

VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE E ALLOCAZIONE DELLE RISORSE È possibile effettuare una valutazione multidimensionale breve che porti ad un'adeguata allocazione di risorse?

Marco Riglietta*, Paolo Donadoni, Pierangelo Tombini****

**Direttore dipartimento delle dipendenze - ASST Papa Giovanni XXIII - Bergamo*

***Responsabile SERD di Bergamo - ASST Papa Giovanni XXIII - Bergamo*

****Psicologo esperto, SERD Bergamo - ASST-Papa Giovanni XXIII*

Premessa

Fin dalla loro nascita, i servizi delle dipendenze si sono caratterizzati per l'offerta di un sistema di valutazione e di cura multidisciplinare, che parte dalla ragionevole consapevolezza di dover affrontare un problema complesso interessante l'individuo affetto da problematiche di addiction in molte aree vitali.

Le équipes che si sono costituite, nella maggior parte dei casi, sono caratterizzate dalla presenza di medici, infermieri/assistenti sanitari, psicologi, assistenti sociali, educatori e amministrativi.

Nel percorso di valutazione tutti i servizi, con le inevitabili differenze locali, si sono essenzialmente strutturati prevedendo un iter che possiamo sinteticamente descrivere così:

primo colloquio di lettura della domanda in genere effettuato da assistenti sociali ed educatori; un core di valutazione diagnostica la cui titolarità essenziale era ed è tuttora legata ai colloqui di psicologi, assistenti sociali e dalla visita medica; un'attività di supporto effettuata dagli infermieri (prelievi ematici e prelievi di campioni biologici per indagini tossicologiche).

Tutto questo è stato possibile in servizi "relativamente" ricchi, che potevano contare sui differenti specialisti in grado di fare un'analisi multidimensionale della situazione del paziente e da carichi di lavoro - rapporto pazienti/operatori - a favore di questi ultimi.

Altre realtà, soprattutto quelle nord americana e nord europea, in considerazione di una minor presenza di risorse nei servizi, in una logica di attenzione più puntuale ai costi delle attività, pur riconoscendo la necessità di un'analisi pluridimensionale del paziente, hanno elaborato interviste semi-strutturate che potessero, nel tempo medio di un colloquio clinico (60 minuti), raccogliere le informazioni essenziali di tutte le aree potenzialmente coinvolte in relazione al disturbo da uso di sostanze.

Negli USA Mc Lellan ha elaborato l'Addiction Severity Index (ASI), l'OMS ha elaborato l'ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) che in realtà è un'anamnesi tossicologica dettagliata e non proprio un'intervista multidimensionale, più recentemente Schippers, Broekman e Buchholz hanno elaborato il MATE (Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation - Misurazioni per il triage e la valutazione nelle dipendenze) tradotto e validato in Italia da Giorgio Nespola ed Emanuele Bignamini. Su quest'ultimo, in particolare, vorremmo soffermarci per la nostra ipotesi di valutazione multidimensionale breve.

IL MATE

Il MATE è uno strumento di facile utilizzo, che analizza i costrutti clinici più rilevanti relativi ai fenomeni di addiction. Le sue caratteristiche strutturali e di funzionamento, l'essere costituito da differenti moduli tematici integrati tra di loro ma indipendenti, lo rendono uno strumento estremamente duttile per la sua applicazione clinica e facilmente integrabile nelle pratiche di cura.

Nato nel 2007 in Olanda il MATE è uno strumento di valutazione dell'addiction pratico, affidabile ed estremamente utile per il triage diagnostico dei pazienti ed anche rispetto ai trattamenti, al monitoraggio e alla valutazione degli esiti degli stessi.

Permette una valutazione affidabile delle differenti caratteristiche dei pazienti con disturbo da uso di sostanze (sostanze stupefacenti e alcol), per la loro assegnazione al percorso di cura più adeguato e per il monitoraggio e la valutazione del trattamento somministrato.

Adatto per l'utilizzo nella pratica clinica quotidiana degli operatori sanitari, generalmente ben accettato dalle persone alle quali viene somministrato, fornisce una valutazione sia delle limitazioni che delle risorse dei pazienti, ed è impostato sui sistemi di classificazione dell'OMS comprendendo i validi ed aggiornati test e subtest disponibili.

Valuta, tra gli altri "domini", l'uso di sostanze psicoattive, il grado di craving, la storia del trattamento e le diagnosi di dipendenza e abuso per le sostanze stupefacenti e l'alcol con riferimento al DSM.

Definisce la misura nella quale la persona partecipa attivamente alla vita sociale, identifica i fattori ambientali che invece ne limitano tale partecipazione e valuta le necessità di cura che ne risultano; non da ultimo può essere utilizzato anche con persone con patologie psichiatriche.

Stabilisce gli indicatori per un approfondimento medico o psichiatrico/psicologico raccogliendo informazioni sulle patologie fisiche e sui problemi generali della persona, misurando i sintomi dell'ansia, della depressione e di altri disturbi psichiatrici/psicologici, inclusi i disturbi di personalità.

Fornisce 20 differenti punteggi di valutazione.

Utilizza dei moduli di intervista ben definiti, con descrizioni esaurienti, indicazioni e suggerimenti. **Non fornisce diagnosi di disturbi fisici o psichiatrici** ad eccezione del disturbo da uso di sostanze (sostanze stupefacenti e alcol). Identifica comunque le persone che necessiterebbero di un approfondimento diagnosti-

co specifico di altro tipo.

Per la sezione del MATE-ICN sono fornite anche delle definizioni terminologiche e dei riferimenti precisi per l'attribuzione del punteggio per ciascuno dei domini valutati.

Può essere completato approssimativamente in un'ora.

L'ipotesi sperimentale

Nella realtà olandese l'intervista semi strutturata permette di associare ad uno specifico trattamento il paziente in base ai punteggi ottenuti.

Consapevoli che la realtà italiana dei servizi e degli operatori non è quella nord-europea, l'ipotesi percorsa nella sperimentazione in provincia di Bergamo è stata quella di utilizzare il MATE effettivamente come strumento di Triage e, come in Pronto Soccorso, sfruttare le aree, i punteggi ed i cut off per allocare i pazienti al/ai case manager più adeguati: non necessariamente a tutti i professionisti.

Nella pratica clinica, all'interno dell'equipe, spesso si

riflette sull'inutilità di alcuni colloqui effettuati per la mancanza di aree davvero problematiche, piuttosto che per la mancata motivazione del paziente; dall'altra parte i carichi di lavoro sempre maggiori, impediscono un'adeguata risposta ad alcuni pazienti che meriterebbero trattamenti più intensivi, impossibili da offrire per l'eccessivo afflusso di pazienti e di attività.

Da queste riflessioni nasce l'ipotesi di sfruttare il MATE come strumento che permetta di assegnare un paziente all'operatore (agli operatori) più adeguati in quel momento.

Valutazione multidimensionale e allocazione delle risorse

Nella tabella successiva sono riportate nelle colonne a sfondo bianco i moduli e le aree del MATE con i relativi range di punteggio e, laddove esista, il margine di cut off. Nella colonna grigia l'ipotesi effettuata di assegnazione all'operatore/agli operatori indispensabili per quella specifica area.

| Modulo | Aree | range | soglia | attribuzione case manager |
|---|---|--------|---------|--|
| indicatore per consulenza psichiatrica/medica | comorbidità fisica | 0-4 | nessuno | 0 nessuno 1 - 2 infermiere 3- 4 medico |
| | trattamento psichiatrico/psicologico | 0-2 | 2 | 0 nessuno 1 - 2 psicologo > 2 medico |
| | progetti/TS, allucinazioni, delirio, confusione | 0-5 | >=2 | < 2 nessuno > 2 medico |
| abuso/dipendenza | Dipendenza | 0-7 | > 3 | 1 - 3 psicologo 4 - 7 medico |
| | Abuso | 0-4 | > 1 | 1 - 3 psicologo |
| disturbi fisici | disturbi fisici | 0 - 40 | nessuno | 1 - 10 infermiere > 10 medico |
| personalità | personalità | 0 - 8 | > = 4 | > = 4 psicologo |
| ICN | Limitazioni totali | 0 - 76 | | |
| | limitazioni di base | 0 - 32 | > = 12 | 0 - 12 nessuno > = 12 AS |
| | limitazioni relazioni interpersonali | 0 - 20 | nessuno | < 10 nessuno > 10 AS |
| | cura e sostegno | 0 - 32 | nessuno | < 16 nessuno > 16 AS |
| | inf. Esterne positive | 0 - 12 | nessuno | |
| | inf. Esterne negative | 0 - 20 | > = 10 | < 10 nessuno > = 10 AS |
| | necessità di cura | 0 - 20 | nessuno | < 10 nessuno > 10 AS |
| Craving | Craving | 0 - 20 | >=12 | < 12 infermiere >= 12 medico |
| | | | | |
| depressione ansia e stress | depressione | 0 - 42 | >=21 | 10 - 21 psicologo >= 21 medico |
| | Ansia | 0 - 42 | >=15 | 10 - 15 psicologo >= 15 medico |
| | stress | 0 - 42 | >= 26 | 10 - 26 psicologo >= 26 medico |

Conclusioni

1. La sperimentazione si è interrotta per motivi esterni ai nostri servizi; pertanto disponiamo esclusivamente di un'analisi fatta sulla comparazione fra il sistema di valutazione multidimensionale di Regione Lombardia, che qui non descriviamo, e l'utilizzo del MATE nell'assegnazione dei punteggi di gravità
2. per quanto riguarda l'ipotesi che abbiamo percorso di assegnazione al case manager più adeguato possiamo affermare che:
 - a. l'accettazione dello strumento con qualche piccola difficoltà, da parte degli operatori non sociali, sul MATE-ICN ritenuta troppo complessa da sottoporre in primo colloquio, è stata ottimale. L'opinione degli assistenti sociali non concorda con quella degli altri operatori su questa sezione, ritenendola invece molto adeguata.
 - b. Sia gli operatori che avevano somministrato il MATE in fase di sperimentazione dell'intervista, sia gli altri operatori del servizio, si sono dimostrati molto interessati all'applicazione della metodologia; è evidente che il percorso deve necessariamente prevedere degli step condivisi, delle ipotesi da sperimentare ed eventualmente delle rivalutazioni dei punteggi.
 - c. Aver definito, per alcuni cut-off, come case manager l'infermiere ha sollevato perplessità da parte di diversi operatori (anche gli infermieri stessi) troppo abituati a vivere come personale di supporto o legato esclusivamente alla gestione delle terapie farmacologiche o degli esami tossicologici.
3. Il problema dell'utilizzo delle risorse rimane una questione aperta: l'ipotesi percorsa è stata un tentativo di essere propositivi nella ricollocazione delle risorse senza subire passivamente il rifiuto esplicito (o spesso implicito attraverso l'abbandono dei colloqui con un singolo professionista) dei pazienti troppo gravati da visite e colloqui nella parte di valutazione diagnostica.

BIBLIOGRAFIA

1. MATE manuale e protocollo per la valutazione, l'attribuzione dei punteggi e l'utilizzo del MATE 2.1 (Gerard Schippers, Theo Broekman, Angela Buchholz - edizione italiana Giorgio Nespoli, Emanuele Bignamini)
2. The fifth edition of the addiction severity index AT McLellan et al. Journal of Substance Abuse Treatment Volume 9, Issue 3, Summer 1992, Pages 199-213
3. Diagnosi e valutazione nelle tossicodipendenze e nell'alcolismo: addiction severity index A Consoli, A Bennardo - 2001 - Centro Scientifico Editore
4. The alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST): development, reliability and feasibility - WHO Group - Addiction, 2002 - Wiley Online Library