

Riflessioni sulla “tele-psicologia” nei DSA

In questo periodo di emergenza sanitaria da Covid-19 sta sempre più prendendo piede il ricorso a metodiche di “telemedicina”.

In realtà l’approccio della “telemedicina” o “medicina a distanza”, che è frutto della sempre più ampia applicazione delle tecnologie delle telecomunicazioni, e soprattutto di internet, verificatasi negli ultimi anni in ambito sanitario, non è una scoperta di questo periodo ma da tempo ha attratto un crescente interesse ed è utilizzata di pari passo ai cambiamenti che interessano il sistema sanitario dovuti alla crescente necessità di ridurre la durata della degenza del paziente in ospedale per contenere le spese annesse all’ospedalizzazione.

Uno dei maggiori campi di applicazione della telemedicina è stata fino ad oggi la teleriabilitazione, che viene sempre più considerata un mezzo efficace per l’erogazione di trattamenti riabilitativi a distanza. È possibile definire la teleriabilitazione come: “il monitoraggio ed il trattamento riabilitativo erogati con differenti intensità e complessità, in ambienti facilmente accessibili sia da parte del paziente (domicilio/distretto), che dei professionisti sanitari, attraverso le tecnologie internet e della comunicazione, con l’obiettivo di migliorare i risultati sia oggettivi che soggettivi degli stessi pazienti” (Agostini et al., 2015).

Questa modalità di assistenza a domicilio permette di dimettere precocemente il paziente, garantendone la continuità assistenziale da parte dall’equipe riabilitativa e della struttura presso cui era stato ricoverato, con la possibilità di prevenire l’insorgenza di complicanze, garantire un servizio sanitario a persone residenti in aree rurali, difficilmente raggiungibili con servizi assistenziali convenzionali, aiutare i familiari ed i caregiver ad assistere il paziente.

Recenti evidenze suggeriscono che tramite la Teleriabilitazione sia possibile erogare trattamenti riabilitativi a pazienti costretti a casa, con la stessa efficacia con cui gli stessi trattamenti vengono erogati in ospedale, nel contempo è possibile assicurare una maggiore assistenza rispetto alla terapia domiciliare convenzionale.

Sulla base di queste premesse, anche per il trattamento riabilitativo di soggetti in età evolutiva si sono diffusi negli ultimi anni molti strumenti per la teleriabilitazione, in particolare nell’ambito del trattamento dei Disturbi Specifici dell’Apprendimento (DSA) o di disturbi cognitivi.

Come sappiamo, la presa in carico riabilitativa di un paziente consiste in un processo o percorso di soluzione dei problemi e di educazione nel corso del quale si porta una persona a raggiungere il miglior livello di vita possibile sul piano fisico, funzionale, sociale ed emozionale, con la minore restrizione possibile delle scelte operative. Gli obiettivi possono essere: a) il recupero di una competenza funzionale che per ragioni patologiche è andata perduta; b) la possibilità di reperire formule facilitanti e/o alternative (strumenti compensativi); c) la promozione dello sviluppo di una competenza non comparsa o rallentata o atipica.

Nel caso dei DSA o dei disturbi cognitivi in età evolutiva, comprese le difficoltà a carico di funzioni neuropsicologiche riconosciute essere un prerequisito per lo sviluppo delle abilità di

apprendimento strumentale, il trattamento cerca di stimolare lo sviluppo di una competenza non comparsa o comparsa in ritardo e in modo anomalo rispetto a quanto si verifica nello sviluppo tipico (punto c), o, soprattutto nelle età più avanzate, cerca di fornire strumenti compensativi (punto b). Questo può essere fatto anche attraverso metodiche di teleriabilitazione, e ad oggi disponiamo di varie piattaforme di teleriabilitazione – ad esempio “Ridinet” (Coop. Anastasis), “Cogmed (TorkelKlingberg e collaboratori, 2001) o “E-pro” (Centro Studi Erickson) – che permettono “interventi sull’abilità”, volti a stimolare direttamente la competenza compromessa, e “interventi sul processo”, volti a potenziare le abilità cognitive che supportano la competenza difettuale (in quest’ultimo caso permettendo di lavorare anche con soggetti in età prescolare, a rischio di presentare, negli anni successivi, un DSA).

In questo ambito ci sono varie prove a favore dell’utilità di tali metodiche. Recenti studi su ortografie trasparenti hanno dimostrato l’efficacia di software mirati alla riabilitazione domiciliare dei disturbi della lettura nei bambini con dislessia (Allamandri et al., 2007; Tressoldi et al., 2012; Tucci et al., 2015; Pecini et al., 2015). Inoltre, sono state portate evidenze scientifiche sull’effetto della teleriabilitazione su processi cognitivi come la memoria di lavoro (Olesen et al., 2004; McNab et al., 2009; Holmes et al., 2009; Bellander et al., 2011), l’accesso lessicale rapido (Pecini et al., 2019) e l’attenzione visuo-spaziale nei DSA (Franceschini et al., 2013).

In particolare, sono 3 i fattori cruciali che determinano l’efficacia di questa metodica: l’intensività del trattamento, l’auto-adattività, la motivazione del bambino e della famiglia, in accordo alle direttive fornite dagli esperti del settore.

La Consensus Conference (PARCC, 2011; ISS, 2011), relativamente all’intervento sui bambini con DSA, infatti, raccomanda un trattamento precoce e sottolinea l’importanza della frequenza degli interventi.

Come sappiamo, in età evolutiva occorre intervenire precocemente per contrastare lo strutturarsi di una certa problematica ma anche per ostacolare il verificarsi di un “effetto a cascata” di una certa problematica su altri ambiti dello sviluppo. In molti casi, infatti, la mancanza di una riabilitazione tempestiva e l’attivazione di trattamenti ritardati o poco efficaci possono avere effetti a lungo termine sulle opportunità educative e il successo professionale di un individuo e, di conseguenza, contribuire allo strutturarsi di disturbi psicologici (Willcutt e Pennington, 2000; Maughan et al., 2003; Arnold et al., 2005; Mugnaini et al. 2008). Questo è sicuramente quanto avviene nel caso dei DSA (Brizzolara et al., 2011).

La possibilità di una presa in carico precoce si scontra con una serie di fattori, alcuni legati all’organizzazione dei servizi territoriali (costi elevati per il sistema sanitario, lunghe liste di attesa che spesso portano a trattamenti ritardati), altri legati alle caratteristiche del soggetto e dell’organizzazione familiare (impossibilità ad accedere ad un servizio).

Attraverso interventi di teleriabilitazione è possibile ricevere a domicilio un trattamento, tramite connessioni internet che permettono la comunicazione tra il clinico e la famiglia. Tale approccio si avvale, infatti, come detto, di programmi riabilitativi che possono essere svolti fuori dall’ambulatorio specialistico, in ambiente domestico o scolastico, attraverso l’uso di avanzate

piattaforme informatiche e tecnologiche, con vantaggi sulla qualità del servizio clinico fornito (facilitando l'accesso ai trattamenti), sulla intensività del servizio riabilitativo (svolgendosi nel contesto domestico), sulla riduzione dei costi per il servizio sanitario nazionale e per le famiglie. Attraverso un intervento di riabilitazione integrato ambulatoriale e domiciliare, supervisionato dal clinico, si ha la possibilità di garantire una frequenza maggiore dell'intervento, oltre ad un intervento costruito ad hoc dallo specialista per quel paziente e per quel disturbo specifico (auto-adattività).

Inoltre, attraverso la via telematica è possibile eseguire attività indirizzate a promuovere nei ragazzi con DSA l'utilizzo di strumenti compensativi informatici (ad esempio Tutore dattilo, LeggiXme, Cmap, Geco, Geogebra, MateXme, EquivalenzeXme, ePico!, SuperMappe).

Molti colleghi che lavorano con i Disturbi di Apprendimento conoscono ed utilizzano da tempo questa modalità di gestione dei pazienti, modalità che richiede non solo capacità di presa in carico della famiglia e del bambino, di valutazione neuropsicologica e di monitoraggio del quadro psicologico del bambino stesso, ma anche una formazione specifica all'uso dei software e delle piattaforme di teleriabilitazione. Questo tipo di attività riabilitativa, soprattutto laddove avviata da tempo e dunque portata avanti in modo sufficientemente autonomo dal paziente e dalla famiglia e laddove eseguita come intervento di elezione, non trova un grande ostacolo nelle restrizioni legate al distanziamento sociale imposto dall'attuale emergenza sanitaria. Questo, invece, ha determinato una grossa problematica per quanto riguarda la possibilità di svolgere nella sua globalità la professione psicologica nei suoi complessi processi diagnostici e terapeutici oltre la teleriabilitazione.

La maggior parte delle attività di intervento psicologico sono state dunque sospese in questo periodo ma, visto anche il prolungarsi delle "condizioni di quarantena" imposte dalla problematica attuale, e comunque dal permanere di una domanda o richiesta di aiuto, anche in ambito psicologico si stanno diffondendo tentativi di ricorrere a metodiche di "telemedicina" o meglio di "telepsicologia" per ripristinare varie modalità di presa in carico.

Purtroppo, questo tipo di attività mal si sposa con la natura stessa della professione di psicologo che si basa su un'esperienza di incontro fra professionista e paziente, e su uno scambio che avviene in uno spazio fisico in più dimensioni (razionale, emotiva, sociale) e si manifesta a più livelli oltre quello verbale. Spesso, inoltre, necessita della condivisione e manipolazione di materiali specifici per l'assessment standardizzato (i test).

Pertanto, mentre alcuni professionisti, utilizzando strumenti di video conferenza, sono stati in grado di continuare un'attività terapeutica e di supporto psicologico a distanza, sicuramente diventa molto difficile poter svolgere attività psicodiagnostica laddove siano richieste procedure ben definite, basate sull'uso di strumenti testologici specifici e sull'apporto di più professionalità, come è il caso dei DSA (Consensus Conference 2011, Linee Guida Regione Toscana, 2012).

A differenza, infatti, di quanto riguarda le procedure della teleriabilitazione, non ci sono indicazioni per quanto riguarda la valutazione psicologica a distanza.

Da alcuni anni esistono piattaforme per il testing on line che permettono di inviare ad un paziente il link ad un questionario e scaricare il report e il dettaglio delle risposte per poterne valutare

cl clinicamente i risultati. Queste permettono, tuttavia, di ricavare informazioni relative solo ad alcuni aspetti del profilo psicologico di un individuo.

Non appare, invece, al momento attuabile a distanza un esame psicodiagnostico con l'uso di strumenti per valutazioni di tipo cognitivo, neuropsicologico o degli apprendimenti, ossia strumenti che richiedano procedure di somministrazione standardizzate sulla base delle quali poter attribuire valori di attendibilità e validità alle nostre valutazioni e formulare diagnosi che confluiscono in documenti ufficiali (le certificazioni per i DSA).

In considerazione di questa condizione di difficoltà l'*American Psychological Association* (APA, 2020) ha emanato, molto recentemente, delle linee guida per aiutare coloro che svolgono valutazioni psicologiche in condizioni di limitazione del contatto fisico, allo scopo di garantire una certa continuità della presa in carico e dei servizi necessari.

L'idea di base di queste linee guida è che in questo momento bisogna sfruttare le risorse tecnologiche e orientarsi verso il testing on line o comunque per via telematica. Tuttavia, dato che non c'è un sufficiente corpo di ricerche che garantisca l'equivalenza della somministrazione a distanza rispetto a quella in presenza, vanno adottate delle accortezze che l'APA raggruppa in sei indicazioni generali (Zaccaria, 2020).

1. *Non compromettere la sicurezza del test.* Non si possono inviare ai propri pazienti per via telematica i materiali di un test senza l'approvazione dell'editore e non potendo controllare chi e come accede ai materiali. È consigliabile dunque cercare modi approvati per poter rendere visualizzabile a distanza ciò che si mostrerebbe nella situazione di testing in presenza.

2. *Fare il meglio possibile con ciò che si ha a disposizione.* È importante conoscere le risorse che la tecnologia mette a disposizione e ragionare su come utilizzarle al meglio per rispondere alle attuali necessità e alla specifica condizione di ogni paziente (età, stato di salute, accessibilità alla situazione di test, tollerabilità della durata della sessione o della natura dei compiti richiesti ecc.), cercando di mantenere la situazione di testing a distanza il più possibile vicina alla pratica clinica tradizionale, ponendo attenzione a mantenere il rapporto tra clinico e paziente.

3. *Prestare molta attenzione alla qualità dei dati.* Conoscere bene i test che si propongono consente di poter valutare anche come la somministrazione e i risultati di questi potrebbero essere influenzati dalla modalità di presentazione a distanza. Idealmente, compiti verbali in cui è necessario ascoltare e rispondere potrebbero risentire meno del mezzo di presentazione alternativo rispetto a compiti non verbali.

4. *Pensare in modo critico alla sostituzione di test e subtest.* Alcuni test non possono materialmente essere replicati in un setting di interazione a distanza, perché ad esempio richiedono la manipolazione di materiale o la necessità di osservare allo stesso tempo il soggetto durante lo svolgimento della prova e il materiale stesso. In questi casi si consiglia di effettuare delle sostituzioni ricercando test che maggiormente si prestano alla somministrazione on line e che indagano le stesse aree di funzionamento.

5. *Ampliare gli intervalli di confidenza nel momento in cui si prendono decisioni cliniche e si delineano delle conclusioni.* Qualsiasi decisione di tipo clinico non si basa sul risultato di uno o più test, ma sulla professionalità dello psicologo che deve essere in grado di integrare le indicazioni

derivate dalla somministrazione delle prove alle informazioni che ha raccolto tramite l'osservazione, il colloquio, l'anamnesi e altre fonti, quando disponibili.

6. *Mantenere gli stessi standard di cura etici dei servizi tradizionali di valutazione psicologica.* È necessario informare il paziente in modo chiaro e trasparente delle procedure che si intende proporre e discutere delle potenziali difficoltà che il testing a distanza può presentare.

Le soprariportate indicazioni dell'APA offrono sicuramente degli spunti di riflessione utili per poter affrontare una situazione di emergenza come quella in cui ci troviamo, tuttavia evidenziano come al momento, non essendoci test di cui è già disponibile e consolidata la possibilità di una somministrazione on line, non sia praticabile la valutazione a distanza dei DSA.

Riassumendo possiamo concludere che attraverso interventi a distanza è possibile e auspicabile:

- mantenere la continuità della presa in carico tramite strumenti di video conferenza o telecamere condivise;
- monitorare l'andamento del training di teleriabilitazione attraverso strumenti indiretti e informatizzati;
- supportare il bambino e la famiglia nell'uso di strumenti dispensativi e compensativi;
- svolgere attività di supporto psicologico o counseling.

Non appare invece possibile, al momento attuale, usare strumenti di valutazione in remoto per fini diagnostici o di certificazione.

Il Direttivo Airipa Toscana
20/4/2020