prioritari irrinunciabili, altri come elementi importanti per una procedura di qualità ed infine altri ancora visti come elementi di arricchimento.

Gruppo di lavoro "Percorsi di cura semiresidenziali e residenziali per disturbi psichiatrici"

Coordinatore: Rocco Farruggia
Soci partecipanti: Giuseppe Abbraciavento, Michela Agrimi, Enza Ancona, Roberto Callegari, Elisa Colombi, Antonella Costantino, Luisa Barcella, Stefania Di Biasi, Chiara Gabaglio, Roberto Gaggero, Cinzia Giulianelli, Fulvio Guccione, Roberto Leonetti, Laura Madonna, Chiara Margarita, Lucia Margiotta, Sofia Misuraca, Francesco Pizzardi, Giuseppe Santangelo

*I Coordinatori delle Sezioni di Epidemiologia ed Organizzazione dei servizi e di Psichiatria hanno presentato come prima sintesi del lavoro effettuato l'articolo inserito nel presente numero monografico dal titolo: "**Comunità Terapeutica per minori e giovani adulti "Il Soffio": vissuti, procedure e modalità operative a seguito dell'emergenza COVID-19**" dal quale emergono i seguenti elementi salienti: La prima fase dell'emergenza è stata sufficientemente protettiva per gli ospiti della comunità. Più complessa la seconda fase sia per gli adolescenti che per gli operatori delle strutture. È risultato importante dotarsi di procedure formali che potessero essere la garanzia per il proseguimento delle attività. In tema di impatto dell'emergenza COVID-19 sui servizi servizi semiresidenziali si rimanda al lavoro "**Costruire modelli di cura resilienti tra crisi e cambiamento. L'esperienza del day hospital psichiatrico terapeutico, durante la pandemia COVID-19**" nella presente monografia.*

Gruppo di lavoro. Percorsi di cura semiresidenziali e residenziali per disturbi psichiatrici.

Obiettivo generale	*Monitoraggio dei "Percorsi differenziati per tipologia ed intensità di cura"* dei Disturbi Psichiatrici (Obiettivo 2 "Garantire risposte appropriate per la gestione della pre- e post acuzie psichiatrica in adolescenza e per la prevenzione delle acuzie ") previsti dalle Linee di Indirizzo dei disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza (Conferenza Stato Regioni n. 70/CU del 25/07/2019).
Obiettivi specifici	*Criteri per la definizione del Piano di trattamento Individuale (PTI).* Elaborazione di un modello standard per la formulazione del PTI da parte del servizio Territoriale NPIA secondo i criteri indicati dalla Conferenza Stato Regioni n. 138/2014. *Criteri per la definizione del Programma terapeutico-riabilitativo Individualizzato (PTRI).* Elaborazione di un modello standard per la formulazione del PTRI da parte delle Strutture semiresidenziali e residenziali che preveda anche strumenti per il monitoraggio delle amissioni e dimissioni, della durata degli inserimenti, delle espulsioni, dei ricoveri ospedalieri e degli esiti dei trattamenti.

Conflitto di interessi

Gli Autori dichiarano di non avere alcun conflitto di interessi con l'argomento trattato nell'articolo.

Continuità di cura in Day Hospital psichiatrico durante l'emergenza COVID-19. Trasformazioni dei modelli terapeutici tra crisi e cambiamento

Continuity of care in a psychiatric Day Hospital during the COVID-19 emergency. Transformations of therapeutic models between crisis and change

A. Anichini[1], R. D'Alessandro[1], C. Davico[1], I. Favole[1], E. Longo[1], C. Carbonara[1], D. Marcotulli[1], G. Mazzone[2], C. Oddone[1], A. Stolfa[2], E. Rainò[1], B. Vitiello[1]

[1] AOU Città della Salute e della Scienza di Torino, Presidio OIRM, Dipartimento di Patologia e Cura del Bambino, SC Neuropsichiatria Infantile U;
[2] Cooperativa Sociale Atypica

Riassunto

Introduzione. La pandemia da COVID-19 ha messo alla prova i nostri modelli di cura lanciando nello stesso tempo una sfida: ripensarli e condividerli, per garantire continuità di relazione terapeutica pur in un contesto di emergenza e precarietà.

Obiettivo. Valutare la fattibilità e efficacia percepita di un intervento terapeutico da remoto nel trattamento di pazienti in un Day Hospital psichiatrico (DH).

Metodi. Un gruppo di 48 bambini e adolescenti (64,6% di sesso femminile, età da 9 a 19 anni, età media 15,2 e DS 2,50), già in trattamento per psicopatologia grave e complessa presso il DH psichiatrico-terapeutico del Servizio di Neuropsichiatria Infantile dell'Ospedale Regina Margherita di Torino nel periodo precedente all'emergenza sanitaria, hanno ricevuto un intervento multidisciplinare da remoto per 90 giorni: mantenimento dei setting terapeutici settimanali/plurisettimanali e contatti in urgenza in base ai bisogni individuali dei pazienti. I pazienti sono stati seguiti nel tempo, prima dell'intervento (T_0) e dopo 30 (T_1), 60 (T_2), e 90 giorni (T_3), con valutazione clinica della gravità complessiva della psicopatologia mediante le scale Clinical Global Impressions - Severity (CGI-S) e -Improvement (CGI-I) e monitoraggio di possibile ideazione o comportamento suicidari, autolesionismo non suicidario (NSSI), e ritiro sociale. A pazienti e genitori è stato chiesto di indicare su scala Likert l'utilità percepita degli interventi erogati in modalità telematica. I dati sono stati analizzati con test non parametrici ed è stata effettuata un'analisi di regressione logistica ordinale.

Risultati. Gli interventi erogati a distanza sono stati in media 5,4 per paziente per settimana (min: 2; max: 9). Nessun paziente ha abbandonato il trattamento. Non si sono verificati drop out completi rispetto alla presa in carico. Non si sono verificati tentativi di suicidio. Per 3 pazienti (6.2%) si è reso necessario programmare un ricovero. La CGI-S ha indicato una significativa riduzione della severità del quadro clinico ($p = 0,03$), con un miglioramento nel 45,8% dei pazienti, una stazionarietà nel 29,2% e peggioramento nel 25%. Il miglioramento clinico si è reso più evidente nel gruppo di pazienti senza ritiro sociale rispetto al gruppo di pazienti con ritiro sociale ($p = 0,04$). Ideazione suicidaria era presente nel 35,4% dei pazienti a T_0 e nel 20,8% a T_3. Sulla base delle dichiarazioni dei pazienti, dei genitori e degli educatori, i pazienti con NSSI a T_0 erano il 22,9% e a T_3 il 12,5% ($p = 0,063$). Tra i pazienti con NSSI a T_0 si è riscontrata una riduzione del NSSI a T_3. Non si sono registrati nuovi casi di NSSI. Le visite NPI sono state valutate da moderatamente a estremamente utili dal 92,3% dei pazienti e l'82% dei genitori ha valutato da moderatamente a estremamente utili le visite NPI, le sedute di psicoterapia e la didattica a distanza.

Conclusioni. L'intervento a distanza durante il periodo di *lockdown* COVID-19 si è dimostrato fattibile, ben accettato da pazienti e genitori, e accompagnato da indici di miglioramento, nonostante la necessaria sospensione dei trattamenti in presenza. È ipotizzabile che la continuità del trattamento e la flessibilità del modello multidisciplinare, anche in modalità telematica, abbiano consentito ai pazienti di mantenere l'alleanza terapeutica e di conservare la fiducia nella relazione di cura.

Parole chiave: Psicopatologia, Adolescenza, Telemedicina, Telepsichiatria, Day hospital, Resilienza, Modelli terapeutici, COVID-19

Summary

Introduction. *The COVID-19 pandemic has challenged our treatment models, leading our team to rethink and share strategies of care, in order to ensure the continuity of therapeutic relationships during the precarious context of the pandemic.*

CORRISPONDENZA
Antonella Anichini, AOU Città della Salute e della Scienza di Torino, Presidio OIRM, Dipartimento di Patologia e Cura del Bambino, SC Neuropsichiatria Infantile U - E-mail: aanichini@cittadellasalute.to.it

Objective. *To evaluate the feasibility and perceived efficacy of a remote therapeutic intervention in the treatment of patients in a psychiatric Day Hospital (DH).*
Methods. *A group of 48 children and adolescents (64.6% female, age from 9 to 19 years, mean age 15.2 years and SD 2.50), already in treatment for severe and complex psychopathology at the psychiatric-therapeutic DH of the Child Neuropsychiatry Service of the Regina Margherita Hospital of Turin prior to the COVID-19 emergency, received remotely a multidisciplinary intervention for 90 days, with maintenance of the weekly / multi-weekly therapeutic session and additional contacts based on individual needs. Patients were prospectively assessed, at the lockdown onset (T_0) and after 30 (T_1), 60 (T_2) and 90 days (T_3), with clinical evaluation of the overall severity of psychopathology using the Clinical Global Impressions - Severity scales (CGI-S) and -Improvement (CGI-I) and monitoring suicidal ideation or behavior, non-suicidal self-harm (NSSI) and social withdrawal. Patients and parents were asked to indicate on a Likert scale the perceived usefulness of the telemedicine interventions. Data were analyzed with non-parametric tests and an ordinal logistic regression analysis was performed.*
Results. *An average of 5.4 remote interventions per patient per week (min: 2, max: 9) were provided, without any complete drop-out. During the 90 days of the intervention, no suicide attempt was recorded. Three patients (6.2%), were hospitalized. CGI-S scores indicated a significant reduction in the severity of illness between T_0 and T_3 ($p = 0.03$), with improvement in 45.8% of patients, worsening in 25%, and no change in the remaining 29.2%. Clinical improvement was more evident among patients without social withdrawal than in those with social withdrawal (p 0.04). Suicidal thoughts were reported by 35.4% of the participants at T_0 and 20.8% at T_3. Based on information from patients, parents and educators, NSSI was present in 22.9% at T_0 and in 12.5% at T_3 ($p = 0.063$). Of the patients with NSSI at T_0, 45.4% showed a reduction of self-injury. There were no newly reported cases of NSSI during the 90 days of intervention. Individual NPI visits were rated from moderately to extremely useful by 92.3% of the patients, and 82% of the parents rated from moderately to extremely useful NPI visits, psychotherapy sessions and teaching.*
Conclusions. *The remote intervention during the lockdown period COVID-19 was feasible, well accepted by patients and parents and accompanied by indicators of improvement, despite the necessary suspension of in person DH treatments. It is conceivable to hypothesize that the continuity of care through telemedicine and the flexibility of the multidisciplinary model helped patients maintain the therapeutic alliance.*

Key words: Psychopathology, Adolescence, Telemental health, Telemedicine, Telepsychiatry, Day hospital, Resilience, Treatment models, COVID-19

"È la fiducia nella presenza dell'altro, l'addomesticamento alla sua esistenza, la condivisione di pensieri, emozioni, lacrime, micromovimenti emotivi e fisici commuoventi e indispensabili alla costruzione del rapporto, prima trasformazione di quello che avverrà in seguito…"
S. Diena

INTRODUZIONE

L'emergenza COVID-19 ha messo alla prova i modelli di cura in neuropsichiatria dello sviluppo e nello stesso tempo ci ha posto una sfida, quella di ripensarli e condividerli, per costruire modalità in grado di porre al riparo la relazione terapeutica, in un contesto di precarietà. In altre parole, è stata messa alla prova la capacità di *resilienza* delle équipe curanti [1,2]. Il termine che deriva dal latino *resalio*, che significa saltare, rimbalzare, nell'antica Roma veniva utilizzato per indicare il gesto di tentare di risalire sulle imbarcazioni rovesciate: questa metafora rende l'idea di come abbiamo dovuto attrezzarci per aiutare i nostri pazienti e le loro famiglie a mantenere il lavoro di cura, sostenendo soprattutto i soggetti più fragili e vulnerabili. Ogni crisi tuttavia [3] può diventare occasione di cambiamento e, se accompagnata ad una riflessione rigorosa, può innescare processi trasformativi.
Il contesto di cura in cui si svolge questo studio è il **Day Hospital psichiatrico terapeutico**, una struttura intermedia tra il ricovero ad alta intensità di cure e le Strutture complesse di neuropsichiatria infantile territoriali con cui opera in sinergia. L'équipe curante è multidisciplinare (neuropsichiatri infantili, infermieri, insegnanti della Scuola ospedaliera, educatori, psicoterapeuti e medici specializzandi); il modello di riferimento è una declinazione del setting psicodinamico multiplo [4]. Il Day Hospital accoglie bambini e adolescenti con psicopatologia complessa in fase subacuta. Le patologie più frequenti sono il ritiro sociale/rifiuto scolastico, l'autolesionismo, le gravi somatizzazioni e i disturbi del comportamento alimentare. Durante l'emergenza COVID-19 è stato effettuato un **trattamento multidisciplinare in telemedicina** conservando, da remoto, la cadenza e le caratteristiche dei setting individuali/gruppali erogati in presenza. Abbiamo acquisito la consapevolezza che solo attraverso una sintonizzazione coi cambiamenti reali "*possiamo mantenere i processi e, anzi, ne cogliamo delle novità*" [5].

OBIETTIVO DELLO STUDIO

- Descrizione degli interventi proposti ai pazienti e alle loro famiglie nell'ambito del progetto di telemedicina nel corso della pandemia da COVID-19.
- Valutazione dell'andamento clinico longitudinale dei pazienti presi in carico, in termini di gravità

complessiva, dell'autolesionismo non suicidario (NSSI) e dell'ideazione suicidaria.
- Valutazione dell'andamento clinico longitudinale rispetto alla presenza/assenza di ritiro sociale.
- Valutazione dell'utilità percepita degli interventi erogati.

MATERIALI E METODI

Criteri di inclusione e di esclusione

Sono stati inclusi in questo studio tutti i pazienti con psicopatologia grave, già in carico al DH psichiatrico nel periodo precedente all'emergenza sanitaria (prima del 01/03/2020). A questi soggetti sono stati aggiunti i pazienti senza una precedente presa in carico presso il suddetto DH nel periodo precedente all'emergenza sanitaria, ma che all'inizio di essa si trovavano in regime di ricovero nel reparto di degenza annesso alla nostra Struttura, e che hanno avviato un percorso di DH nella fase post dimissione.

Sono stati esclusi i pazienti con già avviata presa in carico presso di DH nel periodo precedente all'emergenza sanitaria per solo ciclo diagnostico o per ciclo terapeutico di breve durata, senza associata grave psicopatologia. Sono inoltre stati esclusi tutti i pazienti che hanno avviato la presa in carico in DH nel periodo successivo alla fine della fase due (dopo il 16/05/2020).
Tutti i pazienti a cui è stato offerto il progetto di telemedicina hanno aderito agli interventi proposti e sono stati seguiti presso il DH psichiatrico terapeutico con modalità di telemedicina dal 1 marzo al 16 maggio 2020.

Descrizione dell'intervento

Ai soggetti inclusi nel progetto sono stati proposti differenti tipologie di intervento, descritti nel dettaglio in Tabella I.
I colloqui NPI hanno avuto frequenza settimanale o plurisettimanale in base alle specifiche necessità cliniche dei singoli pazienti. È stata inoltre offerta la disponibilità dei clinici a tutte le situazioni di emergenza.

Tab. I. interventi offerti nel progetto telemedicina.

Tipo di intervento e descrizione ***Provider***	**Destinatari**	**Durata (min)**	**Frequenza**
Colloqui neuropsichiatrici *Medico NPI/medico specializzando*	Tutti i pazienti inclusi	20-30	Settimanali o plurisettimanali
Interventi educativi di gruppo: sono stati creati 5 gruppi base (media 5-6 partecipanti) scelti per affinità e/o età; 4 sottogruppi misti (media 2-3 partecipanti) *Educatori professionali*	Piccoli gruppi di pazienti selezionati	40-90	Settimanali ed eccezionalmente solo su richiesta due volte a settimana
Interventi educativi individuali *Educatori professionali*	Singoli pazienti selezionati	30-60	Sporadici o settimanali per chi non partecipava a incontri di gruppo
Incontri di rete multidisciplinari *Medico NPI ospedaliero, medico specializzando, medico NPI del servizio territoriale, psicologa, eventuale Servizio Sociale*	Équipe curante del day hospital; équipe territoriale, docenti, assistenti sociali, con o senza genitori	90	Ogni due settimane/ mensili
Didattica a distanza (Dad) con Scuola ospedaliera in integrazione con scuola di appartenenza *Insegnanti della scuola ospedaliera*	Pazienti selezionati	Secondo orario scolastico	Quotidiana
Colloqui con genitori/ punto famiglia *Medico NPI/ medico specializzando*	Genitori dei pazienti	60	Mensili
Supervisione dell'équipe multidisciplinare e riunioni focalizzate su obiettivi specifici *Medico NPI/supervisore esterno*	Équipe curante (medici e specializzandi NPI, psicologi, infermieri, educatori)	60	Tre volte a settimana
Laboratori a mediazione artistica, presso "CasaOz", un Centro diurno aggregativo minori a bassa soglia (CAM) *Educatori professionali/ artisti*	Pazienti selezionati	90	Settimanale
Laboratorio arteterapia *Arteterapeuta*	Piccoli gruppi di pazienti selezionati	90	Quindicinali
Psicoterapia individuale *Psicoterapeuta ad indirizzo psicodinamico*	Quasi tutti i pazienti inclusi	45	Settimanale/ bisettimanale
Psicoterapia di gruppo *Medico NPI/psicoterapeuta di gruppo*	Piccoli gruppi di pazienti	60	Settimanale

I restanti interventi sono stati proposti a gruppi selezionati di pazienti, in base alla decisione del clinico.
La situazione clinica di tutti i pazienti è stata oggetto di supervisione clinica dell'équipe multidisciplinare del Day Hospital e di discussione e condivisione nel "Gruppo interistituzionale di rete" a ogni due settimane/mensile.

Strumenti di valutazione/Misure di rilevazione di gravità

Per ogni paziente sono state raccolte le variabili demografiche (sesso e età all'inizio del progetto) e cliniche: diagnosi principale e diagnosi secondaria secondo classificazione ICD-9, presenza o assenza di ideazione suicidaria, presenza o assenza di *non suicidal self injury* (NSSI).
La gravità di malattia di ciascun soggetto è stata valutata mediante le scale CGI-S (*The Clinical Global Impression – Severity scale*) e CGI-I (*The Clinical Global Impression – Improvement scale*) (Busner, 2007) da due clinici esperti [6,7].
La CGI-S è una scala con punteggi da 1 (sano) a 7 (estremamente malato) che richiede al medico di valutare la gravità della malattia del paziente al momento della valutazione, in relazione all'esperienza passata del medico con pazienti che hanno la stessa diagnosi.
La CGI-I è una scala con punteggi da 1 (altamente migliorato) a 7 (altamente peggiorato), che richiede al medico di valutare in che misura la malattia del paziente è migliorata o peggiorata rispetto alla fase iniziale dell'intervento.
I pazienti sono stati valutati mediante CGI-S prima dell'inizio del trattamento (T_0), a distanza di 30 giorni dal baseline (T_1), di 60 giorni dal baseline (T_2) e al termine del percorso di presa in carico online, 90 giorni dal baseline (T_3). A T_1, T_2, T_3 è stato inoltre assegnato il punteggio CGI-I per descrivere l'andamento rispetto al T precedente.
Ai tempi T_0 e T_3 è stata valutata la presenza/assenza di ideazione suicidaria e la presenza/assenza di NSSI. Tali variabili sono state valutate a livello clinico tramite la valutazione dello stato mentale nel corso dei colloqui psichiatrici e per quanto riguarda le condotte autolesive anche attraverso i colloqui con i caregivers.
Al termine del trattamento ad ogni paziente è stato sottoposto un questionario di gradimento del servizio offerto, comprensivo di n. 5 domande a scelta multipla (scala Likert) somministrato mediante questionario online (*Google Forms*, *Google LLC*, 1600 *Amphitheatre Parkway*, *Mountain View*, CA 94043, USA). E' stata indagato la percezione di utilità di tutti gli interventi offerti. Per ciascuna domanda le risposte sono state proposte in scala Likert da 0 = per niente a 4 = estremamente.
Parallelamente è stato offerto ai genitori un questionario di gradimento del servizio offerto ai figli, comprensivo di 2 domande a scelta multipla (scala Likert, da 0 = per niente a 4 = estremamente), proposto con le medesime modalità, per indagare la percezione di utilità degli interventi offerti.
I partecipanti al progetto e i loro genitori hanno dato il loro consenso alla prosecuzione del percorso di DH in via telematica.

Analisi statistica

Sono state effettuate analisi descrittive per tutte le variabili. Le variabili categoriali sono state espresse in termini di frequenze e percentuali. Le variabili numeriche sono state descritte in termini di media, DS, mediana e *range interquartile* (IQR). Il punteggio al CGI-S ai due tempi di osservazione è risultato avere distribuzione non normale al test di Shapiro-Wilk, pertanto è stato descritto con mediana e IQR.
Le variabili per l'ideazione suicidaria e l'autolesionismo non suicidario ai due tempi di osservazione sono state utilizzate per la codifica di nuove variabili dicotomiche (0 = Peggiorato o stazionario, 1 = Migliorato).
L'outcome primario era valutare la variazione dei punteggi del CGI-S tra T_0 e T_3.
Per le variabili categoriali sono stati effettuati test del Chi-quadrato. È stato utilizzato il test di McNemar per campioni appaiati per valutare l'andamento dell'ideazione suicidaria e dell'autolesionismo non suicidario (NSSI) tra T_0 e T_3.
Il test dei ranghi di Wilcoxon è stato impiegato per confrontare i punteggi del CGI-S tra T_0 e T_3.
È stato impiegato il test di Mann-Whitney per valutare l'andamento dei punteggi al CGI-S in chi aveva una diagnosi di ritiro all'ingresso in DH e chi non ce l'aveva.
Il livello di significatività statistica prefissato era di 0,05.
Un modello di regressione ordinale (*logit*) è stato analizzato per valutare quali fattori fossero associati con la percezione dell'utilità degli interventi di telemedicina (*Patient Reported Outcome Measure*). In tale modello sono stati considerati ritiro sociale, CGI-S valutato prima dell'intervento, età del paziente e durata della presa in carico presso il DH come variabili indipendenti e l'utilità delle visite online riportata dai pazienti come variabile di *outcome.*
Le analisi sono state effettuate mediante software IBM SPSS *Statistics for Windows*, Versione 25.0 e R.

RISULTATI

Il gruppo di pazienti inclusi nel progetto di telemedicina a T_0 era composto da 48 pazienti, 31 femmine (64,6%), 17 maschi (35,4%), di età media di 15,2 anni (DS 2,50, min 9, max 19 anni).
Sulla base della diagnosi ICD-9 principale sono state individuate 4 categorie diagnostiche: "1" psicosi (3

Tab. II. Frequenze assolute e relative di diagnosi principale nel campione secondo classificazione ICD-9, raggruppate per categorie.

Diagnosi principale – ICD-9	N (48)	%
1. Psicosi	2	4,2
Psicosi non specificata (298.9)	1	2,1
Psicosi paranoide psicogena (298.4)	1	2,1
2. Disturbi dell'umore	19	39,9
Depressione maggiore, episodio singolo, grave, con comportamento psicotico (296.24)	5	10,5
Depressione maggiore, episodio singolo, in remissione parziale o non specificata (296.25)	2	4,2
Depressione maggiore, episodio singolo, moderato (296.22)	1	2,1
Depressione maggiore, episodio singolo, grave, senza menzione di comportamento psicotico (296.23)	2	4,2
Depressione maggiore, episodio singolo, in remissione completa (296.26)	2	4,2
Depressione maggiore, episodio singolo, grave, senza menzione di comportamento psicotico (296.23)	1	2,1
Disturbo bipolare non specificato (296.80)	3	6,3
Sindrome affettiva bipolare, episodio depressivo, in remissione parziale o non specificata (296.55)	3	6,3
3. Disturbi ansiosi e dell'adattamento	17	35,4
Disturbo ansioso generalizzato (300.02)	2	4,2
Disturbo dell'adattamento con ansia (309.24)	1	2,1
Disturbo dell'adattamento con ansia e umore depresso (309.28)	4	8,3
Fobia sociale (300.23)	10	20,8
4. Disturbi del comportamento alimentare	8	16,7
Anoressia nervosa (307.1)	8	16,7
5. Altri	2	4,2
Disturbi misti della condotta e delle emozioni (312.4)	2	4,2

pazienti, 6,2%), "2" disturbi dell'umore (15 pazienti, 31,3%), "3" disturbi d'ansia e disturbi dell'adattamento (20 pazienti 41,7%), "4" disturbi del comportamento alimentare (8 pazienti, 16,6%), "5" altri disturbi (2 pazienti, 4,2%). Descrizione in dettaglio nella Tabella II.

Inoltre, 10 pazienti (20,8%) presentavano come diagnosi secondaria disturbo borderline di personalità in fase di strutturazione, 3 (6,25%) pazienti disturbo narcisistico di personalità in strutturazione e 6 pazienti (12,5%) diagnosi disturbo dello spettro dell'autismo.

Nell'ambito del progetto, la media gli interventi erogati per paziente (considerando n = 1 aver usufruito di un determinato tipo di intervento, senza considerarne le rispettive frequenze) è stata di 5,37 interventi per paziente a settimana (min: 2, max: 9).

In particolare:

- tutti i 48 pazienti (100%) inclusi nel progetto di telemedicina hanno usufruito di colloqui neuropsichiatrici e tutte le rispettive famiglie hanno usufruito di colloqui di sostegno alla funzione genitoriale e/o punto famiglia;
- 43 pazienti (89,6%) hanno usufruito del servizio di didattica a distanza con Scuola ospedaliera in integrazione con scuola di appartenenza (secondo orario scolastico);
- 33 (68,7%) ragazzi hanno usufruito di sedute di psicoterapia individuale presso il DH, tuttora in corso. Negli altri casi il trattamento è stato rifiutato, oppure il paziente è in lista d'attesa o non è stato ancora indicato il trattamento psicologico;
- 8 pazienti (16,6%) hanno partecipato a sedute di psicoterapia di gruppo on line;
- 3 ragazzi (6,2%) hanno partecipato al laboratorio arteterapia;
- 20 pazienti (41,7%) hanno usufruito di interventi educativi di gruppo;
- 21 pazienti (43,7%) hanno usufruito di interventi educativi individuali;
- 14 pazienti (29,2%) hanno partecipato a laboratori a mediazione artistica presso il CAM "CasaOz";
- 26 pazienti (54,2%) hanno usufruito di incontri interistituzionali di rete aperti ai genitori.

L'andamento della gravità clinica dei singoli pazienti, stimata mediante CGI-S nel periodo di osservazione, è riassunto nella Figura 2, che mostra la distribuzione delle frequenze dei punteggi CGI-S ai rispettivi tempi di

CGI-subscale	Score	Meaning of the score
Severity of illness		
Considering your total clinical experience with this particular population, how ill is the patient at this time?	1	Normal
	2	Borderline mentally ill, not at all ill
	3	Mildly ill
	4	Moderately ill
	5	Markedly ill
	6	Severely ill
	7	Among the most extremely ill patients
Global improvement		
Compared to his condition at admission to the project, how much has the patient changed?	1	Very much improved
	2	Much improved
	3	Minimally improved
	4	No change
	5	Minimally worse
	6	Much worse
	7	Very much worse

CGI = Clinical Global Impressions.

Fig. 1. Clinical Global Impression (CGI). Guy W (1976).

valutazione clinica. Si osserva uno spostamento della moda del punteggio CGI-S da "6-Severamente malato" al T_0 a "4-Moderatamente malato" al T_3.
Confrontando le frequenze dei punteggi CGI-S ai tempi T_0 e T_3 (Fig. 3) è emerso un **miglioramento della gravità** nel 45,8% dei pazienti, una stazionarietà nel 29,2% e nel 25% dei pazienti un peggioramento.
Un box plot dei punteggi del CGI-S a T_0 e T_3 è mostrato in Figura 4. Si evidenzia che la mediana al T_0 era di 5 con IQR di 2, mentre al T_3 la mediana era di 4,5 con IQR di 1. Tale differenza nell'andamento dei punteggi al CGI S tra T_0 e T_3 è risultata essere *statisticamente significativa* secondo test dei ranghi di Wilcoxon a campioni correlati effettuato (p = 0,03).
È stato analizzato l'andamento della gravità clinica al CGI-S in relazione alla presenza o assenza di ritiro sociale all'inizio della presa in carico. È emerso miglioramento al punteggio del CGI-S tra T_0 e T_3 nel 84,9% dei pazienti che **non presentavano ritiro sociale** rispetto al 63,6% dei pazienti che presentavano ritiro all'ingresso. Nei pazienti che non presentavano ritiro sociale la distribuzione delle differenze del CGI-S tra T_0 e T_3 aveva una mediana di -1 punto (IQR = 1) (miglioramento), mentre il gruppo con ritiro sociale all'ingresso (e per tale ragione in carico presso il Day Hospital) aveva una distribuzione con mediana di 0 punti (IQR = 2) utilizzando il test U di Mann-Whitney a campioni indipendenti (p = 0,042).

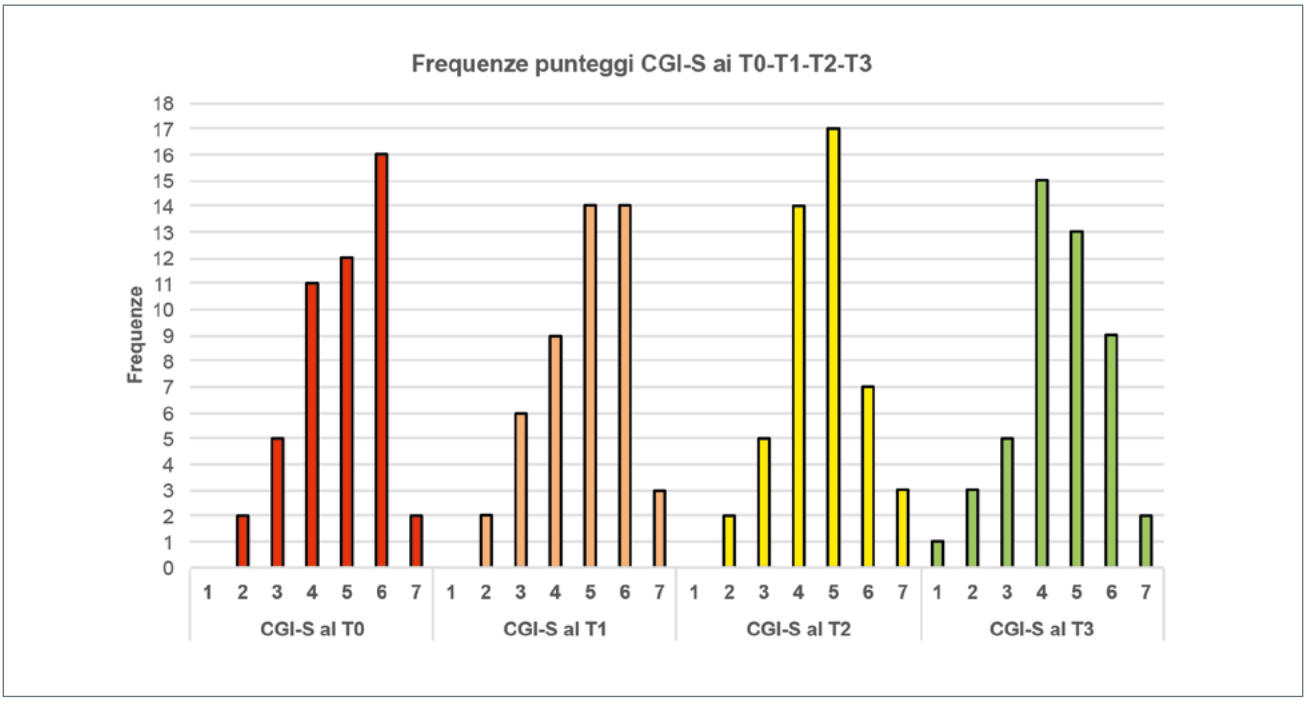

Fig. 2. Distribuzione frequenze punteggi CGI-S a T_0- T_1- T_2- T_3.

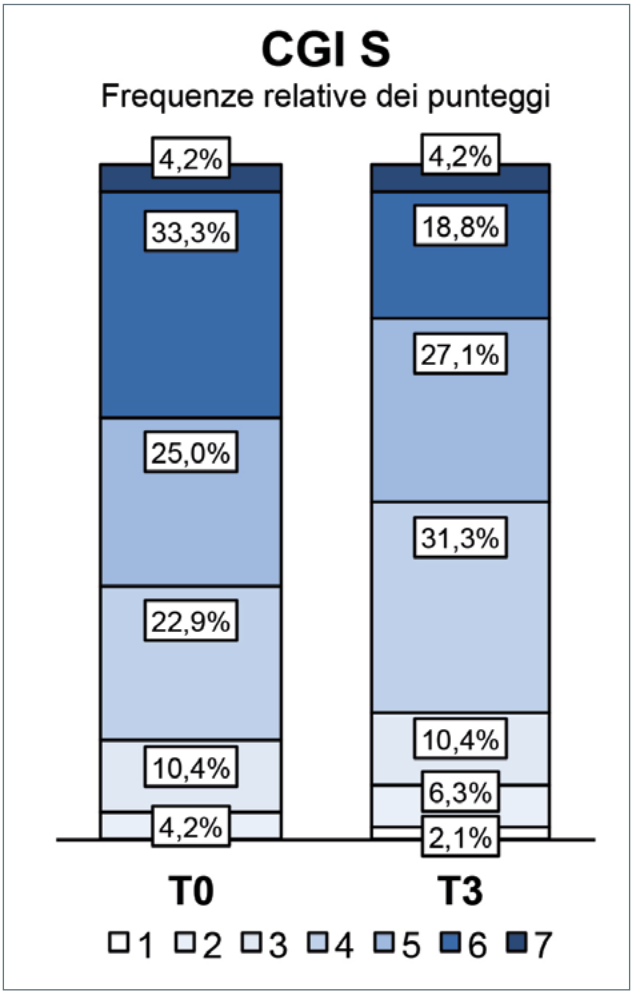

Fig. 3. Andamento frequenze CGI-S a T_0 e T_3.

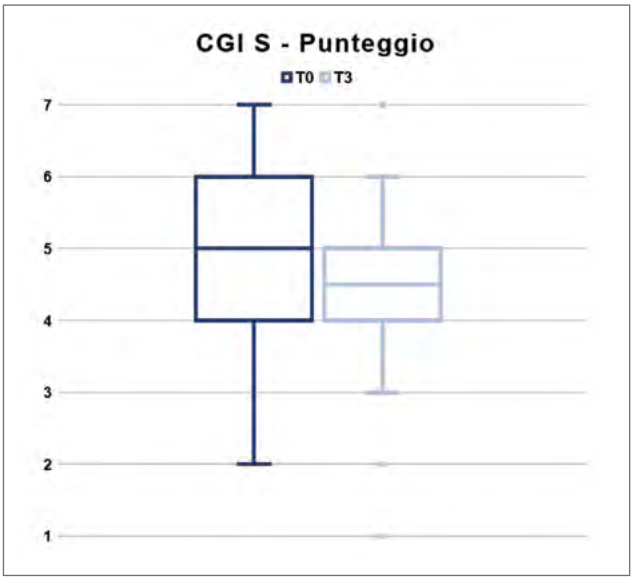

Fig. 4. Punteggio CGI-S a T_0 e T_3 nel campione.

In base al CGI-I, al termine dei 90 giorni di intervento (T_3), il 72,9% dei pazienti erano clinicamente stazionari (CGI-I 3-4), il 14,5% dei pazienti erano clinicamente migliorati (CGI-I 1-2), mentre il 12,5% dei pazienti erano peggiorati (CGI-I 5-6-7) rispetto a T_0 (Fig. 5).

Relativamente all'ideazione suicidaria è emerso che a T_0 questa era presente nel 35,4% dei pazienti, mentre a T_3 interessava il 20,8% (differenza analizzata mediante test di McNemar, p = 0,092). Inoltre, nei pazienti con ideazione suicidaria al T_0 il miglioramento è risultato più marcato, con una distribuzione delle differenze dei punteggi tra il T_0 e il T_3 avente mediana -1 e IQR 2, mentre chi non presentava ideazione all'ingresso aveva una distribuzione con mediana 0 e IQR 2. Tale differenza è risultata essere *statisticamente significativa* (p = 0,039) utilizzando il test U di Mann-Whitney per campioni indipendenti.

Tra T_0 e T_3 non si sono verificati tentativi di suicidio.

L'andamento dell'ideazione suicidaria è risultato essere associato all'andamento del punteggio del CGI-S: il gruppo di pazienti con miglioramento dell'ideazione aveva una distribuzione delle differenze tra T_0 e T_3 del CGI-S con mediana di -1 e IQR di 1, mentre il gruppo degli individui con andamento stazionario o in peggioramento aveva una distribuzione avente mediana di 0 con IQR di 2. Tale differenza è risultata essere statisticamente significativa (p = 0,030) secondo test U di Mann-Whitney.

Le condotte NSSI erano presenti nel 22,9% dei pazienti a T_0 e nel 12,5% a T_3, differenza che è stata analizzata mediante test di McNemar (p = 0,063). Considerando l'evoluzione delle NSSI longitudinalmente tra T_0 e T_3, in 6 casi (54,5%) si è assistito a una stazionarietà e in 5 casi (45,5%) a una regressione, non si sono registrate NSSI di nuova insorgenza a T_3. Il miglioramento al CGI-S è risultato più marcato nei pazienti con NSSI al T_0, con una distribuzione delle differenze dei punteggi tra il T_0 e il T_3 avente mediana -1 e IQR 2, rispetto al gruppo di paziente senza NSSI (mediana 0 e IQR 2). Tale differenza è risultata essere *statisticamente significativa* (p = 0,043) utilizzando il test U di Mann-Whitney per campioni indipendenti.

Non è emersa differenza tra sessi nell'andamento dell'ideazione e delle NSSI tra T_0 e T_3 (rispettivamente p = 0,252, p = 0,821).

Durante il periodo di osservazione, per 3 pazienti (6,2% dei pazienti in carico) si è reso necessario il ricovero ospedaliero (in elezione e con la compliance dei pazienti e delle famiglie): 1 caso per esacerbazione della psicopatologia in rapporto alla situazione di confinamento e alle problematiche del contesto familiare (un genitore con disturbo bipolare in riacutizzazione), 1 caso per necessità di controlli/terapie fisiche (anoressia con grave malnutrizione) e 1 caso per l'elevato rischio evolutivo

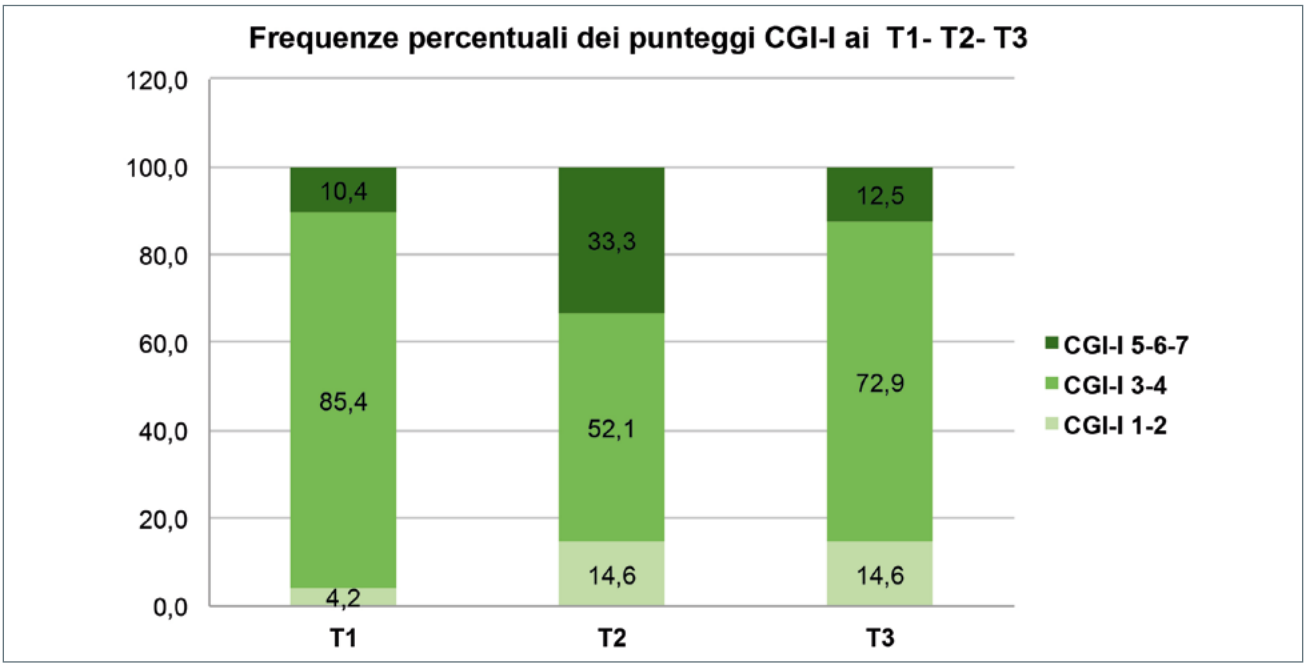

Fig. 5. Distribuzione frequenze punteggi CGI-I a T_1- T_2- T_3.

connesso alla gravità e all'intensità dell'ideazione suicidaria, con necessità di ambiente contenitivo.

Nel tempo di osservazione non si sono verificati *drop out* completi: tutti i pazienti hanno mantenuto un contatto con i curanti partecipando ai colloqui clinici fino al termine del progetto di telemedicina.

Allo stesso modo, non sono registrate perdite al T_3 per quanto riguarda gli interventi di supporto ai genitori, di educativa individuale, di didattica a distanza (scuola ospedaliera) e di psicoterapia individuale interna al Day Hospital. Per quest'ultimo intervento si segnala tuttavia che 4 pazienti (8,3%) hanno dovuto interrompere il percorso di psicoterapia per malattia del terapeuta.

Si riportano di seguito i risultati del questionario relativo all'utilità percepita degli interventi proposti che è stato somministrato ai pazienti e ai loro genitori al T_3. Ai genitori è stato chiesto di valutare l'utilità della didattica a distanza della scuola ospedaliera e visite neuropsichiatriche/sedute di psicoterapia, mentre ai ragazzi è stato chiesto di valutare l'utilità delle visite NPI, delle sedute di psicoterapia individuale, delle sedute di psicoterapia di gruppo, dell'intervento educativo di gruppo, dei laboratori di "Casa Oz" e della didattica a distanza (scuola ospedaliera). Le frequenze relative delle risposte sono riportate in dettaglio in Figura 5.

I risultati dell'analisi di regressione ordinale hanno dimostrato un'associazione tra durata della presa in carico presso il DH e utilità percepita delle visite online (OR = 1,19, $p < 0,005$).

DISCUSSIONE

Questo studio documenta la fattibilità, efficacia e buona accettabilità di un programma di DH psichiatrico terapeutico che ha continuato a operare per via telematica durante il periodo di *lockdown* dovuto al COVID-19 nel marzo-maggio 2020. Il programma, che si è avvalso della collaborazione interdisciplinare di neuropsichiatri, psicologi, educatori e terapisti, ha garantito continuità terapeutica nel trattamento di 48 bambini e adolescenti con grave psicopatologia. Situazioni di crisi e emergenza sono state gestite con successo, inclusa la pronta identificazione del bisogno di ospedalizzazione per 3 pazienti. Nessun paziente ha abbandonato il programma, e sia i pazienti che le loro famiglie hanno trovato il programma di considerevole utilità. Gli indici globali di severità di malattia, misurati con la CGI-S e di cambiamento del quadro clinico, misurati con la CGI-I, suggeriscono che gli interventi sono stati in media efficaci. Il miglioramento era specialmente evidente in pazienti con comportamenti autolesivi (NSSI), mentre la presenza di ritiro sociale all'inizio dello studio era associato ad un'evoluzione meno favorevole durante l'intervento a distanza.

Gli esiti di maggior rilevanza possono essere così riassunti:

- non si è verificato alcun *drop out*;
- solo 3 pazienti hanno avuto necessità di ricovero, che è stato comunque concordato nella cornice del setting multidisciplinare da remoto;

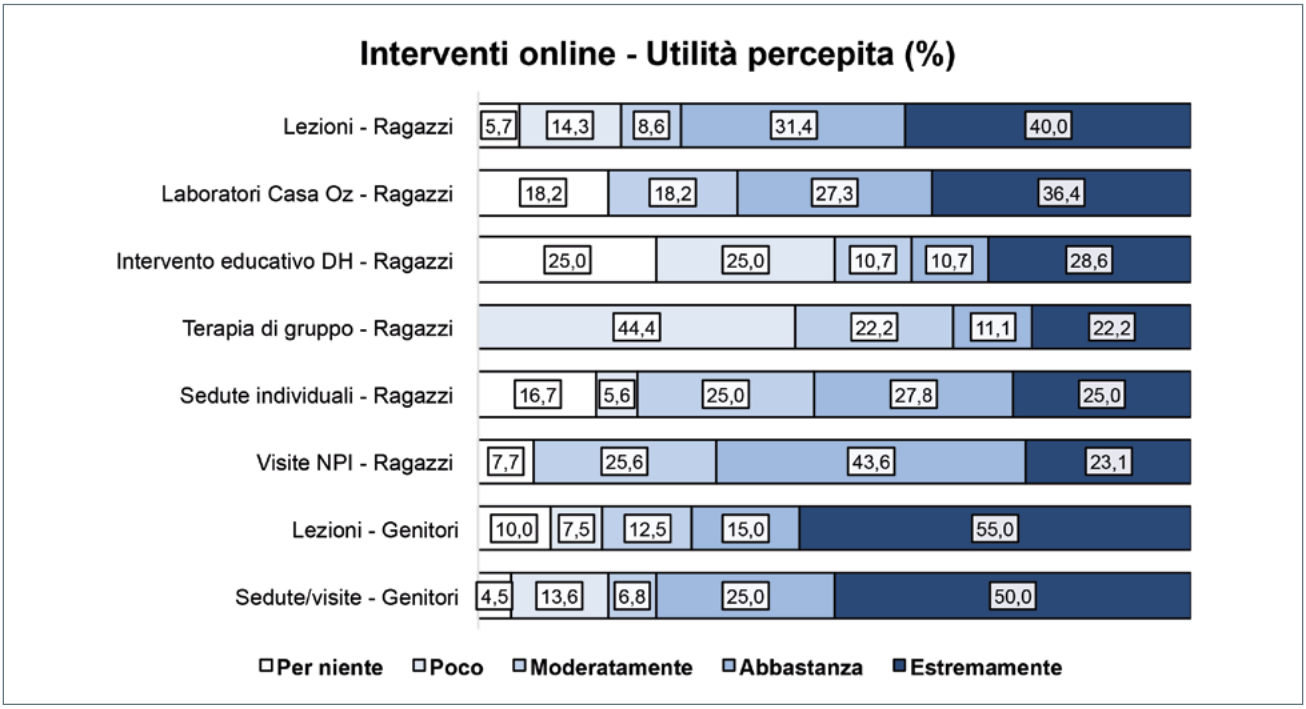

Fig. 6. Utilità percepita degli interventi online offerti ai ragazzi (visite e sedute online, lezioni scuola ospedaliera online) secondo i genitori e i ragazzi stessi al T_3. Sono riportate le frequenze relative delle risposte.

- vi è stato riconoscimento dell'utilità dell'intervento multidisciplinare, da parte dei pazienti e dei genitori, soprattutto per la scuola ospedaliera, le visite NPI, la psicoterapia con una preferenza per le attività di gruppo strutturate (laboratori) rispetto a quelle non strutturate.
- tutti i pazienti al termine del *lockdown* hanno ripreso e/o concluso il percorso terapeutico in presenza talora con mantenimento alcuni interventi in telemedicina.

Il mantenimento della *continuità del trattamento*, attraverso la telemedicina, con l'offerta multipla e diversificata multidisciplinare, ha probabilmente sostenuto l'alleanza terapeutica e la fiducia nella relazione di cura. Il miglioramento riscontrato nei soggetti con ideazione suicidaria e/o NSSI può, a nostro avviso, essere associato a diversi fattori. In primo luogo si segnala, in questi pazienti, la comorbidità con disturbo borderline (20,8% dei casi), di cui sono ben noti i vissuti abbandonici: i trattamenti da remoto possono aver contribuito al mantenimento del legame, permettendo ai soggetti in questione di sperimentare un valido contenimento. Parallelamente il mantenimento di uno "*stato di allerta*" nell'équipe, con il potenziamento delle riunioni di rete online ha rappresentato un contenitore sufficientemente stabile, nell'emergenza. Si ritiene inoltre possa essere stata rilevante la possibilità di contenere ed elaborare tempestivamente i vissuti post-traumatici legati alle pandemia evitando "rotture e crolli" a causa delle risonanze con antiche esperienze traumatiche. Infine è da segnalare il decrescere delle pressioni sociali, durante il *lockdown*, con conseguente riduzione delle richieste di *performance*.

In questo studio è emerso inoltre che il gruppo di pazienti che non presentavano ritiro sociale all'ingresso, ha presentato un miglioramento clinico maggiore rispetto ai pazienti con ritiro sociale.

Infatti, a livello clinico è stato possibile osservare nei **pazienti con *ritiro sociale grave***, che frequentavano il DH prima dell'emergenza e quindi già avanti nel percorso di cura, un iniziale miglioramento, sia in relazione al suddetto diminuire delle pressioni sociali, sia grazie alla continuità terapeutica offerta dagli interventi in telemedicina. In seguito, però, con il perdurare della fase di *lockdown* soprattutto coloro che presentavano una diagnosi di depressione in comorbidità al ritiro sociale, hanno presentato un peggioramento del quadro clinico con riattivazione di istanze regressive e devitalizzanti (apatia, abulia, anedonia) con necessità di rilancio e supporto in presenza.

Infine, è stata dimostrata un'associazione tra durata della presa in carico presso il Day Hospital e utilità percepita delle visite online: ciò potrebbe indicare che coloro che avevano potuto stabilire una relazione di

fiducia in un arco temporale più lungo hanno meglio apprezzato le visite NPI online.

Limiti dello studio

Questo è uno studio osservazionale, senza un gruppo di controllo, e quindi inferenze causali non possono essere derivate con certezza. Il gruppo dei partecipanti era eterogeneo per psicopatologia. Il numero ristretto dei sottogruppi limita il potere statistico di alcune analisi per cui alcuni differenze che appaiono clinicamente importanti non raggiungono significatività statistica.

CONCLUSIONI

L'intervento di cura a distanza ha garantito il mantenimento della continuità terapeutica durante il *lockdown* sociale imposto dalla pandemia COVID-19 [8-10]. Il modello utilizzato, che si è avvalso di modalità telematiche, si è dimostrato fattibile, ben accettato da pazienti e genitori e accompagnato da indici di miglioramento, nonostante la necessaria sospensione dei trattamenti in presenza. Il concetto chiave si è rivelato essere quello della *flessibilità*, attitudine cruciale nel lavoro del neuropsichiatra infantile: adattare i setting, con rigore e creatività al tempo stesso, può e deve essere il nostro lavoro quotidiano. I pazienti di cui ci occupiamo sono spesso reduci da "crolli" e "catastrofi" sul versante del mondo interno e sul piano della realtà esterna. In questa occasione a causa della pandemia, sia i pazienti che i curanti si sono trovati esposti contemporaneamente alla situazione di emergenza. Gli strumenti informatici hanno permesso di raggiungere i nostri pazienti e di mantenere la relazione di cura, e si sono rivelati altrettanto preziosi per mantenere sinergie e cooperazioni multidisciplinari. *La telecooperazione e il teleconsulto*, dopo l'esperienza COVID-19 stanno entrando nella pratica clinica corrente con conseguente arricchimento delle reti di cura e supporto tra specialisti. Infatti lo scambio, il confronto, il creare spazi circolari per condividere riflessioni e rappresentazioni, ritrovando direzioni comuni nella cura, rappresentano il nostro principale strumento di resilienza.

Conflitto di interessi

Negli ultimi due anni, BV è stato consulente per Medice Pharmaceuticals, Lundbeck Pharmaceuticals, Alkermes Co., and gli studi legali Goodwin & Procter, Haynes & Boone.
Gli altri Autori dichiarano di non avere alcun conflitto di interessi con l'argomento trattato nell'articolo.

Bibliografia di riferimento

Biondo D. Fare gruppo con adolescenti. Milano: Franco Angeli 2008.

Bonfiglio NS, Farneti PM, Renati R. La resilienza tra rischio e opportunità. Un approccio alla cura orientato alla resilienza. Roma: Alpes 2012.

Castelli C. Resilienza e creatività teorie e tecniche dei contesti di vulnerabilità, Milano: Franco Angeli 2019.

Dunlop B, Gray J, Rapaport M. Transdiagnostic clinical global impression scoring for routine clinical settings. Behav Sci 2017;7:40. https://doi.org/10.3390/bs7030040

Erikson EH. Identity, youth and crisis. New York: WW Norton Company 1968.

Fegert JM, Vitiello B, Plener PL, et al. Challenges and burden of the Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: a narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality. Version 2. Child Adolesc Psychiatry Ment Health 2020;14:20. https://doi.org/10.1186/s13034-020-00329-3. eCollection 2020

Guy W. Clinical Global Impressions ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology, Revised (DHEW Publ. No. ADM 76-338). National Institute of Mental Health: Rockville, MD 1976, pp. 218-222.

Riefolo G. Corona setting. 2020. https://www.spiweb.it/wp-content/uploads/2020/03/riefolo.pdf

Sharma A, Sasser T, Schoenfelder Gonzalez E, et al. Implementation of home-based telemental health in a large child psychiatry department during the COVID-19 crisis. J Child Adolesc Psychopharmacol 2020;30:404-13 https://doi.org/10.1089/cap.2020.0062

Smith K, Ostinelli E, Macdonald O, et al. COVID-19 and telepsychiatry: an evidence-based guidance for clinicians. JMIR Ment Health 2020;7:e21108 https://doi.org/10.2196/21108

ISTRUZIONI PER GLI AUTORI

Il G*iornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva* pubblica editoriali, articoli scientifici originali, articoli brevi, review e casi clinici attinenti alla Disciplina. I contributi devono essere inediti, non sottoposti contemporaneamente ad altra rivista, ed il loro contenuto conforme alla legislazione vigente in materia di etica della ricerca. Il Giornale pubblica inoltre numeri monografici e forum tematici.

La Redazione accoglie solo i testi conformi alle norme editoriali generali e specifiche per le singole rubriche. La loro accettazione è subordinata alla revisione critica di esperti, all'esecuzione di eventuali modifiche richieste ed al parere conclusivo del Direttore.

Norme per l'invio dei manoscritti di cui si fa richiesta di pubblicazione

per posta elettronica all'indirizzo:
landreazzi@pacinieditore.it
allegando (come "attachment") i file, redatti secondo le modalità di seguito specificate. Le dichiarazioni degli Autori indicate ai successivi punti 1 e 2 dovranno essere allegate in originale oppure spedite per posta ordinaria alla Segreteria di Redazione, Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva c/o Pacini Editore S.r.l., Via Gherardesca 1, 56121 Pisa

1) Dichiarazione sottoscritta dagli Autori: "I sottoscritti Autori del lavoro … trasferiscono, nel caso della pubblicazione nel Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva, tutti i diritti d'Autore all'Editore. Essi garantiscono l'originalità del contenuto, che è conforme alla legislazione vigente in materia di etica della ricerca, e la non contemporanea valutazione del lavoro presso altre Riviste. Gli Autori affermano di essere in possesso delle necessarie autorizzazioni nel caso si tratti di sperimentazioni o di ricerche che coinvolgono l'uomo, svolte secondo i principi riportati nella Dichiarazione di Helsinki (1975, rev. 2000) e di aver ottenuto il consenso informato per la sperimentazione e per l'eventuale riproduzione di immagini. Gli Autori dichiarano, nel caso si tratti di studi su cavie animali, che sono state rispettate le relative leggi nazionali e le linee guida istituzionali. Gli Autori dichiarano di essere gli unici responsabili delle affermazioni contenute nell'articolo".
2) Conflitto di interessi. Gli Autori devono dichiarare se hanno ricevuto finanziamenti, donazioni o se hanno in atto contratti o altre forme di finanziamento, personali o istituzionali, con Aziende i cui prodotti sono citati nel testo. Questa dichiarazione verrà trattata dal Direttore come una informazione riservata e non verrà inoltrata ai revisori. I lavori accettati verranno pubblicati con l'accompagnamento di una dichiarazione, allo scopo di rendere nota la fonte e la natura del finanziamento.

L'Editore fa presente che ogni autore o coautore di articoli pubblicati nella rivista è responsabile del materiale inviato e ogni autore o coautore si impegna a rispettare pienamente il Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati): Articolo 9. Trattamento di categorie particolari di dati personali - È vietato trattare dati personali che rivelino l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche o l'appartenenza sindacale, nonché trattare dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona.

Norme generali per la preparazione dei manoscritti
Il testo, in lingua italiana o inglese, dovrà essere redatto salvando i file in formato .RTF, .DOC o .DOCX. Non utilizzare, in nessun caso, programmi di impaginazione grafica (es. Adobe Indesign™). Non formattare il testo in alcun modo (evitare stili, bordi, ombreggiature ...); utilizzare solo gli stili di carattere come corsivo, grassetto, sottolineato. Non inviare il testo in PDF.

Il testo, in lingua italiana o inglese, dovrà essere corredato di:
a) Titolo del lavoro (in italiano e in inglese).
b) I nomi degli Autori e l'Istituto o Ente di appartenenza.
c) La rubrica cui si intende destinare il lavoro (decisione che è comunque subordinata al giudizio del Direttore).
d) Il nome, l'indirizzo, il recapito telefonico e l'e-mail dell'Autore cui sono destinate la corrispondenza e le bozze.
e) 3-5 parole chiave (in italiano e in inglese).
f) Riassunto (in italiano e in inglese) che non deve superare i 2000 caratteri spazi inclusi per ciascuna lingua.

g) Bibliografia: va limitata alle voci essenziali identificate nel testo con numeri arabi ed elencate al termine del manoscritto nell'ordine in cui sono state citate. Devono essere riportati i primi tre Autori, eventualmente seguiti da "et al". Le riviste devono essere citate secondo le abbreviazioni riportate su Pubmed. Esempi di corretta citazione bibliografica per:
   articoli e riviste:
   Aarons GA, Brown SA, Hough RL, et al. Prevalence of adolescent substance use disorders across five sectors of care. J Am Acad Child Adolesc Psychiat 2001;40:419-26.
   libri:
   Carratelli TJ, Ferrara M, Monniello G, et al. Adolescenti e ricovero psichiatrico. Milano: F. Angeli 1998.
   capitoli di libri o atti di Congressi:
   Milla PJ. Electrogastrography in childhood: an overview. In: Chen JDZ, McCallum RW, eds. Electrogastrography Principles and Applications. New York: Raven Press Ltd 1994, pp. 379-396.
h) Ringraziamenti, indicazioni di grants o borse di studio, vanno citati al termine della bibliografia.
i) Le note, contraddistinte da asterischi o simboli equivalenti, compariranno nel testo, a piè di pagina.

Le tabelle, numerate progressivamente con numeri romani e corredate di relativa didascalia, dovranno essere inserite alla fine del dattiloscritto, mentre i richiami alle stesse dovranno essere inserite all'interno del testo per permettere il corretto posizionamento nell'impaginato.
Le immagini dovranno essere fornite in file separati, salvate in formato .jpeg, .tiff, .pdf o .ppt. e con risoluzione di 300 dpi.
Le didascalie possono essere inserite alla fine del testo ma i richiami alle figure dovranno essere inserite all'interno del testo per permettere il corretto posizionamento nell'impaginato. Non verranno accettate immagini inseriti in file di .DOC.
Tabelle e figure desunte da altre fonti dovranno sempre essere accompagnate dal permesso scritto del detentore del copyright (solitamente l'Editore) e la fonte originale sempre citata.
I farmaci vanno indicati col nome chimico. Solo se inevitabile potranno essere citati col nome commerciale (scrivendo in maiuscolo la lettera iniziale del prodotto e inserendo il nome della relativa casa farmaceutica, la città e il paese di appartenenza).
Agli Autori è riservata la correzione ed il rinvio (entro e non oltre 3 gg. dall'invio) delle sole prime bozze del lavoro.

Norme specifiche per le singole rubriche
1. Articoli originali: riguardano contributi originali di carattere epidemiologico, clinico o di ricerca di base. Devono essere suddivisi nelle seguenti parti: Introduzione, Materiale e Metodi, Risultati, e Discussione. Di regola non devono superare i 40.000 caratteri spazi inclusi, compresi riassunto, tabelle, figure e voci bibliografiche (massimo 35 voci). Il riassunto, in lingua italiana e inglese, non deve superare le 2000 battute (spazi inclusi) per ciascuna lingua. È richiesta la suddivisione nelle seguenti 4 sezioni: Introduzione (Introduction), Metodi (Methods), Risultati (Results), Discussione (Discussion). Nella sezione Introduzione va sintetizzato con chiarezza l'obiettivo (o gli obiettivi) del lavoro, vale a dire l'ipotesi che si è inteso verificare; nei Metodi va riportato il contesto in cui si è svolto lo studio (struttura ospedaliera, centro specialistico …), il numero e il tipo di soggetti analizzati, il disegno dello studio (randomizzato, in doppio cieco …), il tipo di trattamento e il tipo di analisi statistica impiegata. Nella sezione Risultati vanno riportati i risultati dello studio e dell'analisi statistica. Nella sezione Discussione va riportato il significato dei risultati soprattutto in funzione delle implicazioni cliniche.

2. Articoli brevi: questo spazio è riservato a brevi comunicazioni relative a dati clinico-sperimentali e a dati preliminari di ricerche in corso di particolare interesse. Il testo non dovrà superare i 20.000 caratteri spazi inclusi comprese tabelle e/o figure e una decina di voci bibliografiche.

3. Articoli di aggiornamento (review): sono intesi come sintesi e revisioni critiche su argomenti di particolare interesse. Di regola non devono superare i 40.000 caratteri spazi inclusi, compresi, tabelle, figure e voci bibliografiche (massimo 35 voci).

4. Casi clinici: comprendono lavori brevi (massimo 20.000 caratteri spazi inclusi) nei quali vengono descritte esperienze cliniche originali tratte dalla propria pratica medica.

I dati personali dell'Autore saranno gestiti dall'Editore, nel pieno rispetto della vigente normativa sulla tutela della Privacy, ai sensi dell'art. 13 del regolamento UE 2016/679. Ai sensi degli articoli 15-20 del GDPR l'Autore potrà esercitare specifici diritti, tra cui quello di ottenere l'accesso ai dati personali in forma intelligibile, la rettifica, l'aggiornamento o la cancellazione degli stessi. L'Autore avrà inoltre diritto ad ottenere dall'Editore la limitazione del trattamento, potrà inoltre opporsi per motivi legittimi al trattamento dei dati. Nel caso in cui l'Autore ritenga che i trattamenti che Lo riguardano violino le norme del GDPR, ha diritto a proporre reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei Dati Personali ai sensi dell'art. 77 del GDPR. Titolare del trattamento dei dati, ai sensi dell'art. 4.1.7 del GDPR è Donatella Paoletti per Pacini Editore Srl., con sede legale in 56121 Pisa, Via A Gherardesca n. 1. Per esercitare i diritti ai sensi del GDPR di cui al punto 6 L'Autore potrà effettuare ogni richiesta di informazione al seguente indirizzo di posta elettronica: privacy@pacinieditore.it. Per ulteriori approfondimenti fare riferimento al sito web http://www.pacinieditore.it/privacy/