

Presentazione della Scheda Psico-Cardiologica (SPC) e analisi dei livelli di convergenza tra screening psico-cardiologico e valutazione psicologica

Presentation of the Psycho-Cardiological Schedule and convergence levels analyses among the psycho-cardiological screening and the psychological assessment

Antonia Pierobon¹, Simona Callegari¹, Anna Giardini¹, Marina Ferrari²,
Francesca Olmetti², Daniela Corbellini², Oreste Febo², Giuseppina Majani¹

ABSTRACT: *Presentation of the Psycho-Cardiological Schedule and convergence levels analyses among the psycho-cardiological screening and the psychological assessment. A. Pierobon, S. Callegari, A. Giardini, M. Ferrari, F. Olmetti, D. Corbellini, O. Febo, G. Majani.*

In Cardiovascular Rehabilitation the increasing inpatients complexity suggests the necessity to develop screening methods which allow to identify those patients that require a psychological intervention.

Material and methods: A Psycho-Cardiological Schedule (PCS) was developed with the aim of detecting the critical situation indicators or the presence of psychological, social and cognitive problems. The PCS, compiled by a nurse or cardiologist in collaboration with a psychologist, allows to assess the need for a deeper psychological examination, clinical and/or with tests. Aim of the present study is to identify the convergence levels among the observational and anamnestic data of the PCS collected by a nurse and the clinical and/or test data of the psychological deeper assessment.

Results: Among the 87 patients recruited in January-February 2010, 28 (aged 53.5±12.6, M=20, F=8) fulfilled the criteria for a deeper psychological examination: age ≤50, manifestation of psychological/behavioural problems, neu-

ropsychological disorders, low adherence to prescriptions, inadequate disease knowledge/representation. From data comparisons emerged convergence levels with 100% concordance as to smoke habits and problems in social-family support. High convergence levels also resulted as to emotional and/or behavioural problems (92.8%) and inadequate adherence to prescriptions (89.3%). Lower levels of concordance (82.1%) emerged when considering disease knowledge/representation, issues specifically linked to cognition and subjective illness experience, not directly detectable from behaviour.

Conclusions: our data confirm the synergic efficacy of the two evaluations: the Psycho-Cardiological Schedule reliably identifies the problematic macro-categories, mainly if they are characterized by behavioural indicators, which facilitate the detection. The psychological approach appears more suitable for better specifying macro-categories characteristics and for detecting critical aspects not overt but not less important, providing therefore advice for a therapeutic psychological management.

Keywords: *Cardiovascular Rehabilitation, screening, psychological management.*

Monaldi Arch Chest Dis 2012; 78: 89-96.

Fondazione Salvatore Maugeri - IRCCS, Istituto Scientifico di Montescano (PV)

¹ Servizio di Psicologia.

² Divisione di Cardiologia.

Corresponding author: Dr.ssa Antonia Pierobon; Servizio di Psicologia, Fondazione Salvatore Maugeri, IRCCS, Istituto Scientifico di Montescano, 27040 Montescano (PV) - E-mail address: e-mail: antonia.pierobon@fsm.it; Tel. +39 385 247255; Fax. +39 385 61386

Introduzione

La sempre più frequente affluenza ai reparti di cardiologia riabilitativa di pazienti complessi, anziani e con comorbidità di natura psichiatrica e problematicità psicologica suggerisce la necessità di affinare i modelli di screening dei casi che richiedono una presa in carico da parte dei servizi di psicologia. A questa esigenza fa riscontro la crescente competenza infermieristica nell'ambito della individuazione e gestione dei bisogni assistenziali del paziente.

Come recita l'articolo 1 della cosiddetta legge Osicini del 1989 sull'ordinamento della professione di psicologo: "La professione di psicologo comprende l'uso degli strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico rivolte alla persona, al gruppo, agli organismi sociali e alle comunità. Comprende altresì le attività di sperimentazione, ricerca e didattica in tale ambito." (www.psy.it).

Da parte sua, "L'infermiere collabora con i colleghi e gli altri operatori di cui riconosce e valorizza

lo specifico apporto all'interno dell'équipe. (Codice Deontologico degli Infermieri, capo V, articolo 41; www.ipasvi.it).

La sinergia tra queste due professionalità può pertanto configurarsi oggi come una risposta valida e funzionale alle esigenze della cardiologia riabilitativa, per sua natura multidisciplinare i cui "obiettivi nel breve termine sono:

- a) la stabilità clinica;
- b) la limitazione delle conseguenze fisiologiche e psicologiche della malattia cardiovascolare;
- c) il miglioramento globale della capacità funzionale e del grado di autonomia, di indipendenza e di qualità della vita."

Mentre "gli obiettivi nel medio e lungo termine sono la riduzione del rischio di successivi eventi cardiovascolari (morbilità e mortalità) e ritardare la progressione del processo aterosclerotico e della cardiopatia sottostante ed il deterioramento clinico." (www.gicr.it).

La psicologia apporta all'individuazione e all'applicazione di adeguati percorsi diagnostico-terapeutici il proprio specifico contributo mutuato dalla psicologia clinica cognitivo-comportamentale, in una declinazione che vanta ormai decenni di esperienze e acquisizioni.

Il punto di partenza di un appropriato intervento psicologico in cardiologia riabilitativa è l'individuazione precoce e puntuale di eventuali problematiche o criticità che configurino l'indicazione alla presa in carico, nel rispetto delle linee guida più aggiornate [1-3]. In questo processo, il dialogo psicologo/infermiere consente la raccolta di informazioni e osservazioni che schedate e codificate possono rivestire un utilissimo ruolo in un primo screening di base.

A questo scopo in collaborazione con la Divisione di Cardiologia Riabilitativa si è messa a punto una Scheda Psico-Cardiologica (SPC) finalizzata a rilevare indicatori di criticità o problemi psicologici, sociali e cognitivi. La scheda viene compilata da personale infermieristico o medico insieme ad uno psicologo e fornisce l'indicazione ad approfondimento clinico/testistico psicologico.

Obiettivi del presente lavoro sono: la presentazione della SPC e la verifica della sua utilità e della sua applicabilità attraverso l'analisi dei livelli di convergenza tra i dati osservazionali e/o anamnestici raccolti con la SPC dalla caposala e quelli clinici e/o testistici rilevati nei colloqui con i pazienti per i quali è emersa indicazione all'approfondimento psicologico.

Procedura

Tutti i pazienti affluenti alla Divisione di Cardiologia Riabilitativa – senza criteri di esclusione – sono stati sottoposti, entro due giorni dalla data di ricovero, a screening attraverso la compilazione della SPC da parte della caposala e da uno psicologo, sulla base di:

- dati della cartella clinica infermieristica,
- dati della cartella medica,
- dati osservazionali relativi al comportamento del paziente in reparto,
- altri dati clinici eventualmente disponibili.

La compilazione della SPC è stata attuata con cadenza bi-settimanale per tutti i pazienti ricoverati

afferenti alla Unità Operativa di Cardiologia Riabilitativa nei primi due mesi del 2010. I pazienti presentavano anamnesi cardiologica prossima caratterizzata da un evento acuto (IMA, rivascolarizzazione miocardica, intervento cardiocirurgico e EPA) o da instabilizzazione di patologia cronica e sono stati avviati a progetto riabilitativo secondo le Linee Guida della riabilitazione cardiologica [2, 4]. I pazienti sottoposti allo screening sono stati divisi in due gruppi in base al fatto che rispondessero ai criteri di selezione per l'approfondimento psicologico (SPC-SI) oppure no (SPC-NO).

I pazienti che rispondevano ai criteri di approfondimento psicologico hanno effettuato la valutazione psicologica e/o testistica prevista e il relativo intervento psicologico.

Strumenti

La Scheda Psico-Cardiologica (SPC)

La SPC (Appendice A) è strutturata in quattro parti di seguito descritte. Le prime tre richiedono la compilazione di dati: socio anagrafici, clinico anamnestici, psicologico-sociali e relativi alla conoscenza/gestione della malattia. La quarta rileva l'indicazione all'approfondimento clinico.

I dati socio-anagrafici riguardano lo stato civile, l'attività lavorativa, il titolo di studio, la persona con cui vive il paziente e la persona di riferimento per la cura.

Le informazioni clinico anamnestiche desunte dalla cartella clinica computerizzata (infermieristica e medica) sono relative a: medico di reparto di riferimento per la cura, precedenti ricoveri presso l'Istituto, diagnosi ed eziologia della cardiopatia, anamnesi relativa ai fattori di rischio e presenza di abitudine al fumo, comorbilità, durata della malattia – espressa in giorni, mesi o anni dall'esordio –, peso e altezza. È stato inoltre previsto uno spazio dedicato ad eventuali note o osservazioni/precisazioni riguardanti il quadro clinico.

La terza parte riguarda tre ambiti:

- il primo rileva la presenza di eventuali problemi sociali, intesi come assenza o carenza di supporto, problemi economici e precedente segnalazione ai Servizi Sociali del territorio. Il dato relativo all'allettamento del paziente è stato qui riportato come possibile aggravante di eventuali problematiche già presenti;
- nel secondo ambito si segnalano: l'eventuale manifestazione in reparto di problematiche psicologiche/psichiatriche a livello comportamentale (depressione, ansia, gravi disturbi del sonno, dipendenze, ecc), problemi psicologici/psichiatrici attualmente in trattamento presso i Servizi Territoriali, trattamento psicofarmacologico in corso e problemi psicologici/psichiatrici presenti in anamnesi;
- il terzo ambito mette in evidenza indici relativi a: conoscenza/consapevolezza che il paziente ha del proprio stato di salute, disturbi neuropsicologici ecologicamente osservati (quali disorientamento e/o disturbi di memoria o riportati dai familiari al personale infermieristico) e aderenza alle prescrizioni cliniche e/o minimizzazione dei sintomi cardiaci.

L'indicazione ad approfondimento clinico/testistico psicologico, da effettuarsi a seconda delle condizioni cliniche del paziente in camera o presso il Servizio di Psicologia, viene deciso congiuntamente in base ai seguenti criteri di selezione evidenziati in grigio sulla Scheda: età (≤ 50 anni), assenza o carenza di supporto socio-familiare, fumo attuale, presenza di almeno una manifestazione psicologica/psichiatrica attuale, inadeguata consapevolezza di malattia, disturbi neuropsicologici e scarsa aderenza alle prescrizioni.

Le problematiche psicologiche/psichiatriche e la presenza di fattori di rischio, entrambe rilevate in anamnesi, non costituiscono di per sé una specifica indicazione all'approfondimento psicologico, se non nel caso in cui abbiano una ricaduta clinicamente rilevante sullo stato di salute attuale [3]. Il criterio relativo all'età (arbitrariamente deciso) risponde all'esigenza clinica di valutare l'impatto della malattia in una fase del ciclo di vita ancora pienamente attiva sotto diversi punti di vista (personale, familiare, lavorativo) e quindi implicante un processo di adattamento psicologico complesso [5, 6].

I criteri di selezione sono stati decisi in base a evidenze scientifiche derivanti dalla letteratura [7, 8] e al rilievo clinico psicologico di alcune aree di percezione/gestione della malattia [1, 9].

Approfondimento psicologico clinico e/o testistico

L'approfondimento psicologico può essere solo clinico o clinico e testistico.

Le aree indagate nell'approfondimento clinico, derivanti dalla letteratura [1, 9] e dall'esperienza clinica sono qui di seguito elencate in modo schematico:

- Aspetti emotivi e comportamentali (depressione, ansia, dipendenze etc.)
- Conoscenza, rappresentazione, elaborazione e consapevolezza di malattia
- Fattori di rischio comportamentali (ad es. fumo) o a componente comportamentale (es. dislipidemia)
- Qualità di vita connessa alla salute
- Presenza di deficit cognitivi individuabili a livello qualitativo
- Aderenza alle prescrizioni mediche farmacologiche e comportamentali
- Risorse (interne ed esterne) presenti nella gestione della malattia
- Motivazione al cambiamento di aspetti dello stile di vita non funzionali allo stato di salute
- Supporto socio familiare percepito.

Sulla base di questi dati lo psicologo decide se effettuare un eventuale approfondimento testistico relativamente agli aspetti problematici evidenziati e/o di programmare un trattamento psicologico specifico [10-12]. Nei casi in cui se ne evidenzia la necessità vengono programmati counselling familiare e, in accordo con il medico di reparto, eventuale consulenza psichiatrica.

Analisi statistica dei dati

I pazienti sono stati divisi sulla base della presenza (SPC-SI) o non presenza (SPC-NO) dei criteri di selezione per l'approfondimento psicologico. Sui dati socio-anagrafici e clinici emersi dalla Scheda è stata effettuata un'analisi descrittiva.

Nel **gruppo di pazienti SPC-SI**, sono stati analizzati i livelli di convergenza tra i dati emersi dalla

compilazione della Scheda e quelli relativi alle aree di approfondimento psicologico, derivati dall'analisi qualitativa del contenuto del referto. Le aree problematiche su cui è stata condotta l'analisi dei livelli di convergenza sono: *aspetti emotivi e comportamentali, consapevolezza di malattia, aderenza, funzionamento cognitivo, fumo attuale e supporto familiare*.

Inoltre sulla base della convergenza/divergenza relativa alla presenza/assenza del problema tra quanto emerso alla SPC e all'approfondimento psicologico (AP), i dati sono stati così suddivisi: casi positivi (convergenza sulla presenza del problema, SI alla SPC e SI all'AP), casi negativi (convergenza sull'assenza del problema NO alla SPC e NO all'AP), casi falsi negativi (divergenza sulla presenza del problema, NO alla SPC e SI all'AP) e casi falsi positivi (divergenza sulla presenza del problema, SI alla SPC e NO all'AP) [13].

Risultati

Dal 01 gennaio al 28 febbraio 2010 sono state compilate le Schede Psico-Cardiologiche relative a 87 pazienti. Le caratteristiche socio-anagrafiche e clinico mediche del campione esaminato sono riportate in Tabella 1. I pazienti sono stati divisi in due gruppi: SPC-SI e SPC-NO.

Il gruppo SPC-SI è costituito da 28 pazienti (età 53.5 ± 12.6 , M=20, F=8) che risultano positivi a uno o a più criteri per l'approfondimento psicologico: età ≤ 50 (39.3%), presenza di problemi emotivi e/o comportamentali (35.8%), inadeguata consapevolezza di malattia (14.4%), aderenza problematica alle prescrizioni (17.9%), disturbi neuropsicologici (3.6%), abitudine al fumo (28.6%) e problematico supporto socio familiare (10.7%). Per quanto riguarda la presenza di problemi emotivi e/o comportamentali lo screening ci permette di dettagliare le diverse manifestazioni psicologiche/psichiatriche (Appendice A): depressione (35.7%), ansia (25%), trattamento psicofarmacologico in atto (21.4%) e presenza di problemi psicologici/psichiatrici in anamnesi (25%).

Il gruppo SPC-NO si compone di 59 pazienti (età 68.3 ± 8 , M=49, F=10) non rispondenti positivamente e/o in modo clinicamente rilevante ai criteri per l'approfondimento psicologico.

Nell'ambito dei **28 pazienti SPC-SI**, i livelli di convergenza/divergenza tra i dati della Scheda e quelli dell'analisi qualitativa dei colloqui circa la presenza/assenza del problema sono riportati in Figura 1. Dall'analisi dei dati si evidenziano livelli di convergenza totali nel rilevare il mantenimento dell'abitudine al fumo (100%: 71.4% di concordanza negativa e 28.6% di concordanza positiva), e nell'evidenziare *problematiche relative al supporto socio-familiare* (100%: 80.3% di concordanza sull'assenza di problemi in questo ambito e 10.7% di concordanza rispetto alla presenza). Molto alti risultano inoltre i livelli di convergenza tra le valutazioni nel rilevare *aspetti emotivi e/o comportamentali problematici* (92.8%: 46.4% sia di concordanza nell'assenza che nella presenza di problemi); nel 7.2% dei casi nella SPC non venivano segnalati problemi ma nel corso del colloquio se ne è evidenziata la presenza.

Per quanto riguarda i *problemi di aderenza alle prescrizioni* i livelli di corrispondenza permangono

Tabella 1. - Caratteristiche socio-anagrafiche e clinico mediche del campione

Caratteristiche	SPC-SI n=28	SPC-NO n=59
	M(DS)	M(DS)
Età	53.5±12.6	68.3±8.0
Anni di malattia	7.7 ± 5.5	9±7.9
BMI	27.4±6.9	26.7±3.7
	n (%)	n (%)
Stato civile (coniugato)	15 (53.6)	48 (81.4)
Attività lavorativa (sì)	12 (42.8)	4 (6.8)
Nucleo familiare (vive solo)	9 (32.1)	7 (11.9)
Problemi sociali (sì)	3 (10.7)	1 (1.7)
Attuale abitudine al fumo	8 (28.6)	12 (20.3)
Anamnesi clinica cardiologica e/o evento indice		
IMA recente o pregresso	12 (42.9)	26 (44.1)
Angioplastica coronarica	13 (46.4)	19 (32.2)
Rivascolarizzazione miocardica chirurgica	1 (3.6)	15 (25.4)
Sostituzione valvolare	1 (3.6)	12 (20.3)
AACP	–	2 (3.4)
Trapianto cardiaco	9 (32.1)	9 (15.3)
Scompenso Cardiaco Cronico	8 (28.6)	14 (23.7)
Fattori di rischio in anamnesi		
Fumo	18 (64.3)	30 (50.8)
Dislipidemia	12 (42.9)	35 (59.3)
Iperensione arteriosa	17 (60.7)	34 (57.6)
Diabete	10 (35.7)	11 (18.6)
Sovrappeso	10 (35.7)	16 (27.1)
Potus	1 (3.6)	2 (3.4)
Familiarità	11 (39.3)	18 (30.5)

elevati (89.3% di cui 50% di concordanza negativa e il 39.3% di concordanza positiva) ma in due pazienti si è rilevato il problema soltanto in sede di colloquio e in un caso il problema rilevato alla SPC non ha trovato conferma nel corso dell'approfondimento. Relativamente alla presenza di *disturbi neuropsicologici* il livello di convergenza sull'assenza del problema è di 89.3%, tuttavia in due pazienti i problemi segnalati alla SPC non hanno trovato conferma alla valutazione neuropsicologica testistica e in un caso, pur in assenza di segnalazione si sono rilevate problematiche nell'approfondimento testistico deciso in sede di colloquio.

Livelli lievemente più bassi di concordanza si sono ottenuti nel prendere in considerazione *problematicità relative a consapevolezza/elaborazione cognitiva di malattia* (82.1% di concordanza di cui rispettivamente 71.4% negativa e 10.7% positiva); in tre pazienti l'elaborazione cognitiva di malattia non è apparsa adeguata in sede di colloquio e in due casi, benché segnalata alla SPC come problema, non è stata confermata al colloquio.

Discussione

I dati confermano l'efficacia sinergica dei due momenti valutativi: la SPC individua in modo attendibile le macro-categorie delle problematiche e l'approfondimento psicologico ne dettaglia maggiormente le caratteristiche, favorendo l'offerta di valutazioni testistiche mirate e interventi terapeutici psicologici specialistici.

I criteri di selezione per l'approfondimento psicologico hanno determinato la formazione di due gruppi con caratteristiche socio-anagrafiche diverse (Tabella 1), su cui è possibile fare alcune considerazioni. Nel campione SPC-SI la cui età media risulta di 53.5 anni, rispetto al gruppo SPC-NO la cui media è 68.3 anni, il 42.8% dei pazienti risulta ancora in attività lavorativa rispetto al 6.8% del campione SPC-NO. In questi pazienti si è potuto quindi intervenire sull'adattamento psicologico alle limitazioni com-

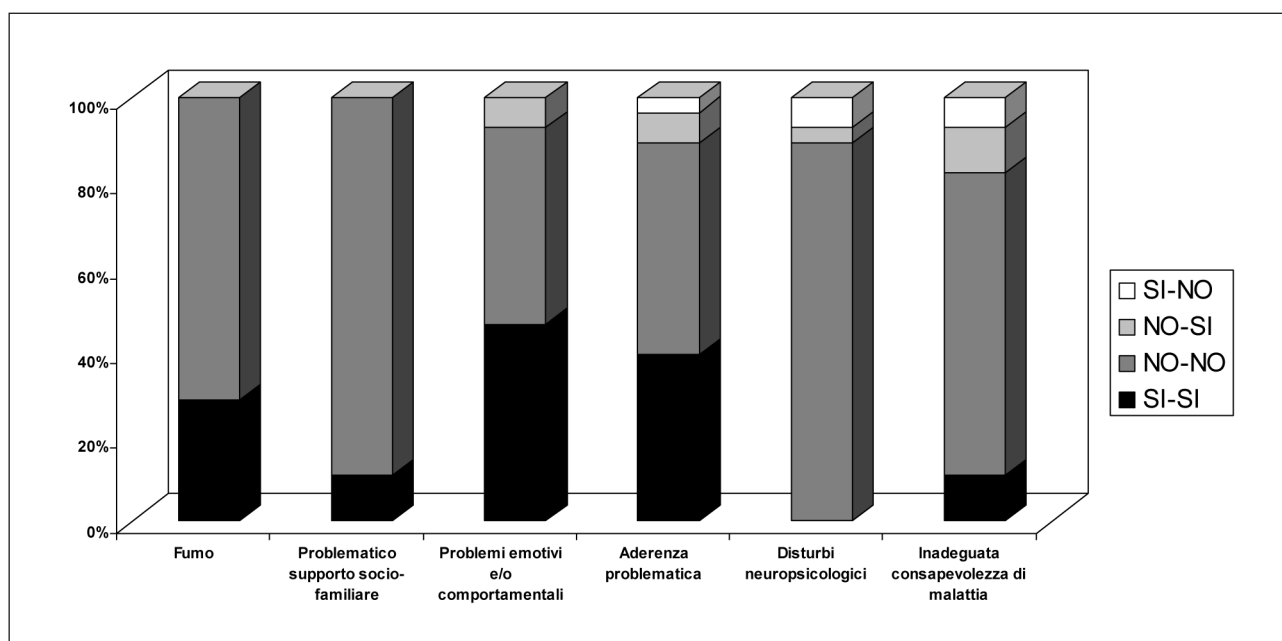


Figura 1. - Livelli di convergenza/divergenza circa la presenza/assenza del problema tra quanto emerso alla SPC e all'Approfondimento Psicologico (AP) nel gruppo SPC-SI (n=28).

portamentali legate alla malattia, funzionali anche alla ripresa delle proprie mansioni lavorative. Questo ci permette di confermare la bontà della scelta dell'età, al di sotto dei cinquant'anni, come uno dei criteri di selezione. Un altro dato degno di nota è quello relativo al 32.1% dei pazienti del gruppo SI che vive da solo contro l'11.9% del gruppo NO. Questo risultato, pur non costituendo criterio di selezione, ha permesso di individuare una criticità su cui si è potuto offrire supporto psicologico e attivare, nel caso di necessità, i servizi territoriali di competenza.

Per quanto riguarda il permanere dell'abitudine al fumo, il 20.3% dei pazienti appartenenti al gruppo non selezionato per l'approfondimento psicologico risultano tuttora fumatori; tuttavia non si è ritenuto opportuno intervenire su questo aspetto in quanto in fase di screening il problema non è risultato clinicamente rilevante data l'esiguità del numero di sigarette fumate e/o la scarsa motivazione al cambiamento in pazienti anziani. Nel gruppo SPC-SI l'abitudine al fumo (presente nel 28.6% dei casi) è stata sempre oggetto di intervento: motivazione al cambiamento e/o riduzione programmata del numero di sigarette fumate e/o analisi del significato e mantenimento della disassuefazione dal fumo [14]. Va inoltre segnalato che a prescindere dall'esito delle procedure di screening, tutti i pazienti sono coinvolti nell'offerta di un intervento educativo da parte del personale infermieristico.

Relativamente agli aspetti emotivi e comportamentali sono possibili ulteriori riflessioni sui dati raccolti nel gruppo di pazienti su cui si è intervenuti a livello psicologico. Le manifestazioni di tipo depressivo o ansioso non si discostano da quelle presenti in letteratura [3, 15], mentre è risultato utile in sede di colloquio avere a disposizione informazioni, altrimenti riservate alla cartella clinica medica o infermieristica, relative alla presenza di problemi psichiatrici in anamnesi e dettagli specifici sulla terapia psicofarmacologica in atto.

Rispetto ai risultati dei dati di convergenza (Figura 1), più le informazioni da raccogliere risultano oggettivamente rilevabili, come il fumo e la presenza di supporto socio familiare, più i livelli di convergenza tra le due fonti risultano alti. Per gli aspetti psicologici dove la componente emotiva o cognitiva di elaborazione della malattia si fa più presente, pur rimanendo buoni i livelli di convergenza, aumentano i casi di falsi negativi ad evidenziare la necessità di una valutazione più specialistica per chiarire aspetti quali l'aderenza alle prescrizioni, la consapevolezza di malattia o maggiormente l'impatto di questa sull'assetto emotivo della persona [16-19]. I casi di falsi positivi trovati nei livelli di convergenza relativi ai disturbi neuropsicologici, per quanto in misura decisamente ridotta, ci permettono di affermare che la valutazione testistica specifica aiuta ad oggettivare e dettagliare o, come in questi casi, disconfermare la presenza di un problema che ecologicamente appariva evidente.

Alcuni aspetti critici di questo lavoro sono comunque evidenti: non sono disponibili i dati relativi al colloquio clinico dei pazienti del gruppo SPC-NO. I livelli di convergenza raccolti in questi casi, dove non ci sarebbe indicazione all'approfondimento psicologico, permetterebbero di fornire ulteriori informazioni circa l'affidabilità della Scheda. A questo proposito, è in programmazione presso il

Servizio di Psicologia e la Divisione di Cardiologia Riabilitativa lo screening attraverso la SPC completato da colloqui di accoglienza sia sui casi in cui risulti l'indicazione all'approfondimento psicologico che sui casi in cui questa indicazione non sia presente. La Scheda SPC risulta inoltre fortemente condizionata dal giudizio di chi la compila, dato critico ma insito nella scheda e gestibile solo attraverso professionalità ed esperienza clinica.

Applicazione clinica e organizzativa

Da un punto di vista strettamente operativo, la SPC permette una tempestiva segnalazione al Servizio di Psicologia estendendo ad altre figure dell'equipe multidisciplinare (in questo caso alla caposala) il compito di segnalare precocemente la necessità di consulenza psicologica, contribuendo così all'ottimizzazione della tempistica del modello assistenziale.

Lo screening ha reso infatti possibile l'offerta immediata di valutazioni testistiche neuropsicologiche (10.7%) e un colloquio psicologico specifico già durante il primo contatto, così come la programmazione di interventi più strutturati con due o tre colloqui psicoterapeutici (rispettivamente nel 20.7% e nel 6.9% dei casi).

Tutta l'attività psicologica diagnostico-terapeutica viene documentata nei referti (il primo relativo allo screening con la SPC, i seguenti relativi agli interventi specifici psicologici) che vengono inviati al medico di reparto e archiviati presso il Servizio di Psicologia in forma cartacea.

Oltre a ricevere i referti psicologici, il medico di reparto viene contattato dallo psicologo che ha in carico il paziente per una condivisione degli esiti delle valutazioni, dell'avanzamento del percorso clinico riabilitativo in generale e di eventuali scelte relative al coinvolgimento di altre figure (psichiatra, assistente sociale, etc).

Inoltre, come già detto a proposito del fumo, su tutti i pazienti sono previsti interventi educazionali erogati a diversi livelli di strutturazione da parte di tutte le figure professionali che partecipano al progetto riabilitativo: personale infermieristico, fisioterapisti, dietiste, oltre al cardiologo cui compete il coordinamento delle attività riabilitative svolte.

Conclusioni

Nell'esperienza degli autori, l'applicazione della SPC è stata possibile per la già consolidata abitudine alla condivisione in tempo reale della gestione del paziente nel rispetto deontologico e funzionale dei diversi ruoli professionali, ma ha in un circolo virtuoso favorito un'ulteriore crescita della consapevolezza della complementarietà delle differenti figure coinvolte. L'analisi dei dati ha inoltre confermato la regola basilare della collaborazione, che fa riferimento ad una chiara divisione dei compiti, per evitare sia sovrapposizioni che vuoti: presupposto di una buona operatività, fondamentale sempre, e in misura maggiore in un'epoca di ottimizzazione delle risorse e di crescente complessità dell'utenza.

Pur con i limiti già segnalati, il presente lavoro ci sembra fornisca un esempio di come l'interdisciplinarietà permetta di valorizzare la specificità di

ogni ruolo professionale, e di quanto questo modello sia in grado di onorare le finalità stesse della cardiologia riabilitativa, che richiedono di individuare e gestire su più fronti e in un'ottica longitudinale la complessità clinica e psicologica dei pazienti cardiopatici post-acuti e cronici.

Note relative alla somministrazione della SPC

- 1) Recentemente, sulla base del progressivo invecchiamento della popolazione affluente al reparto considerato, si è alzata a 55 l'età di cut-off come criterio autonomo per l'approfondimento psicologico.
- 2) In considerazione della rilevante influenza del livello di professionalità e dell'esperienza del somministratore della SPC sui risultati che fornisce, gli autori raccomandano che la sua compilazione sia curata da un operatore esperto, individuabile solitamente nella figura del caposala o del cardiologo.

Riassunto

Razionale: La sempre maggiore complessità dei pazienti afferenti ai reparti di Cardiologia Riabilitativa suggerisce la necessità di modelli di screening che permettano di individuare i casi che richiedono una presa dal punto di vista psicologico.

Materiali e metodi: In collaborazione con la Divisione di Cardiologia Riabilitativa si è messa a punto una Scheda Psico-Cardiologica (SPC) finalizzata a rilevare indicatori di criticità o problemi psicologici, sociali e cognitivi. La scheda, compilata da personale infermieristico o medico insieme ad uno psicologo, consente di valutare l'indicazione ad approfondimento clinico/testistico psicologico. Scopo del presente lavoro è quello di individuare i livelli di convergenza tra i dati osservazionali e anamnestici della scheda psico-cardiologica raccolti dalla caposala e quelli clinici e/o testistici dell'assessment psicologico di approfondimento.

Risultati: 28 pazienti (età 53.5 ± 12.6 , $M=20$, $F=8$) tra gli 87 reclutati nei mesi di gennaio-febbraio 2010, soddisfacevano i criteri di approfondimento psicologico: età ≤ 50 , manifestazioni psicologiche/comportamentali problematiche, disturbi neuropsicologici, scarsa aderenza alle prescrizioni, inadeguata consapevolezza/elaborazione di malattia. Dal confronto emergono livelli di convergenza che indicano una concordanza totale (100%) nel rilevare il mantenimento dell'abitudine al fumo e nell'evidenziare problematiche relative al supporto socio-familiare. Sono risultati molto elevati anche i livelli di convergenza tra le rilevazioni di aspetti emotivi e/o comportamentali problematici (92.8%) e i problemi di aderenza alle prescrizioni (89.3%). I livelli di concordanza scendono all'82.1% nel prendere in considerazione problematicità più specificatamente psicologiche relative a consapevolezza/elaborazione cognitiva di malattia.

Conclusioni: i dati confermano l'efficacia sinergica dei due momenti valutativi: la Scheda Psico-Cardiologica individua in modo attendibile le macro-categorie delle problematicità, soprattutto se queste sono caratterizzate da indicatori comportamentali che ne facilitano l'individuazione; l'approccio psicologico appare invece molto più indicato nel

dettagliarne le caratteristiche e rileva criticità meno osservabili ma non meno importanti, fornendo indicazione alla gestione terapeutica specialistica.

Parole chiave: Cardiovascular Rehabilitation, screening, psychological management.

Bibliografia

1. Sommaruga M, Tramarin R, Angelino E, et al; Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva. Guidelines on psychological intervention in cardiac rehabilitation-methodological process. *Monaldi Arch Chest Dis* 2003; 60: 40-44.
2. Linee Guida di Cardiologia Riabilitativa e Prevenzione Secondaria delle Malattie Cardiovascolari [Dic.2005]. <http://www.snlg-iss.it/PNLG/LG/016/016.pdf>
3. Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: full text. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2007;14 Suppl 2:S1-113.
4. Greco C, Cacciatore G, Gulizia M, et al. Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri; Italian Association for Cardiovascular Prevention, Rehabilitation and Epidemiology; Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa. [Selection criteria for patient admission to cardiac rehabilitation centers]. *G Ital Cardiol* 2011; 12: 219-229.
5. Lundman B, Jansson L. The meaning of living with a long-term disease. To revalue and be evaluated. *J Clin Nurs* 2007; 16: 109-115.
6. Stanton A, Revenson T, Tennen H. Health psychology: psychological adjustment to chronic disease. *Annual Review of Psychology* 2007; 58: 565-592.
7. Lichtman JH, Bigger JT Jr, Blumenthal JA, et al. Depression and coronary heart disease: recommendations for screening, referral, and treatment: a science advisory from the American Heart Association Prevention Committee of the Council on Cardiovascular Nursing, Council on Clinical Cardiology, Council on Epidemiology and Prevention, and Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research: endorsed by the American Psychiatric Association. *Circulation* 2008; 118: 1768-1775.
8. Aalto AM, Aro AR, Weinman J, Heijmans M, Manderbacka K, Elovainio M. Sociodemographic, disease status, and illness perceptions predictors of global self-ratings of health and quality of life among those with coronary heart disease-one year follow-up study. *Qual Life Res* 2006; 15: 1307-1322.
9. Delle Fave A, Bassi M. Psicologia e Salute. Novara: De Agostini Scuola, 2007
10. Dekker RL. Cognitive behavioral therapy for depression in patients with heart failure: a critical review. *Nurs Clin North Am* 2008; 43: 155-170.
11. Pierobon A, Giardini A, Callegari S, Majani G. Psychological adjustment to a chronic illness: the contribution from cognitive behavioural treatment in a rehabilitation setting. *G Ital Med Lav Ergon* 2011; 33(Suppl A): A11-18.
12. Majani G. Positive psychology in psychological interventions in rehabilitation medicine. *G Ital Med Lav Ergon* 2011; 33(1 Suppl A): A64-68.
13. Wilson JM, Jungner YG. Principles and practice of screening for disease. Geneva, WHO, 1968.
14. Critchley JA, Capewell S. Smoking cessation for the secondary prevention of coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2012, 15; 2:CD003041. Review.
15. Ketterer MW, Knysz W. Screening, diagnosis & monitoring of depression/distress in CHF patients. *Heart Fail Rev* 2009; 14: 1-5.

16. Le Grande MR, Elliott PC, Worcester MU, *et al.* Identifying illness perception schemata and their association with depression and quality of life in cardiac patients. *Psychol Health Med* 2012. [Epub ahead of print]
17. Pierobon A, Giardini A, Majani G, *et al.* Into the cognitive constructs related to adherence to treatment in CHD outpatients: the importance of accepting the disease limitations. *Monaldi Arch Chest Dis* 2009; 72: 130-138.
18. Majani G, Pierobon A, Giardini A, Callegari S. Valutare e favorire l'aderenza alle prescrizioni in riabilitazione cardiologica e pneumologica. Pavia: Pime, 2007.
19. Schweitzer RD, Head K, Dwyer JW. Psychological factors and treatment adherence behavior in patients with chronic heart failure. *J Cardiovasc Nurs* 2007; 22: 76-83.



FONDAZIONE SALVATORE MAUGERI
CLINICA DEL LAVORO E DELLA RIABILITAZIONE
I.R.C.C.S.

Sede legale e amministrativa:
Via Salvatore Maugeri 4, 27100 Pavia Italy
Tel. 0382 592504 Fax 0382 592576
www.fsm.it
C.F.e P.IVA 00305700189
Registro Persone Giuridiche Private
Della Regione Lombardia n. 432

Istituto Scientifico di Montescano

SERVIZIO DI PSICOLOGIA
Responsabile dott.ssa Giuseppina Majani

Via per Montescano
27040 Montescano (PV)
Tel 0385 247257
Fax 0385 61386

SCHEDA PSICO-CARDIOLOGICA (SPC)

Cognome Nome Sesso Età <55

Data di compilazione Data di ricovero Operatori

A CURA DELL'OPERATORE IN REPARTO

Stato civile: 1. libero 2. coniugato-convivente 3. vedovo	4. separato 5. divorziato	Attività lavorativa: 1. artigiano/commerciante 2. casalinga 3. disoccupato 4. dirigente 5. impiegato 6. imprenditore	7. insegnante 8. libero professionista 9. operaio 10. altro 11. invalido 12. pensionato
Titolo di studio: 1. nessuno 2. lic elementare 3. lic scuola media inf		4. diploma scuola media sup 5. diploma universitario 6. Laurea	
Con chi vive:	1. solo 2. con coniuge-convivente 3. con figli 4. con coniuge e figli 5. con parenti (non coniuge o figli) 6. con altre persone (no familiari)	persona di riferimento per la cura: 1. coniuge 2. figlio-figlia 3. genitori 4. altro familiare 5. badante 6. altra persona non di fam 7. nessuno	

A CURA DELL'OPERATORE IN REPARTO

Ha avuto precedenti ricoveri nel nostro Istituto? 1. sì 2. no	Medico di reparto:	
Tipo di cardiopatia ischemica-valvolare Barrare anche più di una risposta 1. IMA recente o pregresso 2. Angioplastica coronarica 3. Rivascolarizzazione 4. Sostituzione valvolare 5. AOCF 6. Angina 7. Trapianto cardiaco (anno.....) 8. Scompenso Cardiaco Cronico	Anamnesi fattori di rischio: Barrare anche più di una risposta 1. fumo 2. dislipidemia 3. ipertensione arteriosa 4. diabete 5. sovrappeso 6. potus 7. familiarità	
Durata malattia: N..... (anni, mesi o gg dall'esordio)	peso: (Kg)..... altezza: (cm).....	Fumo attuale: 1. sì 2. no
Note:		



FONDAZIONE SALVATORE MAUGERI
CLINICA DEL LAVORO E DELLA RIABILITAZIONE
I.R.C.C.S.

Sede legale e amministrativa:
Via Salvatore Maugeri 4, 27100 Pavia Italy
Tel. 0382 592504 Fax 0382 592576
www.fsm.it
C.F.e P.IVA 00305700189
Registro Persone Giuridiche Private
Della Regione Lombardia n. 432

Istituto Scientifico di Montescano

SERVIZIO DI PSICOLOGIA
Responsabile dott.ssa Giuseppina Majani

Via per Montescano
27040 Montescano (PV)
Tel 0385 247257
Fax 0385 61386

SCHEDA PSICO-CARDIOLOGICA (SPC)

A CURA DELL'OPERATORE e DELLO PSICOLOGO	
Problemi sociali: 1. sì 2. no 1. assenza di supporto 2. carenza di supporto 3. problemi economici	Presente segnalazione servizi sociali: 1. sì Pz. allettato: 1. sì
Manifestazioni psicologiche/psichiatriche: 1. depressione 2. ansia 3. problemi comportamentali-psichiatrici 4. gravi disturbi del sonno 5. dipendenze 6. altro.....	
Probl. psicologici/psichiatrici presenti in anamnesi: 1. sì 2. no	
Probl. psicologici/psichiatrici attualmente in trattamento presso servizi territoriali: 1. sì 2. no	
Tattamento psicofarmacologico in corso: 1. sì 2. no	
Consapevolezza di malattia "Il paziente è a conoscenza di quello che gli è successo"? IMA, By pass, etc.": 1. sì 2. no	Disturbi neuropsicologici "Il paziente presenta disorientamento, disturbi di memoria, etc.": 1. sì 2. no
Non aderenza "il paziente mostra segni di intolleranza/minimizzazione rispetto alle prescrizioni?" 1. sì 2. no	
Se sì, specificare: <input type="checkbox"/> farmacologica <input type="checkbox"/> fumo <input type="checkbox"/> alimentazione <input type="checkbox"/> sedentarietà <input type="checkbox"/> altro.....	

Approfondimento clinico (counseling in camera) : 1. sì 2. no

Colloquio clinico di approfondimento: 1. sì 2. no

Rifiuto: 1. sì 2. no (se risposta sì, referto di rifiuto)

Le risposte in grigio sono indicative di necessità di approfondimento psicologico clinico/testistico