

INTERMED

Strumento di valutazione multidisciplinare globale dei bisogni assistenziali

Approved by the INTERMED Project Group

Frits Huyse
Peter de Jonge
Fritz Stiefel
Joris Slaets
Wolfgang Söllner

Trad. della versione 5.1 inglese del gennaio 2003 a cura di Gian Maria Galeazzi
(060203)

Persona di riferimento: Prof. Marco Rigatelli

Approvata dall' INTERMED Project Group:
Peter de Jonge
Fritz Stiefel
Frits Huyse
Joris Slaets
John Lyons
Wolfgang Söllner

¹ INTERMED è stato sviluppato da FJ Huyse, JS Lyons, JPG Slaets e P de Jonge

CONTENUTO

1. INTERMED

- 1.1 Descrizione
- 1.2 Metodo
- 1.3 INTERMED e altri strumenti
 - 1.3.a. IDIS
 - 1.3.b. COMPRI
- 1.4 Letteratura

2. L'Intervista

- 2.1 Aspetti principali
- 2.2 L'intervista strutturata
- 2.3 Una vignetta clinica: Mr. Glover

3. Il Manuale : variabili e loro anchor-points clinici

4. Variabili aggiuntive da usarsi in specifiche popolazioni

- 4.1 Geriatria

5. Manuale per l'intervista al letto del malato

INTERMED

1.1 Descrizione

Intermed è una scala di valutazione multidimensionale che intende riflettere un approccio biopsicosociale alla valutazione e alla programmazione del trattamento di pazienti medici e chirurgici. Il metodo è organizzato in due dimensioni. La prima dimensione ha quattro ambiti che riflettono i sistemi biologico, psicologico, sociale e assistenziale sanitario dell'individuo. La seconda dimensione organizza il tempo nei tre periodi: storia, stato attuale e prognosi.

La griglia che risulta permette di assegnare punteggi alle variabili dei quattro ambiti distribuiti nelle tre prospettive temporali.

Intermed è stato sviluppato da Huyse, Lyons, Stiefel, Slaets e de Jonge basandosi sugli sviluppi paralleli avvenuti negli ultimi dieci anni nel campo dell'approccio integrato all'assistenza medica e in quello dell'approccio rivolto pragmaticamente alla programmazione degli interventi e al management degli esiti assistenziali.

Intermed offre uno strumento di valutazione rapido, e tuttavia completo, di un individuo che si presenti per ricevere assistenza sanitaria al fine di facilitare la programmazione specifica degli interventi e il coordinamento del caso, sviluppando un database empirico dei bisogni assistenziali complessi capace di orientare le attività di programmazione, valutazione e ricerca.

Figura 1 INTERMED

| | STORIA | STATO ATTUALE | PROGNOSI |
|----------------------|--|---|---------------------------------|
| Ambito Biologico | Cronicità Dilemma diagnostico | Gravità dei sintomi Difficoltà diagnostica | Complicazioni e rischio di vita |
| Psicologico | Limitazioni nel coping Disfunzione psichiatrica | Resistenza al trattamento Sintomi psichiatrici | Rischio per lo stato psichico |
| Sociale | Limitazioni nell' integrazione Malfunzionamento sociale | Instabilità abitativa Limitazioni nella rete sociale | Vulnerabilità sociale |
| Assistenza sanitaria | Intensità dei trattamenti Esperienza dei trattamenti | Organizzazione dell'assistenza Appropriatezza dell'invio | Coordinamento dell'assistenza |

Copyright: Huyse, Lyons, Stiefel, Slaets, de Jonge 1997

1.2 METODO

Definizione delle colonne

Storia: Questa colonna descrive la situazione precedente il ricovero per i pazienti ricoverati in un ospedale generale o prima dell'attuale episodio di trattamento per i pazienti che afferiscono ad un servizio ambulatoriale. La storia copre il periodo dei precedenti 5 anni.

Eccezione: Il livello premorbo di disfunzione psichiatrica si riferisce all'intero arco della vita.

Stato Attuale: Per pazienti ricoverati lo stato attuale è una valutazione del paziente al momento del ricovero. Per pazienti ambulatoriali, essa riflette una valutazione dello stato del paziente alla visita indice.

Prognosi: Per i pazienti ricoverati la prognosi riguarda il corso del ricovero del paziente. Per i pazienti ambulatoriali la prognosi copre il periodo dei due mesi successivi.

Assegnazione dei punteggi dei singoli items

I punteggi dei singoli items di Intermed vengono assegnati attraverso un scala a 4 punti.

Ciascuno di questi anchor-points verrà definito in seguito.

Gli anchor-points clinici forniti si riferiscono a fattori relativi a sintomi fisici e psichiatrici, trattamenti, circostanze ed eventi sociali. I punteggi vanno da 0 a 3 e coprono uno spettro che va da assenza di sintomi o disturbo o bisogni assistenziali sanitari (0) ad un evidente e serio disturbo con un complesso di sintomi e bisogni assistenziali che necessitano intensa coordinazione. Punteggi 0 corrispondono a fattori protettivi salutari e punteggi 3 a una grave compromissione ed elevati bisogni. Un modo alternativo di vedere gli anchor-points è considerare che 0 indica assenza di bisogni, 1 indica il bisogno di monitoraggio e possibilmente di interventi preventivi, 2 indica bisogno di agire al riguardo, 3 indica il bisogno di agire immediatamente o intensivamente.

Principio generale

- | | |
|--|---|
| 0. Nessuna vulnerabilità/bisogno | ● |
| 1. Lieve vulnerabilità/bisogno di monitoraggio, prevenzione | ● |
| 2. Discreta vulnerabilità/bisogno di trattamento o inclusione in un piano di trattamento | ● |
| 3. Grave vulnerabilità/bisogno di trattamento immediato o intensivo | ● |

Esempio: Limitazioni nel coping

0. Nessuna limitazione nel coping: il paziente è capace di far fronte allo stress adeguatamente, nessun impatto negativo sul trattamento medico
1. Lievi limitazioni nel coping, che provocano lieve o medio disagio nel paziente e/o nei familiari o negli operatori sanitari (come comportamento di protesta e reclami)
2. Medie limitazioni nel coping, che provocano grave disagio nel paziente e/o nei familiari o negli operatori sanitari (come comportamento aggressivo o abuso di sostanze senza conseguenze negative biopsicosociali) e/o che ostacolano il trattamento medico (come negazione prolungata della malattia).
3. Gravi limitazioni nel coping che producono una grave sintomatologia psichiatrica (come abuso di sostanze con effetti biopsicosociali negativi, atti autolesivi o tentativo di suicidio) e gravi conseguenze negative sul trattamento medico.

Breve descrizione dei singoli ambiti

STORIA

Sistema biologico: Questo ambito contiene informazioni circa la cronicità delle condizioni mediche e la chiarezza della diagnosi. E' stato dimostrato che la distinzione tra patologie acute e croniche è utile a classificare le malattie somatiche e i bisogni assistenziali dei pazienti, soprattutto nell'anziano.

L'incertezza diagnostica, soprattutto quando si riflette in molti esami e diagnosi contrastanti nel passato è un indicatore di richieste e bisogni assistenziali sanitari aumentati.

Sistema psicologico: Questo ambito contiene informazioni attinenti le risorse di coping e la storia psichiatrica. Entrambe le variabili sono correlate a problemi di compliance, emotivi, a carico dei processi cognitivi, relativi all'abuso di sostanze e all'espressione di sintomi somatici funzionali e disturbi comportamentali, somatizzazione inclusa.

Pazienti con questi disturbi o vulnerabilità hanno un aumentato bisogno assistenziale. Poiché la morbilità psichiatrica tende ad essere una condizione cronica le due variabili sono particolarmente predittive della vulnerabilità psicologica del paziente e dell'adattamento futuro alla sua malattia e ai relativi bisogni medici e psicologici

Sistema sociale: Questo ambito contiene informazioni relative al contesto familiare e di rete sociale del paziente. La rete sociale, gli stress sociali e il supporto sociale, con particolare riferimento alla famiglia, sono stati dimostrati essere di grande importanza per l'adattamento di una persona alle malattie somatiche e riflettono i bisogni sociali dei pazienti.

Sistema assistenziale: Questo ambito contiene informazioni attinenti all'intensità e all'adeguatezza dei precedenti trattamenti ricevuti. L'utilizzo del sistema sanitario durante precedenti episodi di malattia e la qualità delle relazioni di cura instaurate col sistema di cura nel passato è probabile influenzino i bisogni attuali e futuri.

STATO ATTUALE

Sistema biologico: Questo ambito contiene informazione circa la gravità dei sintomi fisici, lo stato funzionale del paziente e la complessità del profilo diagnostico. Queste variabili sono legate all'intensità dei bisogni diagnostici e terapeutici

Sistema psicologico: Questo ambito contiene informazioni relative alla resistenza al trattamento e alla gravità della sintomatologia psichiatrica. Compliance e comorbidità psichiatrica hanno un impatto sull'esito della malattia medica.

Sistema sociale: Questo ambito contiene informazioni circa la stabilità residenziale del paziente e la sua integrazione sociale. Queste informazioni possono far prevedere problemi nel processo di dimissione o il bisogno di assistenza domiciliare e di interventi di base di assistenza sociale. Ambedue le variabili influenzano l'adattamento sociale alla malattia e quello dopo la remissione della stessa e influenzano l'organizzazione del trattamento.

Sistema assistenziale: In questo ambito viene descritta la complessità assistenziale in termine di numero e tipi di prestatori di assistenza coinvolti, il che riflette sia l'intensità sia la complessità del bisogno assistenziale attuale. In questo ambito viene anche valutata l'appropriatezza degli invii, ambulatoriali o di ricovero. Queste variabili tengono conto di attuali smagliature nel sistema assistenziale – tra medicina di base e quella specialistica e tra servizi sanitari medici e quelli di salute mentale- e di una possibile frammentazione del sistema sanitario specialistico, il che può avere un impatto importante nella qualità dell'offerta assistenziale corrente.

PROGNOSI

Sistema biologico: Questo ambito contiene informazione rispetto a prevedibili complicazioni, ricadute o rischio di morte risultante dal presente o dai passati episodi di malattia.

Sistema psicologico: Questo ambito contiene informazione circa il rischio previsto per la salute psichica e i bisogni psicologici che possono risultare dalla malattia attuale o dalla passata storia psichiatrica.

Sistema sociale: Questo ambito contiene la previsione dei bisogni sociali riguardo all'integrazione sociale del paziente. Ciò è di primaria importanza per pazienti che avranno un peggioramento nel loro stato fisico e psicologico con il rischio di disintegrazione della rete sociale e isolamento, o in mutamenti dello stato sociale che portino ad un utilizzo maggiore del sistema sanitario.

Sistema assistenziale: Questo ambito contiene la previsione sui bisogni sanitari del paziente formulato in termini di intensità e complessità della sua organizzazione.

1.3 Intermed e altri strumenti

1.3.a IDIS

Lo strumento IDIS (Integral Diagnostic and Intervention System) con le sue schede può essere utile in aggiunta a Intermed. L'IDIS ha la stessa struttura di base dell'Intermed ed è suddiviso in una sezione diagnostica ed una sezione di intervento : IDIS-D e IDIS-I. L'IDIS è stata sviluppata da precedenti sistemi concepiti per un approccio biopsicosociale più operazionalizzato (Huysse et al., 1988. Boenik et al, 1997). L'IDIS ha rappresentato una cornice di riferimento per sviluppare Intermed (Huysse et al, 1999).

In contrasto a INTERMED per i quali sono state selezionate una serie di variabili significative, L'IDIS consente di descrivere tutti gli aspetti del paziente senza un rigido sistema di classificazione. L'aspetto più importante di Idis è il fatto di consentire l'organizzazione e la visualizzazione di dati diagnostici , valutazioni cliniche e interventi correlati per pazienti con una combinazione di morbidità fisica e psichiatrica attraverso una organizzazione sistematica dei dati pertinenti.

L'IDIS-I è un repertorio di interventi possibili. Per la confusione mentale, l'abuso di sostanze, problematiche psichiatriche dell'umore e ansiose e per sintomi fisici non spiegati, sono state compilate schede che possono essere utilizzate come repertorio di considerazioni diagnostiche (IDIS-D) e anche come repertorio di interventi (IDIS-I).

1.3.b. COMPRI

A seconda della popolazione su cui Intermed è utilizzato e della forza lavoro disponibile, si deve decidere se applicare Intermed su tutti i pazienti o solo su una frazione vulnerabile selezionata.

La selezione dei pazienti può essere fatta sulla base di un indicatore (per esempio su tutti i pazienti cardiocirurgici, o gli emodializzati o politraumatizzati) oppure attraverso uno strumento di screening. Per pazienti ricoverati in reparti di medicina interna uno strumento per lo screening al momento del ricovero è stato sviluppato: COMPRI (COMplexity PRediction Instrument) (Huyse 1997, deJonge 1999). COMPRI è costituito da 13 domande (3 al medico, 3 all'infermiere e 7 domande al paziente, con risposte sì/no che possono essere valutate in 5 minuti). COMPRI seleziona i pazienti a rischio di una degenza prolungata, a rischio di maggiori bisogni assistenziali dopo la dimissione, con complessità medica, problemi psichiatrici durante il ricovero, con più giorni con esami di laboratorio, e con necessità di maggiori procedure diagnostiche, numero di farmaci da assumere, numero di consulenze specialistiche e interventi infermieristici aggiuntivi.

COMPRI

| Predizioni cliniche | |
|---|--|
| Medico | Infermiere |
| Ritiene che il paziente resterà ricoverato almeno due settimane ? Sì [] No [] | Ritiene che il paziente resterà ricoverato almeno due settimane ? Sì [] No [] |
| Ritiene che l'organizzazione dell'assistenza durante il ricovero sarà complessa? Sì [] No [] | Ritiene che l'organizzazione dell'assistenza durante il ricovero sarà complessa? Sì [] No [] |
| Ritiene che la salute psichica di questo paziente presenterà disturbi durante questo ricovero? Sì [] No [] | Ritiene che questo paziente risulterà limitato nelle attività della vita quotidiana dopo la dimissione? Sì [] No [] |

Domande aggiuntive

| | |
|---|---|
| Il paziente aveva una percezione negativa del suo stato di salute nelle ultime due settimane? Sì [] No [] | Questo ricovero è un ricovero non programmato? Sì [] No [] |
| Il paziente aveva delle difficoltà a deambulare negli ultimi tre mesi? Sì [] No [] | E' possibile che il paziente soffra attualmente di una neoplasia attiva? Sì [] No [] |
| Il paziente ha avuto almeno sei visite mediche negli ultimi tre mesi?? Sì [] No [] | Il paziente è pensionato? Sì [] No [] |
| Il paziente ha dovuto assumere almeno tre differenti tipi di farmaci il giorno prima del ricovero? Sì [] No [] | |

1.4 Letteratura

Boenink AD, Huyse FJ: Arie Querido (1901-1983), a Dutch psychiatrist. The lasting impact of his work for nowadays C-L psychiatry. *J Psychosomatic Res* 1997, 1997;43:551-557.

Fink P, Ewald H, Jensen J ea (1999): Screening for somatisation and hypochondriasis in primary care and neurological in-patients: A seven-item scale for hypochondriasis and somatisation. *J Psychosomatic Res* 46:261-273.

Fischer CJ, Stiefel FC, Jonge de P, Guex P, Troendle A, Bulliard C, Huyse FJ, Gaillard R, Ruiz J (2000): Case Complexity and Clinical Outcome in Diabetes Mellitus: a Prospective Study Using the INTERMED. *Diabetes Metab* 26(4) : 295-302.

Hansen MS, Fink P, Frydenberg M, Jonge de P and Huyse FJ: Complexity of care and mental illness in medical patients. *Gen Hosp Psychiatry* 23(6):319-325,2001.

Huyse FJ, Strain JJ, Hengeveld MW, Hammer JS, Zwaan T (1988): Interventions in Consultation/Liaison psychiatry: The development of a Schema and a checklist for Operationalized Interventions. *Gen Hosp Psychiatry* 10:88-101.

Huyse FJ: From consultation to complexity of care prediction and health service needs assesment. *J Psychosomatic Res* 1997, 43:233-240.

Huyse FJ, Lyons JS, Stiefel FC, Slaets JPJ, de Jonge P, Fink P, Gans ROB, Guex P, Herzog Th, Lobo A, Smith GC and Strack van Schijndel R (1999): "INTERMED": A method to assess health service needs: I. Development and reliability. *Gen Hosp Psychiatry* 21:39-48.

Huyse FJ, Herzog T, Lobo A, Lyons JS, Slaets JPJ, Fink P, Stiefel F, de Jonge P. Detection and treatment of mental disorders in general health care. *European Psychiatry* 1997; 12: 70-78.

Huyse FJ, Jonge de P, Lyons JS, Stiefel FC and Slaets JPJ (1999): INTERMED: A tool for controlling for confounding variables and designing multimodal treatment. Letter to the Editor. *J of Psychosomatics*, vol. 40(4);401-402.

Huyse FJ, Herzog T, Lobo A, Malt UF et al (2000): European Consultation-Liaison Psychiatric Services: the ECLW Collaborative Study. *Acta Psychiatr Scand* 2000;101:1-7

Huyse FJ, Herzog T, Lobo A, Malt UF et al (2000): European GL Services and their user populations the ECLW Collaborative Study. *Psychosomatics*. 41(4): 330-338.

Huyse FJ, Jonge de P, Slaets JPJ, Lobo A, Herzog T, Lyons JS, Opmeer BC, Stein B, Arolt V, Balogh N, Cardoso G, Fink P and Rigatelli M (2000): COMPRI - An Instrument to detect patients with complex care needs. *Psychosomatics* 42(3):222-228,2001.

Huyse FJ, Lyons JS, Stiefel FC, Slaets JPJ, de Jonge P, Latour C: Operationalizing the biopsychosocial model. The INTERMED. Editorial. *Psychosomatics* 42(1):5-13, 2001.

Koch N, Stiefel FC, Jonge de P, Fransen J, Chamot AM, Gerster JC, Huyse FJ and So AK: Identification of case-complexity and increased health care utilization in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 45(3):216-221, 2001.

Jonge de P, Stiefel FC, Huyse FJ: Measuring care needs and case-mix by means of the INTERMED. *Gen Hosp Psychiatry* 23(1):43-44,2000.

Jonge de P, Huyse FJ, Lobo A, Slaets JPJ, Herzog T, Lyons JS, Opmeer BC, Stein B, Arolt V, Balogh N, Cardoso G, Fink P and Rigatelli M (2000): Care Complexity in the General Hospital. Results from a European Study. *Psychosomatics* 42(3):204-212,2001.

Jonge de P, Huyse FJ, Herzog T, Lobo A, Slaets JPJ, Lyons JS, Opmeer BC Stein B, Arolt V, Balogh N, Cardoso G, Fink P and Rigatelli M (2000): Risk factors for Complex Care Needs in General Medicine Inpatients. Results from a European Study. *Psychosomatics* 42(3):213-221,2001.

Jonge de P, Huyse FJ, Stiefel FC, Slaets JPJ and Gans ROB (2000): INTERMED - a clinical instrument for biopsychosocial assessment. *Psychosomatics* 42(2):106-109, 2001.

Jonge de P, Huyse FJ, Ruinemans GM, Stiefel FC, Lyons JS and Slaets JPJ (2000): Timing of Psychiatric Consultations. The impact of social vulnerability and level of psychiatric dysfunction. *Psychosomatics* 41(6):505-511, 2000.

Jonge de P, Zomerdijk MM, Huyse FJ, Fink P, Herzog T, Lobo A, Slaets JPJ, Arolt V, Balogh N, Cardoso G and Rigatelli M. Mental disturbances and perceived complexity of nursing care in medical inpatients: results of a European study. *J Adv Nurs* 36(3):335-363, 2001

Jonge de P, Latour C and Huyse FJ: Interrater reliability of the INTERMED in a heterogeneous population. *J Psychosomatic Res* 52(1):25-57, 2002.

Mazzocato C, Stiefel F, de Jonge P, Levorato A, Ducret S and Huyse FJ. Comprehensive assessment of patients in palliative care: a descriptive study utilizing the INTERMED. *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 19(2):83-90, 2000

Stiefel FC, de Jonge P, Huyse FJ, Guex P, Slaets JPJ, Lyons JS, Spagnoli J and Vannotti M (1999): "INTERMED": A method to assess health service needs: II. Results on its validity and clinical use. *Gen Hosp Psychiatry* 21:49-56.

Stiefel FC, de Jonge P, Huyse FJ, Slaets JPJ, Guex P, Lyons JS, Vannotti M, Fritsch C, Moeri, Leyvraz P, So A and Spagnoli J (1999b): "INTERMED": An assessment and classification system for case complexity: results in patients with low back pain. *Spine* 1999:24: 378-385

2. INTERVISTA²

2.1. Aspetti principali

In questa sezione viene descritto il processo della raccolta dei dati attraverso l'intervista.

A. Prima di utilizzare INTERMED è necessario considerare i seguenti punti:

- ? L'intervista è utilizzata come strumento di ricerca e/o per l'assistenza del paziente?
- ? Quale è il contesto?

Nel caso dell'utilizzo dell'intervista come parte di un progetto di ricerca, considerare anche per quali scopi esso è stato scelto, come l'assistente alla ricerca è stato addestrato e per quali scopi si useranno i risultati.

Nel caso dell'utilizzo dell'intervista per l'assistenza clinica, come essa si colloca nel processo di raccolta dati e di coordinamento del trattamento?

B. L'organizzazione del processo di raccolta dati dipende anche dal luogo del trattamento. Comunemente questi luoghi sono ambulatori di medicina generale, ambulatori specialistici e reparti (spesso di Medicina d'Urgenza).

Un medico sarà in grado di somministrare e siglare l'intera intervista. Un infermiere professionale sarà in grado di siglare tutte le variabili con l'assistenza del medico di riferimento per le variabili degli ambiti «Stato Biologico Attuale» e «Prognosi Biologica». Al momento metodi diversi per l'addestramento all'uso di INTERMED sono in via di valutazione.

C. All'inizio dell'intervista, il paziente è lasciato libero di riassumere le ragioni del ricovero e/o del suo stato attuale. L'intervista prosegue con domande riguardanti lo stato biologico e psicologico attuale; l'intervistatore sceglie in che ordine proseguire per raccogliere le informazioni necessarie circa gli altri ambiti e variabili di INTERMED.

2.2. L'intervista strutturata

L'intervista è strutturata in modo da guidare il paziente in maniera coerente dal punto di vista emotivo attraverso le aree di indagine. A seconda delle capacità dell'intervistatore e del livello di attendibilità richiesto, possono essere poste una serie di domande standard, fornite di seguito, soprattutto rispetto alle aree in cui l'intervistatore è meno esperto.

Queste domande standard sono state in parte mutate da questionari già esistenti. Una parte di esse sono state riprese dalle domande utilizzate nell'intervista al momento del ricovero utilizzata nello studio COMPRI. Detta intervista comprendeva domande tratte dai seguenti strumenti: SCL90, SF36, Indice di Whitley, MMSE, PINI, MALT (Huyse 1997, de Jonge 1999). Ci sono domande guida di orientamento alle variabili dei vari ambiti.

Le domande guida invitano il paziente a fornire spontaneamente l'informazione richiesta, le domande successive possono considerarsi come esempi di riferimento e si consiglia di servirsene con flessibilità.

Prima di iniziare l'intervista: è possibile ottenere informazioni importanti riguardo il paziente dal medico (o infermiere) responsabile o attraverso la cartella medica e infermieristica. Tali informazioni concernono, per esempio, l'anamnesi medica del paziente, il motivo del ricovero o dell'invio attuale e sono fondamentali per gli ambiti Biologici e Assistenziali Sanitari (sia rispetto alla Storia, Stato Attuale, Prognosi). Nella pratica clinica lo scambio di informazioni può avvenire in situazione ottimale durante un incontro congiunto dell'intervistatore e del medico responsabile col paziente.

Riepilogo all'inizio dell'intervista: l'intervista inizia con un riepilogo delle ragioni del ricovero o dell'invio delle condizioni fisiche attuali e del parere del medico responsabile su quanto sta succedendo. Praticamente queste informazioni descrivono la valutazione dello **Stato Biologico Attuale** e, quando appropriato, della **Prognosi Biologica**.

Quando le informazioni suddette sono già state fornite dal medico, noi siamo soliti e consigliamo di iniziare l'intervista nel modo seguente:

² Ulteriori informazioni possono essere ottenute consultando il sito web www.vumc.nl/intermed (intermed.info@vumc.nl) o prendendo contatti con Frits Huyse (fj.huyse@vumc.nl)

« Ora le dirò ciò di cui sono a conoscenza rispetto alle ragioni del suo ricovero e della sua situazione attuale. Mi corregga se sbaglio:

? **Ricapitolare qui l'informazione disponibile circa gli ambiti Storia, Stato Attuale e Prognosi Biologica**

? Da questo punto in poi si possono utilizzare domande che orientano verso gli altri ambiti. Le domande di apertura dovrebbero aiutare il paziente a riferire spontaneamente l'informazione richiesta. Le domande successive a quelle di apertura per ogni ambito devono essere considerate come un lista di riferimento e il loro utilizzo dovrebbe essere flessibile.

Domande specifiche: dopo questa introduzione l'intervista continua con le seguenti **domande guida** e le relative attinenti domande opzionali

Ora, per iniziare, vorrei farle alcune domande per capire meglio come si sente fisicamente

? Come questi disturbi l'hanno influenzata nell'ultima settimana?

? Lei lavora?

? Se sì, è stato in grado di lavorare?

? Ha potuto prendersi cura di se stesso?

? Ha avuto bisogno di aiuto da altri?

Queste domande si riferiscono al ambito dello Stato Biologico Attuale

Ora mi interesserebbe sapere: come si è sentito emotivamente nell'ultima settimana ?

Quando esistono indizi per problemi psicologici le seguenti domande tratte dalla SCL-8 possono essere considerate:

? Si è sentito demoralizzato?

? Senza speranze per il futuro?

? Faceva fatica a fare ogni cosa?

? Ha avuto sentimenti di non valere nulla?

? Si è sentito nervoso o agitato dentro?

? Si è preoccupato troppo delle cose?

? Ha avuto timori ?

? Ha avuto attacchi d'ansia o di panico?

? E' riuscito a dormire?

- ? Ha mai avuto l'impressione che la memoria non funzionasse a dovere?
- ? Se sì, mi potrebbe dire:
Che giorno è oggi?
Dove si trova in questo momento ?

Se errato, si può considerare di somministrare un Mini Mental State Examination

Queste domande coprono l'ambito dello Stato Psicologico Attuale

Ora che mi ha dato qualche informazione su come si sente, vorrei sapere un po' di più circa le sue malattie fisiche e i loro trattamenti negli ultimi 5 anni.

- ? Potrebbe dirmi come è stata la sua salute in generale?
- ? E' stato malato o ha avuto incidenti?
- ? Che malattie le sono state trovate?
se ne sono state trovate, sono ancora presenti e/o la limitano?
- ? Queste malattie sono state diagnosticate facilmente?
- ? Ha avuto fastidi o disturbi che non erano chiari e ci sono state difficoltà nella diagnosi?
- ? Questi disturbi o fastidi devono ancora essere risolti?
- ? Che cosa hanno fatto i medici per risolvere questi problemi?
- ? Quanti differenti farmaci, esclusi i calmanti, ha preso in media ogni giorno in questo periodo?
- ? Soffre di qualche handicap o limitazione?

Quando esiste l'impressione di un sentimento di malessere generale per la maggior parte del tempo, può essere indicata l'esplorazione di eventuali sintomi somatici funzionali.

- ? Si preoccupa per sintomi fisici anche se i medici che l'hanno visitata non pensano siano pericolosi ?

Se sì, le domande della scala di valutazione Whiteley-7 offrono possibilità di esplorare meglio il rischio. Le domande sono:

- ? Ritieni che il suo corpo abbia qualcosa di serio che non va?
- ? Si preoccupa molto della sua salute?
- ? Trova difficile fidarsi di un medico quando le dice che non c'è nulla di cui preoccuparsi?
- ? Si preoccupa spesso di avere una grave malattia fisica?
- ? Soffre di diversi dolori e fastidi?
- ? Se per caso si sta trattando di una malattia (per esempio se se ne sta parlando in TV o alla radio o sul giornale, o ne parla un conoscente) si preoccupa di ammalarsi pure lei?
- ? Pensa di essere disturbato da molti sintomi diversi?

*Le domande di cui sopra riguardano informazioni necessarie per la valutazione delle variabili degli ambiti **Stato Biologico e Psicologico Attuale** e pure i ambiti **Storia Biologica e Psicologica**.*

Chi sono stati i medici che l'hanno curata negli ultimi cinque anni?

- ? E' mai stato ricoverato in ospedale in questo periodo?
- ? Ha mai avuto un ricovero in Psichiatria in questo periodo?
- ? Ha mai avuto un ricovero in Psichiatria nella sua vita?
- ? Ha mai ricevuto terapie per disturbi psichiatrici o abuso di sostanze?

*Queste domande coprono l'informazione richiesta per valutare le variabili dell'ambito **Storia Assistenziale**.*

Ora mi potrebbe dire chi sono i medici, assistenti sociali o psicologi che sta vedendo e che si prendono cura di lei in questo periodo?

*Questa domanda copre l'ambito **Stato Assistenziale Attuale***

Ha avuto conflitti con medici durante gli ultimi cinque anni che l'hanno messa a disagio, per esempio che hanno minato la sua fiducia nei medici?

- ? Se sì, ritiene che queste esperienze continuino a limitare la sua fiducia per i medici?
- ? Ha mai deciso di cambiare medico o ospedale per queste ragioni?
- ? Ha mai iniziato un'azione legale contro medici?

*Le domande sopra riportate riguardano l'ambito della **Storia Assistenziale**.*

Vorrei sapere in che modo lei segue le raccomandazioni dei medici. Generalmente parlando, lei è una persona che di solito fa quanto i medici le suggeriscono ?

- ? A volte traslascia le loro raccomandazioni?
- ? Se un medico le prescrivesse un farmaco che le dà effetti indesiderati:
 - ne parlerebbe con quel medico?
 - o smetterebbe di prendere quel farmaco?
 - consulterebbe un altro medico ?

*Queste domande riguardano l'ambito dello **Stato Psicologico Attuale**.*

Ora vorrei cambiare argomento e farle qualche domanda rispetto alla sua situazione di vita attuale.

- ? Dove vive attualmente?
- ? Ha un partner?
- ? Per quanto riguarda la sua situazione attuale, dipende da questa persona?
- ? Il suo partner gode di buona salute?
- ? Può rimanere ad abitare o tornare a vivere dove stava al momento?
- ? Lavora?
Se no: Da quanto tempo non lavora?
- ? Che cosa fa nel tempo libero?
Per esempio, quali sono i suoi hobbies?
E i suoi contatti con altre persone?

Ora vorrei sapere qualcosa di più rispetto al tipo di persona che lei é. In generale, lei ha un buon carattere?

- ? Oppure tende ad entrare in contrasto con le altre persone?
- ? Ha mai avuto seri conflitti per lunghi periodi con altre persone, familiari inclusi?
- ? Oppure lei tende a stare per suo conto o ad isolarsi perché le risulta difficile fidarsi e/o dipendere da altre persone?

Queste domande si riferiscono agli ambiti dello Stato Sociale Attuale e Storia Sociale

Ora , che ci avviciniamo alla fine dell'intervista, mi piacerebbe chiederle se lei fuma o beve e di problemi correlati.

- ? Fuma?
- ? Beve alcolici?

Se sì, porre le seguenti domande:

- ? Le capita di bere prima di pranzo?
- ? Avrebbe meno problemi se non bevesse alcol?
- ? A volte pensa di smettere di bere alcolici e a volte non ne ha intenzione?
- ? Prende dei calmanti?
- ? Adesso, in generale, mi potrebbe dire come affronta i problemi?
- ? Se pensa che sia più facile da spiegare, mi racconterebbe un esempio di problema che ha avuto e come lo ha affrontato?
- ? Rispetto a questo argomento, i problemi in generale
- la rendono nervoso/a?

- la fanno fumare di più, bere di più o prendere più farmaci?
- Le è mai capitato che a causa di problemi che aveva, sia stato spinto a farsi del male?

? Se lei ha mai avuto problemi che la facevano sentire tesa, depresso/a, umiliato/a, confuso/a, hai mai ricevuto aiuto specialistico o le sono mai stati prescritti psicofarmaci?

*Queste domande riguardano gli ambiti della **Storia Psicologica e Stato Psicologico Attuale***

Conclusione dell'intervista

L'intervista finisce con una richiesta di una sua valutazione, invitando il paziente a fornire informazioni su punti che ritiene importanti e che non siano stati trattati.

- ? Mi ha detto parecchie cose di lei che penso siano molto interessanti. Siamo arrivati alla fine dell'intervista
- ? Mi potrebbe dire come si è sentito rispondendo a questa intervista?
- ? Pensa che queste informazioni possano essere importanti per i medici e gli infermieri?
- ? C'è qualcosa di importante che ho dimenticato di chiederle?
- ? O vorrebbe lei chiedermi qualcosa?

TABELLA: DOMADE GUIDA DELL'INTERVISTA INTERMED

Ora, per iniziare, vorrei farle alcune domande per capire meglio come si sente fisicamente

Le dirò quello che so circa le circostanze del suo ricovero e circa il suo stato attuale, lei mi corregga se sbaglio

Ora mi interesserebbe sapere: come si è sentito emotivamente nell'ultima settimana ?

Ora che mi ha dato qualche informazione su come si sente, vorrei sapere un po' di più circa le sue malattie fisiche e i loro trattamenti negli ultimi 5 anni.

Chi sono stati i medici che l'hanno curata negli ultimi cinque anni?

Ha mai visto uno psichiatra nella sua vita o ci sono mai stati periodi in cui Lei era depresso, ansioso o confuso?

Ora mi potrebbe dire chi sono i medici, assistenti sociali o psicologi che sta vedendo e che si prendono cura di lei in questo periodo?

Ha avuto conflitti con medici durante gli ultimi cinque anni che l'hanno messa a disagio, per esempio che hanno minato la sua fiducia nei medici?

Vorrei sapere in che modo lei segue le raccomandazioni dei medici. Generalmente parlando, lei è una persona che di solito fa quanto i medici le suggeriscono ?

Ora vorrei cambiare argomento e farle qualche domanda rispetto alla sua situazione di vita attuale.

Ora vorrei sapere qualcosa di più rispetto al tipo di persona che lei é. In generale, lei ha un buon carattere?

Ora , che ci avviciniamo alla fine dell'intervista, mi piacerebbe chiederle se lei fuma o beve e di problemi correlati.

Per finire vorrei sapere come si è sentito rispondendo a questa intervista? Pensa che le informazioni che le ho richiesto siano utili oppure le ha trovate non appropriate?

2.3 Una vignetta clinica : Mr. Glover³

In uno degli articoli che sviluppano il modello biopsicosociale della malattia George Engel presenta il caso di Mr Glover. Mr Glover è un uomo sposato 55enne, di professione agente immobiliare, che si presenta in Pronto Soccorso per insistenza di un impiegato della sua agenzia. Ha sintomi indicativi di un infarto del miocardio. Sei mesi prima ha avuto un primo infarto. Gli esami fatti in Pronto Soccorso confermano la diagnosi presuntiva. Il successivo episodio del tentativo del medico di effettuare un prelievo arterioso, fallito malgrado diversi tentativi e avente come risultato l'assentarsi dello stesso per ottenere assistenza da un collega, aumenta i dubbi di Mr Glover sulla competenza dei medici. L'irritazione per l'episodio coincide con un periodo di fibrillazione ventricolare. Il caso di Engel finisce qui. Nella sua analisi egli si concentra sui fattori psicologici importanti per comprendere l'evento cardiaco, compresi la negazione o il fraintendimento del paziente dello stesso e l'incapacità del medico di considerare il ruolo degli stress psicologici nella fibrillazione ventricolare. Inoltre egli sottolinea l'importanza di coinvolgere la moglie del paziente nel trattamento. Nella nostra esposizione del caso considereremo che il clinico ha a disposizione INTERMED come parte della procedura di ricovero. Mr Glover viene sedato, defibrillato e ricoverato. Nel frattempo il cardiologo ha visitato il paziente in reparto e informato l'infermiere della diagnosi e delle condizioni fisiche relative. Il paziente, il cui stato circolatorio è stato stabilizzato, rimarrà a letto e riceverà un esame cardiocircolatorio completo, cateterismo incluso. Per i prossimi giorni non potrà compiere alcuna attività. Dal punto di vista diagnostico: la diagnosi è chiara, un secondo evento cardiaco in una persona nota ipertesa. Secondo il protocollo dell'ospedale ciò richiederà controlli specialistici cardiologici standard e un programma riabilitativo post-dimissione è molto probabile che il paziente avrà qualche limitazione funzionale a lungo termine (New York Heart Association 1-2). Dal momento che Mr Glover non ha avuto contatti con sua moglie nell'ultimo mese, il familiare significativo è sua sorella. Ella è stata avvisata, vive al nord e arriverà a visitarlo nei prossimi giorni.

Dopo una notte stabile, passata dormendo con l'ausilio di un ipnotico prescritto, l'infermiera inizia l'intervista INTERMED. Inizia con questa domanda di apertura:

Ora, per iniziare, vorrei farle alcune domande per capire meglio come si sente fisicamente. Il paziente riferisce che non ha dolore o altri fastidi fisici. Sa che non è stato bene il giorno prima. Ricorda che era andato in Pronto Soccorso e il medico gli aveva detto che aveva avuto un evento ischemico. Ancora fa fatica a crederci. Pensava di non sentirsi bene perché aveva dormito male la notte prima. L'infermiera lo informa che, anche se al momento è stabile, deve stare in assoluto riposo per un po'. **Ora le dirò ciò di cui sono a conoscenza rispetto alle ragioni del suo ricovero e della sua situazione attuale. Mi corregga se sbaglia.** Qui l'infermiera fornisce l'informazione datale dal cardiologo. Quindi gli dice che vorrebbe avere più informazioni sulle circostanze della sua malattia attuale. **Ora mi interesserebbe sapere: come si è sentito emotivamente nell'ultima settimana ?** Si è sentito teso. Nelle ultime settimane non dormiva bene e si sentiva giù. Per cercare di prendere sonno e per tirarsi su ha bevuto del whisky. Lei gli chiede se questa situazione è legata a problemi con sua moglie. Ciò è confermato. **L'infermiera lo informa che ritornerà su questo punto in seguito nel colloquio. Ora vorrei sapere un po' di più circa le sue malattie fisiche e i loro trattamenti negli ultimi cinque anni.** Il paziente le dice che ha avuto un infarto miocardico sei mesi prima per il quale è stato ricoverato. Per circa 15 anni ha sofferto di ipertensione essenziale per la quale prendeva del captopril. Non ha avuto altri motivi per andare dal medico. **Chi sono stati i medici che l'hanno curata negli ultimi 5 anni?** Un medico di medicina generale ha trattato la sua ipertensione. Dopo l'infarto miocardico ha avuto due visite con un cardiologo. **Ha mai consultato uno psichiatra nella sua vita o è mai stato ansioso, depresso o confuso?** Depresso? Una volta. Tanto tempo fa. La sua prima moglie chiese il divorzio in un periodo in cui lo avevano licenziato. Fu ricoverato in Psichiatria. Interruppe i controlli psichiatrici quando traslocò in un'altra regione. E probabilmente potrebbe essere depresso in questo periodo! Il nuovo lavoro era stressante senza l'aiuto della moglie. Vivere in una camera d'albergo nelle ultime settimane è stata dura. **Ora mi potrebbe dire chi sono i medici, assistenti sociali o psicologi che sta vedendo e che si prendono cura di lei in questo periodo?** Non c'è un gran che al momento. L'ultimo periodo è stato stressante e pieno di impegni. Avrebbe dovuto vedere un cardiologo, ma non è riuscito a fissare un appuntamento. Forse avrebbe dovuto vedere anche uno psicologo, aggiunge. **Ha avuto dei conflitti con medici negli ultimi cinque anni che l'hanno messa a disagio? Che per esempio limitano la sua fiducia nei medici?** Verso la fine del suo primo ricovero in cardiologia il suo vicino di letto morì improvvisamente durante la notte. In seguito c'erano state voci che l'ospedale non funzionava bene e si era parlato di citazioni in giudizio. In più, durante la sua ultima visita cardiologica, aveva accennato che c'era un conflitto tra lui e sua moglie a proposito del nuovo lavoro. Il cardiologo aveva accantonato il

³ Huyse FJ, Lyons JS, Stiefel FC, Slaets JJP, de Jonge P, Latour C: Operationalizing the biopsychosocial model. The INTERMED. Editorial. Psychosomatics 42(1):5-13, 2001

discorso e si era concentrato solo sulla condizione cardiologica. Questi fatti hanno cambiato la sua opinione dei dottori: Non te ne puoi fidare completamente. L'infermiera concorda che si tratta di informazione importante e assicura che ci tornerà sopra. Poi continua: **In che modo lei segue le raccomandazioni del suo medico. Generalmente parlando, lei è una persona che di solito fa quanto i medici le suggeriscono?** Per quanto riguarda le sue medicine per anni le ha assunte regolarmente. Nell'ultimo mese era un'confusione completa. Senza la vita regolare con sua moglie non riusciva a stare dietro alle raccomandazioni. **Ora vorrei cambiare argomento e farle qualche domanda sulla sua situazione di vita attuale.** Come le ho detto mia moglie non mi ha voluto seguire nel nuovo posto di lavoro. Ci sono stati litigi a proposito dell'interferenza del mio lavoro con la qualità del mio matrimonio. Quando ho insistito per cambiare lavoro e avevo bisogno di traslocare, disse che non voleva vedermi per un po'. Questo era successo circa un mese prima. In seguito ha vissuto in una camera d'albergo e stava cercando un appartamento. A parte un collega, con cui si incontrava una sera la settimana, passava il tempo al lavoro e mangiava in ristorante. **Ora vorrei sapere qualcosa di più rispetto al tipo di persona che lei è. In generale, lei ha un buon carattere?** Mia moglie direbbe che ho un carattere difficile. Non penso di averlo. Non ho bisogno di tante persone attorno se posso lavorare. E' importante avere successo. Il mio non è un lavoro facile. La scorsa settimana avevo l'impressione di non essere totalmente in controllo della situazione. L'infermiera chiede se gli sembrasse che tutto fosse uno sforzo o non avesse speranze per il futuro, il paziente conferma. La domanda se egli si fosse arreso con la vita o avesse desiderato morire, non viene fatta. L'infermiera conferma l'importanza di questa informazione e assicura che lei, insieme al cardiologo, considererà una consulenza appropriata con follow-up subito dopo l'intervista. **Ora che ci avviciniamo alla fine dell'intervista, vorrei chiederle se fuma o beve e se questo è in relazione a problemi attuali.** Nell'ultimo mese il paziente ha bevuto fino a sei whisky al giorno. Anche nel passato aveva avuto dei periodi in cui beveva molto. In quei periodi fumava anche molto. Ora l'infermiera comunica al paziente che in poco tempo ha offerto molte informazioni importanti. Assicura il paziente che si è resa conto che egli ha avuto un periodo difficile e che non si sentiva bene. Lo terremo presente per i nostri controlli, dice. **Per finire vorrei sapere come si è sentito rispetto a questa intervista? Pensa che queste informazioni siano importanti o ha trovato l'intervista non appropriata?** Il paziente sembra un po' rassicurato e ha pensato che le informazioni fossero appropriate e utili.

La valutazione con Intermed di questo caso dimostra l'applicazione di un approccio di sostegno alla decisioni nella valutazione e gestione dei rischi per la salute in un'ottica integrata. In sintesi, il paziente è un uomo di 55 anni che soffre di una condizione medica cronica (ipertensione), di recente complicata da un'altra condizione cronica (malattia coronarica). Non ci sono stati altri episodi di malattia negli ultimi cinque anni. La diagnosi è chiara ed al momento il paziente è allettato. Di recente ha avuto atteggiamenti di negazione per la sua condizione cardiaca e tende a ridurre lo stress bevendo e fumando. La sua anamnesi contiene elementi a favore di un precedente episodio depressivo e compromesse capacità di coping dopo la separazione dalla prima moglie. Al momento ci sono elementi sia per un disturbo depressivo e sia da uso di sostanze. Questi disturbi interferiscono con la sua adesione al trattamento come mostra il peggioramento della compliance con i suoi farmaci e anche i comportamenti rischiosi per il cuore del paziente. Negli ultimi cinque anni il lavoro ha dominato la vita del paziente ad un livello tale che ora egli vive solo lontano dalla moglie in una camera d'albergo. Negli ultimi cinque anni è stato ricoverato una volta in ospedale ed è stato curato da un medico di medicina generale e da un cardiologo. Al momento non riceve altra assistenza medica o non medica. La sua fiducia nei medici è stata minata da eventi recenti legati alla sua condizione cardiaca.

Ciò conduce alle seguenti prognosi: La prognosi fisica è stata illustrata. Oltre alla sua situazione cardiaca, il paziente può essere a rischio di sindrome di astinenza sia fisica che psicologica. Ciò dovrebbe essere monitorato durante il ricovero. Un consulente psichiatra dovrebbe valutare la relazione tra coping, compliance, abuso di sostanze e depressione poiché un disturbo depressivo maggiore ha un impatto sull'esito dell'evento cardiaco e sulla qualità della vita del paziente (15). Come risultato della valutazione dovrebbe essere deciso se e dove, in ospedale o dopo la dimissione, da uno psichiatra o dal medico di medicina generale debba essere iniziato un trattamento psichiatrico. A proposito della sua situazione sociale, si dovrebbe invitare la partner del paziente a chiarire la sua situazione sociale e relazionale. L'intensità della riabilitazione dovrà tenere conto sia della condizione fisica, sia di quella psichiatrica. Di conseguenza, si dovrà organizzare nei giorni successivi una riunione multidisciplinare sul caso per integrare le opinioni dei diversi consulenti (riabilitazione, psichiatra, assistente sociale).

L'informazione porta al seguente punteggio INTERMED :

Rischi assistenziali di Mr. Glover

| | STORIA | STATO ATTUALE | PROGNOSI |
|---------------------|--------------------|------------------|--------------------|
| Ambito Biologico | Cronicità ● | Gravità ● | Complicazioni ● |
| | Dilemma ● | Difficoltà ● | |
| Psicologico | Coping ● | Resistenza ● | Rischio ● |
| | Disfunzione ● | Sintomi ● | |
| Sociale | Disintegrazione ● | Stabilità ● | Vulnerabilità ● |
| | Malfunzionamento ● | Limitazioni ● | |
| Assistenziale | Intensità ● | Organizzazione ● | Coordinamento ● |
| | Esperienza ● | Invio ● | |

3. MANUALE: VARIABILI E LORO ANCHOR-POINTS CLINICI

Nota:

1. INTERMED valuta la complessità. Per complessità si intendono tutti le interferenze rispetto ad un trattamento standard dovute a fattori concomitanti siano essi biologici, psicologici, sociali o relativi al sistema assistenziale, che rendano necessario discostarsi dai trattamenti standard e predisporre interventi individualizzati. Ogni volta che si valuta una variabile, oltre a tenere presente gli *anchor points* clinici, bisogna tenere a mente questa domanda “Ciò che vengo a sapere rispetto a questa variabile risulta in una interferenza rispetto al trattamento standard per questo paziente?”
2. Tutte le variabili della Storia si riferiscono agli ultimi cinque anni con l’eccezione della variabile “Disfunzione psichiatrica” che si riferisce all’intero arco della vita.

STORIA BIOLOGICA

Cronicità⁴

0. Meno di 3 mesi di disfunzione fisica
1. Più di tre mesi di disfunzione o diversi periodi inferiori ai tre mesi di problemi fisici
2. Malattia cronica
3. Malattia cronica grave

Dilemma diagnostico

0. Mai verificatisi periodi con incertezze diagnostiche di sorta
1. Le diagnosi e le cause di eventuali disturbi sono state trovate rapidamente
2. Incertezza diagnostica risolta ma a prezzo di considerevole sforzo diagnostico
3. Incertezza diagnostica; non risolta malgrado considerevoli sforzi diagnostici

STATO BIOLOGICO ATTUALE

Gravità dei sintomi

0. Assenza di sintomi o sintomi reversibili senza interventi medici intensi
1. Sintomi lievi ma significativi che non interferiscono con il funzionamento corrente
2. Sintomi da medi a gravi che interferiscono con il funzionamento corrente
3. Sintomi gravi che portano a totale incapacità funzionale

Difficoltà diagnostica

0. Diagnosi chiara
1. Diagnosi differenziale chiara
2. Diagnosi differenziale complessa, da cui ci si aspetta una diagnosi nell’ambito biologico
3. Diagnosi differenziale complessa, da cui non ci si aspetta una diagnosi nell’ambito biologico

STORIA PSICOLOGICA

Limitazioni nel coping

0. Nessuna limitazione nel coping: il paziente è capace di far fronte allo stress adeguatamente, nessun impatto negativo sul trattamento medico

⁴ Un buon indicatore di malattia cronica è l’assunzione cronica di farmaci; psicofarmaci esclusi.

1. Lievi limitazioni nel coping, che provocano lieve o medio disagio nel paziente e/o nei familiari o negli operatori sanitari (come comportamento di protesta e reclami)
2. Medie limitazioni nel coping, che provocano grave disagio nel paziente e/o nei familiari o negli operatori sanitari (come comportamento aggressivo o abuso di sostanze senza conseguenze negative biopsicosociali) e/o che ostacolano il trattamento medico (come negazione prolungata della malattia).
3. Gravi limitazioni nel coping che producono una grave sintomatologia psichiatrica (come abuso di sostanze con effetti biopsicosociali negativi, atti autolesivi o tentativo di suicidio) e gravi conseguenze negative sul trattamento medico.

Disfunzione psichiatrica

0. Nessuna evidenza di disfunzione psichiatrica
1. Disfunzione psichiatrica senza chiari effetti sul funzionamento quotidiano
2. Disfunzione psichiatrica con chiari effetti sul funzionamento quotidiano
3. Ricovero (i) psichiatrico(i) e/o effetti permanenti nel funzionamento quotidiano che risultano dalla condizione psichiatrica

STATO PSICOLOGICO ATTUALE

Resistenza al trattamento

0. Interessato a ricevere trattamento e desideroso di cooperare attivamente
1. Qualche ambivalenza, tuttavia desideroso di cooperare al trattamento
2. Significativa resistenza; come non-compliance, ostilità o indifferenza nei confronti dei sanitari
3. Resistenza attiva al trattamento medico

Sintomi psichiatrici

0. Nessun sintomo psichiatrico
1. Lievi sintomi psichiatrici, come difficoltà a concentrarsi o tensione emotiva
2. Sintomi psichiatrici come ansia, depressione o confusione
3. Sintomi psichiatrici con disturbi del comportamento, come violenza o comportamenti autolesivi

STORIA SOCIALE

Limitazioni nell'integrazione

0. Ha un lavoro (compresi lavori casalinghi, pensionamento, studio) e ha attività di svago
1. Ha un lavoro (compresi lavori casalinghi, pensionamento, studio) senza attività di svago
2. Disoccupato per almeno sei mesi, con attività di svago
3. Disoccupato per almeno sei mesi, senza attività di svago

Malfunzionamento sociale

0. Assenza di problemi nel funzionamento sociale
1. Lieve malfunzionamento sociale; problemi interpersonali
2. Malfunzionamento sociale moderato; come incapacità di iniziare o mantenere relazioni sociali
3. Grave incapacitazione nell'ambito sociale; come coinvolgimento in relazioni sociali dannose o isolamento sociale

STATO SOCIALE ATTUALE

Instabilità abitativa

0. Situazione abitativa stabile; completamente autonomo
1. Situazione abitativa stabile con supporto di terzi; come istituzione o ricovero
2. Situazione abitativa instabile; cambiare la situazione di vita è indicato
3. Situazione abitativa instabile; un immediato cambiamento è necessario

Limitazione nella rete sociale⁵

0. Buoni contatti con familiari, colleghi di lavoro, amici
1. Limitazioni in almeno uno degli ambiti
2. Limitazioni in almeno due degli ambiti
3. Limitazione dei contatti in tutti e tre gli ambiti

STORIA DEGLI INTERVENTI ASSISTENZIALI

Intensità dei trattamenti

0. Meno di quattro contatti con medici all'anno
1. Quattro o più contatti con medici o uno specialista
2. Diversi specialisti o un ricovero
3. Diversi ricoveri o permanenza prolungata in Terapia Intensiva o in Riabilitazione

Esperienza dei trattamenti

0. Nessun problema col personale sanitario
1. Esperienze negative con sanitari (per sé o familiari)
2. Richiesta di pareri alternativi o cambiamento del medico di riferimento
3. Conflitti ripetuti con i medici, o trattamenti sanitari obbligatori

STATO ATTUALE DELL'ASSISTENZA

Organizzazione dell'assistenza

0. Non più di uno specialista coinvolto (medicina o salute mentale)
1. Differenti specialisti medici
2. Coinvolgimento di specialisti sia medici, sia della salute mentale
3. Trasferimento da altro ospedale

Appropriatezza dell'invio

0. Invio ordinario o ricovero programmato
1. Invio non programmato o ricovero d'emergenza
2. E' possibile pianificare una strategia per l'attuale episodio di trattamento; è tuttavia ancora impossibile prestare l'assistenza ottimale
3. Non è ancora possibile programmare una strategia per il trattamento

PROGNOSI

⁵ Le persone in malattia vengono considerate come con lavoro. Quelle con pensione di invalidità come senza lavoro. Gli studenti e chi ha occupazioni non retribuite vengono valutati come aventi un lavoro.

Complicazioni e rischio di vita

0. Nessuna limitazione nelle attività quotidiane
1. Lievi limitazioni nelle attività quotidiane
2. Condizione cronica e/o limitazioni permanenti significative nelle attività quotidiane
3. Rischio di gravi complicanze fisiche e deficit funzionali, serio rischio di morte

Rischio per lo stato psichico

0. Non disturbo psichiatrico
1. A rischio di lieve disfunzione psichiatrica; come disturbo dell'adattamento, ansia, demoralizzazione, abuso di sostanze o disfunzione cognitiva lieve
2. A rischio di disturbo psichiatrico di media entità che necessiti assistenza psichiatrica
3. A rischio di disturbo psichiatrico grave che richieda ricovero psichiatrico

Vulnerabilità sociale

0. Nessun cambiamento nella situazione di vita; non è necessario un aumento di assistenza sociale
1. Nessun cambiamento nella situazione di vita ma con aumentati bisogni assistenziali come assistenza domiciliare (infermieristica) o servizi sociali
2. Ricovero temporaneo in struttura/istituzione
3. Ricovero permanente in struttura/istituzione

Coordinamento dell'assistenza⁶

0. Nessun problema nell'organizzazione dell'assistenza (assistenza di base)
1. Sono necessari lievi sforzi per organizzare l'assistenza (assistenza multidisciplinare facile da organizzare).
2. Sono necessari medi (come in 1 ma complessa da organizzare).
3. Sono necessari grandi sforzi per organizzare l'assistenza (come il bisogno per una discussione collegiale del caso e/o coordinamento dell'assistenza)

⁶ Nella valutazione prendere in considerazione l'organizzazione del proprio sistema sanitario nazionale

4. VARIABILI AGGIUNTIVE DA USARSI IN SPECIFICHE POPOLAZIONI

4.1 Geriatria:

Quando INTERMED è utilizzato in una popolazione geriatrica, 3 items aggiuntivi possono fornire informazioni rilevanti rispetto alla necessità di programmare l'assistenza. Essi sono: disturbi cognitivi (relativo all'ambito psicologico, stato attuale), perdita di un familiare (ambito sociale, storia), autosufficienza fisica (ambito biologico, stato attuale)

Disturbi cognitivi

0. Assenza di disturbi cognitivi
1. Lievi deficit cognitivi; come dimenticare conversazioni o di riferire messaggi o confondersi in ambienti sconosciuti
2. Disturbo cognitivo medio; come non riconoscere persone note, confondersi in ambienti familiari, non sapere che giorno o periodo della giornata sia o ingravescente difficoltà a fare fronte alle necessità quotidiane.
3. Gravi disturbi cognitivi; come non riconoscere familiari stretti, inventare storie (confabulazione), disturbo della forma del pensiero o correre pericoli a causa di comportamenti inadeguati

Perdita di familiari

0. Nessuna perdita di familiari negli ultimi 5 anni
1. Uno o più familiari persi con lieve impatto sul funzionamento attuale; la persona ha ripreso le sue attività quotidiane come prima
2. Uno o più familiari persi con impatto medio sul funzionamento attuale; come reazione di lutto comprendente rabbia e/o sentimenti di colpa
3. Uno o più familiari persi con grave impatto sul funzionamento attuale; come reazione di lutto e ricordi intrusivi frequenti

Stato funzionale

0. Limitazioni funzionali assenti; come conservata capacità di lavarsi e vestirsi, alimentarsi, fare la spesa e le faccende domestiche, prendersi cura delle finanze e dell'assunzione dei farmaci.
1. Lievi limitazioni funzionali; come avere bisogno di aiuto per la spesa, cucinare, fare le faccende di casa, prendersi cura delle finanze e dell'assunzione dei farmaci con conservata continenza urinaria e capacità di alimentarsi da solo
2. Medie limitazioni nello stato funzionale; come bisogno di aiuto nelle faccende di casa, fare la spesa, cucinare, lavarsi, telefonare, urinare e muoversi
3. Gravi limitazioni funzionali come totale dipendenza per lavarsi, vestirsi e prendersi cura del denaro e dell'assunzione dei farmaci

MANUALE INTERMED PER L'INTERVISTA AL LETTO DEL MALATO⁷

Strumento di valutazione multidisciplinare globale dei bisogni assistenziali

Versione Inglese 5.1 Gennaio 2003

Versione Italiana 06/02/2003

Frits Huyse
Peter de Jonge
Fritz Stiefel
Joris Slaets
Wolfgang Söllner

Intermed è una scala di valutazione multidimensionale che intende riflettere un approccio biopsicosociale alla valutazione e alla programmazione del trattamento di pazienti medici e chirurgici. Il metodo è organizzato in due dimensioni. La prima dimensione ha quattro ambiti che riflettono i sistemi biologico, psicologico, sociale e assistenziale sanitario dell'individuo. La seconda dimensione organizza il tempo nei tre periodi: storia, stato attuale e prognosi. La griglia che risulta permette di assegnare punteggi alle variabili dei quattro ambiti distribuiti nelle tre prospettive temporali.

Intermed è stato sviluppato da Huyse, Lyons, Stiefel, Slaets e de Jonge basandosi sugli sviluppi paralleli avvenuti negli ultimi dieci anni nel campo dell'approccio integrato all'assistenza medica e in quello dell'approccio rivolto pragmaticamente alla programmazione degli interventi e al management degli esiti assistenziali. Intermed offre uno strumento di valutazione rapido, e tuttavia completo, di un individuo che si presenti per ricevere assistenza sanitaria al fine di facilitare la programmazione specifica degli interventi e il coordinamento del caso, sviluppando un database empirico dei bisogni assistenziali complessi capace di orientare le attività di programmazione, valutazione e ricerca.

| | STORIA | STATO ATTUALE | PROGNOSI |
|----------------------|--|---|---------------------------------|
| Ambito Biologico | Cronicità Dilemma diagnostico | Gravità dei sintomi Difficoltà diagnostica | Complicazioni e rischio di vita |
| Psicologico | Limitazioni nel coping Disfunzione psichiatrica | Resistenza al trattamento Sintomi psichiatrici | Rischio per lo stato psichico |
| Sociale | Limitazioni nell' integrazione Malfunzionamento sociale | Instabilità abitativa Limitazioni nella rete sociale | Vulnerabilità sociale |
| Assistenza sanitaria | Intensità dei trattamenti Esperienza dei trattamenti | Organizzazione dell'assistenza Appropriatezza dell'invio | Coordinamento dell'assistenza |

Copyright: Huyse, Lyons, Stiefel, Slaets, de Jonge 1997

⁷ INTERMED è stato sviluppato da FJ Huyse, JS Lyons, JPG Slaets e P de Jonge

DOMADE GUIDA DELL'INTERVISTA INTERMED

Ora, per iniziare, vorrei farle alcune domande per capire meglio come si sente fisicamente

Le dirò quello che so circa le circostanze del suo ricovero e circa il suo stato attuale, lei mi corregga se sbaglio

Ora mi interesserebbe sapere: come si è sentito emotivamente nell'ultima settimana ?

Ora che mi ha dato qualche informazione su come si sente, vorrei sapere un po' di più circa le sue malattie fisiche e i loro trattamenti negli ultimi 5 anni.

Chi sono stati i medici che l'hanno curata negli ultimi cinque anni?

Ha mai visto uno psichiatra nella sua vita o ci sono mai stati periodi in cui Lei era depresso, ansioso o confuso?

Ora mi potrebbe dire chi sono i medici, assistenti sociali o psicologi che sta vedendo e che si prendono cura di lei in questo periodo?

Ha avuto conflitti con medici durante gli ultimi cinque anni che l'hanno messa a disagio, per esempio che hanno minato la sua fiducia nei medici?

Vorrei sapere in che modo lei segue le raccomandazioni dei medici. Generalmente parlando, lei è una persona che di solito fa quanto i medici le suggeriscono ?

Ora vorrei cambiare argomento e farle qualche domanda rispetto alla sua situazione di vita attuale.

Ora vorrei sapere qualcosa di più rispetto al tipo di persona che lei é. In generale, lei ha un buon carattere?

Ora, che ci avviciniamo alla fine dell'intervista, mi piacerebbe chiederle se lei fuma o beve e di problemi correlati.

Per finire vorrei sapere come si è sentito rispondendo a questa intervista? Pensa che le informazioni che le ho richiesto siano utili oppure le ha trovate non appropriate?

MANUALE: VARIABILI E LORO ANCHOR-POINTS CLINICI

Nota:

1. INTERMED valuta la complessità. Per complessità si intendono tutti le interferenze rispetto ad un trattamento standard dovute a fattori concomitanti siano essi biologici, psicologici, sociali o relativi al sistema assistenziale, che rendano necessario discostarsi dai trattamenti standard e predisporre interventi individualizzati. Ogni volta che si valuta una variabile, oltre a tenere presente gli *anchor points* clinici, bisogna tenere a mente questa domanda “Ciò che vengo a sapere rispetto a questa variabile risulta in una interferenza rispetto al trattamento standard per questo paziente?”
2. Tutte le variabili della Storia si riferiscono agli ultimi cinque anni con l’eccezione della variabile “Disfunzione psichiatrica” che si riferisce all’intero arco della vita.

STORIA BIOLOGICA

Cronicità⁸

0. Meno di 3 mesi di disfunzione fisica
1. Più di tre mesi di disfunzione o diversi periodi inferiori ai tre mesi di problemi fisici
2. Malattia cronica
3. Malattia cronica grave

Dilemma diagnostico

0. Mai verificatisi periodi con incertezze diagnostiche di sorta
1. Le diagnosi e le cause di eventuali disturbi sono state trovate rapidamente
2. Incertezza diagnostica risolta ma a prezzo di considerevole sforzo diagnostico
3. Incertezza diagnostica; non risolta malgrado considerevoli sforzi diagnostici

STATO BIOLOGICO ATTUALE

Gravità dei sintomi

0. Assenza di sintomi o sintomi reversibili senza interventi medici intensi
1. Sintomi lievi ma significativi che non interferiscono con il funzionamento corrente
2. Sintomi da medi a gravi che interferiscono con il funzionamento corrente
3. Sintomi gravi che portano a totale incapacità funzionale

Difficoltà diagnostica

0. Diagnosi chiara
1. Diagnosi differenziale chiara
2. Diagnosi differenziale complessa, da cui ci si aspetta una diagnosi nell’ambito biologico
3. Diagnosi differenziale complessa, da cui non ci si aspetta una diagnosi nell’ambito biologico

STORIA PSICOLOGICA

Limitazioni nel coping

0. Nessuna limitazione nel coping: il paziente è capace di far fronte allo stress adeguatamente, nessun impatto negativo sul trattamento medico

⁸ Un buon indicatore di malattia cronica è l’assunzione cronica di farmaci; psicofarmaci esclusi.

1. Lievi limitazioni nel coping, che provocano lieve o medio disagio nel paziente e/o nei familiari o negli operatori sanitari (come comportamento di protesta e reclami)
2. Medie limitazioni nel coping, che provocano grave disagio nel paziente e/o nei familiari o negli operatori sanitari (come comportamento aggressivo o abuso di sostanze senza conseguenze negative biopsicosociali) e/o che ostacolano il trattamento medico (come negazione prolungata della malattia).
3. Gravi limitazioni nel coping che producono una grave sintomatologia psichiatrica (come abuso di sostanze con effetti biopsicosociali negativi, atti autolesivi o tentativo di suicidio) e gravi conseguenze negative sul trattamento medico.

Disfunzione psichiatrica

0. Nessuna evidenza di disfunzione psichiatrica
1. Disfunzione psichiatrica senza chiari effetti sul funzionamento quotidiano
2. Disfunzione psichiatrica con chiari effetti sul funzionamento quotidiano
3. Ricovero (i) psichiatrico(i) e/o effetti permanenti nel funzionamento quotidiano che risultano dalla condizione psichiatrica

STATO PSICOLOGICO ATTUALE

Resistenza al trattamento

0. Interessato a ricevere trattamento e desideroso di cooperare attivamente
1. Qualche ambivalenza, tuttavia desideroso di cooperare al trattamento
2. Significativa resistenza; come non-compliance, ostilità o indifferenza nei confronti dei sanitari
3. Resistenza attiva al trattamento medico

Sintomi psichiatrici

0. Nessun sintomo psichiatrico
1. Lievi sintomi psichiatrici, come difficoltà a concentrarsi o tensione emotiva
2. Sintomi psichiatrici come ansia, depressione o confusione
3. Sintomi psichiatrici con disturbi del comportamento, come violenza o comportamenti autolesivi

STORIA SOCIALE

Limitazioni nell'integrazione

0. Ha un lavoro (compresi lavori casalinghi, pensionamento, studio) e ha attività di svago
1. Ha un lavoro (compresi lavori casalinghi, pensionamento, studio) senza attività di svago
2. Disoccupato per almeno sei mesi, con attività di svago
3. Disoccupato per almeno sei mesi, senza attività di svago

Malfunzionamento sociale

0. Assenza di problemi nel funzionamento sociale
1. Lieve malfunzionamento sociale; problemi interpersonali
2. Malfunzionamento sociale moderato; come incapacità di iniziare o mantenere relazioni sociali
3. Grave incapacitazione nell'ambito sociale; come coinvolgimento in relazioni sociali dannose o isolamento sociale

STATO SOCIALE ATTUALE

Instabilità abitativa

0. Situazione abitativa stabile; completamente autonomo
1. Situazione abitativa stabile con supporto di terzi; come istituzione o ricovero
2. Situazione abitativa instabile; cambiare la situazione di vita è indicato
3. Situazione abitativa instabile; un immediato cambiamento è necessario

Limitazione nella rete sociale⁹

0. Buoni contatti con familiari, colleghi di lavoro, amici
1. Limitazioni in almeno uno degli ambiti
2. Limitazioni in almeno due degli ambiti
3. Limitazione dei contatti in tutti e tre gli ambiti

STORIA DEGLI INTERVENTI ASSISTENZIALI

Intensità dei trattamenti

0. Meno di quattro contatti con medici all'anno
1. Quattro o più contatti con medici o uno specialista
2. Diversi specialisti o un ricovero
4. Diversi ricoveri o permanenza prolungata in Terapia Intensiva o in Riabilitazione

Esperienza dei trattamenti

0. Nessun problema col personale sanitario
1. Esperienze negative con sanitari (per sé o familiari)
2. Richiesta di pareri alternativi o cambiamento del medico di riferimento
3. Conflitti ripetuti con i medici, o trattamenti sanitari obbligatori

STATO ATTUALE DELL'ASSISTENZA

Organizzazione dell'assistenza

0. Non più di uno specialista coinvolto (medicina o salute mentale)
1. Differenti specialisti medici
2. Coinvolgimento di specialisti sia medici, sia della salute mentale
3. Trasferimento da altro ospedale

Appropriatezza dell'invio

0. Invio ordinario o ricovero programmato
1. Invio non programmato o ricovero d'emergenza
2. E' possibile pianificare una strategia per l'attuale episodio di trattamento; è tuttavia ancora impossibile prestare l'assistenza ottimale
3. Non è ancora possibile programmare una strategia per il trattamento

PROGNOSI

⁹ Le persone in malattia vengono considerate come con lavoro. Quelle con pensione di invalidità come senza lavoro. Gli studenti e chi ha occupazioni non retribuite vengono valutati come aventi un lavoro.

Complicazioni e rischio di vita

0. Nessuna limitazione nelle attività quotidiane
1. Lievi limitazioni nelle attività quotidiane
2. Condizione cronica e/o limitazioni permanenti significative nelle attività quotidiane
3. Rischio di gravi complicanze fisiche e deficit funzionali, serio rischio di morte

Rischio per lo stato psichico

0. Non disturbo psichiatrico
1. A rischio di lieve disfunzione psichiatrica; come disturbo dell'adattamento, ansia, demoralizzazione, abuso di sostanze o disfunzione cognitiva lieve
2. A rischio di disturbo psichiatrico di media entità che necessiti assistenza psichiatrica
3. A rischio di disturbo psichiatrico grave che richieda ricovero psichiatrico

Vulnerabilità sociale

0. Nessun cambiamento nella situazione di vita; non è necessario un aumento di assistenza sociale
1. Nessun cambiamento nella situazione di vita ma con aumentati bisogni assistenziali come assistenza domiciliare (infermieristica) o servizi sociali
2. Ricovero temporaneo in struttura/istituzione
3. Ricovero permanente in struttura/istituzione

Coordinamento dell'assistenza¹⁰

0. Nessun problema nell'organizzazione dell'assistenza (assistenza di base)
1. Sono necessari lievi sforzi per organizzare l'assistenza (assistenza multidisciplinare facile da organizzare).
2. Sono necessari medi (come in 1 ma complessa da organizzare).
3. Sono necessari grandi sforzi per organizzare l'assistenza (come il bisogno per una discussione collegiale del caso e/o coordinamento dell'assistenza)

¹⁰ Nella valutazione prendere in considerazione l'organizzazione del proprio sistema sanitario nazionale