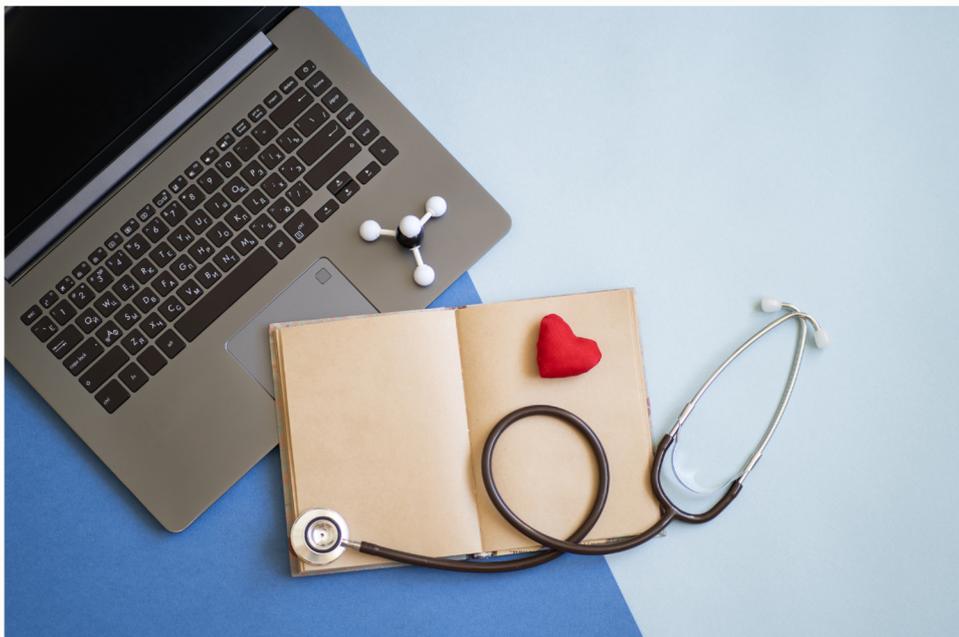




ORDINE DEGLI PSICOLOGI DELLA LOMBARDIA

PSICOLOGIA DELLE DIPENDENZE E TELEMEDICINA



**PROGETTO OPL PSICOLOGIA DELLE
DIPENDENZE**



Ordine Psicologi Lombardia

corso Buenos Aires, 75 - 20124 Milano

tel. +39 02 22226551

peo: segreteria@opl.it

pec: segreteria@pec.opl.it

sito: www.opl.it

Presidente OPL: Laura Parolin

Consulta delle professioni: Silvia Valadè

Progetto Psicologia delle Dipendenze: Cinzia Sacchelli

PSICOLOGIA DELLE DIPENDENZE E TELEMEDICINA

CASSETTA DEGLI ATTREZZI PSICOLOGIA DELLE DIPENDENZE

Gruppo di Lavoro Psicologia delle Dipendenze:

Cinzia Sacchelli, Alberto Ghilardi, Jessica Dagani, Aurora Teruggi, Maria Francesca Amendola, Brunella Ieva, Daniela Capitanucci, Sandra Basti, Cristina Foglio, Pietro Cipresso

A cura di : Cinzia Sacchelli

Editing e Comunicazione: Pietro Cipresso

INDICE

Presentazione

Introduzione

1. LO SVILUPPO DELLA TELEMEDICINA

2. VANTAGGI E BARRIERE NELL'USO DELLA TELEMEDICINA NELLE DIPENDENZE

3. EVIDENZE SCIENTIFICHE DELL'EFFICACIA DELLA TELEMEDICINA NEL TRATTAMENTO DELLE DIPENDENZE

4. COME INTEGRARE LA TELEMEDICINA NEL TRATTAMENTO DELLE DIPENDENZE

4.1 Setting e contratto terapeutico

4.2 Privacy

4.3 Linee guida per la telemedicina

4.3.1 Linee guida nazionali

4.3.2 Linee guida internazionali e linee guida specifiche per la telemedicina nelle dipendenze

4.4 Netiquette

5. IL RUOLO DELLA TELEMEDICINA NELL'EROGAZIONE DEGLI INTERVENTI CLINICI

5.1 Prevenzione

5.2 Screening e valutazione

5.2.1 Strumenti di screening e di auto-valutazione

5.2.2. Altri strumenti di valutazione

5.3 Intervento

5.3.1 Consulenze

5.3.2 Psicoeducazione

5.3.3 Colloqui psicologici e psicoterapia

5.3.4 Interventi strutturati

5.3.5 Prevenzione delle ricadute

5.4 Monitoraggio e auto-monitoraggio sanitario

5.5 Teleconsulto e Teleconsulenza

6. Indicazioni dalle Linee di indirizzo

Bibliografia

Presentazione

L'Ordine degli Psicologi della Lombardia sta lavorando da tempo per fornire ai professionisti una formazione evidence-based che li orienti nelle diverse aree di lavoro dello psicologo, a partire dalla prevenzione, la diagnosi e la cura. In particolare, il Gruppo di Lavoro (GdL) del Progetto Psicologia delle Dipendenze sta portando avanti un lavoro prezioso per fornire ai colleghi strumenti e tecniche nel campo di questi disturbi, attraverso la stesura di diversi materiali. Questo E-book tratta il tema della Telemedicina utilizzabile dallo Psicologo nell'ambito delle Dipendenze. Gli interventi on line ed i videocolloqui sono attività che gli Psicologi e gli Psicoterapeuti svolgono ormai da diversi anni e a questo tema sono dedicati documenti del CNOP e di OPL, che ha anche provveduto negli anni ad organizzare dei percorsi formativi ECM sull'argomento. Questo dossier vuole essere una guida per conoscere gli aspetti clinici di cui avere cura nella erogazione di prestazioni psicologiche in favore delle persone con problematiche di addiction.

Ringrazio i colleghi del GdL che hanno dedicato con impegno il loro tempo e le loro competenze al servizio dei colleghi più giovani nella creazione di questi materiali, con l'auspicio che possano rappresentare un mattoncino nella loro formazione nel campo sempre più importante delle patologie delle dipendenze.

Laura Parolin, Presidente OPL

Introduzione

Questo documento è il frutto di un anno di lavoro degli psicologi coinvolti nel Progetto "Psicologia delle Dipendenze" finanziato dall'Ordine degli Psicologi della Lombardia.

L'idea del Progetto nasce dalla constatazione che lo Psicologo che voglia occuparsi di Dipendenze non trova ad oggi degli ambiti di formazione specifica nè nel percorso universitario nè nel percorso di specializzazione. Eppure non sono pochi i colleghi che lavorano nella prevenzione, diagnosi e cura delle dipendenze nè sono poche le opportunità occupazionali nei Servizi per le Dipendenze pubblici (SERD, Nucleo Operativo di Alcolologia, Riabilitazione Dipendenze, Servizi di Prevenzione...) e nei Servizi privati accreditati (SMI, Comunità Terapeutiche, Centri Diurni, Reparti di Cliniche e Ospedali, Cooperative per la prevenzione e reinserimento sociale...). Capitano peraltro con una certa frequenza anche negli studi privati pazienti che abbiano problemi da uso di sostanze, come per esempio: adolescenti che utilizzano cannabis, adulti che hanno episodi di abuso di alcol o problemi di gioco d'azzardo.

Ebbene, lo Psicologo che vuol lavorare con le dipendenze si deve costruire in autonomia un percorso di sviluppo delle conoscenze e competenze utili per potersi proporre come un professionista esperto in questo settore. Di solito ciò avviene attraverso la esperienza sul campo, a partire dai tirocini formativi che offrono la possibilità di vedere come altri colleghi mentori hanno saputo tradurre le proprie competenze per la applicazione nel lavoro clinico col paziente con problemi da addiction e con la famiglia.

La ricerca scientifica e la pratica clinica sono due fondamentali bussole che indicano allo Psicologo - e ai Servizi in cui lo Psicologo lavora - quali sono gli strumenti e le tecniche psicologiche da privilegiare perché hanno dato evidenza della loro efficacia (Evidence Based).

Questo documento, prodotto dal Gruppo di Lavoro (GdL) del Progetto Psicologia delle Dipendenze, fa parte della Cassetta degli attrezzi dello Psicologo delle Dipendenze che comprende una serie di materiali che si propongono la finalità di aiutare i colleghi a costruire i propri percorsi formativi per sviluppare competenze nella prevenzione, diagnosi e cura delle dipendenze e l'obiettivo di orientare la scelta di strumenti e pratiche psicologiche Evidence Based per garantire la maggiore efficacia del lavoro psicologico con la utenza affetta da questa forma di disturbi.

Il Dossier è dedicato all'utilizzo della Telemedicina nell'ambito delle dipendenze da parte dello Psicologo. La Telemedicina è una modalità molto diffusa attraverso la quale gli Psicologi e gli Psicoterapeuti erogano le loro prestazioni, specie in favore di quelle persone che hanno difficoltà a raggiungere lo studio del curante. Gli Ordini nazionale e regionale si sono già adoperati da anni per fornire indicazioni, linee di indirizzo, formazione affinché i professionisti possano svolgere attività di Telemedicina in modo efficace e deontologicamente corretto.

A livello nazionale, la drammatica esperienza del lock down per la emergenza pandemica da covid ed il conseguente investimento europeo per lo sviluppo della sanità di prossimità hanno fatto sì hanno determinato la redazione di nuove Linee di indirizzo da parte del Ministero della Salute, che per il momento non si occupano delle attività psicologiche se non per quella parte rivolta a persone anziane, fragili e croniche nell'ambito dell'assistenza primaria. Il Legislatore non si è ancora occupato di come mettere a regime le sperimentazioni di intervento da remoto che nel periodo pandemico hanno dato evidenza della loro utilità e che, in forma sperimentale, continuano ad essere portate avanti dai professionisti nei servizi multidisciplinari e nelle dipendenze. Contestualmente la telemedicina è divenuta una specifica modalità di presa in carico psicologica, proposta da professionisti privati e da piattaforme sorte negli ultimi tempi e dedicate agli interventi psicologici on line.

Questo Dossier vuole offrire agli Psicologi che operano nelle dipendenze alcune indicazioni sugli ambiti di applicazione possibili della telemedicina; sugli strumenti di valutazione utilizzabili; sulle accortezze da avere per garantire la tutela della privacy dell'utente e del professionista; sulle modalità per organizzare il setting condiviso con l'utente; su alcuni protocolli di intervento sperimentati e risultati efficaci.

Ringraziamo la Presidente Laura Parolin e tutti i Consiglieri dell'Ordine degli Psicologi della Lombardia che hanno voluto e fattivamente sostenuto il Progetto ordinistico sulla Psicologia delle Dipendenze. Il mio pensiero grato va a tutti i colleghi del GdL che, indotti dalla passione per il loro lavoro e dalla sensibilità verso i colleghi più giovani, hanno contribuito con grande impegno alla realizzazione di questo documento, dei webinar e della Cassetta degli attrezzi dello Psicologo delle Dipendenze.

Tutti noi ci auguriamo che i materiali che abbiamo costruito possano trasmettervi, insieme alle informazioni contenute, anche la curiosità scientifica e l'insaziabile desiderio di cercare ogni volta la strada migliore per aiutare ogni persona che si rivolga a noi, professionisti della cura.

Cinzia Sacchelli, Consigliere OPL

1. LO SVILUPPO DELLA TELEMEDICINA

Il termine *Telemedicina* fu introdotto negli anni Settanta da Thomas Bird per indicare “la pratica della medicina senza l’usuale confronto fisico tra medico e paziente, utilizzando un sistema di comunicazione interattivo multimediale” (Bird, 1975). L’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la telemedicina come l’erogazione di prestazioni sanitarie attraverso l’utilizzo di tecnologie ICT (Information and Communication Technologies, ovvero tutti i processi e le pratiche connesse alla trasmissione, ricezione ed elaborazione dei dati e delle informazioni) per lo scambio di informazioni utili alla diagnosi, al trattamento e alla prevenzione di malattie e infortuni, per la ricerca e la valutazione, e per la formazione continua degli operatori sanitari. Tutto ciò nell’interesse ultimo di promuovere la salute delle persone e della comunità in generale (WHO Global Observatory for eHealth, 2010).

Gli elementi chiave della telemedicina sono dunque:

1. Fornire supporto clinico e formazione;
2. Superare le barriere all’accesso alle cure, soprattutto geografiche, collegando gli utenti (e i professionisti) che non si trovano nello stesso luogo fisico;
3. Utilizzare differenti tipologie di ICT;
4. Migliorare gli esiti di salute a livello dei singoli pazienti e della comunità.

Il primo esempio di telemedicina risale a più di 100 anni fa, quando nel 1906 il fisiologo Einthoven creò il primo elettrocardiografo effettuando prove di consultazione elettrocardiografica attraverso il telefono. Il sistema non risultò molto efficace e si dovette aspettare fino agli anni '60-'70 per un’adeguata applicazione della telemedicina: negli Stati Uniti in quegli anni si avviò l’utilizzo di sistemi di comunicazione remota per il monitoraggio dei parametri vitali degli astronauti nello spazio, per garantire loro un’appropriata assistenza sanitaria. In Italia, le prime esperienze di telemedicina furono condotte nel 1970 dalla Facoltà di Medicina dell’Università di Roma “Sapienza”, con la sperimentazione di un prototipo di cardiotelefono; a partire da questi studi si ampliò l’interesse verso questo nuovo modo di erogare i servizi sanitari e ciò condusse alla creazione, nel 1976, di un “Comitato per la Telemedicina”.

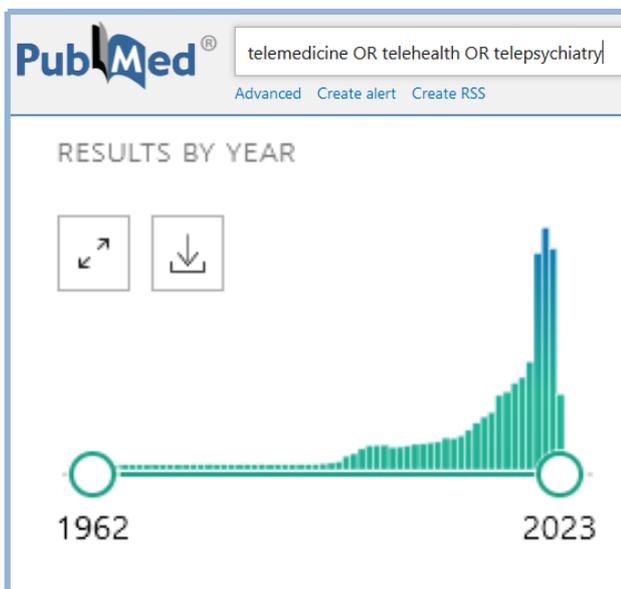
Nello stesso periodo si assistette ai primi tentativi di applicazione di uno dei rami della telemedicina, la telepsichiatria (intesa come l’erogazione di cure psichiatriche a distanza attraverso l’uso di tecnologie quali il telefono, le e-mail, i sistemi basati sul Web e le applicazioni). Nel 1959, negli Stati Uniti il Nebraska Psychiatric Institute utilizzava già un sistema di videoconferenze per effettuare le terapie di gruppo, alcune terapie a lungo termine, le consulenze tra professionisti e la formazione per gli studenti. Un decennio dopo, nel 1968, a Boston e nel New Hampshire sono stati utilizzati (a livello sperimentale) con discreto successo alcuni servizi di telepsichiatria per l’erogazione di consulenza psichiatrica e trattamento sul territorio (Shore, 2015).

Gli anni Novanta, anche grazie all’ampia diffusione delle tecnologie informatiche accessibili che ha caratterizzato quel decennio, hanno dato una forte spinta all’evoluzione della telemedicina, che passò da pratica sperimentale ad ausilio di operatori sanitari nella loro pratica quotidiana. Anche per quanto riguarda

la telepsichiatria e la telepsicologia, gli anni '90 hanno accompagnato lo sviluppo di sistemi e servizi più strutturati, supportati dal minore costo delle tecnologie e dalla loro maggiore accessibilità. Questi sistemi e servizi di telemedicina hanno continuato a crescere e a diffondersi nei decenni successivi, rimanendo però, soprattutto per quanto riguarda la telepsichiatria e la telepsicologia, opzioni marginali, poco utilizzate e poco conosciute nella realtà della maggior parte dei servizi sanitari. Per esempio, nonostante il già citato crescente uso della tecnologia degli ultimi decenni e la diffusione sempre maggiore di strumenti di telemedicina, la sua adozione all'interno dei percorsi di trattamento dei disturbi da uso di sostanze e delle altre dipendenze era ancora inferiore all'1% nel 2012 (Molfenter et al.,2012).

La pandemia di COVID-19, che nel 2020 ha determinato numerose difficoltà nel garantire alle persone l'accesso ai servizi di cura, ha evidenziato da subito la necessità di sviluppare strumenti che consentissero l'intervento sanitario anche da remoto, coniugando la sicurezza dei pazienti e dei familiari con la continuità delle cure e l'erogazione delle prestazioni necessarie nei momenti più critici. Questo ha determinato una nuova spinta verso l'adozione, la sperimentazione e l'utilizzo della telemedicina. Nella Figura 1 si mostra il numero di studi presenti sulla piattaforma Pubmed, per anno di pubblicazione, utilizzando come stringa di ricerca i termini *Telemedicine*, *Telehealth* e *Telepsychiatry*: da un numero di record pari a 4297 nel 2019, si assiste ad un'impennata nel 2020 con 8807 record, per arrivare fino a 9869 record nel 2021 (ricerca effettuata il 4 maggio 2023).

Figura 1



I Servizi di Alcolologia (NOA) e per le Dipendenze (SERD) hanno incontrato grandi difficoltà a garantire un'adeguata assistenza durante la pandemia, nonostante siano sempre rimasti aperti essendo equiparati ad altre Unità d'Offerta "salvavita" (DGR 8 marzo 2020, n.2906). Essi hanno dunque dovuto utilizzare strumenti di telemedicina sebbene non avessero ancora la strumentazione e la preparazione adeguata per farlo

all'interno del servizio stesso, ma sperimentando nuove modalità per erogare prestazioni di counselling e colloquio on line ai pazienti e agli operatori sanitari. A partire da queste prime esperienze è sorta la necessità di fornire indicazioni chiare e strutturate a beneficio degli operatori che utilizzano la telemedicina come strumento integrativo nella pratica clinica. Oggi abbiamo la possibilità di considerare la telemedicina come un importante supporto per il lavoro dei colleghi psicologi che si occupano di dipendenze, e si sono costruite le condizioni per fornire loro una cornice scientificamente orientata e sostenibile per l'utilizzo di queste tecnologie nella loro pratica clinica.

2. VANTAGGI E BARRIERE NELL'USO DELLA TELEMEDICINA NELLE DIPENDENZE

La telemedicina, utilizzata in combinazione con altre metodologie di erogazione dei servizi in presenza, può far parte di un efficace approccio integrato per il trattamento dei disturbi da uso di sostanze e altre dipendenze. I vantaggi principali offerti dalla telemedicina sono:

- Facilitazione dell'accesso. Persone residenti in luoghi distanti dal servizio, senza mezzi di trasporto, o impossibilitate a spostarsi (perché ammalate, in trasferta...) hanno la possibilità di utilizzare videocolloqui.
- Facilitazione del contatto, anche in ottica di continuità delle cure del paziente che può essere lontano o in carico a professionisti in altre strutture (ospedale, comunità, carcere) .
- Riduzione dei costi e dei tempi correlati ai trasferimenti, per i professionisti ed i pazienti.
- Discrezione ed evitamento dello stigma. Connettendosi dal proprio domicilio, il paziente può sentirsi più tutelato da discriminazioni, non dovendosi recare in un servizio dedicato alle dipendenze.
- Ampliamento delle opportunità di interazione con gli utenti adolescenti e giovani, abituati ad utilizzare il canale web per comunicare.
- Finestra sull'ambiente domestico e familiare. Il professionista può avere la possibilità di conoscere meglio le condizioni abitative della persona che si collega da remoto e facilitare il colloquio con il familiare.

D'altra parte, vi sono alcune barriere che possono ostacolare o impedire l'utilizzo della telemedicina. Esse possono riguardare il clinico, il paziente o il servizio nel quale viene erogato il trattamento. Ad esempio:

- Barriere legate alla tecnologia: per un utilizzo efficace degli strumenti di telemedicina è necessario avere a disposizione una tecnologia ben funzionante, con una buona qualità audiovisiva. Questo include che il clinico disponga di device adeguati, di software che supportino le attività programmate e di una connessione internet veloce e stabile. Allo stesso modo, anche il paziente deve avere a disposizione lo stesso livello di strumentazione e ciò non è scontato, ma da verificare preliminarmente.
- Fattibilità finanziaria: l'implementazione della telemedicina può risultare impegnativa a livello finanziario (per il clinico e per il paziente) quando implica l'acquisto di nuove tecnologie, l'acquisto di licenze o l'adeguamento di vecchi sistemi.
- Competenze digitali: per quanto i sistemi digitali moderni siano altamente user-friendly e la tecnologia sia entrata a far parte della vita quotidiana di ognuno, è necessario che sia il clinico, sia il paziente abbiano le

competenze informatiche necessarie per utilizzare adeguatamente gli strumenti digitali. A questo proposito diventano essenziali percorsi di formazione specifici per gli operatori. Inoltre è indispensabile che il clinico effettui sempre un incontro preliminare con il paziente, per concordare le modalità organizzative e per effettuare una prova tecnica di collegamento. E' bene che il clinico predisponga e consegni un foglio di istruzioni che funga come promemoria per il paziente che potrà consultarlo dal proprio domicilio. In alcuni casi, avere a disposizione una persona che possa occuparsi del supporto tecnico diventa importante e, per il paziente, è spesso utile identificare tale figura in un caregiver che possa aiutare, qualora necessario, a risolvere problemi strettamente tecnici.

- Preoccupazioni legate all'alleanza terapeutica, al supporto e alla vicinanza percepiti, e alla soddisfazione: spesso sia i clinici, sia i pazienti sono preoccupati del fatto che gli strumenti di telemedicina possano essere poco complicati, "distanti", rendendo difficoltoso il mantenimento di una buona alleanza terapeutica. Sebbene gli interventi di telemedicina necessitino di più attenzioni e di accortezze specifiche per promuovere la vicinanza empatica e la relazione, la maggior parte degli studi scientifici ha riportato un buon grado di soddisfazione e un adeguato livello di alleanza terapeutica (Lin et al., 2019; Mark et al., 2022). In questo senso, le preoccupazioni dovute allo scetticismo verso uno strumento nuovo, diverso e considerato "freddo" perché mancante di un contatto umano diretto, vengono spesso superate dopo che il professionista e il paziente hanno fatto esperienza della relazione virtuale e dell'uso della telemedicina come supporto del percorso di cura.

- Privacy, trattamento dei dati e sicurezza: il clinico deve munirsi di strumenti digitali con standard che tutelino la privacy dei pazienti e che garantiscano la conservazione ed il trattamento dei dati adeguato (crittografia, accesso ai dati sensibili etc.). E' necessario dare informazione preliminare al paziente sugli strumenti utilizzati, quindi raccoglierne il consenso informato per la fruizione della prestazione on line. Inoltre, i pazienti potrebbero essere preoccupati rispetto a chi li possa ascoltare durante un videocolloquio, specie se hanno una casa piccola e vivono con altri familiari. Potrebbero non essere d'accordo a svolgere attività on line in gruppo, neanche con la possibilità di attivare un account ad hoc o tenere spenta la videocamera. E' fondamentale considerare e trattare in anticipo questi aspetti per dare al paziente la possibilità di scegliere consapevolmente. Il clinico deve avere sempre presente che un paziente potrebbe fotografare o registrare a sua insaputa quanto accade sullo schermo del proprio device.

- Limitate evidenze scientifiche e scarsità di specifiche linee guida per l'utilizzo della telemedicina nell'ambito delle dipendenze: sebbene negli ultimi anni la ricerca scientifica si sia sempre più interessata al tema della telemedicina per le dipendenze e alcune organizzazioni internazionali abbiano proposto delle linee guida, spesso esse offrono indicazioni limitate e specifiche per sistemi sanitari e culturali diversi da quello italiano (la maggior parte delle pubblicazioni si riferisce al contesto statunitense). Vedremo in seguito le aree in cui la ricerca scientifica sta facendo luce, e le aree che ancora rimangono in ombra, quando si parla di evidenze di efficacia e di fattibilità della telemedicina nell'ambito delle dipendenze.

3. EVIDENZE SCIENTIFICHE DELL'EFFICACIA DELLA TELEMEDICINA NEL TRATTAMENTO DELLE DIPENDENZE

Negli ultimi anni, parallelamente alla diffusione degli strumenti di telemedicina, molti ricercatori si sono occupati di valutarne l'accettabilità e l'efficacia nei diversi settori della clinica, compreso quello del trattamento delle dipendenze. Uno dei contributi più interessanti è la revisione sistematica condotta da Lin e colleghi (2019), che hanno esaminato e sintetizzato i risultati degli studi condotti fino a prima dell'avvento del COVID-19 e finalizzati all'intervento con persone con disturbi da uso di sostanze. Gli studi inclusi in questa revisione comprendevano un'ampia gamma di interventi di telemedicina e alcuni di questi hanno valutato la soddisfazione degli utenti trovando un elevato gradimento, spesso comparabile al trattamento in presenza. Per quanto riguarda l'efficacia, per questi ricercatori è stato difficile giungere a conclusioni chiare perché gli studi erano relativamente pochi e con campioni piccoli e non randomizzati. La conclusione a cui però Lin e colleghi sono giunti è che, soprattutto quando altri trattamenti evidence-based non sono utilizzabili, gli interventi erogati tramite la telemedicina rappresentino un'alternativa promettente, in particolare quando l'obiettivo primario è l'aderenza al trattamento.

A questo proposito bisogna sottolineare che i tassi di aderenza registrati nei trattamenti sperimentali per le dipendenze in telemedicina sono molto variabili tra Paesi, tipo di dipendenza e tipo di trattamento stesso. Ciononostante, sono state individuate alcune strategie e caratteristiche che possono essere associate ad una migliore aderenza al trattamento (de Campos Moreira et al., 2014). Tassi più elevati di aderenza al trattamento sembrano essere correlati a interventi focalizzati sul disturbo da uso di una specifica sostanza (rispetto a interventi pensati per persone che utilizzano molteplici e differenti sostanze), che utilizzano più tecniche combinate tra loro per ridurre l'uso di sostanze e che hanno una durata inferiore. Inoltre, l'utilizzo di reminders o messaggi durante il trattamento può contribuire ad un minore tasso di drop-out e il tipo di dipendenza ha importanti implicazioni nell'aderenza al trattamento (i disturbi da uso di alcol sembrano avere tassi di aderenza migliori rispetto a disturbi riferiti ad altre sostanze).

Recentemente, un altro gruppo di ricerca americano ha condotto una revisione con l'obiettivo di stabilire l'efficacia e l'utilizzabilità della telemedicina nel trattamento del disturbo da uso di sostanze durante la pandemia, valutando inoltre la percezione degli operatori coinvolti in prima persona nell'erogazione di questi interventi (Mark et al., 2022). La loro revisione si è limitata agli studi sperimentali che hanno confrontato l'efficacia della telemedicina nel trattamento di disturbi da uso di sostanze con interventi erogati in presenza. Degli otto studi selezionati, sette non hanno riscontrato differenze significative tra telemedicina e interventi in presenza in termini di tassi di aderenza, soddisfazione al trattamento, alleanza terapeutica e consumo di sostanze, mentre uno studio riferito alla gestione dei farmaci a base di metadone per persone con disturbo da uso di oppiacei ha riscontrato una migliore aderenza al trattamento con la telemedicina, rispetto al trattamento in presenza (Eibl et al., 2017). Per quanto riguarda invece le percezioni degli operatori, è emerso come la maggior parte degli intervistati riconoscesse l'efficacia della telemedicina nel ridurre le barriere di

accesso alle cure. La maggioranza riteneva comunque la telemedicina meno efficace dell'intervento in presenza per una varietà di attività incluse nel percorso di cura, tra cui la valutazione iniziale, il counseling di gruppo e la gestione dei farmaci, ma riteneva più efficace la telemedicina per quanto riguarda il counselling individuale (Mark et al., 2022).

A questo proposito un recentissimo studio (Steel Fisher et al., 2023) si è occupato di valutare, attraverso un'indagine che ha coinvolto pazienti e medici afferenti ai servizi di medicina generale (dunque non specifico per l'area delle dipendenze), sia le percezioni verso i servizi di telemedicina (nello specifico, la telemedicina attraverso contatto video) utilizzati durante la pandemia, sia la qualità (percepita) della stessa in confronto alle cure erogate in presenza. Sebbene la maggioranza sia dei pazienti sia dei medici abbia riferito di essere soddisfatta delle visite in video svolte durante la pandemia, l'80% dei medici preferirebbe in futuro limitare l'uso di questo strumento ad una piccola porzione della propria pratica clinica, o eliminarlo completamente, e solo il 36% dei pazienti preferirebbe cercare assistenza tramite video o telefono piuttosto che attraverso un contatto in presenza. Questo risultato ribadisce nuovamente come vi possano essere delle resistenze da parte dei professionisti ad adottare modalità innovative; ciò anche quando viene ovunque ricordato (dalla comunità scientifica e dalla normativa) che l'uso della telemedicina deve essere inteso come utile integrazione alla pratica clinica classica, e non come sostitutiva degli interventi in presenza.

Un altro interessante contributo, focalizzato sugli interventi in telemedicina per il trattamento dei disturbi da uso di alcol, è rappresentato dalla revisione sistematica condotta da Kruse e colleghi (2020), condotta allo scopo di analizzare la letteratura scientifica disponibile in merito alle misure di efficacia, efficienza e qualità riferite all'uso di telemedicina nella gestione dell'abuso e della dipendenza da alcol, e della riabilitazione dei pazienti. I risultati di questa revisione sono molto incoraggianti per l'integrazione della telemedicina nei percorsi di cura di questi pazienti; essi supportano l'efficacia della telemedicina nel ridurre il consumo di alcol e riportano altri interessanti esiti quali l'efficacia nella riduzione della depressione in comorbidità, l'aumento del grado di soddisfazione dei pazienti al trattamento, il miglioramento dell'accessibilità ai servizi e della qualità della vita dei pazienti e una riduzione dei costi.

Altri studi hanno valutato l'efficacia della telemedicina in specifici tipi di intervento e con specifiche popolazioni: ad esempio, Nelson e Banitt Duncan hanno riportato, nella loro revisione, come la terapia cognitivo-comportamentale per disturbi da uso di sostanze effettuata tramite video abbia ripetutamente riportato risultati incoraggianti, tanto che in alcuni studi i partecipanti preferivano la modalità online a quelle classiche (Nelson & Banitt Duncan, 2015). I risultati della meta-analisi condotta da Silang e colleghi (2021) hanno mostrato come gli interventi di telemedicina abbiano ridotto significativamente l'uso di sostanze in donne in gravidanza con disturbi da uso di sostanze, e per quanto riguarda la popolazione afferente ai servizi penitenziari si registra un elevato grado di accettabilità e fattibilità, con risultati non univoci ma incoraggianti per quanto riguarda gli esiti riferiti all'uso di sostanze e alla salute mentale (Leacht et al., 2022).

4. COME INTEGRARE LA TELEMEDICINA NEL TRATTAMENTO DELLE DIPENDENZE

Abbiamo finora illustrato in cosa consiste la telemedicina, quali sono i suoi vantaggi e i suoi limiti e le evidenze scientifiche a supporto della sua efficacia nel trattamento delle dipendenze. Ma quali sono le strategie e le regole da seguire per una sua corretta integrazione all'interno dei percorsi di cura? Vi sono moltissimi aspetti che vanno considerati quando si desidera utilizzare proficuamente gli strumenti di telemedicina nella pratica clinica, considerando innanzitutto la necessaria rielaborazione del setting e la tutela della privacy. Molti enti nazionali ed internazionali si sono occupati di riassumere le indicazioni più importanti per guidare i servizi sanitari, le organizzazioni ed i professionisti nell'implementazione della telemedicina e qui di seguito riportiamo una panoramica delle principali considerazioni.

4.1 Setting e contratto terapeutico

Come per ogni intervento psicologico svolto in presenza, anche per quelli svolti in telemedicina il setting rappresenta un aspetto di fondamentale importanza, la cui strutturazione ha importanti implicazioni nella costruzione di una buona alleanza terapeutica e per l'esito dell'intervento stesso. Il setting in telemedicina fonda comunque le sue radici nei principi del setting terapeutico classico, configurandosi come spazio fisico e mentale all'interno del quale si costruisce e si protegge la relazione terapeutica e l'intervento terapeutico stesso.

Nella Facoltà di Medicina dell'Università di Stanford opera un gruppo di lavoro impegnato a ridisegnare l'incontro clinico tra professionista e paziente promuovendo il rispetto e il contatto umano e significativo tra le parti. Le attività di questo gruppo di lavoro prendono forma all'interno del programma *Presence 5*, a cui con l'avvento della pandemia di COVID-19 è stato affiancato un nuovo programma denominato *Tele-Presence 5* (Shankar et al., 2020) con l'obiettivo di fornire strategie evidence-based per gli operatori durante le visite virtuali. I principi di base del *Tele-Presence 5* sono gli stessi del *Presence 5*, ovvero:

- Prepararsi ad ogni colloquio
- Ascoltare
- Allinearsi con l'utente condividendo obiettivi e necessità
- Connettersi con la storia del paziente
- Esplorare gli aspetti emotivi

Questi cinque punti, declinati nell'ambito della telemedicina, impongono una maggiore attenzione a diversi aspetti, anche di setting, che nei colloqui in presenza sono altrettanto importanti ma meno problematici (e quindi dati a volte per scontati), tra cui ad esempio: i) predisporre e monitorare che, sia l'ambiente in cui si trova l'operatore, sia quello in cui si trova l'utente, garantiscano che nessuno possa sentire ciò che viene detto; ii) fare attenzione alle espressioni facciali, che diventano l'unico canale non verbale di espressione, in quanto lo schermo offre scarse informazioni sulla postura o sul linguaggio del corpo; iii) validare le emozioni

del paziente frequentemente e in maniera chiara; iv) investire tutto il tempo necessario per stabilire una connessione anche emotiva col paziente.

Gli strumenti di telemedicina, come ad esempio il telecolloquio psicologico, non vanno considerati come mere alternative o ripieghi dei colloqui in presenza ma riconosciuti come forme di setting specifiche. Deve crearsi uno spazio e un tempo all'interno del quale il virtuale diventa reale, con dei confini ed una cornice che rende significativo l'incontro clinico, evitando che esso si perda all'interno del flusso quotidiano della vita dell'utente. Per questa stessa ragione è importante lavorare innanzitutto sull'inquadratura e sullo sfondo, perché rappresentano la finestra entro la quale si muoverà la percezione che l'utente avrà dello psicologo. Le scelte dello psicologo, anche in termini di posizionamento, di angolazione della webcam e di illuminazione veicolano significati all'interlocutore, per cui è importante:

- Che il viso dello psicologo sia ben visibile e ben illuminato
- Che la webcam sia posizionata il più possibile all'altezza degli occhi (è preferibile non tenere il PC sulle gambe)
- Che l'abbigliamento sia professionale, tanto quanto lo sarebbe se ricevessimo il paziente in studio o in struttura
- Che vengano eliminate le fonti di distrazione, così come faremmo nella stanza del colloquio chiudendo la porta e silenziando il telefono (ad esempio, togliendo le notifiche delle altre applicazioni)
- Che si faccia molta attenzione a cosa c'è sullo sfondo, preferendo un background più neutro possibile.

Un altro importante aspetto del setting è che, nelle attività di telemedicina e di telecolloquio, lo psicologo non predispone l'ambiente, ma solo una parte di esso: si trova infatti ad entrare attraverso lo schermo nello spazio fisico nel quale il paziente si trova, che spesso è quello privato della casa, o talvolta un ambiente esterno ed estraneo, non sempre silenzioso, discreto e adeguato. A questo proposito lo psicologo nell'incontro preliminare può suggerire al paziente alcune accortezze: scegliere un luogo consono all'attività che si sta per svolgere; avvisare i familiari affinché non interrompano il videocolloquio; scegliere uno spazio riservato e non rumoroso; ecc.

Il setting non è però solo il luogo fisico, ma anche lo spazio mentale nel quale avviene l'incontro terapeutico. In questo senso la possibilità di instaurare una comunicazione e una vicinanza virtuale necessita di un'attenzione specifica che compensi la distanza imposta dalla lontananza fisica. Tornano quindi i punti stressati dal programma *Tele-Presence 5*, che evidenziano la necessità di esprimere in maniera esplicita tutte quelle informazioni che prima avremmo trasmesso con il linguaggio non verbale, tra cui la validazione delle emozioni del paziente che va fatta frequentemente e in maniera molto chiara. Il contatto visivo diventa fondamentale, così come l'assicurare al paziente che l'attenzione è completamente rivolta a lui: non potendo vedere cosa c'è attorno allo psicologo, il paziente ha bisogno di sapere che non c'è altro che può distrarre il professionista. Parlare in maniera chiara e scandita, facendo più pause per considerare l'eventuale ritardo di trasmissione ed evitare di sovrapporsi mentre si parla, è un'altra accortezza che va utilizzata nelle attività da

remoto. Investire tutto il tempo necessario alla creazione di una vicinanza emotiva significativa e fondamentale per una buona alleanza terapeutica significa esercitare pazienza, attenzione e consapevolezza continua rispetto a ciò che può passare attraverso lo schermo.

Non meno importante è l'attenzione al contratto terapeutico, quando nell'intervento si includono attività di telemedicina come il colloquio psicologico svolto in videochiamata. Le regole ed i confini descritti in ogni contratto terapeutico contribuiscono alla definizione di uno spazio e di un tempo definiti e chiari all'interno dei quali costruire la relazione terapeutica e l'intervento. La telemedicina, anche quando utilizzata perché manca la possibilità di un incontro in presenza, non deve essere considerata come un ripiego; il contratto va dunque riformulato senza venire meno al rigore e alla chiarezza e deve garantire che l'utente abbia tutte le informazioni necessarie ad una scelta ponderata. Il contratto terapeutico che contempla attività in telemedicina deve dunque includere gli obiettivi, le modalità di incontro, i tempi ed i costi, che andranno adattati al nuovo contesto tenendo in considerazione le necessità e le possibilità dell'utente, ma sempre costruendo una cornice chiara, sicura e rigorosa, e che si fondi sul senso e sull'utilità dell'intervento.

4.2 Privacy

Come abbiamo illustrato precedentemente, la telemedicina offre la possibilità di superare diverse sfide che si possono incontrare nell'erogazione dell'assistenza sanitaria, soprattutto per quanto riguarda l'accesso alle cure. Sebbene queste nuove tecnologie contribuiscano al miglioramento della qualità delle cure, sollevano alcune questioni etiche tra le quali la gestione e la protezione della privacy degli utenti. Già una decina di anni fa Hall e McGraw (2014) sostenevano che ci sono significativi rischi per la privacy e la sicurezza nei sistemi di telemedicina che possono influire negativamente sul livello di fiducia e disponibilità dei pazienti e dei clinici ad adottare e utilizzare questi strumenti innovativi. I rischi per la privacy riguardano la possibile mancanza di controllo sulla raccolta, l'utilizzo e la condivisione dei dati, e il principale rischio per la sicurezza è rappresentato dall'accesso non autorizzato ai dati durante la raccolta, la trasmissione o l'archiviazione. In realtà, qualsiasi trasferimento di dati è a rischio di una violazione della sicurezza. Ad esempio, i sensori utilizzati nella telemedicina che il paziente deve indossare durante il giorno (come il GPS o il contapassi) potrebbero trasmettere alcune informazioni sulle attività domestiche e sugli spostamenti effettuati; le app per smartphone possono condividere con gli inserzionisti dati sensibili come i dati sulla posizione degli utenti, senza che gli utenti stessi ne abbiano piena consapevolezza. Nonostante gli sforzi impiegati negli ultimi anni per creare dispositivi e app sicuri, molti di essi possono ancora contenere difetti ed essere soggetti ad attacchi da parte di hacker e malware. Per questa ragione diventa fondamentale assicurarsi che la strumentazione ed i software utilizzati abbiano standard tali da assicurare un trattamento dei dati adeguato a garantire i diritti di privacy e di confidenzialità dei pazienti. A tal proposito i Servizi pubblici e privati accreditati devono utilizzare piattaforme per cui la normativa definisce gli standard qualitativi e di sicurezza. Il paziente deve

essere sempre preliminarmente informato delle caratteristiche delle piattaforme e degli strumenti della telemedicina ed esprimere il suo consenso al loro utilizzo.

Oltre a queste difficoltà, nello specifico delle attività svolte in telemedicina, è essenziale occuparsi anche di quegli aspetti della privacy che possono essere gestiti attraverso i comportamenti e le buone pratiche messe in atto dai professionisti e dagli utenti stessi.

Per questa ragione è molto importante che il professionista:

- Si assicuri che l'utente abbia sottoscritto un modulo di consenso informato che includa le attività di telemedicina;
- Garantisca la riservatezza dell'ambiente da cui svolge le attività di telemedicina (prevenire passaggi di terzi, utilizzare cartelli di "non disturbare" fuori dall'ambulatorio...);
- Preferisca l'uso di cuffie/auricolari in grado di minimizzare il rumore, garantendo maggiore riservatezza, e suggerisca all'utente di fare lo stesso;
- Si assicuri prima dell'inizio di ogni attività che il luogo da cui si sta connettendo l'utente sia sicuro dal punto di vista della privacy;
- Investa il tempo necessario per spiegare all'utente in quali modi la sua privacy e la sua riservatezza saranno trattate durante le attività di telemedicina;
- Soprattutto nelle attività di gruppo, dia la possibilità ai partecipanti di connettersi attraverso un nickname o un alias che possa meglio garantire la loro privacy ed eventualmente dia la possibilità di tenere spenta la videocamera;
- Nelle attività di gruppo, ribadisca la natura confidenziale di quanto condiviso ad ogni incontro e chiarisca il divieto di registrare l'attività e di effettuare foto o screenshots. E' importante comunque che il clinico abbia sempre in mente che un paziente potrebbe farlo a sua insaputa.

Anche nelle attività di telemedicina rimane di fondamentale importanza, a corredo del modulo di consenso informato, fornire a ogni utente un'esaustiva informativa sul trattamento dei dati, che dovrà indicare con precisione le modalità nelle quali verranno utilizzate le informazioni personali del paziente. Il clinico dovrà assicurarsi che essa venga compresa dall'interlocutore, che dovrà poi sottoscriverla.

4.3 Linee guida per la telemedicina

Per affrontare in maniera adeguata le sfide che la telemedicina pone nella sua applicazione e per trarne il massimo delle opportunità e dell'efficacia, molti enti ed organismi nazionali ed internazionali si sono adoperati per dare delle indicazioni che potessero fare da guida nell'utilizzo di tali strumenti tecnologici. Sul territorio nazionale, sia il Ministero della Salute, sia gli enti dedicati ai professionisti psicologi (tra cui il CNOP e gli Ordini regionali degli psicologi) hanno redatto documenti che potessero guidare gli operatori sanitari e gli psicologi nell'utilizzo della telemedicina nella pratica clinica. A livello internazionale, oltre alle numerosissime linee guida prodotte sull'utilizzo della telemedicina in generale, sono state proposte

raccomandazioni per la sua implementazione nello specifico campo delle dipendenze; illustriamo di seguito alcuni dei contributi più significativi.

4.3.1 Linee guida nazionali

Al fine di integrare la telemedicina nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale e per dare attuazione alle precedenti comunicazioni della Commissione Europea (che prevedevano per gli Stati membri una serie di azioni volte a promuovere i servizi di telemedicina all'interno della pratica clinica), presso il Consiglio Superiore di Sanità fu istituito il *Tavolo tecnico sulla telemedicina* che approvò, nel 2012, le prime Linee di indirizzo nazionali sulla Telemedicina (https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2129_allegato.pdf). Al fine di garantire uno sviluppo coordinato, armonico e coerente della telemedicina, nel 2014 fu inoltre siglata l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento "Telemedicina - Linee di indirizzo nazionali" (http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_2515_1_file.pdf).

A seguito dell'Intesa Stato-Regioni e dei Rapporti dell'Istituto Superiore di Sanità pubblicati nel 2020 riguardanti le indicazioni per i servizi di telemedicina durante l'emergenza sanitaria COVID-19, è stato predisposto il documento "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni di telemedicina" (<https://www.statoregioni.it/media/4271/p-1-csr-atto-rep-n-231-18nov2021.pdf>), allo scopo di fornire le indicazioni da adottare a livello nazionale per l'erogazione di alcune prestazioni di telemedicina. Questi documenti forniscono innanzitutto una definizione chiara degli strumenti di telemedicina, illustrandone le finalità, le caratteristiche e la classificazione. Le definizioni proposte fanno per ora riferimento agli aspetti più medici del trattamento, per cui avremo ad esempio: i) la *televisita*, intesa come atto sanitario in cui il medico interagisce a distanza con il paziente e che può dar luogo alla prescrizione di farmaci, o di ulteriori approfondimenti clinici, garantendo così la continuità delle cure; ii) il *teleconsulto medico*, ovvero un atto medico in cui il professionista interagisce a distanza con uno o più medici per dialogare, anche tramite una videochiamata, riguardo la situazione clinica di un paziente; iii) il *telemonitoraggio*, che permette il rilevamento e la trasmissione a distanza di parametri vitali e clinici in modo continuo, per mezzo di sensori che interagiscono con il paziente (tecnologie biometriche con o senza parti applicate).

I documenti del Ministero illustrano inoltre:

- Le modalità di organizzazione di un servizio di telemedicina;
- Gli aspetti relativi all'*Informazione* e alla *Formazione*, che specificano da una parte come l'utente (così come tutti gli operatori sanitari coinvolti) debba essere opportunamente informato sulle modalità di erogazione della prestazione in telemedicina, al fine di una maggiore accettazione delle nuove modalità, e dall'altra come la formazione possa e debba garantire una adeguata qualità della prestazione;
- Le modalità di integrazione della telemedicina nel Servizio Sanitario Nazionale, che comprendono i criteri per l'autorizzazione e l'accreditamento del servizio che intende erogare servizi di telemedicina in regime

privato e/o per conto del Sistema Sanitario Nazionale, nonché le specifiche rispetto agli accordi contrattuali con il Sistema Sanitario Regionale;

- Gli aspetti etici, il trattamento dei dati personali con strumenti elettronici e la responsabilità professionale insiti nelle attività di telemedicina.

Queste indicazioni Ministeriali forniscono una cornice organizzativa fondamentale entro la quale sviluppare gli strumenti della telemedicina a livello dei servizi sanitari.

Invece il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi (CNOP) e gli Ordini regionali si sono occupati in maniera più specifica di fornire una guida pratica agli psicologi per indirizzare la loro pratica clinica verso l'integrazione di nuovi strumenti tecnologici. Il CNOP già nel 2013 pubblicò le "Raccomandazioni del CNOP sulle prestazioni psicologiche attraverso tecnologie di comunicazione a distanza" (<https://www.psy.it/allegati/raccomandazioni-prestazioni-on-line.pdf>), un documento che raccoglie i risultati di uno studio commissionato per conoscere meglio la realtà italiana dell'offerta di servizi psicologici online dell'epoca, e una serie di indicazioni per orientare la pratica professionale, riassunti in 10 punti:

1. I principi etici e le norme del Codice Deontologico si applicano anche nei casi in cui le prestazioni vengano effettuate con il supporto di tecnologie di comunicazione a distanza (cfr. art 1 del Codice Deontologico). Tali principi e norme debbono essere esplicitati attraverso documenti presenti sul sito o sulla piattaforma del professionista che eroga la prestazione;
2. Lo sviluppo delle tecnologie di comunicazione a distanza consente interventi di telemedicina di carattere psicologico. Tali contesti applicativi, per la complessità e la specificità che li caratterizza, richiedono al professionista la disponibilità di tecnologie adeguate e il possesso di particolari competenze nel loro uso;
3. Lo psicologo che si serve di tecnologie elettroniche per la comunicazione a distanza è tenuto a utilizzare sistemi hardware e software che prevedano efficienti sistemi di protezione dei dati;
4. Lo psicologo che si avvale di tali tecnologie deve fornire informazioni appropriate sulla propria identità, iscrizione all'Ordine, titoli professionali, indirizzo di Posta Elettronica Certificata e gli estremi della polizza di R.C. professionale;
5. Nell'ambito delle prestazioni online, lo psicologo di norma identifica l'utente, acquisisce l'autorizzazione al trattamento dei dati personali e il consenso informato riguardo alle prestazioni offerte;
6. Nell'ambito delle attività cliniche (quali la psicoterapia, la psicodiagnosi...) l'instaurazione di un rapporto diretto, di persona, è condizione indispensabile per un eventuale successivo utilizzo dei dispositivi di comunicazione a distanza;
7. Per la custodia dei dati e delle informazioni si applicano le norme previste dalla normativa vigente;
8. Lo psicologo che offre prestazioni via Internet comunica al proprio Ordine l'indirizzo web presso il quale svolge tale attività, la tipologia di strumentazione software e la tipologia di media utilizzati;
9. Considerati lo sviluppo delle prestazioni psicologiche a distanza e la loro complessità, spetta a ciascun Ordine territoriale tenere un registro degli iscritti che svolgono tali prestazioni;

10. Gli Ordini territoriali, in collaborazione con l'Osservatorio sulla deontologia del CNOP, si impegnano a monitorare le attività psicologiche a distanza per verificarne l'appropriatezza sul piano deontologico.

Successivamente, nel 2017, il CNOP ha pubblicato il documento "Digitalizzazione della professione e dell'intervento psicologico mediato dal web"

(https://www.psy.it/wp-content/uploads/2015/04/Atti-Tipici_DEF_interno-LR.pdf), che descrive in maniera accurata e multidimensionale le implicazioni dell'utilizzo della tecnologia nella pratica clinica dello psicologo e presenta le linee guida per le prestazioni psicologiche via internet e a distanza. Queste linee guida sono suddivise in categorie:

- *Etica*, nella quale si riprende il principio già citato nelle indicazioni del 2013 secondo il quale i principi etici e le norme del Codice Deontologico si applicano anche nei casi di prestazioni a distanza;
- *Adeguatezza*, nella quale si riconosce la responsabilità dello psicologo di valutare l'adeguatezza dello strumento di telemedicina prima di ogni intervento online;
- *Competenza*, nella quale si specificano le competenze necessarie all'utilizzo di strumenti di telemedicina, nonché la necessità e la responsabilità di agire nei limiti della propria formazione ed esperienza;
- *Aspetti legali*, che definisce le indicazioni in merito all'applicazione delle norme vigenti in materia;
- *Riservatezza*, che descrive come garantire la tutela della privacy e della riservatezza, nonché del corretto trattamento dei dati personali dell'utenza;
- *Consenso*, che si riferisce alla necessità di predisporre un documento illustrativo completo ed esaustivo, che permetta all'utente di comprendere le modalità e le implicazioni degli strumenti della telemedicina e fornire il proprio consenso informato;
- *Gestione delle crisi*, nella quale si specifica come gli psicologi dovrebbero fornire riferimenti a strutture cliniche nella posizione geografica del cliente in caso di emergenza, prima di iniziare l'intervento online.

A livello regionale, invece, L'Ordine degli Psicologi della Lombardia ha dedicato una sezione del proprio sito alle prestazioni online, fornendo una serie di risorse utili (<https://www.opl.it/3729/come-fare-per/Psicologo-online>). Ha inoltre redatto un *Kit pronto all'uso per lo psicologo online*

(https://www.opl.it/public/files/3752-Kit_psicologo_on-line_20160616-1.pdf), che dà alcune indicazioni pratiche e immediatamente fruibili sugli strumenti da utilizzare per: i) la gestione delle chiamate VoIP (ovvero Voice over IP, voce tramite protocollo internet); ii) i metodi di pagamento; iii) la gestione dell'agenda; iv) la gestione della rete inviante. Offre inoltre una sezione FAQ, dove trovare risposta alle domande più frequenti sull'uso della telemedicina nella pratica clinica degli psicologi.

4.3.2 Linee guida internazionali e linee guida specifiche per la telemedicina nelle dipendenze

A livello internazionale sono molteplici le linee guida proposte per l'uso della telemedicina nei diversi contesti clinici, compresi quelli affini alla pratica professionale degli psicologi. A titolo di esempio, l'American Psychological Association (APA) ha raccolto in otto linee guida le indicazioni per la pratica della telepsicologia

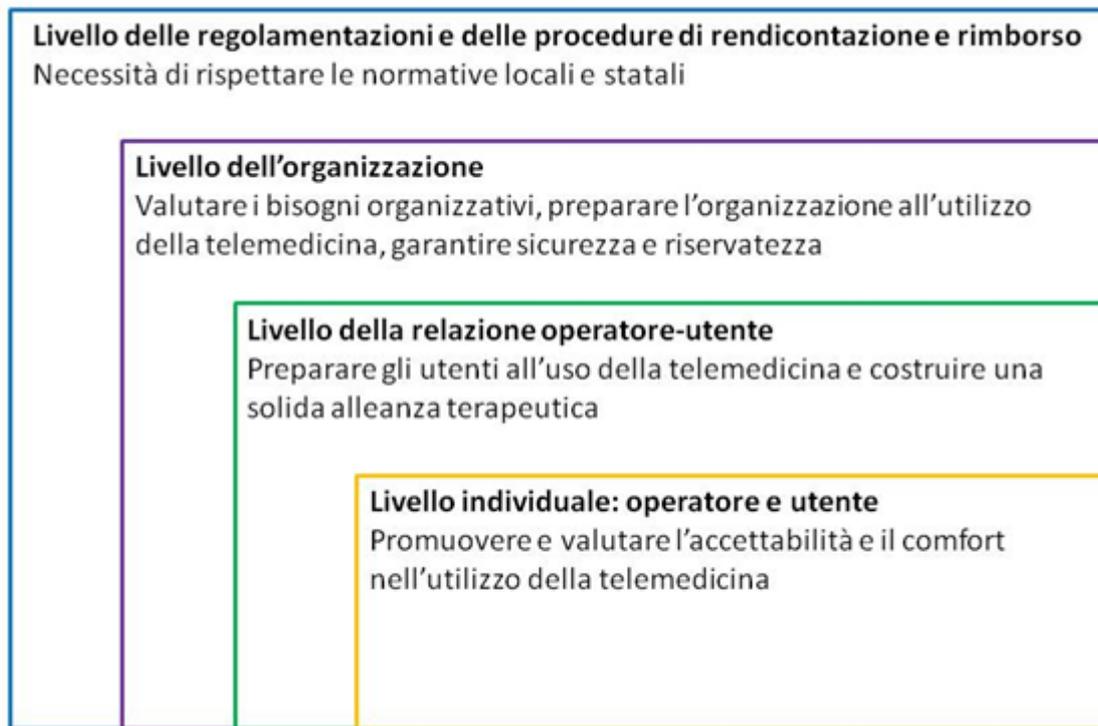
(Guidelines for the Practice of Telepsychology, <https://www.apa.org/pubs/journals/features/amp-a0035001.pdf>), definendo per ognuna di essere sia il rationale dell'indicazione stessa, sia il suo campo applicativo. Le otto linee guida dell'APA sono:

1. Gli psicologi che forniscono servizi di telepsicologia devono adottare le misure necessarie a garantire un adeguato livello di competenza sia rispetto alle tecnologie utilizzate, sia rispetto al potenziale impatto delle tecnologie sui clienti/pazienti, sui colleghi in supervisione o sugli altri professionisti coinvolti.
2. Gli psicologi devono compiere gli sforzi necessari a garantire che gli standard etici e professionali di cura siano soddisfatti, all'inizio e per tutta la durata dei servizi di telepsicologia che forniscono.
3. Gli psicologi devono impegnarsi a fornire un documento per la sottoscrizione del consenso informato che affronti specificamente le questioni relative ai servizi di telepsicologia che forniscono. Nel fare ciò, gli psicologi devono essere a conoscenza delle leggi e dei regolamenti applicabili, nonché dei requisiti organizzativi che regolano il consenso informato in questo settore.
4. Gli psicologi che forniscono servizi di telepsicologia devono prestare la necessaria attenzione per garantire la protezione e mantenere la riservatezza dei dati e delle informazioni relative ai propri clienti/pazienti, informandoli dei potenziali maggiori rischi per la privacy insiti nell'uso delle eventuali tecnologie di telecomunicazione.
5. Gli psicologi che forniscono servizi di telepsicologia devono adottare le misure necessarie per garantire la protezione dei dati e delle informazioni relative ai propri clienti/pazienti da accessi di terzi o da divulgazioni non intenzionali.
6. Gli psicologi che forniscono servizi di telepsicologia devono impegnarsi ad ottenere e disporre delle informazioni necessarie e delle tecnologie più adatte per proteggersi da eventuali accessi ai dati non autorizzati o non protetti, e per garantire una corretta e sicura procedura di eliminazione dei dati.
7. Gli psicologi sono incoraggiati a considerare le possibili problematiche dell'utilizzo in telemedicina di strumenti e test di valutazione progettati per la somministrazione in presenza.
8. Gli psicologi sono incoraggiati a conoscere e rispettare tutte le leggi e i regolamenti pertinenti quando forniscono servizi di telepsicologia a clienti/pazienti oltre i confini giurisdizionali e internazionali.

Se facciamo riferimento allo specifico ambito delle dipendenze, non vi sono linee guida dedicate agli psicologi, ma esistono indicazioni per l'applicazione più generale della telemedicina proprio in questo campo clinico. Il Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA, 2021) ha recentemente pubblicato un'estesa guida che esamina la letteratura e i risultati della ricerca relativi all'applicazione della telemedicina ai disturbi di salute mentale e di uso di sostanze, analizzando le esperienze più significative, i limiti, le sfide e le strategie più efficaci.

Il capitolo dedicato alla guida per l'implementazione della telemedicina basato sulle evidenze scientifiche mostra i diversi livelli che devono essere tenuti in considerazione, presentando uno schema simile a quello di Figura 2.

Figura 2



Così come indicato nei due livelli più interni della figura, questo documento propone alcune strategie per promuovere l'accettabilità e il senso di comfort nell'utilizzo della telemedicina sia per l'utente sia per l'operatore. Per l'utente, si suggerisce ad esempio di fornire tutte le informazioni necessarie anche rispetto ai benefici e ai vantaggi che il suo percorso di cura potrebbe trarre dalla telemedicina e proponendo delle "prove tecniche" di connessione ed utilizzo dello strumento; per l'operatore, invece, si propone uno studio della letteratura in merito all'efficacia della telemedicina, una buona formazione specifica e il supporto di personale competente in caso di difficoltà. A livello di relazione operatore utente, il SAHMSA suggerisce di discutere con l'utente stesso di tutte le differenze tra le modalità classiche di cura e gli strumenti di telemedicina, in modo da aumentare la consapevolezza, e di iniziare gli incontri con alcune brevi conversazioni per promuovere un ambiente rilassato e emotivamente meno distante.

Nello stesso documento viene anche presentata un'interessante panoramica sull'utilizzo della telemedicina nelle attività di gruppo. Si propongono alcuni quesiti da considerare prima di decidere di adottare la telemedicina negli interventi di gruppo, ovvero:

- Chi può beneficiare maggiormente della terapia di gruppo? Quali ostacoli possono esserci alla partecipazione? (ad esempio, la tecnologia in possesso del paziente è adeguata a supportare un incontro di gruppo virtuale?);
- Ci sono potenziali impatti negativi che l'attività di gruppo svolta in telemedicina potrebbe avere su qualche membro del gruppo (es. spunti paranoici)?

- Quale numero di partecipanti consente sia un coinvolgimento adeguato, sia la gestione efficace di problemi tecnici o eventuali emergenze?
- É meglio che il gruppo sia chiuso o aperto?
- C'è la possibilità di effettuare chiamate o mettersi in contatto prima della riunione di gruppo, in modo da affrontare proattivamente qualsiasi problema anche tecnico?
- In che modo è possibile proteggere la privacy e la riservatezza del cliente in un contesto di gruppo?

Ovviamente non vi sono risposte standard che vanno bene in qualsiasi occasione, ma il clinico è chiamato a valutare ognuno di questi punti all'interno del proprio contesto terapeutico.

Si propongono inoltre alcune strategie per facilitare la buona riuscita di un intervento di gruppo in telemedicina, tra cui:

Prima dell'incontro:

- Pianificare in anticipo le attività, rivedendo i materiali e le modalità di gestione delle emergenze e delle interruzioni;
- Inviare i materiali dei partecipanti tramite posta o piattaforme di messaggistica sicure;
- Prendere in considerazione la co-conduzione dei gruppi di videoconferenza con un altro operatore, per assicurarsi che le sessioni di gruppo non debbano essere annullate se un conduttore è inaspettatamente assente e per consentire al co-conduttore di aiutare a risolvere problemi o emergenze senza dover interrompere le attività.

All'inizio dell'incontro:

- Rivedere con i partecipanti le regole del gruppo, comprese le linee guida per proteggere la privacy e la riservatezza del gruppo e di ogni persona coinvolta;
- Utilizzare la funzione "condividi schermo" per condividere un documento con istruzioni di gruppo.

Durante l'incontro:

- Chiudere l'accesso alle sessioni una volta che i tutti partecipanti si sono collegati;
- Utilizzare la finestra di chat come supporto;
- Utilizzare la funzione "Alza la mano";
- Disattivare l'audio in ingresso, quando non si sta parlando;
- Concedere tempo per domande e risoluzione dei problemi.

Per la gestione delle emergenze:

- Documentare la posizione fisica e i contatti di emergenza di ciascun paziente;
- Ricordare ai partecipanti il piano di emergenza e le regole relative durante la prima sessione di gruppo.

Queste indicazioni SAHMSA, sebbene pensate anche per il trattamento di persone con dipendenze, non affrontano direttamente le peculiarità di questi disturbi. A questo proposito, un ulteriore interessante contributo alle indicazioni per l'utilizzo della telemedicina nel campo delle dipendenze arriva dal sito governativo Statunitense Telehealth.HHS.gov, che suggerisce le seguenti:

- Utilizzare un approccio SBIRT all'intervento precoce. SBIRT sta per "Screening, intervento breve (Brief Intervention) e invio al trattamento (Referral to Treatment)" ed è un approccio comunemente usato (soprattutto negli Stati Uniti) con i pazienti con disturbo da uso di alcol, ma può essere utilizzato anche per altre dipendenze;
- Acquisire familiarità con i modelli di trattamento farmacologico. Il trattamento "medication-assisted" è un approccio evidence-based che combina la consulenza psicologica (soprattutto comportamentale) con l'uso di farmaci per contenere il craving;
- Mirare all'assistenza integrata. È fondamentale conoscere i servizi presenti sul territorio e quali interventi i pazienti seguono al di là delle attività di telemedicina. Personalizzare e integrare il proprio approccio con gli altri aspetti del trattamento seguiti dai pazienti;
- Essere consapevoli delle barriere linguistiche e di istruzione legate all'accesso alle cure. Offrire materiali accessibili, integrando le parole con immagini che possano essere comprese da persone con diversi livelli di alfabetizzazione;
- Dare priorità al monitoraggio del paziente. Condurre uno screening del rischio suicidario ad ogni contatto per gli utenti considerati a rischio elevato;
- Rivedere le norme e i regolamenti per la corretta prescrizione di farmaci attraverso la telemedicina;
- Collaborare con personale di supporto, se possibile. Alcuni pazienti con disturbo da uso di sostanze possono non avere accesso a un telefono o ad altri strumenti tecnologici e il personale di supporto come gli educatori ed i case manager possono essere fondamentali nel fornire un aiuto pratico;
- Focalizzarsi sulla continuità delle cure, a lungo termine. Prevedere contatti di follow-up con i pazienti e programmare il successivo incontro prima di terminare ogni sessione di telemedicina, se possibile.

4.4 Netiquette

Le linee guida appena presentate offrono indicazioni varie e diversificate in riferimento a numerosi aspetti della telemedicina. Per quanto riguarda invece la disciplina del comportamento online che garantisca uno scambio rispettoso e costruttivo tra le persone si fa riferimento alla Netiquette. Essa deriva da due parole, ovvero *network* (rete) e *etiquette* (etichetta, galateo) e indica un insieme di regole informali che si designano come "*etichetta della rete (telematica)*". Se la Netiquette è molto importante in qualsiasi scambio online tra persone, quando si parla di telemedicina questa importanza diventa fondamentale e ancora di più quando si parla di interventi psicologici svolti attraverso la telemedicina. La comunicazione efficace è pilastro della buona riuscita di qualsiasi intervento di telemedicina applicato al campo delle dipendenze (e non solo) e quando essa si svolge da remoto bisogna considerare la sfida aggiuntiva di riuscire ad agganciare l'utente e di costruire una buona alleanza terapeutica attraverso uno schermo, riuscendo nell'intento di esprimere, comprendere ed elaborare le emozioni veicolate dal mezzo telematico. In questo contesto, la dimestichezza con il nuovo mezzo di comunicazione, la fiducia in esso e la capacità di adattarsi ad un contesto trattamentale inedito sono elementi che concorrono all'esito dell'intervento stesso e che possono essere promossi

attraverso l'utilizzo della Netiquette. È importante considerare come le norme della Netiquette non si applichino solo agli utenti, ma anche agli stessi professionisti che potrebbero incontrare difficoltà a trovarsi a proprio agio e a comprendere le particolari dinamiche della comunicazione online.

A questo proposito, Kumar e colleghi (2020) hanno riassunto i punti principali della Netiquette che gli operatori dei servizi di salute mentale dovrebbero seguire nell'ambito della telepsichiatria utilizzando poche e semplici parole chiave, una per ogni lettera della parola Netiquette:

- N. Neutralità del background, controllo del rumore (Noise, in inglese), sicurezza del Network;
- E. Strumentazione tecnologica (Equipment), Etica, Efficienza;
- T. Test preliminari (all'utilizzo del mezzo tecnologico), Training (formazione);
- I. Infrastruttura, Interfaccia, Interazione;
- Q. Qualità della risoluzione, controllo della Qualità;
- U. In ordine (Uncluttered, in inglese), senza interruzioni (Uninterrupted), tranquillo (Uneventful);
- E. Ergonomia, Efficacia, Coinvolgimento (Engaging);
- T. Controllo del Tempo, risoluzione dei problemi (Trouble shooting), compatibilità con la Tecnologia;
- T. Trasparenza, fiducia (Trust);
- E. Empatia, Espressione, Emozione.

A partire da questi punti, gli stessi autori hanno tratto una lista di 13 principi di Netiquette (Kumar et al., 2020):

1. Effettuare delle prove tecniche per far acquisire familiarità con il mezzo tecnologico;
2. Usare uno sfondo neutro;
3. Munirsi di strumentazione aggiornata ed efficiente;
4. Programmare in anticipo il colloquio;
5. Evitare di cancellare il colloquio e comunicare proattivamente la necessità di eventuali spostamenti di data o orario del colloquio;
6. Garantire un luogo confidenziale e sicuro, così come si farebbe nelle consulenze in presenza;
7. Essere in un ambiente luminoso, silenzioso e privo di distrazioni per sé e per l'utente;
8. Presentarsi e comportarsi sempre in maniera professionale;
9. Fare in modo che l'utente debba confermare l'accesso al colloquio online (ad esempio, cliccando su "partecipa" o componendo un numero) e richiedere gentilmente di confermare la propria identità;
10. Considerare le differenze tra comunicazione in presenza e comunicazione online, e prendere le necessarie misure (guardare sempre nella videocamera per assicurare che almeno la mimica facciale possa restituire parte del linguaggio non verbale, definire modalità per i turni di parola, essere supportivi etc.);
11. Fare attenzione al tono della voce, che assume un'importanza comunicativa maggiore;
12. Utilizzare la chat messaggistica come strumento integrante, quando possibile;
13. Chiudere il colloquio con un ringraziamento.

Principi simili si ritrovano in altre proposte di Netiquette pubblicate da enti statunitensi, quali la "Telehealth Visit Etiquette Checklist" proposta dall'American Medical Association (<https://www.ama-assn.org/system/files/2020-04/telehealth-appendix-g4-telehealth-visit-etiquette-checklist.pdf>)

e la "Best Practices for Patient Engagement with Telehealth" proposta dalla Harvard Medical School (<https://postgraduateeducation.hms.harvard.edu/trends-medicine/best-practices-patient-engagement-telehealth>).

Anche per quanto riguarda le norme di Netiquette rivolte agli utenti, diverse organizzazioni hanno proposto checklist e indicazioni che potessero fungere da guida per chi si avvicina ai servizi erogati attraverso la telemedicina. Ne ritroviamo alcuni esempi nei documenti pubblicati dall'ente americano Temple Health ([https://www.templehealth.org/sites/default/files/inline-](https://www.templehealth.org/sites/default/files/inline-files/Provider%20and%20Patient%20Telehealth%20Education%20Materials.pdf)

[files/Provider%20and%20Patient%20Telehealth%20Education%20Materials.pdf](https://www.templehealth.org/sites/default/files/inline-files/Provider%20and%20Patient%20Telehealth%20Education%20Materials.pdf)), dall'ente Capital Women's Care (<https://www.cwcare.net/sites/default/files/documents/Telemedicine%20Etiquette%20Tips-%20ForPatients.pdf>), e dall'azienda sanitaria australiana Northern Sydney Local Health District

(<https://www.nslhd.health.nsw.gov.au/Telehealth/Documents/Telehealth%20Etiquette%20Guide.pdf>).

In tutti questi esempi si trovano indicazioni riferite:

- All'ambiente (ad esempio trovare un luogo silenzioso e confortevole, senza distrazioni, dove collegarsi online);
- Alla strumentazione (ad esempio assicurarsi di avere la strumentazione adeguata e funzionante);
- Alla preparazione all'attività di telemedicina (ad esempio rispetto alla puntualità e alla scelta di un abbigliamento consono);
- Alla comunicazione (ad esempio come regolare la webcam in modo da essere ben visibili ed utilizzare un linguaggio rispettoso).

All'interno del tema della Netiquette, necessitano di una considerazione specifica quelle indicazioni che fanno riferimento agli interventi di gruppo che vengono svolti attraverso la telemedicina.

Ad esempio, il Mental Health Technology Transfer Centre Network

(<https://mhttcnetwork.org/centers/central-east-mhttc/product/tip-sheet-group-teletherapy>) e l'Alvarado

Parkway Institute (<https://aabh.org/wp-content/uploads/2020/04/Alvarado-Telehealth-Rules.pdf>) hanno

redatto rispettivamente una guida per operatori e una per utenti coinvolti in interventi e terapie di gruppo evidenziando le sfide peculiari di queste attività, tra le quali i possibili ostacoli alla coesione del gruppo (per il quale sarà necessario investire più tempo di quanto si farebbe in un gruppo in presenza), la necessità di rispettare ogni partecipante ed ogni differente punto di vista attraverso comportamenti non prevaricanti e rispettosi dei tempi e delle difficoltà degli altri, e il delicato aspetto della privacy degli utenti, nella misura in cui i partecipanti possono più facilmente essere preoccupati di chi, dall'altra parte dello schermo, possa essere in ascolto o possa vederli.

5. IL RUOLO DELLA TELEMEDICINA NELL'EROGAZIONE DEGLI INTERVENTI CLINICI

Gli strumenti di telemedicina possono essere integrati in diversi ambiti, attività e step di intervento nell'ambito dell' uso di sostanze e di altre dipendenze; essi sono assimilabili a qualunque servizio sanitario diagnostico/ terapeutico e sono utilizzabili a livello di prevenzione, di diagnosi, di cura, di riabilitazione e di monitoraggio, nonché per favorire lo scambio e il confronto tra colleghi e membri di équipe.

5.1 Prevenzione

La prevenzione delle dipendenze è un campo molto ampio e comprende misure per la promozione della salute in generale, la prevenzione dei disturbi da uso di sostanze e altre dipendenze e il riconoscimento precoce di situazioni a rischio. La promozione della salute mira a rafforzare le risorse individuali come fattori protettivi e contemporaneamente a ridurre i fattori di rischio o il loro impatto sulla persona. Questo può includere un lavoro sullo sviluppo di alcune abilità (skills) e competenze psicologiche quali l'autostima e le strategie di coping, nonché la relazione tra pari e la pressione sociale percepita. La scuola diventa un campo di azione fondamentale in questo senso e la telemedicina può essere un valido supporto per la divulgazione di materiale, di informazioni, di interventi mirati proprio al rafforzamento di questi aspetti, che svolgendosi online possono coinvolgere un più ampio numero di studenti con costi ridotti e una riduzione delle difficoltà legate alla necessità di spazi appositi dove svolgere questi interventi.

La prevenzione dei disturbi da uso di sostanze e altre dipendenze mira in maniera più specifica a quei temi più direttamente collegati a questi quadri clinici ed è uno degli ambiti nei quali è necessario focalizzare l'attenzione per evitare il successivo insorgere di situazioni che richiederebbero una complessa presa in carico. Alcuni studi si sono focalizzati sulla popolazione giovanile, alle prese con le difficoltà del passaggio alla vita adulta e anche per questo in un momento molto delicato per l'insorgenza di disturbi mentali, ed altri si sono invece occupati di popolazioni già a rischio, soprattutto sulla base di pattern di uso di sostanze problematici.

Negli Stati Uniti è stato recentemente testato con successo un programma integrato di prevenzione dei disturbi da uso di sostanze e dei comportamenti a rischio per l'HIV, sviluppato in telemedicina e rivolto a ragazze (età 13-18 anni) afroamericane. Questo programma (Lopez et al., 2020) consisteva in 11 sessioni settimanali di gruppo di un'ora con le partecipanti, più una sessione individuale con i genitori di ciascuna partecipante e includeva strategie per il potenziamento delle capacità di regolazione delle emozioni e strategie di coping, per supportare un successivo cambiamento nei pattern comportamentali. Sempre in termini di prevenzione, un altro studio brasiliano piuttosto recente (Valente et al., 2019) si è direttamente concentrato sull'intervento con i genitori, per andare a modificare quegli aspetti che sono stati associati al rischio (e alla prevenzione) di insorgenza di disturbi da uso di sostanze nei figli (tra cui un buon livello di coinvolgimento, di comunicazione, di supervisione e di supporto tra i fattori protettivi, e la negligenza, l'autoritarismo e gli abusi fisici tra i fattori di rischio). L'intervento breve motivazionale che è stato sperimentato, era erogato telefonicamente e includeva, tra gli altri elementi, strategie per promuovere

l'espressione dell'empatia, l'ascolto riflessivo, il supporto del senso di auto-efficacia dei figli, e strategie per evitare discussioni poco costruttive. Esso si è rivelato efficace nel ridurre i comportamenti a rischio dei genitori e nella promozione dei comportamenti più positivi e protettivi.

Il protocollo BASICS (Brief Alcohol Screening and Intervention for College Students) è uno dei programmi più sperimentati nelle popolazioni giovanili a mira alla riduzione del consumo di alcol e alla promozione di un uso più consapevole, soprattutto nei ragazzi con un pattern di consumo a rischio. Include due sessioni di counselling nelle quali si discutono tematiche legate al consumo di alcol, ai fattori di rischio, agli obiettivi e ai progressi individuali. Nello studio descritto da Rainisch e colleghi (2022), il protocollo BASICS condotto online è risultato efficace nella riduzione dell'uso di alcol nei ragazzi che al baseline rientravano nella categoria di bevitori "ad alto rischio", mentre in un articolo precedente (King et al., 2019) è stato dimostrato come lo stesso protocollo condotto online e somministrato a studenti universitari con condotte di binge drinking fosse efficace tanto quanto quello condotto in presenza nel ridurre l'utilizzo di alcol.

Anche vari interventi per ridurre il consumo di alcol in persone considerate a rischio e basati sull'utilizzo di messaggi di testo telefonici si sono rivelati efficaci: Bendtsen e colleghi (2020) hanno raccolto in una meta-analisi i risultati di 10 studi clinici differenti, nei quali i messaggi di testo sono stati utilizzati principalmente per permettere un'autovalutazione e dare feedback sul consumo di alcol, o inviare informazioni sull'alcol in generale e sulla cultura dell'uso di alcol in quella specifica popolazione, o su come accedere a servizi di supporto aggiuntivi, o ancora per fornire strategie per limitare il consumo di alcol e inviare contenuti motivazionali.

Per quanto riguarda infine il riconoscimento precoce di situazioni di rischio o prodromiche all'insorgenza di disturbi da uso di sostanze o dipendenze, bisogna fare riferimento a tutte quelle strategie di valutazione che verranno descritte nel prossimo paragrafo e che possono essere altrettanto efficacemente supportate dagli strumenti della telemedicina.

5.2 Screening e valutazione

Lo screening e la valutazione delle dipendenze sono di fondamentale importanza a molteplici livelli: nella prevenzione, permettono di identificare le situazioni a rischio per intervenire precocemente; all'inizio di un percorso trattamentale, permettono di definire il quadro clinico, supportare la diagnosi e avere indicazioni su come impostare il progetto di cura; ad intervento avviato, permettono di monitorare i progressi e rivalutare periodicamente l'efficacia delle cure offerte. Gli strumenti di screening e di valutazione utilizzati in telemedicina da parte dello psicologo che lavora nell'ambito delle dipendenze sono in larga parte un adattamento di quegli strumenti già presenti e utilizzati nelle attività in presenza, che vengono adeguati ad una nuova modalità di somministrazione. Effettuare uno screening o una valutazione in telemedicina comprende diverse possibilità: si può somministrare un questionario al proprio paziente attraverso una videochiamata, gli si può mettere a disposizione una versione digitale dello strumento che può compilare in

autonomia e che può poi inviare allo psicologo, o si può costruire uno strumento online che sia in grado di restituire in automatico il punteggio al paziente non appena completata la compilazione. Quest'ultimo caso riguarda principalmente i test utilizzati per l'auto-valutazione.

5.2.1 Strumenti di screening e di auto-valutazione

Tra gli strumenti di screening validati (di cui quindi è già stata testata l'affidabilità e la coerenza con i costrutti che misura), esistenti in italiano e che sono già stati utilizzati in telemedicina troviamo, differenziati per tipo di sostanza/dipendenza:

- Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT; Saunders et al., 1993). L'AUDIT è lo strumento di screening per il consumo eccessivo di alcol più diffuso a livello globale e permette l'identificazione della dipendenza da alcol e di alcune conseguenze specifiche del consumo dannoso. Può essere utilizzato sia come strumento auto-somministrato, sia come strumento somministrato dall'operatore ed è composto da 10 domande con risposte su scala Likert. Un punteggio da 1 a 7 suggerisce un consumo a basso rischio secondo le linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, mentre da 8 a 14 c'è l'indicazione di un consumo pericoloso o dannoso di alcol; un punteggio di 15 o più indica invece la probabilità di dipendenza da alcol (disturbo da uso di alcol moderato-grave). L'AUDIT è stato utilizzato in interventi di telemedicina (Grigg et al., 2022) ed è stato validato in italiano (Piccinelli et al., 1993). Esiste una versione breve dell'AUDIT, l'AUDIT-C (Bush et al., 1998), che consiste nelle prime tre domande dell'AUDIT e che è molto utilizzato nella pratica clinica italiana, anche in contesti di telemedicina (Cedrone et al., 2022). La versione integrale dell'AUDIT utilizzabile come strumento di auto-valutazione per i cittadini è stata messa a disposizione dall'Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi

(https://www.aou-careggi.toscana.it/internet/images/docs/file/Opuscoli/i_1006_27-TestAuditAlcol.pdf), così come l'AUDIT-C è presente sul sito dell'Istituto Superiore di Sanità affinché i cittadini possano accedere ad una auto-valutazione del loro consumo di alcol e ricevere l'indicazione di rivolgersi al medico in caso di punteggi elevati (<https://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2014/scheda%20test%20audit%20c.pdf>).

- Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT; Berman et al., 2003). Il DUDIT è uno strumento di screening auto-somministrato per la valutazione del consumo di sostanze e problemi correlati all'uso di sostanze. Fornisce inoltre indicazioni sulla corrispondenza dei sintomi con i criteri per l'uso dannoso e la dipendenza da sostanze secondo i sistemi diagnostici ICD-10 e DSM-IV. Un punteggio di sei o più per i maschi e di due o più per le femmine indica un consumo a rischio e un possibile disturbo da uso di sostanze, mentre un punteggio di 25 o più indica per entrambi i generi una probabile dipendenza da sostanze. Il DUDIT è stato utilizzato efficacemente in interventi di telemedicina (Grigg et al., 2022) e ne esiste una versione italiana scaricabile dal sito dell'European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (https://www.emcdda.europa.eu/drugs-library/drug-use-disorders-identification-test-dudit_en). Il DUDIT non è presente come strumento di auto-valutazione in italiano, ma sul sito Psicologi Online

(<https://www.psicologionline.net/test-psicologici-psicologia/test-abuso-di-sostanze>) è presente il Drug Abuse Screen Test (DAST-10, Skinner, 1982), un questionario di 10 domande a risposta sì/no che può essere utilizzato in vari contesti clinici per lo screening dei disturbi da uso di sostanze. La traduzione italiana è a cura di Conti (2000).

- Lie/Bet Questionnaire (Johnson et al., 1997) Il Lie/Bet è un test di screening per il gioco d'azzardo patologico, composto da soli 2 item e derivato dai 10 criteri del DSM-IV per il gioco d'azzardo patologico. È uno strumento in grado di identificare comportamenti di gioco a rischio e comportamenti patologici in maniera rapida ed efficace. Non è stato molto utilizzato in ricerche scientifiche pubblicate in letteratura che si sono avvalse della telemedicina, ma è stato incluso in un'indagine online mirata a studiare la prevalenza del gioco d'azzardo in gruppi di persone coinvolte nel mondo del fitness (Håkansson et al., 2020). Il Lie/Bet è a disposizione come questionario di auto-valutazione sul sito di Regione Lombardia (<https://www.noslot.regione.lombardia.it/wps/portal/site/noslot/DettaglioRedazionale/assistenza-servizi-territoriali/test-per-la-valutazione-della-dipendenza-dal-gioco-d-azzardo>). Sulla stessa pagina è possibile trovare come questionario di auto-valutazione anche il Canadian Problem Gambling Index (CPGI, Ferris & Wynne, 2001, validazione italiana a cura di Colasante et al., 2013), un altro strumento di screening per il gioco d'azzardo patologico self-report che include 31 item. Il CPGI valuta quattro dimensioni principali, ovvero il coinvolgimento di un individuo nel gioco d'azzardo, il comportamento di gioco problematico, le conseguenze che la persona stessa sperimenta a causa del problema con il gioco d'azzardo, e i correlati del problema del gioco d'azzardo. Anche in questo caso, questo test non è stato particolarmente utilizzato in interventi di telemedicina, ma è stato incluso in un'indagine online condotta tra studenti universitari (Atkinson et al., 2012).

5.2.2. Altri strumenti di valutazione

Per quanto riguarda invece gli strumenti di valutazione da utilizzarsi successivamente allo screening, l'unico che misura la gravità del disturbo da uso di alcol e sostanze e che dalla nostra indagine è stato efficacemente utilizzato in protocolli di telemedicina (Timko et al., 2019) è la Versione Europea dell'Addiction Severity Index (EuropASI; Kokkevi & Hartgers. 1995), un'intervista semi-strutturata multidimensionale che valuta le caratteristiche e la gravità dei sintomi dei disturbi da uso di sostanze e delle condizioni ad essi associate. L'EuropASI può essere utilizzata durante tutto il processo di cura e fornisce un profilo dell'utente differenziato in sette aree: area medica, area occupazionale, uso di alcol, uso di sostanze, area legale, area familiare e sociale, e area psichiatrica. La versione italiana è a cura di Gino Pozzi e Enrico Tempesta (<https://www.aslvco.it/wp-content/uploads/2021/04/ALL04.1-ASI.pdf>).

Altri strumenti utili nella pratica clinica dello psicologo e che permettono una valutazione multidimensionale delle dipendenze riguardano quegli ambiti non direttamente riferibili all'uso di sostanze o ai comportamenti di addiction, ma che sono strettamente correlati. Tra questi, possiamo citare alcuni domini psicologici e

psicopatologici che vanno imprescindibilmente tenuti in considerazione per ottenere un quadro dell'utente che sia il più completo possibile. Non tutti gli strumenti esistenti sono però già stati testati per l'utilizzo in telemedicina, ma in letteratura ne troviamo alcuni che permettono di coprire molti degli ambiti più rilevanti. Per le dimensioni psicopatologiche, la Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R; Derogatis 1977, Sarno et al., 2011), una delle misure di self-report più utilizzate in ambito psicopatologico, anche in telemedicina (Yamada et al., 2021), che permette sia di individuare sintomi psicopatologici in persone senza una diagnosi clinica aiutando lo psicologo nel processo diagnostico, sia di valutare eventuali cambiamenti nella sintomatologia durante il trattamento e impostare le prognosi cliniche. La SCL-90-R è composta da 9 scale cliniche (Somatizzazione, Ossessioni, Sensibilità Interpersonale, Depressione, Ansia, Ostilità, Ansia Fobica, Ideazione Paranoide, Psicoticismo), alle quali si aggiungono alcune scale di controllo.

Per valutazioni più specifiche si può far riferimento alla Generalised Anxiety Disorder Assessment-7 (GAD-7; Spitzer et al., 2006) e al Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9; Kroenke et al., 2001) per la valutazione, rispettivamente, dei sintomi ansiosi e depressivi. Sono entrambi strumenti brevi e autosomministrati, diffusissimi a livello clinico e molto utilizzati in interventi di telemedicina (Buono et al., 2022; Ngo et al., 2022). Questi strumenti hanno entrambi punteggi di cutoff che permettono di determinare livelli sintomatologici di ansia o depressione lievi (cutoff di 5), moderati (cutoff di 10) e gravi (cutoff di 15). Anche il K10 e K6 (Kessler et al., 2002, versione italiana a cura di Carrà et al., 2011) sono strumenti costruiti per fornire una misura del disagio psicologico globale di una persona facendo riferimento a sintomi ansiosi e depressivi che la persona può aver sperimentato nelle ultime 4 settimane. La loro brevità (10 item per il K10, e 6 nel K6) e facilità di compilazione li rendono strumenti adatti anche alla compilazione da remoto (ad es. Grigg et al., 2022).

Un altro dominio psicologico che può essere molto utile valutare riguarda le strategie di coping, misurabili attraverso lo strumento Brief-COPE (Carver, 1997). Questa scala autosomministrata include 14 sottoscale, ognuna delle quali riflette l'uso di una specifica strategia di coping, ed è stata inclusa in un protocollo di studio basato sull'utilizzo della telemedicina e pubblicato in letteratura (Yamada et al., 2021).

Infine, per determinare lo stadio di cambiamento raggiunto da una persona con un disturbo da uso di alcol può essere molto utile far riferimento al Readiness to Change Questionnaire (Rollnick et al., 1992, versione italiana a cura di Scaglia et al., 1995), uno strumento breve e di semplice somministrazione (auto-somministrato) e che per queste ragioni è adatto anche all'utilizzo da remoto (Sharma et al., 2022).

Questi strumenti rappresentano ciò che al momento è già stato utilizzato in telemedicina nell'ambito delle dipendenze, ma ciò non significa che non sia possibile adattare altri strumenti al loro utilizzo da remoto. In questi casi, però, è bene considerare con attenzione le implicazioni di una differente metodologia di somministrazione, tenendo a mente gli stessi principi validi per la diversa impostazione del setting di telemedicina descritto precedentemente.

5.3 Intervento

Sono moltissime le applicazioni della telemedicina nell'ambito dell'intervento sulle dipendenze descritte dalla letteratura scientifica e non è possibile darne una panoramica esaustiva in poche pagine. Vi sono interventi di consulenza ai singoli e alle famiglie, programmi psicoeducativi, psicoterapie individuali, famigliari e di gruppo, nonché protocolli strutturati di intervento basati su una molteplicità di modelli diversi. Vi sono anche interventi focalizzati su aspetti specifici del disturbo, come ad esempio la prevenzione delle ricadute, che possono essere integrati in un percorso di cura più ampio e diversificato.

5.3.1 Consulenze

La telemedicina può essere applicata a tutti quegli interventi di consulenza che permettono ai singoli e alle loro famiglie di ottenere tutte le informazioni necessarie a comprendere i disturbi da uso di sostanze e le altre dipendenze e a come farvi fronte. Possono essere consulenze più o meno strutturate, ad accesso libero o su prenotazione, ma in tutti questi casi la telemedicina può venire in aiuto fornendo un accesso facilitato e rapido a questo tipo di risorse, attraverso il mezzo telefonico o le videoconferenze.

Uno degli esempi più classici di consulenza da remoto è rappresentato dalle linee telefoniche dedicate, o *Helpline*. Il Telefono Verde Droga (800 186070) è un servizio nazionale di counselling telefonico per il contrasto all'uso di sostanze implementato dall'Istituto Superiore di Sanità che si configura come punto di accoglienza, ascolto e orientamento. Il Telefono Verde Droga ha lo scopo di sensibilizzare i cittadini sugli effetti sulla salute legati al consumo di sostanze, offre informazioni chiare e validate scientificamente e dà orientamento verso i servizi territoriali che propongono interventi sanitari per la diagnosi e il trattamento delle dipendenze. SostieniMi è un altro servizio telefonico gratuito di ascolto, sostegno e orientamento telefonico dedicato alle dipendenze e coordinato dal Centro Ambrosiano di Solidarietà. Come specificato nella loro pagina web, è possibile contattare liberamente il numero 335.19.00.536 (anche tramite sms o WhatsApp) nel caso si abbia a che fare, direttamente o indirettamente, con una situazione di dipendenza da sostanze o dipendenza comportamentale.

Altri esempi di consulenze psicologiche in telemedicina ci arrivano dalla letteratura scientifica: in Germania è stato condotto uno studio con persone con dipendenza da internet nel quale i partecipanti hanno preso parte a due sessioni di consulenza online (in videochiamata) basate sulle tecniche del colloquio motivazionale (Bottel et al., 2021), mentre in Australia esiste un servizio online specifico per le dipendenze, chiamato Counseling Online, che include interventi di consulenza sia per chi ha un problema legato alle sostanze o altri comportamenti di addiction, sia per i loro famigliari. Il servizio funziona tramite una piattaforma di chat in tempo reale, in modo simile alla messaggistica istantanea, dove l'utente e il consulente digitano messaggi l'un l'altro in un contesto protetto e accessibile 24 ore su 24, 7 giorni su 7 (Garde et al., 2017).

5.3.2 Psicoeducazione

La psicoeducazione nelle dipendenze ha lo scopo di: offrire informazioni sul disturbo e sulla sostanza o comportamento; fornire strategie di gestione delle situazioni critiche; alimentare la alleanza terapeutica;

promuovere comportamenti sani. La partecipazione alla psicoeducazione fornisce anche abilità pratiche e strategie di coping che aiutano le persone in fase di recupero a sottrarsi a situazioni a rischio e prevenire potenziali ricadute. Può essere rivolta sia ai pazienti sia ai loro familiari, che possono acquisire le informazioni utili per mettere in atto i comportamenti migliori per tollerare lo stress, evitare complicanze e fornire sostegno al proprio caro. Gli interventi psicoeducativi sono di solito utilizzati come moduli iniziali all'interno di un percorso trattamentale più ampio. Possono essere erogati sia in maniera sincrona, ad esempio incontrando virtualmente l'utente (singola o in gruppo) attraverso una videochiamata, sia in maniera asincrona, mettendo a disposizione video, documenti e altri materiali accessibili da una pagina web. Questa doppia possibilità rende la telemedicina uno strumento ancora più efficace per l'erogazione di questo tipo di intervento.

La psicoeducazione ad utenti e ai familiari sui disturbi da uso di sostanze (tabacco, alcol, droghe) o altre dipendenze comportamentali (gioco d'azzardo), è stata spesso efficacemente adattata all'erogazione in telemedicina, come riportato anche in studi pubblicati su riviste scientifiche (ad esempio Giroux et al., 2014; Stormshak et al., 2021).

5.3.3 Colloqui psicologici e psicoterapia

Il colloquio psicologico e la psicoterapia sono strumenti fondamentali dell'intervento nell'ambito delle dipendenze. Durante il periodo pandemico, gli psicologi e gli psicoterapeuti sono stati costretti a migrare la erogazione dei colloqui in telemedicina. In realtà, per questa tipologia di prestazioni vi era già una certa tradizione e studi scientifici internazionali: permetteva infatti agli psicologi psicoterapeuti di lavorare con persone impossibilitate a spostarsi, residenti in luoghi remoti o in difficoltà a causa dello stigma percepito (Norwood et al., 2018).

La psicoterapia e gli interventi psicologici individuali, familiari e di gruppo hanno caratteristiche peculiari che, in termini di setting, vanno considerate in maniera specifica (come descritto nei capitoli precedenti). Generalmente vengono erogati attraverso videochiamate o creando stanze virtuali in cui i partecipanti possono accedere e incontrare il terapeuta; attraverso il mezzo tecnologico vengono condivise esperienze, emozioni e pensieri con un'intensità comparabile al setting classico in presenza.

Alcuni psicologi e psicoterapeuti faticano a superare lo scetticismo verso questa nuova forma di erogazione, vista come fredda e quindi non adatta a costruire un'adeguata alleanza terapeutica, ma le revisioni scientifiche hanno indicato che la qualità dell'alleanza di lavoro nella psicoterapia in videoconferenza è simile a quella degli interventi vis-à-vis (Backhaus et al., 2012). Se in generale la psicoterapia non è un intervento spesso incluso in studi scientifici per la molteplicità di variabili (spesso non rilevabili e poco controllabili) che concorrono alla sua efficacia e che riducono la replicabilità dei risultati, anche per quanto riguarda la psicoterapia in telemedicina applicata al campo delle dipendenze i contributi sono scarsi. Un esempio è rappresentato dallo studio di Ribeiro e colleghi (2021), che hanno testato un questionario per la valutazione

dell'alleanza terapeutica in psicoterapie condotte in videoconferenza con un gruppo di persone in trattamento per disturbi da uso di alcol.

5.3.4 Interventi strutturati

Tra gli interventi che vengono inclusi nel piano trattamentale di persone con disturbi da uso di sostanze e altre dipendenze comportamentali ve ne sono alcuni altamente strutturati, ovvero la cui erogazione segue un rigoroso protocollo (di solito descritto dettagliatamente in un manuale che specifica i contenuti di ogni incontro o sessione, i materiali da utilizzare, la durata e le modalità di erogazione). Questi sono gli interventi che più frequentemente vengono sperimentati negli studi scientifici sull'efficacia dei trattamenti nei contesti delle dipendenze, perché proprio la loro rigorosa struttura può permettere ai clinici di utilizzarli nella pratica professionale attendendosi un'efficacia pari a quella ottenuta sperimentalmente con gruppi di pazienti con simili caratteristiche. Ci sono moltissimi interventi strutturati la cui efficacia è stata dimostrata attraverso studi clinici e che possono dunque essere definiti "*evidence-based*" e molti ricercatori si sono impegnati anche nella sperimentazione di questi interventi erogati attraverso la telemedicina. Il fatto che siano strutturati non li rende necessariamente lunghi e articolati: il Motivational Enhancement Therapy (MET, traducibile in "terapia di potenziamento motivazionale") e il Motivational Interviewing (MI, traducibile in "intervista motivazionale") sono infatti alcuni esempi di interventi strutturati brevi, evidence-based, che sono stati testati anche nel loro utilizzo attraverso la telemedicina (Constant et al., 2021; Ondersma et al., 2005; Staton-Tindall et al., 2014). Il MI è in genere un intervento della durata di una o due sessioni, che può essere utilizzato come intervento a sé o integrato all'interno di un piano di intervento più ampio. I principi che guidano il MI sono essenzialmente quattro: i) esprimere empatia usando l'ascolto riflessivo; ii) lavorare sulla discrepanza tra i valori del paziente e il suo comportamento attuale; iii) evitare o ridurre possibili resistenze privilegiando l'empatia e la comprensione piuttosto che il confronto; iv) promuovere il senso di autoefficacia (Treasure, 2004). Il MET utilizza gli stessi principi del MI, ma in genere è un intervento leggermente più lungo (fino a circa quattro sessioni).

Vi sono anche molti interventi strutturati basati sui principi della Terapia Cognitivo Comportamentale (CBT) che sono stati adattati all'erogazione attraverso mezzo tecnologici e testati in studi sperimentali. *Ready2Change*, ad esempio, è un programma di intervento psicologico telefonico basato sui principi della CBT che è stato testato in un servizio per le dipendenze australiano e che ha dimostrato la sua efficacia nel ridurre l'uso di alcol, cannabis e metamfetamine (Grigg et al., 2022). Un altro intervento in telemedicina che di basa sui principi della CBT è il *Computer-based Training in Cognitive Behavioral Therapy* (CBT4CBT, Carroll et al., 2008), un programma che si include sei sessioni utilizzando contenuti propri del modello CBT, quali ad esempio il focus sui propri schemi e modelli di consumo di sostanze, sul processo decisionale e sulle capacità di coping.

Altri tipi di interventi, che più specificatamente adottano strategie proprie dell'approccio comportamentale, sono quelli di Contingency Management che utilizzano come principio fondamentale quello del rinforzo; sono

infatti previsti incentivi di diversa natura che forniscono un rinforzo immediato e positivo, che vengono associati a obiettivi di astinenza raggiunti oppure a esami biochimici relativi all'uso di sostanze eseguiti e/o risultati negativi. Esempi di interventi di Contingency Management svolti attraverso la telemedicina sono stati descritti da Silverman e colleghi (2005, 2007) e Budney e colleghi (2015).

5.3.5 Prevenzione delle ricadute

Gli interventi di prevenzione delle ricadute rappresentano una tipologia specifica di intervento, con obiettivi chiaramente stabiliti e che generalmente viene integrata all'interno di un piano di trattamento più ampio. Anche in questo specifico campo applicativo la telemedicina si è dimostrata essere un valido supporto per l'erogazione delle attività previste, come riportato da alcuni studi clinici.

Già quasi vent'anni fa Frueh e colleghi (2005) hanno testato un intervento di gruppo per la prevenzione delle ricadute condotto attraverso videoconferenza. Il gruppo, strutturato con un accesso aperto, prevedeva otto incontri per ciascun partecipante, ognuno della durata di un'ora circa. Più recentemente, invece, Yamada e colleghi (2021) hanno descritto un protocollo di studio nel quale sarà testato l'intervento *Indonesia Drug Addiction Relapse Prevention Programme* (Indo-DARPP), un programma strutturato per la prevenzione delle ricadute per persone con disturbi da uso di alcol e sostanze condotto in un setting di gruppo attraverso sessioni di videoconferenza. L'intervento sarà strutturato su 12 settimane e sarà basato sui principi della terapia cognitivo-comportamentale, includendo inoltre elementi propri dell'intervista motivazionale e moduli di psicoeducazione.

5.4 Monitoraggio e auto-monitoraggio sanitario

Il monitoraggio sanitario riguarda tutte quelle attività che permettono allo psicologo, e più in generale all'équipe che ha in carico un paziente con una dipendenza, di valutare l'andamento della sintomatologia, soprattutto in riferimento all'utilizzo di una determinata sostanza o alla messa in atto di un determinato comportamento, sia in fase trattamentale sia successivamente con dei follow-up periodici. Il monitoraggio solitamente avviene attraverso dei colloqui in cui possono essere utilizzati dei diari e somministrati alcuni dei questionari precedentemente citati e nei quali viene valutata la frequenza del comportamento di addiction, il desiderio della sostanza o del comportamento (il craving), i giorni di astinenza e più in generale la situazione psicologica e di vita del paziente. Il monitoraggio include anche la possibilità di auto-monitoraggio del paziente, che autonomamente tiene traccia soprattutto dei propri pattern di comportamento e dell'astinenza. Quando si parla di monitoraggio e automonitoraggio in telemedicina si comprende sia la possibilità di effettuare questa attività da remoto con un videocolloquio di monitoraggio, sia agli strumenti che possono essere adattati al nuovo contesto tecnologico (per es. diario digitale).

Vi sono strumenti specifici a supporto degli psicologi, degli operatori e degli utenti stessi che permettono di tracciare i pattern di utilizzo o di comportamento nel tempo e che possono essere adattati al contesto della telemedicina. Tra gli strumenti più diffusi citiamo il Timeline Followback ed il Diario, che sono simili per

struttura e obiettivi e differiscono principalmente per l'aspetto temporale. Entrambi questi strumenti possono essere usati come auto-monitoraggio dai pazienti ed essere condivisi con lo psicologo e/o con l'Equipe curante.

Il Timeline Followback (TLFB) è uno strumento che è stato sviluppato da Sobell & Sobell (1992) per la stima del consumo quotidiano di alcol, ma che nel tempo è stato adattato per la misurazione dell'uso di sostanze e altri comportamenti di addiction. Esso si basa sul ricordo che l'utente ha del consumo effettuato in un periodo di tempo variabile (ad esempio nella settimana precedente la compilazione), che viene poi indicato su un apposito calendario fornendo così un quadro visivo dei giorni e dei pattern di utilizzo. È possibile scaricare ed utilizzare gratuitamente le istruzioni in italiano ed un esempio di TLFB adattabile all'anno in corso al link <https://www.nova.edu/timeline/index.html>.

Il Diario è molto simile al TLFB, ed è più usato nei Servizi di alcologia e delle dipendenze: la principale differenza con il TLFB è che nel Diario l'utente è invitato a registrare ogni giorno l'astensione dal comportamento di addiction, ed in alcuni casi anche altre informazioni, come ad esempio il craving, lo stato di benessere, l'analisi di eventuali recidive, etc. Ciò lo rende uno strumento più accurato, ma richiede anche un maggior impegno da parte dell'utente che deve ricordarsi di compilarlo ogni giorno. Un esempio di Diario riferito all'uso di alcol e scaricabile gratuitamente anche dai pazienti per un auto-monitoraggio si trova al link <https://www.stop-alcol.ch/it/anti-ricaduta/diario>. Il Diario può essere utilizzato anche a scopo di ricerca, ma data la sua variabilità è uno strumento che è stato incluso nei protocolli degli studi sperimentali molto meno frequentemente del TLFB. Entrambi questi strumenti sono facilmente integrabili negli strumenti di telemedicina e adattabili alla somministrazione da remoto e online, creandone ad esempio una versione digitale.

Proprio con l'obiettivo di consentire alle persone di automonitorare i pattern di comportamento di astensione/attuazione di comportamenti da addiction sono anche state costruite numerose applicazioni per computer o smartphone che gli utenti possono scaricare e utilizzare come se fossero dei veri e propri diari. È necessario però ricordare che queste applicazioni sono di proprietà di aziende private e va quindi dedicata particolare attenzione alle modalità con cui vengono trattati e conservati i dati inseriti. Tra le applicazioni in italiano che ogni persona può scaricare e utilizzare si possono citare:

- *I Am Sober*, gratuita con pacchetti opzionali a pagamento, che traccia i giorni di astinenza da diversi tipi di sostanze e comportamenti (anche multipli) e integra numerose altre funzioni tra cui l'impostazione di messaggi motivazionali e di obiettivi di sobrietà, il calcolo dei soldi e del tempo risparmiati durante i giorni di astinenza, la creazione di gruppi con altri utenti e la condivisione delle proprie informazioni, ad esempio con un operatore di riferimento;

- *Quitzilla*, anch'essa gratuita e con opzioni facoltative a pagamento, che permette di tracciare il tempo di astinenza, il tempo ed il denaro risparmiati e di impostare obiettivi specifici con il supporto di frasi motivazionali;

- *DWA*, gratuita, calcola i giorni di astinenza e permette di impostare obiettivi specifici, ma a differenza delle precedenti è specifica per il solo uso di alcol.

5.5 Teleconsulto e Teleconsulenza

Un altro aspetto che riguarda il trattamento delle dipendenze è la possibilità per professionisti diversi di accedere a consulenze tra colleghi e rispondere così alla necessità di condivisione, confronto, supporto e supervisione. Spesso la possibilità di accedere a queste consulenze è ostacolato da limiti spaziali e temporali e in questo caso la telemedicina può configurarsi come valida alternativa che permette uno svolgimento più agile ed efficace di questo tipo di attività. E' una modalità grandemente utilizzata per la sua praticità, per esempio per il confronto on line tra i professionisti sanitari dei servizi, del pronto soccorso e dei reparti, delle comunità terapeutiche, del carcere e delle REMS, dei servizi sociali e di tutela minori. Tuttavia, gli interventi pubblicati su riviste scientifiche per il teleconsulto e la teleconsulenza medico-sanitaria sono scarsi. Le poche ricerche condotte a tal proposito hanno coinvolto soprattutto i Medici di medicina generale, che attraverso programmi di formazione online e videochiamate potevano accedere alla consulenza fornita da esperti di disturbi da uso di sostanze e dipendenze e ricevere supporto specifico per la prescrizione dei farmaci, l'erogazione di interventi motivazionali e altri aspetti della gestione del caso specifico (Ganesh et al., 2020; Jonas et al., 2021; Leibowitz et al., 2021). In Italia non sono disponibili dati pubblicati in riferimento a progetti di teleconsulto, ma molti colleghi psicologi si sono già attrezzati per svolgere ad esempio supervisioni online e questi esempi possono essere uno spunto per favorire la nascita di nuove occasioni di confronto, collaborazione e supporto tra colleghi.

6. Indicazioni dalle Linee di indirizzo ministeriali

Le Linee di indirizzo ministeriali, pur non avendo come ambito di riferimento le Dipendenze, danno alcune indicazioni che è opportuno considerare in un settore complicato dall'impatto dell'effetto delle sostanze sul funzionamento psichico e sulle modalità di relazione con i curanti. La Telemedicina, se utilizzata nel trattamento, deve essere proposta al paziente per cui sia già stata fatta una valutazione multidisciplinare (in presenza, con visite, colloqui ed esami strumentali) dello stato di salute, della patologia da addiction, e del funzionamento psichico. Deve essere valutata l'idoneità ad interventi in telemedicina (motivazione al trattamento ed alleanza terapeutica, disponibilità di device e sufficiente competenza informatica), che vengono inseriti nel Programma individualizzato di cura che prevede anche periodici interventi di persona e di valutazione oggettiva dell'andamento del programma e dello stato di benessere psicofisico.

Bibliografia

- Atkinson J, Sharp C, Schmitz J, Yaroslavsky I. Behavioral activation and inhibition, negative affect, and gambling severity in a sample of young adult college students. *J Gambl Stud.* 2012;28(3):437-449.
- Backhaus A, Agha Z, Maglione ML, et al. Videoconferencing psychotherapy: a systematic review. *Psychol Serv.* 2012;9(2):111-131.
- Bendtsen M, McCambridge J, Åsberg K, Bendtsen P. Text messaging interventions for reducing alcohol consumption among risky drinkers: systematic review and meta-analysis. *Addiction.* 2021;116(5):1021-1033.
- Berman AH, Bergman H, Palmstierna T, Schlyter F. DUDIT: the drug use disorders identification test. V1.0. Karolinska Institutet: Stockholm; 2003.
- Bird KT. Telemedicine; concept and practice. In: Bashshur RL, Armstrong PA, Youssef ZI (eds). *Telemedicine: Explorations in the Use of Telecommunications in Health Care.* Springfield, Illinois; 1975.
- Bottel L, Brand M, Dieris-Hirche J, Herpertz S, Timmesfeld N, Te Wildt BT. Efficacy of short-term telemedicine motivation-based intervention for individuals with Internet Use Disorder - A pilot-study. *J Behav Addict.* 2021;10(4):1005-1014.
- Budney AJ, Stanger C, Tilford JM, et al. Computer-assisted behavioral therapy and contingency management for cannabis use disorder. *Psychol Addict Behav.* 2015;29(3):501-511.
- Buono FD, Gleed C, Boldin M, Aviles A, Wheeler N. Preliminary Effectiveness of a Remotely Monitored Blood Alcohol Concentration Device as Treatment Modality: Protocol for a Randomized Controlled Trial. *JMIR Res Protoc.* 2022;11(1):e30186.
- Bush K, Kivlahan DR, McDonell MB, Fihn SD, Bradley KA. The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test. *Arch Intern Med.* 1998;158(16):1789-1795.
- Carrà G, Sciarini P, Segagni-Lusignani G, Clerici M, Montomoli C, Kessler RC. Do they actually work across borders? Evaluation of two measures of psychological distress as screening instruments in a non Anglo-Saxon country. *Eur Psychiatry.* 2011;26(2):122–127.
- Carroll KM, Ball SA, Martino S, et al. Computer-assisted delivery of cognitive-behavioral therapy for addiction: a randomized trial of CBT4CBT. *Am J Psychiatry.* 2008;165(7):881-888.
- Carver CS. You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief COPE. *Int J Behav Med* 1997;4(1):92-100.
- Cedrone F, Buomprisco G, Nicola M, et al. Alcohol Use during COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Survey among Healthcare and Office Workers in Italy. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(19):12587.
- Colasante E, Gori M, Bastiani L, et al. An assessment of the psychometric properties of Italian version of CPGI. *J Gambl Stud.* 2013;29:765–774.

Constant HMRM, Ferigolo M, Barros HMT, Moret-Tatay C. A clinical trial on a brief motivational intervention in reducing alcohol consumption under a telehealth supportive counseling. *Psychiatry Res.* 2021;303:114068.

Conti L. Repertorio delle scale di valutazione in psichiatria. Firenze: SEE; 2000.

de Campos Moreira T, Signor L, Figueiró LR, et al. Non-adherence to telemedicine interventions for drug users: systematic review. *Rev Saude Publica.* 2014;48(3):521-531.

Derogatis LR. SCL-90-R, administration, scoring and procedures manual. Baltimore: Clinical Psychometric Research; 1977.

Eibl JK, Gauthier G, Pellegrini D, et al. The effectiveness of telemedicine-delivered opioid agonist therapy in a supervised clinical setting. *Drug Alcohol Depend.* 2017;176:133-138.

Ferris J, Wynne H. The Canadian Problem Gambling Index: Final report. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse; 2001.

Frueh BC, Henderson S, Myrick H. Telehealth service delivery for persons with alcoholism. *J Telemed Telecare.* 2005;11(7):372-375.

Garde EL, Manning V, Lubman DI. Characteristics of clients currently accessing a national online alcohol and drug counselling service. *Australas Psychiatry.* 2017;25(3):250-253.

Ganesh A, Sahu P, Nair S, Chand P. A smartphone based e-Consult in addiction medicine: An initiative in COVID lockdown. *Asian J Psychiatr.* 2020;51:102120.

Giroux D, Bacon S, King DK, Dulin P, Gonzalez V. Examining perceptions of a smartphone-based intervention system for alcohol use disorders. *Telemed J E Health.* 2014;20(10):923-929.

Grigg J, Volpe I, Tyler J, et al. Ready2Change: Preliminary effectiveness of a telephone-delivered intervention program for alcohol, methamphetamine and cannabis use problems. *Drug Alcohol Rev.* 2022;41(2):517-527.

Hall JL, McGraw D. For telehealth to succeed, privacy and security risks must be identified and addressed. *Health Aff (Millwood).* 2014;33(2):216-221.

Håkansson A, Entezarjou A, Kenttä G, Fernández-Aranda F, Jiménez-Murcia S, Gunnarsson B. Problem Gambling in the Fitness World-A General Population Web Survey. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(4):1342.

Johnson EE, Hamer R, Nora RM, Tan B, Eisenstein N, Engelhart C. The Lie/Bet Questionnaire for screening pathological gamblers. *Psychol Rep.* 1997;80(1):83-88.

Jonas DE, Barclay C, Grammer D, et al. The STUN (STop UNhealthy) Alcohol Use Now trial: study protocol for an adaptive randomized trial on dissemination and implementation of screening and management of unhealthy alcohol use in primary care. *Trials.* 2021;22(1):810.

Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, et al. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychol Med.* 2002;32(6):959-976.

King SC, Richner KA, Tuliao AP, Kennedy JL, McChargue DE. A comparison between telehealth and face-to-face delivery of a brief alcohol intervention for college students. *Subst Abus.* 2020;41(4):501-509.

Kokkevi A, Hartgers C. EuropASI: European Adaptation of a Multidimensional Assessment Instrument for Drug and Alcohol Dependence. *Eur Addict Res.* 1995;1(4):208-210.

Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med.* 2001;16(9):606-613.

Kruse CS, Lee K, Watson JB, Lobo LG, Stoppelmoor AG, Oyibo SE. Measures of Effectiveness, Efficiency, and Quality of Telemedicine in the Management of Alcohol Abuse, Addiction, and Rehabilitation: Systematic Review. *J Med Internet Res.* 2020;22(1):e13252.

Kumar MS, Krishnamurthy S, Dhruve N, Somashekar B, Gowda MR. Telepsychiatry Netiquette: Connect, Communicate and Consult. *Indian J Psychol Med.* 2020;42(5 Suppl):22S-26S.

Leach R, Carreiro S, Shaffer PM, Gaba A, Smelson D. Digital Health Interventions for Mental Health, Substance Use, and Co-occurring Disorders in the Criminal Justice Population: A Scoping Review. *Front Psychiatry.* 2022;12:794785.

Leibowitz A, Satre DD, Lu W, et al. A Telemedicine Approach to Increase Treatment of Alcohol Use Disorder in Primary Care: A Pilot Feasibility Study. *J Addict Med.* 2021;15(1):27-33.

Lin LA, Casteel D, Shigekawa E, Weyrich MS, Roby DH, McMenemy SB. Telemedicine-delivered treatment interventions for substance use disorders: A systematic review. *J Subst Abuse Treat.* 2019;101:38-49.

Lopez C, Gilmore AK, Moreland A, Danielson CK, Acierno R. Meeting Kids Where They Are At-A Substance Use and Sexual Risk Prevention Program via Telemedicine for African American Girls: Usability and Acceptability Study. *J Med Internet Res.* 2020;22(8):e16725.

Mark TL, Treiman K, Padwa H, Henretty K, Tzeng J, Gilbert M. Addiction Treatment and Telehealth: Review of Efficacy and Provider Insights During the COVID-19 Pandemic. *Psychiatr Serv.* 2022;73(5):484-491.

Molfenter T, Capoccia VA, Boyle MG, Sherbeck CK. The readiness of addiction treatment agencies for health care reform. *Subst Abuse Treat Prev Policy.* 2012;7:16.

Nelson EL, Banitt Duncan A. Cognitive BEhavioral Therapy Using Televideo. *Cogn Behav Pract.* 2015;22(3):269-280.

Ngo QM, Braughton JE, Gliske K, et al. In-Person Versus Telehealth Setting for the Delivery of Substance Use Disorder Treatment: Ecologically Valid Comparison Study. *JMIR Form Res.* 2022;6(4):e34408.

Norwood C, Moghaddam NG, Malins S, Sabin-Farrell R. Working alliance and outcome effectiveness in videoconferencing psychotherapy: A systematic review and noninferiority meta-analysis. *Clin Psychol Psychother.* 2018;25(6):797-808.

Ondersma SJ, Chase SK, Svikis DS, Schuster CR. Computer-based brief motivational intervention for perinatal drug use. *J Subst Abuse Treat.* 2005;28(4):305-312.

- Piccinelli M, Tessari E, Bortolomasi M, Piasere O, Semenzin M, Garzotto N, Tansella M. Efficacy of the alcohol use disorders identification test as a screening tool for hazardous alcohol intake and related disorders in primary care: a validity study. *BMJ*. 1997;314(7078):420-424.
- Rainisch B, Forster M, Karamehic N, Cornejo M, Dahlman L. Pilot of a telehealth brief alcohol intervention for college students at a Hispanic Serving Institution. *J Am Coll Health*. 2022;1-7.
- Ribeiro NS, Colugnati FAB, Kazantzis N, Sartes LMA. Observing the Working Alliance in Videoconferencing Psychotherapy for Alcohol Addiction: Reliability and Validity of the Working Alliance Inventory Short Revised Observer. *Front Psychol*. 2021;12:647814.
- Rollnick S, Heather N, Gold R, Hall W. Development of a short 'readiness to change' questionnaire for use in brief, opportunistic interventions among excessive drinkers. *Br J Addict* 1992;87:743-754.
- Sarno I, Preti E, Prunas A, Madeddu F. SCL-90-R Symptom Checklist-90-R Adattamento italiano. Firenze: Giunti, Organizzazioni Speciali; 2011.
- Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, De la Fuente JR, Grant M. Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption - II. *Addiction* 1993;88:791-804.
- Scaglia M, Baiardo E, Baldasso I, et al. Development of an Italian Version of the "Readiness to Change Questionnaire" for Alcoholism and Addiction. In: Tagliamonte A, Maremmani I. (eds) *Drug Addiction and Related Clinical Problems*. Vienna: Springer; 1995.
- Shankar M, Fischer M, Brown-Johnson C, et al. Strategies to foster meaningful connection during telemedicine visits. 2020. <https://www.kevinmd.com/2020/04/strategies-to-foster-meaningful-connection-during-telemedicine-visits.html>
- Sharma A, Das K, Sharma S, Ghosh A. Feasibility and preliminary effectiveness of internet-mediated 'relapse prevention therapy' for patients with alcohol use disorder: A pilot study. *Drug Alcohol Rev*. 2022;41(3):641-645.
- Shore J. The evolution and history of telepsychiatry and its impact on psychiatric care: Current implications for psychiatrists and psychiatric organizations. *Int Rev Psychiatry*. 2015;27(6):469-475.
- Skinner H.A. The drug abuse screening test. *Addict Behav*. 1982; 7: 363-371
- Silang K, Sanguino H, Sohal PR, Rioux C, Kim HS, Tomfohr-Madsen LM. eHealth Interventions to Treat Substance Use in Pregnancy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(19):9952.
- Silverman K, Wong CJ, Grabinski MJ, et al. A web-based therapeutic workplace for the treatment of drug addiction and chronic unemployment. *Behav Modif*. 2005;29(2):417-463.
- Silverman K, Wong CJ, Needham M, et al. A randomized trial of employment-based reinforcement of cocaine abstinence in injection drug users. *J Appl Behav Anal*. 2007;40(3):387-410.

- Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med.* 2006;166(10):1092-1097.
- Sobell LC, Sobell MB. Timeline Follow-Back. In: Litten RZ, Allen JP (eds). *Measuring Alcohol Consumption.* Totowa, NJ: Humana Press; 1992.
- Staton-Tindall M, Havens JR, Webster JM, Leukefeld C. METelemedicine: a pilot study with rural alcohol users on community supervision. *J Rural Health.* 2014;30(4):422-432.
- SteelFisher GK, McMurtry CL, Caporello H, et al. Video Telemedicine Experiences In COVID-19 Were Positive, But Physicians And Patients Prefer In-Person Care For The Future. *Health Aff (Millwood).* 2023;42(4):575-584.
- Stormshak EA, Matulis JM, Nash W, Cheng Y. The Family Check-Up Online: A Telehealth Model for Delivery of Parenting Skills to High-Risk Families With Opioid Use Histories. *Front Psychol.* 2021;12:695967.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). *Telehealth for the Treatment of Serious Mental Illness and Substance Use Disorders.* SAMHSA Publication No. PEP21-06-02-001 Rockville, MD: National Mental Health and Substance Use Policy Laboratory. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2021.
- Timko C, Below M, Vittorio L, et al. Randomized controlled trial of enhanced telephone monitoring with detoxification patients: 3- and 6-month outcomes. *J Subst Abuse Treat.* 2019;99:24-31.
- Treasure J. Motivational interviewing. *Adv Psychiatr Treat.* 2004;10(5):331-337.
- Valente JY, Moreira TC, Ferigolo M, Barros HMT. Randomized clinical trial to change parental practices for drug use in a telehealth prevention program: a pilot study. *J Pediatr (Rio J).* 2019;95(3):334-341.
- WHO Global Observatory for eHealth. (2010). *Telemedicine: opportunities and developments in Member States: report on the second global survey on eHealth.* World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44497>
- Yamada C, Siste K, Hanafi E, et al. Relapse prevention group therapy via video-conferencing for substance use disorder: protocol for a multicentre randomized controlled trial in Indonesia. *BMJ Open.* 2021;11(9):e050259.