

Linee guida per le attività di psicologia in cardiologia riabilitativa e preventiva

Guidelines for psychology activities in cardiac rehabilitation and prevention

Task Force per le Attività di Psicologia in Cardiologia Riabilitativa e Preventiva, Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva (GICR)*

*Task Force for Psychology Activities in Cardiac Rehabilitation and Prevention Italian Working Group on Cardiac Rehabilitation and Prevention (GICR)**

Gruppo di Lavoro (Core Writing Group):

Marinella Sommaruga, Roberto Tramarin (*Coordinatori - Chairpersons*), Elisabetta Angelino, Ornella Bettinardi, Maria Antonella Cauteruccio, Massimo Miglioretti, Marco Monti, Antonia Pierobon, Cinzia Sguazzin

Revisori (Reviewers):

Giorgio Bertolotti, Marinella Gattone, Paola Gremigni, Raffaele Griffò, Giuseppina Majani, Paolo Michielin, Giuseppe Musca, Luigi Piantoni, Dario Romano, Stefano Urbinati, Anna Maria Zotti

ABSTRACT: *Guidelines for psychology activities in cardiac rehabilitation and prevention.* Task Force for psychology activities in cardiac rehabilitation and prevention, Italian Working Group on Cardiac Rehabilitation and Prevention (GICR) - Core Writing Group: M. Sommaruga, R. Tramarin (*Chairpersons*), E. Angelino, O. Bettinardi, M.A. Cauteruccio, M. Miglioretti, M. Monti, A. Pierobon, C. Sguazzin - Reviewers: G. Bertolotti, M. Gattone, P. Gremigni, R. Griffò, G. Majani, P. Michielin, G. Musca, L. Piantoni, D. Romano, S. Urbinati, A.M. Zotti.

The purpose of these guidelines is to provide specific recommendations in regard to psychological activities in cardiac rehabilitation (CR). Based on scientific evidence and clinical experience, the present guidelines are targeted for psychologists working in the field of cardiac rehabilitation and for the core component of CR, as well as for the health care providers, insurers, policy makers and consumers.

In the introduction, the framework of Italian cardiac rehabilitation and psychology as well as the methodology used are defined, in accordance with the recommendations of the National Guidelines Programme of the Italian Health Ministry.

The first section illustrates the educational training and structural requirements necessary for psychologists intending to work in cardiac rehabilitation, and provides a summary of the principal models of organization.

Section two describes the sequence of psychological activities based on the different phases of the process of care. The chapters devoted to *selection* and *admission* of cardiac patients define the clinical conditions for which patients should be referred to the psychologist and describe the models for the

first "patient-psychologist" contact. The chapter dedicated to *evaluation*, which aims to identify the care needs of the patient, describes the instruments available to the psychologist (interview, screening tests, clinical assessment tests, quality-of-life tests) and the areas of investigation in cardiac diseases patients. The chapter on *intervention* analyses the different tools including educational interventions, counselling, stress management and psychotherapy evidenced by the literature and common to the different cardiac pathologies. In the chapter on *follow-up*, are described tools for evaluation of patient satisfaction and for planning long-term care.

Section three describes the psychological characterization and the specificity of psychological interventions in different cardiac patients populations: patients with ischemic heart disease, patients after cardiac surgery, patients with chronic heart failure, patients after heart transplantation, patients with chronic peripheral artery disease, patients with pace-maker or implantable cardioverter defibrillator, high risk patients for cardiovascular disease, over 75 years of age and finally end-stage cardiac patients.

The last section describes the processes of programme evaluation, audit and patient feedback as the main instruments recommended for continuous improvement of quality of psychological care in cardiac rehabilitation.

The Appendices contain a flow-chart describing the course of psychological interventions, a summary of recommendations for each cardiac condition and a glossary.

Keywords: Guidelines, cardiac rehabilitation, prevention, psychology, education, communication.

Monaldi Arch Chest Dis 2003; 60: 3, 184-234.

* Le affiliazioni dei membri della Task Force e dei componenti dei Direttivi del Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva sono riportate nella introduzione al documento.

Indice

INTRODUZIONE	p. 186		
ENDORSEMENTS	p. 186		
AUTORI	p. 186		
<i>Gruppo di Lavoro</i>	p. 186		
<i>Comitato Scientifico dei Revisori</i>	p. 186		
<i>Consigli Direttivi del GICR</i>			
<i>(Anni 2000-2004)</i>	p. 186		
FINANZIAMENTI	p. 186		
RINGRAZIAMENTI	p. 186		
CONTESTO DI RIFERIMENTO CARDIOLOGICO	p. 187		
CONTESTO DI RIFERIMENTO PSICOLOGICO	p. 187		
METODO	p. 187		
DESTINATARI	p. 188		
NOTE ED ISTRUZIONI D'USO PER GLI UTILIZZATORI	p. 189		
1. REQUISITI CONOSCITIVI, FORMATIVI E ORGANIZZATIVI PER L'IMPLEMENTAZIONE DI UN INTERVENTO PSICOLOGICO IN CARDIOLOGIA RIABILITATIVA	p. 190		
1.1 CONTESTO CULTURALE ED ORGANIZZATIVO DELLA CARDIOLOGIA RIABILITATIVA	p. 190		
1.2 REQUISITI FORMATIVI E STRUTTURALI	p. 191		
1.2.1 Requisiti formativi	p. 191		
1.2.2 Requisiti strutturali	p. 191		
1.3 SINTESI DELLE PRINCIPALI TIPOLOGIE ORGANIZZATIVE	p. 191		
2. DESCRIZIONE DEL PERCORSO PSICOLOGICO	p. 192		
2.1 FASE DELLA SELEZIONE	p. 192		
2.2 FASE DELL'INGRESSO	p. 192		
2.3 FASE DELLA VALUTAZIONE	p. 192		
2.3.1 La valutazione psicologica in cardiologia riabilitativa	p. 192		
2.3.2 Il colloquio clinico	p. 194		
2.3.2.1 Il colloquio con i familiari	p. 195		
2.3.3 La valutazione psicometrica	p. 195		
2.3.3.1 Test di screening	p. 195		
2.3.3.2 Test di approfondimento clinico	p. 195		
2.3.3.3 Criteri per la scelta degli strumenti psicometrici	p. 196		
2.3.4 La restituzione e la produzione di un referto	p. 196		
2.3.5 La misurazione della Qualità di Vita connessa alla salute nei pazienti cardiopatici	p. 196		
2.4 FASE DELL'INTERVENTO	p. 198		
2.4.1 Caratterizzazione dell'intervento psicologico in cardiologia riabilitativa	p. 198		
2.4.2 Descrizione analitica degli interventi psicologici	p. 199		
2.4.2.1 Interventi educativi	p. 199		
2.4.2.1.1 Interventi di educazione alla salute informativi	p. 199		
2.4.2.1.2 Interventi di educazione alla salute terapeutici	p. 199		
2.4.2.1.3 Interventi di autogestione	p. 200		
2.4.2.2 Interventi di counselling	p. 200		
2.4.2.2.1 Interventi per favorire l'aderenza	p. 201		
2.4.2.2.2 Counselling sulla sessualità	p. 201		
2.4.2.2.3 Counselling per il reinserimento nella vita quotidiana	p. 202		
2.4.2.3 <i>Intervento di stress management</i>	p. 202		
2.4.2.3.1 Training di rilassamento	p. 202		
2.4.2.3.2 Training assertivo o delle competenze sociali	p. 202		
2.4.2.4 <i>Psicoterapia individuale e di gruppo</i>	p. 202		
2.4.2.4.1 Intervento psicoterapeutico di sostegno	p. 203		
2.4.2.5 <i>Interventi di auto-aiuto</i>	p. 203		
2.4.3 L'intervento psicologico rivolto ai familiari	p. 203		
2.4.4 Intervento per il controllo di alcuni comportamenti di rischio	p. 204		
2.4.5 Il contributo dello psicologo alle diverse professionalità	p. 204		
2.5 FASE DEL FOLLOW-UP	p. 204		
2.5.1 La produzione di un referto e la dimissione	p. 204		
2.5.2 Follow-up	p. 205		
2.5.2.1 <i>Strumenti psicometrici consigliati per il follow-up</i>	p. 205		
2.5.3 Verifica dell'efficacia dell'intervento	p. 205		
2.5.3.1 <i>Metodologia per lo sviluppo di indicatori relativi alla valutazione della qualità oggettiva</i>	p. 206		
2.5.3.2 <i>Metodologia per lo sviluppo di un processo di valutazione della qualità percepita</i>	p. 206		
2.5.3.3 <i>Metodologia per lo sviluppo di una valutazione della qualità di processo o negoziale</i>	p. 206		
3. CARATTERIZZAZIONE PSICOLOGICA E SPECIFICITÀ DI INTERVENTO NELLE DIVERSE PATOLOGIE	p. 207		
3.1 PAZIENTI CON CARDIOPATIA ISCHEMICA	p. 207		
3.2 PAZIENTI SOTTOPOSTI AD INTERVENTO CHIRURGICO DI CHIRURGIA VALVOLARE	p. 209		
3.3 PAZIENTI CON SCOMPENSO CARDIACO CRONICO	p. 209		
3.4 PAZIENTI CON TRAPIANTO DI CUORE	p. 211		
3.5 PAZIENTI CON ARTERIOPATIA CRONICA OBLITERANTE PERIFERICA	p. 212		
3.6 PAZIENTI PORTATORI DI PACE-MAKER O DEFIBRILLATORI	p. 212		
3.7 SOGGETTI AD ELEVATO PROFILO DI RISCHIO CARDIOVASCOLARE	p. 213		
3.8 PAZIENTI CARDIOPATICI ULTRASETTANTACINQUENNI	p. 213		
3.9 PAZIENTI CARDIOPATICI TERMINALI	p. 214		
4. REVISIONE, VALUTAZIONE DEL PROGRAMMA E SODDISFAZIONE DEL PAZIENTE	p. 215		
4.1 QUALITÀ	p. 215		
4.2 VALUTAZIONE DEL PROGRAMMA	p. 215		
4.3 REVISIONE (AUDIT)	p. 216		
4.4 SODDISFAZIONE DEL PAZIENTE	p. 216		
5. APPENDICI	p. 217		
5.1 DIAGRAMMA DI FLUSSO DEL PERCORSO PSICOLOGICO	p. 217		
5.2 SINTESI DELLE RACCOMANDAZIONI PER PATOLOGIA	p. 218		
5.3 SCHEMA RIASSUNTIVO: ORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITÀ E CODICE PRESTAZIONI	p. 220		
5.4 GLOSSARIO	p. 221		
Bibliografia	p. 226		

INTRODUZIONE

ENDORSEMENTS

Le presenti Linee Guida hanno ricevuto ad oggi il patrocinio ed il supporto del Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva (GICR), dell'Ordine Nazionale degli Psicologi, della Società Italiana di Psicologia della Salute (SIPSA), del Coordinamento Operativo Nazionale delle Associazioni del Cuore (CONACuore).

L'endorsement è stato richiesto inoltre alla Federazione Italiana di Cardiologia (FIC).

AUTORI

Gruppo di Lavoro:

- **Elisabetta Angelino:** Direzione Sanitaria, IRCCS Fondazione Salvatore Maugeri, Veruno (NO), Italia
- **Ornella Bettinardi:** Servizio di Psicologia, Unità Operativa Omnicomprensiva di Riabilitazione, Ospedale San Giacomo, Ponte dell'Olio (PC), Italia
- **Maria Antonella Cauteruccio:** Psicologa presso l'Unità Operativa di Medicina Interna e Cardiologia Riabilitativa, Ospedale di Mormanno (CS), Italia
- **Massimo Miglioretti:** Psicologo presso l'Unità Operativa di Riabilitazione Cardiaca, Ospedale "La Colletta" ASL 3 Genovese, Arenzano (GE), Italia
- **Marco Monti:** Psicologo presso l'Unità Operativa di Cardiologia, Ospedale Bellaria, Bologna, Italia.
- **Antonia Pierobon:** Servizio di Psicologia, IRCCS Fondazione Salvatore Maugeri, Montescano (PV), Italia
- **Cinzia Sguazzin:** Servizio di Psicologia, IRCCS Fondazione Salvatore Maugeri, Pavia, Italia
- **Marinella Sommaruga (Coordinatore):** Servizio di Psicologia, IRCCS Fondazione Salvatore Maugeri, Tradate (VA), Italia

Comitato Scientifico dei Revisori:

Psicologi:

- **Giorgio Bertolotti:** Servizio di Psicologia, IRCCS Fondazione Salvatore Maugeri, Tradate (VA), Italia
- **Paola Gremigni:** Facoltà di Psicologia, Università degli Studi di Bologna, Cesena, Italia
- **Giuseppina Majani:** Servizio di Psicologia, IRCCS Fondazione Salvatore Maugeri, Montescano (PV), Italia
- **Paolo Michielin:** Dipartimento di Salute Mentale, ASL 10, Treviso, Italia
- **Dario Romano:** Facoltà di Psicologia, Università di Milano Bicocca, Milano, Italia
- **Anna Maria Zotti:** Servizio di Psicologia, IRCCS Fondazione Salvatore Maugeri, Veruno (NO), Italia

Cardiologi:

- **Marinella Gattone:** Divisione di Cardiologia, IRCCS Fondazione Salvatore Maugeri, Veruno (NO), Italia

- **Raffaele Griffo:** Dipartimento di Cardiologia, Unità di Riabilitazione Cardiaca, Ospedale "La Colletta" ASL 3 Genovese, Arenzano (GE), Italia
- **Giuseppe Musca:** Unità Operativa di Medicina Interna e Cardiologia Riabilitativa, Ospedale di Mormanno (CS), Italia
- **Roberto Tramarin (Coordinatore per il GICR):** Dipartimento di Cardiologia, IRCCS Fondazione Salvatore Maugeri, Pavia, Italia
- **Stefano Urbinati:** Unità Operativa di Cardiologia, Modulo di Riabilitazione Cardiologica, Ospedale Bellaria, Bologna, Italia

Rappresentanza delle associazioni dei malati e di volontariato:

- **Luigi Piantoni:** Rappresentante del Direttivo Nazionale del Coordinamento Operativo Nazionale Associazione del Cuore (CONACuore), Modena, Italia

Consigli Direttivi del GICR (Anni 2000-2004):

- **Romualdo Belardinelli:** Modulo di Cardiologia Riabilitativa, Azienda Ospedaliera "G.M. Lancisi", Ancona, Italia
- **Carmelo Chieffo (Past-Coordinatore del GICR):** Dipartimento di Cardiologia Riabilitativa Azienda Ospedaliera di Caserta, Caserta, Italia
- **Francesco Fattirolli (Coordinatore del GICR):** Servizio Riabilitazione Cardiologica U.O. Universitaria di Geriatria Azienda Ospedaliera Careggi, Firenze, Italia
- **Salvatore Pirelli:** U.O. Cardiologia Ospedale Civile, Cremona, Italia
- **Luigi Sala:** Divisione di Cardiologia Ospedale San Gerardo, Monza (MI), Italia
- **Roberto Tramarin:** Divisione di Cardiologia IRCCS Fondazione Salvatore Maugeri, Pavia, Italia
- **Stefano Urbinati:** Modulo di Riabilitazione Cardiologica Ospedale Bellaria, Bologna, Italia
- **Carlo Vigorito:** Area Funzionale di Riabilitazione Cardiologica Azienda Universitaria Policlinico Università di Napoli Federico I, Napoli, Italia
- **Margherita Vona:** Struttura di Cardiologia Riabilitativa Ospedale Beauregard, Aosta, Italia

FINANZIAMENTI

Il progetto è stato parzialmente finanziato da contributi del Ministero della Salute Italiano attraverso fondi per la ricerca corrente destinati agli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS Fondazione Salvatore Maugeri).

RINGRAZIAMENTI

Il Gruppo di Lavoro ringrazia per l'aiuto ricevuto nella raccolta, nella verifica, nella sistemazione del materiale bibliografico e documentale e nel supporto organizzativo per le riunioni di lavoro **Arianna De Donno, Paola Della Porta, Raffaella Sala, Monica Zuffi**, dell'Istituto Scientifico di Tradate e **Cristina Porrato** dell'Istituto Scientifico di Pavia dell'IRCCS Fondazione Salvatore Maugeri.

DATA DI EMISSIONE: luglio 2003.

Sono previste revisioni periodiche dell'attuale versione.

DATA PREVISTA PER IL PROSSIMO AGGIORNAMENTO: 2006.

CONTESTO DI RIFERIMENTO CARDIOLOGICO

L'evoluzione e la rilevanza del ruolo della cardiologia riabilitativa nei percorsi assistenziali delle malattie cardiovascolari hanno favorito lo sviluppo di conoscenze, di esperienze e di specifiche competenze tecnico-scientifiche, organizzative e culturali da parte delle diverse figure professionali che operano insieme al cardiologo nella gestione dei programmi riabilitativi. In coerenza con l'affermarsi di tali competenze, il Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva (GICR) ha promosso negli ultimi anni una serie di iniziative volte alla valorizzazione delle esperienze acquisite e del contributo delle varie competenze disciplinari e professionali che si integrano nel trattamento riabilitativo del cardiopatico.

Rispetto a questa linea di indirizzo, uno degli obiettivi qualificanti dei programmi dei Direttivi del GICR è stato, a partire dal 1998, la definizione di una serie di requisiti di ordine strutturale, organizzativo e di processo per le attività di cardiologia riabilitativa, che si è concretizzata nella stesura delle linee guida italiane sulla cardiologia riabilitativa emesse nel 1999 dal GICR, congiuntamente alla Associazione Nazionale dei Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO), e dalla Società Italiana di Cardiologia (SIC) [1, 2].

L'esigenza di definire le caratteristiche dell'intervento psicologico nei programmi di cardiologia riabilitativa sulla base delle evidenze* scientifiche, ha indotto il Direttivo del GICR ad istituire un gruppo di lavoro (GDL) costituito da psicologi identificati sulla base di una loro comprovata e specifica esperienza di tipo clinico e di ricerca, cui è stato affidato il compito di definire lo stato dell'arte dell'intervento psicologico in cardiologia riabilitativa sulla base delle prove di efficacia*, quale presupposto alla stesura delle Linee Guida Italiane.

CONTESTO DI RIFERIMENTO PSICOLOGICO

L'ambito cardiologico è uno dei primi contesti in cui la psicologia della salute ha trovato, già da qualche decennio, un proprio spazio espressivo e operativo. L'apertura del mondo cardiologico alla psicologia ha trovato riscontro nell'offerta di un sapere mutuato dalla psicologia clinica ma focalizzato sui temi della malattia e della tutela/promozione della salute.

L'indiscussa importanza delle componenti psicologica e sociale nel concetto di salute - come recita la notissima e ancora attualissima definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) - ha aperto la strada alla crescita della psicologia della salute come "...l'insieme degli specifici contributi formativi, scientifici e professionali della disciplina della psicologia alla promozione e al mantenimento della salute, alla prevenzione e al trattamento della malattia, all'identificazione dei correlati eziologici e diagnostici della salute, della malattia e delle disfunzioni correlate. Ulteriore obiettivo consiste nell'analisi e miglioramento del sistema assistenziale e nell'elaborazione di politi-

che sanitarie" [3]. Con queste radici culturali sono possibili sviluppi ampi, al di fuori e al di là di scuole od orientamenti. Nel corso degli anni e nell'ambito di molti paesi nel mondo la psicologia della salute ha dimostrato il proprio impegno nell'individuare le domande assistenziali di competenza e nello sviluppare un percorso conoscitivo che potesse generare adeguate risposte. Attualmente l'esperienza maturata si configura come sufficientemente solida e ampia per pensare a un'analisi della sua qualità in termini di evidenza scientifica, e dei messaggi che ne scaturiscono, analisi di cui il presente documento può essere considerato l'espressione. L'evidenza scientifica non è solo un prodotto che distribuisce su una scala di valore il risultato della ricerca: è anche un preciso criterio che deve guidare la prassi del lavoro psicologico. Anche in ambito cardiologico, come in ogni contesto applicativo della psicologia, o meglio delle discipline psicologiche, deve ispirare le scelte operative, e in questo senso si configura come strettamente intrecciato al tessuto etico della professione. Costituisce inoltre, o dovrebbe sempre costituire, un linguaggio o un metalinguaggio che consente a cardiologia e psicologia di interfacciarsi al di fuori di ambiguità e ombre, per offrire al paziente un affidabile riferimento assistenziale nelle diverse declinazioni del malessere e del benessere.

METODO

La metodologia adottata dal GDL è stata coerente con le indicazioni, recentemente pubblicate [4] del Programma Nazionale Linee Guida (PNLG) del Ministero della Salute, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR). Al fine di garantire la qualità del risultato, anche in considerazione di una letteratura relativamente *povera* sul piano delle evidenze scientifiche, il GDL ha scelto di utilizzare anche una revisione puntuale e critica della prassi clinica psicologica, al fine di dare una evidenza sistematica a raccomandazioni e orientamenti operativi supportate attualmente soltanto dall'opinione degli esperti.

L'analisi dell'attività psicologica in cardiologia riabilitativa e preventiva ha previsto una ricostruzione dell'intervento inteso come un processo* articolato in varie attività, facendo riferimento ad un modello di valutazione della qualità della prestazione [5]. Sono state identificate le diverse fasi in cui l'*utente* (paziente, familiare, cardiologo, medico curante) entra in contatto con l'attività dello psicologo, e per ciascuna fase, sono state descritte le attività svolte con particolare attenzione agli aspetti connessi all'appropriatezza* e alla correttezza di esecuzione degli interventi professionali sia sotto il profilo clinico che organizzativo.

Le attività del GDL si sono articolate in due fasi portate avanti in parallelo:

- Identificazione della bibliografia di riferimento in cardiologia riabilitativa e preventiva, sulle base delle prove di efficacia. Il processo di identificazione delle evidenze, aggiornato ad

aprile 2003, è stato effettuato tramite la consultazione delle seguenti banche dati: Cochrane Library, Medline, PsychINFO (1980-2003).

- Analisi qualitativa del servizio psicologico offerto in alcune strutture riabilitative cardiologiche di riferimento.

Il documento è articolato in tre parti: introduzione, corpo del documento, ed alcune appendici.

Il corpo del documento è stato strutturato sulla base della successione dei diversi momenti che caratterizzano le interazioni tra il soggetto cardiopatico e lo psicologo, attraverso l'analisi qualitativa dell'intervento offerto dallo psicologo. Le diverse fasi di questo processo sono state così schematizzate: selezione, ingresso, valutazione, intervento, follow-up*.

La *fase di selezione* dà il via al processo di cura e si caratterizza per la scelta del servizio da parte dell'utente o dell'inviante. La definizione di alcune strategie dello psicologo permette di guidare poi le richieste dell'utente e dell'inviante soprattutto in termini di appropriatezza all'accesso al processo di cura.

La *fase d'ingresso* riguarda il momento in cui l'utente stabilisce il primo contatto con lo psicologo.

La *fase di valutazione* ha come obiettivo l'individuazione dei bisogni di cura dell'utente.

La *fase d'intervento* prevede la messa in atto di una serie di azioni che hanno come fine la soddisfazione dei bisogni identificati nella precedente fase di valutazione.

Nella *fase del follow-up* lo psicologo verifica se i bisogni di cura dell'utente sono stati soddisfatti e, secondo il caso, se ci sono le condizioni per cui l'utente necessita di un programma di continuità della cura.

Per ognuna di queste fasi sono state individuate le evidenze a favore degli strumenti valutativi e terapeutici a disposizione dello psicologo impegnato in cardiologia riabilitativa.

L'approccio metodologico adottato rappresenta un ausilio fondamentale per quanto riguarda l'analisi e la valutazione del processo di erogazione della cura dal punto di vista dell'utente, favorendo così un maggior orientamento degli operatori sul risultato e sulla qualità percepita, piuttosto che sulle funzioni e sulle competenze. Il corso d'azione può essere applicato a varie tipologie e livelli di complessità delle strutture sanitarie che erogano attività di cardiologia riabilitativa.

Le appendici al documento contengono il diagramma di flusso del percorso psicologico, la sintesi delle raccomandazioni per patologia, lo schema riassuntivo dell'organizzazione dell'attività, il codice delle prestazioni e il glossario.

Le raccomandazioni contenute nel documento elaborato dal GDL sono state formulate sulla base di una revisione sistematica delle evidenze disponibili nella letteratura italiana ed internazionale, codificate secondo il Programma Nazionale per le Linee Guida. Fra i limiti metodologici rilevati nella stesura del documento vi è l'inclusione di un certo numero di studi italiani pubblicati su riviste scientifiche non recensite. Il GDL ha comunque ritenuto imprescindibile la loro introduzione nel do-

cumento, al fine di documentare e di accreditare lo stato dell'arte degli studi psicologici italiani in cardiologia riabilitativa.

Sono state inoltre introdotte una serie di raccomandazioni o istruzioni operative basate sulla esperienza clinica e condivisa dei componenti del GDL.

DESTINATARI

In primo luogo, gli psicologi operanti in strutture riabilitative cardiologiche, gli psicologi della salute ed i docenti di psicologia della salute, ma anche cardiologi, medici, fisioterapisti, terapisti occupazionali, infermieri professionali, dietisti, assistenti sociali, educatori e in generale tutte le figure professionali e tutti gli operatori sanitari che si occupano di cardiologia riabilitativa e di prevenzione secondaria o che comunque sono coinvolti in programmi di gestione anche a lungo termine del paziente cardiopatico.

Destinatari sono anche gli organismi politico istituzionali, le direzioni regionali deputate alla programmazione, al controllo e all'accreditamento delle strutture e dei percorsi sanitari, e le direzioni generali delle aziende sanitarie regionali.

La lettura delle Linee Guida da parte degli esperti di tali organismi faciliterebbe un percorso verso l'omogeneizzazione delle determinazioni per l'impiego dello psicologo e la sua integrazione professionale-organizzativa finalizzata alla costruzione sociale della salute.

Le attuali norme di riferimento per l'impiego dello psicologo nelle strutture del SSN sono così ampiamente diversificate tra regione e regione, tra ASO e ASL, tra settori di competenza territoriale piuttosto che ospedaliera, che risulta impossibile dare riferimenti tabellari di orientamento.

L'impiego professionale dello psicologo risente, infatti, di una cultura politico-organizzativa frammentaria, prevalentemente legata al contenimento del disagio psico-sociale e fondata sull'occasionalità della progettazione più che su un modello di promozione e prevenzione della salute in un corretto rapporto costi/efficacia.

A titolo esemplificativo, la panoramica delle norme deliberative va dalla "Istituzione in via sperimentale di appositi Servizi di Psicologia da parte delle Aziende Sanitarie Regionali per le attività di cura e il miglioramento della attività di prevenzione" della Regione Piemonte (DGR n. 52 - 29953, 13 aprile 2000) [6] nelle more della definizione dell'organizzazione complessiva aziendale in attuazione del DLgs. 229/1999 [7], alla "Costituzione di un gruppo di Lavoro per l'elaborazione di Linee Guida relativa all'attività dello psicologo nelle Aziende Sanitarie Regionali" della Regione Lombardia (DGR n. H/42630, 14 ottobre 1999 modificato con DGR H/2424 del 3 febbraio 2000, in www.sitsot.it), fino all'assenza di una qualunque programmazione di riferimento per alcune regioni italiane.

È altrettanto vero che il decentramento programmatico e amministrativo impedisce una lettura comparativa all'interno dei PSR e delle delibere

regionali, come è altrettanto vero che esiste una significativa produzione normativa nazionale che decreta ruoli, procedure organizzative, procedure di rendicontazione analitica, nonché indirizzi applicativi per la figura professionale dello psicologo.

Le presenti Linee Guida si pongono come documento integrativo tra atti di indirizzo e atti applicativi per tutti i livelli istituzionali che guardino, in accordo con le indicazioni del PNLG, alla riduzione delle disuguaglianze nella allocazione dei servizi.

NOTE ED ISTRUZIONI D'USO PER GLI UTILIZZATORI

Nella fase di avvio del processo di produzione sono state attentamente considerate le linee guida già disponibili [1, 2, 8-13].

Il sistema di graduazione delle raccomandazioni (grading) cui si fa riferimento nel Programma nazionale per le linee guida (sviluppato dal CEVEAS di Modena) è mostrato in figura 1.

In tale schema di grading la decisione di raccomandare o meno l'esecuzione di una determinata procedura può dipendere da diversi fattori compresi la qualità delle prove scientifiche a favore o contro, il peso assistenziale dello specifico problema, i costi, l'accettabilità e praticabilità dell'intervento. La classificazione di una raccomandazione secondo la gradazione A, B, C, D, E non rispecchia solo la qualità metodologica delle prove disponibili. Infatti, ci possono essere casi in cui anche in presenza di una prova di efficacia di tipo I la raccomandazione sarà di tipo B, o anche C, qualora esista una reale incertezza sulla fattibilità

e impatto della procedura. Questo schema differenzia chiaramente il livello di prova dalla forza delle raccomandazioni cercando di utilizzare le due dimensioni in modo relativamente indipendente pur nell'ambito della massima trasparenza e secondo i criteri espliciti alla base degli schemi di grading [4].

In alcuni casi sono state formulate raccomandazioni di grado A anche in assenza di evidenze della letteratura di livello elevato (derivanti da studi clinici randomizzati). Questa decisione è stata adottata sulla base di forti evidenze emerse da studi epidemiologici circa le associazioni fra variabili psicologiche e la comparsa e/o l'andamento clinico di determinate patologie cardiovascolari.

Inoltre i livelli di evidenza sugli interventi psicologici riportati in queste linee guida derivano principalmente da metanalisi che hanno aggregato dati derivanti da studi randomizzati di piccole dimensioni pubblicati in letteratura. Sebbene secondo i criteri adottati (CEVEAS) tali evidenze si debbano definire di I livello, alcune considerazioni meritano di essere fatte:

- 1) utilizzando per le metanalisi non dati individuali di pazienti ma studi pubblicati, il "publication bias" deve essere tenuto in conto, data la maggior probabilità che tali metanalisi abbiano utilizzato solo studi positivi o tendenzialmente positivi;
- 2) in queste pubblicazioni, l'intervento psicologico fa spesso parte di un pacchetto riabilitativo più complesso, così da rendere difficile dare un "peso" affidabile al beneficio specifico determinato dall'intervento psicologico;

LIVELLI DELLE PROVE

- I Prove ottenute da più studi clinici controllati randomizzati e/o da revisioni sistematiche di studi randomizzati
- II Prove ottenute da un solo studio randomizzato di disegno adeguato
- III Prove ottenute da studi di coorte non randomizzati con controlli concorrenti o storici o loro metanalisi*
- IV Prove ottenute da studi retrospettivi tipo caso-controllo o loro metanalisi
- V Prove ottenute da studi di casistica ("serie di casi") senza gruppo di controllo
- VI Prove basate sull'opinione di esperti autorevoli o di comitati di esperti come indicato in linee guida o consensus conference, o basate su opinioni dei membri del gruppo di lavoro responsabile di queste linee guida

FORZA DELLE RACCOMANDAZIONI

- A L'esecuzione di quella particolare procedura o test diagnostico è fortemente raccomandata. Indica una particolare raccomandazione sostenuta da prove scientifiche di buona qualità, anche se non necessariamente di tipo I o II
- B Si nutrono dei dubbi sul fatto che quella particolare procedura o intervento debba essere raccomandata, ma si ritiene che la esecuzione debba essere attentamente considerata
- C Esiste una sostanziale incertezza a favore o contro la raccomandazione di eseguire la procedura o l'intervento
- D L'esecuzione della procedura non è raccomandata
- E Si sconsiglia fortemente l'esecuzione della procedura

RACCOMANDAZIONI PER LA RICERCA

Raccomandazioni riguardanti le aree grigie, per le quali le prove di efficacia risultano assenti o insoddisfacenti, sulle quali è possibile raccomandare la programmazione di futuri progetti di ricerca

- ♥ Raccomandazioni pratiche basate sulla esperienza clinica del Gruppo di Lavoro fornite anche in assenza di livelli di evidenza*

Fig. 1. - Sistema di graduazione delle raccomandazioni.

- 3) gli interventi psicologici spesso sono metodologicamente, proceduralmente, e di riferimento teorico così diversi da rendere difficile l'identificazione delle procedure di lavoro più efficaci.

L'insieme di queste considerazioni, pur non togliendo nulla del livello di evidenza attribuito, fa ritenere non del tutto chiuso il capitolo della ricerca specifica sull'argomento, che dovrebbe avere queste caratteristiche:

- pianificazione di studi con un elevato numero di pazienti, così da comprendere l'eterogeneità di tutte le situazioni che compaiono nella pratica clinica e da assicurare una reale affidabilità del risultato emerso;
- definizione precisa della strategia da utilizzare come oggetto di ricerca;
- valutazione controllata della strategia prescelta in una popolazione di pazienti trattata allo stesso modo per tutto quello che riguarda gli altri interventi concomitanti (es.: riabilitazione cardiologica standard + strategie psicologiche specifiche versus riabilitazione cardiologica standard).

Istruzioni d'uso:

- I livelli delle prove disponibili sono indicati in **[grassetto]**.
- Il glossario riporta i termini contrassegnati dall'asterisco (*).
- Poiché nella letteratura internazionale è frequente l'impiego di termini diversi con riferimento ad uno stesso costrutto e con riferimento alla combinazione di uno o più interventi psicologici si rimanda al glossario per le definizioni operative corrispondenti a termini differenti.
- La caratterizzazione psicologica e le specificità di intervento nelle diverse patologie vengono inserite alla fine del percorso comune per facilitare la leggibilità del documento, ma costituiscono la base su cui si è fondato l'intero lavoro.
- Nel presentare l'evidenza dell'associazione tra variabili psicologiche e comparsa/outcome di malattia e/o dell'associazione tra variabili psicologiche e condizione clinica, la forza di evidenza viene modulata per diversi gradi: forte, moderata, lieve. Si definisce comparsa di malattia l'occorrenza della stessa mentre il termine outcome ne definisce l'andamento clinico (nuovi eventi, mortalità).

1. REQUISITI CONOSCITIVI, FORMATIVI E ORGANIZZATIVI PER L'IMPLEMENTAZIONE DI UN INTERVENTO PSICOLOGICO IN CARDIOLOGIA RIABILITATIVA

1.1 CONTESTO CULTURALE ED ORGANIZZATIVO DELLA CARDIOLOGIA RIABILITATIVA

Le modificazioni demografiche ed epidemiologiche che hanno caratterizzato l'ultimo secolo hanno portato a focalizzare l'attenzione dei sistemi sanitari dei paesi sviluppati sulle conseguenze del-

la malattia e non solo sulla malattia stessa. Queste conseguenze ed una visione prospettica dello stato di salute proprio di molte patologie ad alto impatto epidemiologico a carattere cronico degenerativo, hanno assolto un ruolo sempre più significativo e rappresentano il campo proprio della medicina riabilitativa.

La Riabilitazione Cardiovascolare (RCV) viene definita come: "Somma degli interventi richiesti per garantire le migliori condizioni fisiche, psicologiche e sociali in modo che i pazienti con cardiopatia cronica o post-acuta possano conservare o riprendere il proprio ruolo nella società" [1, 2].

Gli obiettivi della RCV sono di ridurre i sintomi legati alla malattia, migliorare la capacità funzionale, ridurre la disabilità, favorire il reinserimento, in altri termini migliorare la qualità della vita* ma anche definire e ridurre il rischio di nuovi eventi cardiovascolari.

Come enfatizzato nelle Linee Guida del Ministero della Salute per le Attività Riabilitative [14] la riabilitazione è un processo che riguarda oltre ad aspetti strettamente clinici anche aspetti psicologici ed educazionali.

Il contesto organizzativo della riabilitazione in Italia è definito dalle Linee Guida che prevedono una fase intensiva, intermedia, estensiva e di mantenimento del programma riabilitativo articolate in differenti livelli organizzativi in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno, residenziale o ambulatoriale, extramurale e domiciliare.

Le Linee Guida ANMCO-SIC-GIVFRC [1, 2] suddividono la RCV in *Riabilitazione Intensiva*, *Intermedia* ed *Estensiva* ed è importante che lo psicologo conosca le caratteristiche strutturali ed operative che differenziano le tre differenti tipologie organizzative.

Riabilitazione intensiva: gli interventi sono rivolti a pazienti definiti a rischio medio-alto in fase acuta e post acuta della malattia ed alla periodica rivalutazione (follow-up) nell'ambito dell'intervento riabilitativo a lungo termine dei pazienti ad alto rischio;

Riabilitazione intermedia: è rivolta a pazienti a medio-basso rischio nella fase post acuta della malattia ed alla periodica rivalutazione nell'ambito dell'intervento riabilitativo a lungo termine dei pazienti a medio ed alto rischio;

Riabilitazione estensiva o di mantenimento: gli interventi in questo caso si identificano con il mantenimento a lungo termine del processo riabilitativo in pazienti a basso rischio.

La riabilitazione cardiovascolare costituisce attualmente una componente essenziale di ogni programma di cura per:

- Pazienti con cardiopatia ischemica
- Pazienti sottoposti ad intervento di chirurgia valvolare
- Pazienti con scompenso cardiaco cronico
- Pazienti con trapianto di cuore
- Pazienti con arteriopatia cronica obliterante periferica
- Pazienti portatori di pace-maker o defibrillatori
- Soggetti ad elevato profilo di rischio cardiovascolare

- Pazienti cardiopatici ultrasettantacinquenni
 - Pazienti cardiopatici terminali
- Dall'analisi dei lavori citati nelle linee guida nazionali ed internazionali emerge chiara evidenza della necessità di implementare interventi educativi e psicologici in cardiologia riabilitativa [1].

RACCOMANDAZIONE A

Programmi di riabilitazione cardiaca dovrebbero includere interventi sia educativi sia psicologici come parti di una riabilitazione multidisciplinare.

L'esigenza della definizione di Linee Guida per l'intervento psicologico in cardiologia riabilitativa emerge dalla constatazione che, nonostante la rilevanza attribuita all'intervento psicologico in cardiologia riabilitativa dalle Linee Guida esiste alla prova dei fatti una notevole disomogeneità non solo in merito alla effettiva disponibilità di prestazioni di psicologi presso le strutture che forniscono prestazioni di cardiologia riabilitativa, ma anche agli strumenti e alle modalità di verifica di tali attività [15]. Le disomogeneità di distribuzione delle attività di cardiologia riabilitativa sul territorio nazionale, anche sulla base del fatto che ancor oggi in Italia solo il 17% dei cardiopatici può accedere ad un appropriato programma riabilitativo, si riflette anche sulla distribuzione e sulla disponibilità di professionisti psicologi ad hoc all'interno delle strutture cardiologiche.

1.2 REQUISITI FORMATIVI E STRUTTURALI

1.2.1 Requisiti formativi

Lo psicologo deve avere maturato esperienza e competenza nell'ambito della Psicologia Clinica e della Salute e possedere, o avere in corso, una formazione specifica alla psicoterapia presso una Scuola di specializzazione Universitaria o privata, riconosciuta dal Ministero, che abiliti all'esercizio della psicoterapia. È, inoltre, necessaria l'acquisizione di conoscenze specifiche di cardiologia preventiva e riabilitativa attraverso la partecipazione ad eventi formativi organizzati da Società Scientifiche Cardiologiche o da soggetti/enti accreditati. È consigliabile l'aggiornamento periodico attraverso la consultazione di banche dati on-line (Medline, Psychinfo, Cochrane Library, ect.), di riviste nazionali ed internazionali e di manuali specifici.

1.2.2 Requisiti strutturali

L'attività svolta nell'ambito della RCV dallo psicologo necessita dei seguenti minimi requisiti strutturali:

- ambulatorio corredato da scrivania, computer ed armadio con chiusura a chiave.
Lo psicologo è, infatti, tenuto a custodire il proprio materiale (appunti, test, cartelle) in modo protetto per tutelare la riservatezza dei dati in suo possesso (Legge 675/94 per la Tutela della Privacy ed Art. 17 - Codice Deontologico dello Psicologo, 1997) [16, 17].

- L'ambulatorio dovrebbe, all'esterno riportare il nome dello psicologo e non essere, nel periodo di presenza dello psicologo, frequentato da altri operatori sanitari.
- Lo psicologo deve essere identificabile con un cartellino di riconoscimento (in cui sia riportato il nome, cognome, la qualifica professionale e la foto).
Inoltre, anche se non indispensabili, sono di notevole ausilio i seguenti supporti:
- uno spazio sufficientemente ampio per effettuare riunioni di gruppo;
- strumenti audio visivi (lavagna luminosa, lavagna a fogli, proiettore diapositive) qualora sia prevista l'attuazione di interventi di gruppo.

1.3 SINTESI DELLE PRINCIPALI TIPOLOGIE ORGANIZZATIVE

Sono possibili diverse soluzioni organizzative in rapporto a differenti condizioni istituzionali. Le tipologie numero 2 e 3 fanno riferimento alla presenza di un solo psicologo, il quale può operare in quanto dipendente della struttura cardiologica, o della Direzione Sanitaria della struttura ospedaliera, o di una Unità operativa psicologica/psichiatrica esterna e dedicata alla struttura cardiologica.

Qualora esistano le determinazioni regionali a riconoscere una struttura dotata di autonomia gestionale o tecnico professionale soggetta a rendicontazione analitica, si configura un Servizio di Psicologia (o Unità operativa) indipendentemente dal numero di psicologi in organico. Indipendentemente dal numero effettivo degli psicologi disponibili, le attività psicologiche trovano integrazione all'interno del team della cardiologia riabilitativa nel rispetto dei principi della multidisciplinarietà intrinseca alla definizione stessa di RCV.

♥ RACCOMANDAZIONE

È necessario che lo psicologo si interfacci con le altre figure professionali del team, scambiando informazioni cliniche nelle diverse fasi del percorso terapeutico del paziente allo scopo di ottimizzarne tempi e risultati.

– Tipologia organizzativa N. 1

Psicologo/i dedicato/i con supporto di personale tecnico

L'attività viene svolta in ambito di cardiologia riabilitativa intensiva ed intermedia ospedaliera: degenza ordinaria e/o day hospital e/o ambulatoriale. Proporzionalmente al numero dei posti letto previsti dalla struttura, lo psicologo potrà essere coadiuvato dalla figura di un tecnico opportunamente formato nella somministrazione e scoring dei test. Inoltre per garantire la continuità e piena efficienza* del servizio erogato dovrebbe essere prevista la presenza, anche saltuaria, di un altro psicologo.

– Tipologia organizzativa N. 2

Psicologo dedicato

L'attività viene svolta in ambito di cardiologia riabilitativa intensiva ed intermedia ospedaliera

ra: regime di degenza ordinaria e/o day hospital e/o ambulatoriale.

– **Tipologia organizzativa N. 3**

Psicologo consulente/convenzionato

Lo psicologo consulente svolge la propria attività, proporzionalmente al numero di ore dedicate, in ambito di cardiologia riabilitativa intensiva e intermedia: regime di degenza ordinaria e/o day-hospital e/o ambulatoriale.

Per ognuna delle tipologie organizzative descritte le prestazioni garantite si differenziano in base ai criteri esposti nel capitolo 2.

RACCOMANDAZIONE A

Fra le tipologie suesposte è fortemente raccomandata la n° 1 in quanto costituisce il presupposto organizzativo funzionale all'erogazione di interventi diagnostici e terapeutici commisurati alle esigenze del contesto riabilitativo. La tipologia organizzativa n° 3 costituisce il criterio minimo accettabile.

2. DESCRIZIONE DEL PERCORSO PSICOLOGICO

2.1 FASE DELLA SELEZIONE

Al momento dell'accesso alla struttura ospedaliera viene consegnata al paziente la Carta dei Servizi che espone la tipologia delle prestazioni offerte e le modalità per poterne usufruire.

Ogni paziente ha il diritto di richiedere e di ottenere un incontro con lo psicologo.

Condizioni d'invio di pazienti cardiopatici allo psicologo:

- ◆ **Condizione 1:**
Protocolli di routine, ovvero procedure* valutative e d'intervento pianificate.
- ◆ **Condizione 2:**
Protocolli di ricerca concordati fra la Divisione di Cardiologia e lo psicologo.
- ◆ **Condizione 3:**
Richiesta del cardiologo, direttamente o su segnalazione di altri componenti del team, che identifica la necessità clinica di sottoporre il paziente a valutazione/intervento psicologici.

Qualsiasi segnalazione rilevante per la gestione clinica del paziente va ricondotta, nel rispetto della normativa vigente, nell'ambito del rapporto con il paziente stesso.

RACCOMANDAZIONE A

Fra le condizioni di selezione suesposte è fortemente raccomandata la n° 1 in quanto costituisce il presupposto organizzativo funzionale all'erogazione di interventi diagnostici e terapeutici commisurati alle esigenze del contesto riabilitativo. La condizione di selezione n° 3 costituisce il criterio minimo accettabile.

♥ **RACCOMANDAZIONE**

Qualora le risorse organizzative lo consentano dovrebbero essere selezionati, per una valutazione psicologica:

- Tutti i pazienti con psicopatologia pregressa in anamnesi.
- Tutti i pazienti il cui quadro cardiologico si associ, secondo le evidenze descritte più avanti, ad una alta problematicità psicologica.

2.2 FASE DELL'INGRESSO

L'ingresso definisce la fase che caratterizza il primo incontro fra paziente e psicologo.

Il primo contatto con il paziente in regime di ricovero può coincidere con il colloquio di accoglienza o avvenire a seguito di precontatto tramite:

- lettera di accoglienza e/o consegna di un programma predefinito;
- comunicazione scritta o orale per colloquio o per altre attività previste dallo psicologo;
- avvisi nelle bacheche di reparto che indichino ai pazienti orari e luoghi dell'attività psicologica.

♥ **RACCOMANDAZIONE**

Lo psicologo dovrebbe fornire informazioni chiare al paziente sulle attività psicologiche previste e sulle loro finalità, utilizzando termini semplici e comprensibili in modo da attenuare eventuali resistenze del paziente.

2.3 FASE DELLA VALUTAZIONE

2.3.1 La valutazione psicologica in cardiologia riabilitativa

Nella pratica clinico-terapeutica la valutazione iniziale è finalizzata:

- alla rilevazione dei problemi psicologici, dei bisogni e delle risorse dei singoli individui (fase diagnostica);
- alla raccolta di tutti i dati necessari per identificare appropriate modalità di intervento psicologico (paragrafo 2.4), qualora sia attuabile. Una valutazione appropriata fornisce ipotesi diagnostiche e misurazioni che consentono di costruire "una o più linee di base*" rispetto alle quali confrontare i cambiamenti che si avranno nel corso dell'intervento riabilitativo e nei successivi follow-up.

Gli aspetti disfunzionali considerati come rilevanti nella gestione della malattia cardiaca fanno riferimento alle aree comportamentale, cognitiva, emozionale [18].

In sintesi, la letteratura sulla valutazione psicologica nella RCV e l'esperienza clinica hanno messo in evidenza aree di indagine di rischio comportamentale, psicologiche e psico-sociali comuni alle diverse patologie che devono costituire l'oggetto della valutazione psicologica.

In tabella 1 vengono riportati le variabili psicologiche associate alle diverse patologie (aree), il livello delle prove disponibili, e la forza delle raccomandazioni suggerite per una valutazione psicologica. Per una descrizione dettagliata dei livelli delle prove disponibili per ogni specifica patologia si rimanda al paragrafo delle specificità.

Di seguito viene riportato il contenuto delle raccomandazioni comuni alle diverse patologie.

AREE DI INDAGINE E RELATIVE RACCOMANDAZIONI

- **Fattori di rischio*** (specifiche Linee Guida di riferimento) [19-25]
 - Comportamenti che costituiscono di per sè fattori di rischio: abitudini alimentari scorrette che favoriscono dislipidemia, sovrappeso/obesità, condotte di abuso di alcol, abitudine al fumo, sedentarietà.
 - Fattori di rischio di natura non completamente comportamentale ma nei quali l'espressione comportamentale costituisce oggetto di valutazione e di intervento (diabete, ipertensione arteriosa, dislipidemia).

RACCOMANDAZIONE A

È necessario valutare la possibile presenza di fattori di rischio comportamentali o con componente comportamentale.

♥ **RACCOMANDAZIONE**

È opportuno inserire la valutazione psicologica nella routine cardiologica ponendo l'accento sulla conoscenza di comportamenti ed abitudini di vita avversi alla salute piuttosto che sugli aspetti psicopatologici. Inoltre, nella valutazione è importante mettere in luce non solo le problematiche, ma anche le risorse del paziente.

- **Depressione**
- **Ansia**

RACCOMANDAZIONE A

È necessario valutare la possibile presenza di depressione e ansia.

Tabella 1. - Variabili psicologiche associate alle diverse patologie (aree), livello delle prove disponibili, e forza delle raccomandazioni suggerite per una valutazione psicologica

AREE	PATOLOGIA								
	CARDIOPATIA ISCHEMICA	INTERVENTO CHIRURGIA VALVOLARE	SCOMPENSO CARDIACO CRONICO	TRAPIANTO DI CUORE	ARTERIOPATIA CRONICA OBLITERANTE PERIFERICA	PACE-MAKER DEFIBRILLATORI	SOGGETTI AD ELEVATO PROFILO DI RISCHIO CARDIOVASCOLARE	CARDIOPATICO ULTRASETTANTACINQUENNE	CARDIOPATICO TERMINALE
Fattori di rischio	[III] A	♥	[V] A	♥	♥	♥	♥		
Depressione	[III] A	♥	[III] A	[V] A	[III] ♥	[III] A		[VI] ♥	[II] A
Ansia	[III] A	[III] B	[V] A	[V] ♥	♥	[III] A		[VI] ♥	[II] A
Comorbilità psichica	♥	♥	♥	[V] A	♥	♥	♥	♥	♥
Conoscenza, rappresentazione, elaborazione, consapevolezza di malattia	[II] B~♥	♥	♥	♥	♥	♥	♥	♥	♥
Risorse esterne: supporto socio-familiare	[III] A	♥	[V] A	[V]	♥	[VI]		[VI] ♥	♥
Risorse interne: coping, autoefficacia, locus of control, self-care	♥	♥	[V] A	[V] ricerca	[V] ♥	♥		♥	♥
Motivazione al cambiamento	♥	♥	♥		[V] ♥		♥		
Aderenza alle prescrizioni terapeutiche	♥	♥	[V] A	[V] A	[V] ♥	♥	♥		
Qualità di vita	[II] A	[V] ♥	[V] ♥	[V] ♥	[V] ♥				
Fattori di personalità [type A]	[III] D ricerca								
Fattori di personalità [type D]	[III] ricerca		ricerca						
Fattori di personalità *	[III] ricerca		[III] ricerca	[III] ricerca					
Stress	[V] B			♥					
Disturbo post traumatico da stress	[V] B	[V] B							
Caratteristiche psicosociali del lavoro	[III] A								
Disturbi del sonno			[V] C						
Disturbi della sessualità	[VI] C		[V] C	[VI]					
Disturbi neuropsicologici	[II]°B	[V] B	[IV] B	[V] ♥	[V] ♥			[VI] ♥	
Età, genere	[V] B		[IV] B				♥		

Legenda:

- I, II, III, IV, V, VI: livelli delle prove disponibili
- a b c d e ♥, ricerca: raccomandazioni
- casella vuota: assenza di evidenza
- * : nevroticismo, rabbia, aggressività, cinismo, esaurimento vitale
- ° : solo By Pass aortocoronarico
- ~ : solo per livelli di conoscenza

- **Comorbidità psichica remota e recente**

♥ **RACCOMANDAZIONE**

La segnalazione di indicazione alla valutazione psichiatrica (al medico di reparto e/o al medico curante e/o al paziente stesso) può risultare necessaria laddove esista il presupposto clinico in anamnesi recente o remota.

- **Conoscenza, rappresentazione, elaborazione e consapevolezza di malattia**
- **Risorse:**
 - **esterne: supporto socio-familiare**
 - **interne: coping*, autoefficacia*, locus of control*, autogestione***
- **Motivazione al cambiamento**

♥ **RACCOMANDAZIONI**

- Dovrebbero essere valutati i livelli di conoscenza, le modalità di rappresentazione ed il grado di elaborazione e di consapevolezza di malattia. Inoltre dovrebbero essere indagate le risorse e la motivazione al cambiamento.
- Sarebbe opportuno indagare clinicamente le capacità di comprensione e di apprendimento indipendentemente dal grado di gravità di malattia.

RACCOMANDAZIONE A

È necessario valutare la possibilità che il supporto sociale sia carente o assente.

- **Aderenza* alle prescrizioni terapeutiche**

RACCOMANDAZIONE A

È necessario valutare la possibilità che l'aderenza alle prescrizioni sia carente o assente.

- **Qualità di Vita**

La valutazione della Qualità di Vita connessa alla salute permette di indagare molti degli aspetti sopraelencati dal punto di vista del paziente. Per la rilevanza del tema, l'argomento costituisce paragrafo a sé (2.3.5).

RACCOMANDAZIONE B

Sarebbe opportuno valutare aspetti soggettivi ed oggettivi della Qualità di Vita.

RACCOMANDAZIONI PER LA RICERCA

Si raccomandano studi che valutino il potenziale beneficio in termini di outcome clinico dell'esecuzione della valutazione psicologica.

La valutazione psicologica prevede l'esecuzione delle seguenti procedure:

- colloquio clinico (paragrafo 2.3.2)
- valutazione psicometrica (paragrafo 2.3.3) e della Qualità di vita (paragrafo 2.3.5)
- produzione di referto (2.3.4)

2.3.2 Il colloquio clinico

Il colloquio clinico è per eccellenza lo strumento di una corretta psicodiagnostica e di verifica dei dati psicometrici. L'approccio mira ad indagare, compatibilmente con il quadro clinico, le problematiche psicologiche attuali e la loro interferenza con il recupero riabilitativo.

Il colloquio è finalizzato a rilevare le aree disfunzionali e funzionali connesse alla malattia.

Le aree da indagare possono essere così suddivise:

- 1) Sintomatologia
- 2) Funzionalità fisica
- 3) Funzionalità psicologica
- 4) Storia di malattia
- 5) Percezione/elaborazione di malattia
- 6) Risorse, coping, autoefficacia
- 7) Supporto familiare e/o sociale
- 8) Motivazione alla terapia e propensione all'aderenza
- 9) Aspettative*

♥ **RACCOMANDAZIONE**

Il colloquio clinico dovrebbe sempre essere condotto quando si è in presenza delle seguenti condizioni:

Condizione A: quando è il paziente a richiederlo

Condizione B: quando emergono aree disfunzionali alla selezione o all'ingresso

Condizione C: quando il paziente sottostima la gravità delle proprie condizioni cliniche

Condizione D: quando vi è necessità di effettuare una diagnosi differenziale (DSM-IV).

Un colloquio standard prevede una durata di 30'-50' e richiede di essere effettuato preferibilmente in setting adeguato.

♥ **RACCOMANDAZIONE**

Nel colloquio sarebbe opportuno indagare eventuali aspetti positivi associati alla malattia.

Per la rilevazione di comportamenti disfunzionali per il mantenimento della salute potrà essere utile anche un colloquio con il familiare/caregiver*.

2.3.2.1 Il colloquio con i familiari

La malattia è un evento critico che può destabilizzare il sistema familiare e può indurre dei cambiamenti all'interno dello stesso [26]. Devono essere indagati:

- gli aspetti cognitivi, cioè il livello di consapevolezza che i familiari hanno della malattia e le attribuzioni di significato date alla medesima;
- gli aspetti emotivi, cioè l'impatto emozionale prodotto dalla malattia sui componenti della famiglia e il grado di sostegno che essi offrono;
- gli aspetti relazionali, cioè lo stile di interazione tra i componenti, l'attribuzione dei ruoli, i cambiamenti nelle relazioni e nei ruoli che possono derivare dalla malattia e dalla eventuale perdita di autonomia da parte del paziente, le azioni e i comportamenti messi in atto nella quotidianità.

La reazione della famiglia può essere:

- Disfunzionale quando vengono messi in atto comportamenti di *Negazione* (la famiglia si comporta come se nulla fosse successo), *Ipercoinvolgimento* (le routine e le abitudini della famiglia si riorganizzano intorno all'imperativo di curare il soggetto malato, accudirlo e ridurre la sofferenza), *Distanziamento* (l'esistenza della malattia è accettata, ma la presenza del malato in famiglia è rifiutata).
- Funzionale quando la gravità della malattia e la necessità di cure e controlli assidui sono adeguatamente considerati, le routine e le abitudini della famiglia si riorganizzano intorno al soggetto malato, senza atteggiamenti eccessivamente iperprotettivi, intrusivi, o che tendono ad alterarne il ruolo, e il contatto col curante avviene con regolarità e secondo gli accordi presi.

♥ RACCOMANDAZIONE

Lo psicologo dovrebbe considerare i diversi stili di adattamento della famiglia in quanto questi possono favorire od ostacolare il complesso dell'operato terapeutico e valutare la qualità del sostegno percepito.

2.3.3 La valutazione psicometrica

Lo psicologo deve disporre di strumenti psicometrici validati affiancati al colloquio clinico, cui farà seguito la produzione di un referto. L'uso di tali strumenti si rende indispensabile nell'ambito delle attività di ricerca ed è rilevante anche negli studi di valutazione di efficacia degli interventi poiché permette la misurazione e l'analisi quantitativa delle dimensioni studiate.

Gli strumenti psicometrici utilizzati nell'ambito cardiologico [27] variano dalla rilevazione di variabili pertinenti e comuni a diverse condizioni morbose, all'analisi di aspetti clinicamente rilevanti per una patologia più specifica. È importante poter distinguere le diverse fasi evolutive, nelle quali la valutazione viene effettuata (basale e successivi re-test).

Come evidenziato nelle specificità, la valutazione può essere suddivisa nelle aree, descritte in ordine di rilevanza:

- Disturbi psicologici e/o psichiatrici, in particolare, disturbi del tono dell'umore, disturbi d'ansia, disturbi di personalità.
- Caratteristiche di personalità e profili psicologici, strategie di coping, autostima ed autoefficacia, supporto familiare.
- Qualità di Vita connessa alla salute. Gli strumenti psicometrici proposti sono stati validati in Italia e sono stati selezionati tra quelli maggiormente impiegati nello studio delle patologie cardiovascolari. Sono suddivisi in test di screening e di approfondimento clinico.

Fatto salvo che lo psicologo possa utilizzare per approfondimento gli strumenti propri della sua professionalità, si fa presente che il dialogo con la comunità scientifica è determinato dagli strumenti qui di seguito elencati, che sono gli strumenti standard, maggiormente diffusi, adatti per lo specifico costrutto o per lo specifico obiettivo del trattamento.

2.3.3.1 Test di screening

Gli strumenti validati in lingua italiana di frequente o crescente utilizzo sono:

- Cognitive Behavioral Assessment* Hospital Form (CBA-H) [28, 29];
- Scheda A-D [30] per lo screening di Ansia di stato (STAI-X1) [31, 32] e Depressione (QD) [33, 34];
- Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) [35-36];
- Beck Depression Inventory (BDI) [37, 38];
- Mini Mental State Examination (MMSE) [39, 40].

Da un punto di vista operativo gli strumenti di screening sono di forma breve, dotati di istruzioni circostanziate, facilmente leggibili e compilabili da pazienti anche in condizioni di acuzie; sono gestibili da personale sanitario, sia in ambiente ambulatoriale sia in regime di degenza, previo training di formazione (Corso di Laurea in Scienze e Tecniche Psicologiche) o sotto la stretta supervisione dello psicologo.

♥ RACCOMANDAZIONE

L'art. 21 del Codice Deontologico degli Psicologi raccomanda:

“Lo psicologo, a salvaguardia dell'utenza e della professione, è tenuto a non insegnare l'uso di strumenti conoscitivi e di intervento riservati alla professione di psicologo, a soggetti estranei alla professione stessa, anche qualora insegni a tali soggetti discipline psicologiche.

È fatto salvo l'insegnamento agli studenti del corso di laurea in psicologia, ai tirocinanti, ed agli specializzandi in materie psicologiche”.

2.3.3.2 Test di approfondimento clinico

I test di frequente o crescente utilizzo in RCV sono:

Area personalità

- Cognitive Behavioural Assessment 2.0 Scale Primarie (CBA 2.0) [29, 34];
- Multiphasic Minnesota Personality Inventory (MMPI) [41-43];
- SCID I-II, intervista semi-strutturata che permette di evidenziare la presenza di disturbo psichiatrico con codificazione DSM IV [44];
- 16 Personality Factor Test (16 PF-C) [45, 46];
- Eysenck Personality Questionnaire (EPQ) [47, 48].

Area Conoscenza

- MaugerI CaRdiac preventiOn - Questionnaire (MICRO-Q) [49].

Area Care-giver

- Family Strain Questionnaire (FSQ) [50, 51];
- Disease Impact On Caregiver (DIOC) [52].

Area Neuropsicologica

- Batteria di test neuropsicologici [53];
- Scala di intelligenza Wechsler per adulti, revised (WAIS-R) [54, 55].

Area coping

- Coping Orientations to the Problems Experienced (COPE) [56, 57].

Area autoefficacia

- General Perceived Self-Efficacy Scale - Versione Italiana (GPSES) [58].

2.3.3.3 Criteri per la scelta degli strumenti psicometrici

1. La scelta dovrebbe essere funzionale allo scopo riabilitativo, congrua con le risorse organizzative della struttura e adeguata alle abilità cognitive del paziente;
2. il test deve disporre di un manuale o di bibliografia relativa pubblicata e soddisfare i requisiti statistici di validità*, fedeltà*, sensibilità* [59];
3. devono essere disponibili dati normativi o di riferimento per la popolazione italiana;
4. per acquistare alcuni test occorre sottoscrivere una dichiarazione in cui si autocertifica di essere iscritti all'Ordine degli Psicologi. Per l'utilizzo dei test non soggetti a copyright editoriale è necessario richiedere l'autorizzazione d'uso agli Autori.

RACCOMANDAZIONI PER LA RICERCA

Si raccomanda fortemente di acquisire la cultura dell'osservatorio epidemiologico per le variabili psicosociali e di monitorare anche il loro andamento nel tempo al fine di raggiungere solidità metrica dei test di screening e di approfondimento utilizzati nella popolazione con patologia cardiovascolare.

2.3.4 La restituzione e la produzione di un referto

A seguito della valutazione lo psicologo è tenuto a fornire al paziente una restituzione inerente

gli esiti della valutazione stessa e le eventuali prospettive di intervento che ne scaturiscono.

Tale restituzione avviene nell'ambito dei primi colloqui e deve essere condotta con una particolare attenzione alla rilevazione della motivazione del paziente ad aderire alle proposte formulate.

Lo psicologo è tenuto altresì ad effettuare una refertazione. In rapporto alla tipologia organizzativa la refertazione può essere effettuata direttamente nella cartella clinica medica o assumere forma di referto da inviare in reparto al medico curante per l'inserimento in cartella clinica. Analogamente, è lasciata alla discrezionalità dello psicologo e alla natura degli accordi stipulati con il cardiologo la possibilità di produrre refertazione nella fase immediatamente successiva alla valutazione - facendo riferimento in tal caso al percorso programmato per il paziente - o in prossimità delle dimissioni del paziente, facendo riferimento in tal caso al percorso seguito dal paziente (vedi paragrafo 2.5.1).

In regime ambulatoriale, il referto può essere consegnato, oltre che al paziente stesso, secondo necessità, all'inviante (medico di base, psicologo e/o psichiatra).

2.3.5 La misurazione della Qualità di Vita connessa alla salute nei pazienti cardiopatici

Il miglioramento della Qualità di Vita connessa alla salute (Health Related Quality of Life, HRQL) ovvero la soddisfazione dell'individuo nei confronti di diversi aspetti della vita sui quali lo stato di salute può influire, è certamente uno degli obiettivi più importanti di ogni scelta terapeutica e tanto più della soluzione riabilitativa per la sua intrinseca definizione.

La Qualità di Vita connessa alla salute viene considerata, trasversalmente alle differenti patologie, un outcome per la verifica dell'efficacia dell'intervento riabilitativo [VI] [60] ed è pertanto consigliabile prevederne la misurazione.

Esistono evidenze relative all'efficacia dell'intervento riabilitativo sul miglioramento della HRQL nei pazienti con cardiopatia ischemica [III] [61] e dopo trapianto di cuore [V] [62]. L'importanza di indagare gli effetti del trattamento riabilitativo sulla HRQL nei pazienti affetti da scompenso cardiaco cronico, sottoposti a intervento di chirurgia valvolare e con arteriopatia cronica obliterante periferica agli arti inferiori è stata ampiamente sottolineata nelle Linee Guida Anmco ecc. [1, 2]. Recenti contributi promuovono la misurazione della HRQL nei pazienti affetti da scompenso cardiaco [V] [63], nei pazienti cardiopatici in generale (ischemici, cardio-operati, affetti da scompenso cardiaco, arteriopatia cronica obliterante periferica) [V] [64-67].

Al fine di effettuare delle corrette misurazioni è opportuno far riferimento alla distinzione concettuale fra:

1. stato di salute e Qualità di Vita connessa alla salute;
2. strumenti d'indagine generici e specifici.

1. Definizione di stato di salute e di Qualità di Vita connessa alla salute

Stato di salute. L'aspetto multidimensionale della salute è stato a più riprese riconosciuto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) che la definisce *non come assenza di malattia ma nei termini di un completo stato di benessere fisiologico, psicologico e sociale presente nell'individuo* [VI] [68];

Qualità di Vita connessa alla salute. L'OMS definisce la Qualità di Vita come la "percezione che gli individui hanno della loro posizione della vita nel contesto della cultura e del sistema di valori nel quale vivono, e in relazione ai loro obiettivi, alle loro aspettative, ai loro standard e alle loro preoccupazioni" [VI] [69].

Questa definizione sposta l'accento dall'ambito della funzionalità oggettivamente definibile a quello della soggettività. In altri termini il benessere soggettivo e lo stato funzionale caratterizzano due realtà ben distinte e la rilevazione di questi due aspetti può probabilmente costituire una misura affidabile. Nell'ambito dell'oggettività trovano posto la malattia intesa come quadro clinico definito (illness) e le diverse aree di funzionalità (fisica, psicologica, sociale e lavorativa). Nell'ambito della soggettività si collocano la percezione di malattia e la soddisfazione del paziente nei diversi ambiti della vita nei quali è ipotizzabile che lo stato di salute possa influire [VI] [70].

2. Distinzione fra strumenti d'indagine generici e specifici

L'operatore che intenda misurare la Qualità di Vita deve conoscere la distinzione fra gli strumenti:

- **Generici**, ovvero somministrabili a soggetti con differenti patologie (ad es. pazienti infartuati, cardioperati, affetti da scompenso cardiaco) funzionali *alla misurazione dei profili di salute*. Si tratta di questionari che misurano differenti aspetti della HRQL e che possono essere utilizzati per valutare l'effetto di interventi terapeutici specifici. Accanto al vantaggio di consentire la valutazione di interventi terapeutici specifici e di effettuare confronti trasversali fra differenti patologie, gli strumenti generici non sono invece sensibili nel rilevare modificazioni di entità contenuta ma clinicamente rilevanti per le specifiche condizioni cliniche;
- **Specifici**, ovvero somministrabili solo a soggetti con specifiche patologie, adatti solo per pazienti infartuati o cardioperati o affetti da scompenso cardiaco e così via. Si tratta di strumenti molto sensibili e caratterizzati da item connessi alla popolazione in esame (tipologie di malattie, pazienti, funzioni e/o condizioni specifiche). L'impiego di questi strumenti in studi controllati e su pazienti selezionati fornisce informazioni dettagliate sull'esito dei trattamenti. La loro specificità non consente i confronti trasversali fra le diverse patologie.

Criteri e opzioni per effettuare una misurazione della HRQL metodologicamente corretta:

Una volta definito con estrema chiarezza lo scopo per cui si intraprende una valutazione della HRQL è fondamentale attenersi ai seguenti criteri:

Criterio 1: selezione di uno strumento con buona validità e fedeltà psicometriche.

Criterio 2: selezione di uno strumento sensibile nel rilevare i cambiamenti indotti dall'iter riabilitativo.

Criterio 3: selezione di uno strumento in grado di fornire informazioni coerenti con gli scopi della rilevazione

Criterio 4: selezione di uno strumento di facile comprensione e compilazione.

Criterio 5: selezione di uno strumento con affidabili regole di correzione manuale o scoring, e di interpretazione.

Criterio 6: selezione di uno strumento che possieda un manuale e significative casistiche normative di riferimento.

Opzione A: indagare la componente oggettiva della HRQL ovvero la malattia intesa come quadro clinico definito (disease) e le diverse aree di funzionalità (fisica, psicologica, sociale e lavorativa)

Opzione B: indagare la componente soggettiva della HRQL ovvero la soddisfazione del paziente nei diversi ambiti della vita quotidiana.

Gli strumenti dotati di almeno quattro dei criteri sopra indicati sono:

STRUMENTI GENERICI:

- Short Form 36 (SF-36) [71, 72].
- Profilo di Salute Nottingham (NHP) [73, 74].
- Satisfaction Profile (SAT-P) [75].
- Profilo di impatto della malattia (SIP) [76, 77].

STRUMENTI SPECIFICI:

- Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLWHF) [78, 79], per pazienti con scompenso cardiaco cronico¹ [80].
- Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ) [81, 82] per pazienti con scompenso cardiaco cronico.
- Questionario sullo Stato di Salute e Qualità di vita [83] per la valutazione della percezione della qualità della vita associata alla salute da parte del paziente con infarto del miocardio.
- Sigma Tau - 22 (ST-22) [84] per pazienti con arteriopatia cronica ocliterante periferica.

RACCOMANDAZIONE A

È necessario che un approccio metodologicamente corretto preveda la misurazione della soddisfazione intesa come indicatore soggettivo della HRQL, accanto agli indicatori della funzionalità fisica, psicologica, sociale e lavorativa.

RACCOMANDAZIONE A

È necessario utilizzare strumenti generici e/o specifici validati nella realtà italiana.

¹ Si avverte che un articolo in pubblicazione (Hak, 2003) indica problematiche metriche del Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire e suggerisce cautela nell'utilizzo dello stesso.

♥ RACCOMANDAZIONE

La valutazione di HRQL dovrebbe essere effettuata all'inizio dell'ospedalizzazione e a tempi di follow-up determinati.

2.4 FASE DELL'INTERVENTO

2.4.1 Caratterizzazione dell'intervento psicologico in cardiologia riabilitativa

Lo scopo di un intervento psicologico in RCV è quello di aiutare i pazienti e i loro familiari a:

- riconoscere ed esprimere le proprie emozioni riguardanti la malattia;
- individuare e attuare strategie per il controllo dei fattori di rischio e per la modificazione dello stile di vita*;
- implementare la corretta autogestione dei trattamenti riabilitativi sulla base delle caratteristiche individuali;
- riacquistare una soddisfacente qualità di vita.

In letteratura sono riportati come maggiormente efficaci gli interventi multicomponenziali orientati al controllo di più fattori di rischio. Essi possono essere comprensivi di diverse tecniche di intervento (rilassamento, educazione, terapia cognitiva, counselling, tecniche di rinforzo ecc.) e sono rivolti prevalentemente alla cardiopatia ischemica (vd paragrafo 3.1). I lavori che li descrivono sono eterogenei sotto il profilo metodologico (modello teorico di riferimento, contenuti, metodo, durata, trainer, etc.) e non sempre ben articolati sotto il profilo procedurale, rendendo difficile la valutazione dell'efficacia e dell'efficienza di una tipologia di intervento piuttosto che di un'altra.

Emerge comunque evidenza scientifica di:

- efficacia di interventi multicomponenziali su:
 - outcome cardiovascolari [II] [85-88];
 - outcome psicologici [I] [86, 87].
- efficacia di interventi di stress management su:
 - outcome clinici [I] [89-93].

RACCOMANDAZIONE A

È necessario che siano effettuati interventi multicomponenziali, poiché hanno maggiori probabilità di successo rispetto ad interventi mirati al controllo di un singolo fattore di rischio.

- La letteratura inoltre suggerisce di
- effettuare interventi psicologici laddove esista forte associazione fra alcune variabili e outcome clinico [III] (letteratura citata nel paragrafo "valutazione", 2.3);
 - mirare interventi psicologici ai pazienti che presentano maggiori livelli di distress e che necessitano di cambiamenti comportamentali e di gestione della malattia [I] [85, 86, 88, 94-96];
 - fornire interventi specifici, di sostegno ai familiari e formativi, al fine di potenziare l'efficacia del trattamento del paziente [VI] [94];
 - individuare strategie specifiche per migliorare l'aderenza e la motivazione [VI] [94, 97];
 - pianificare interventi individuali specifici per donne

e anziani [VI] [94], come emerso anche dalla letteratura riguardante la valutazione (paragrafo 2.3).

RACCOMANDAZIONE A

È necessario che gli interventi psicologici siano indirizzati ai bisogni individuali del singolo paziente.

RACCOMANDAZIONE A

Sono raccomandati interventi psicologici di sostegno e di eventuale psicoterapia in pazienti che presentino sintomi di depressione e ansia di rilievo clinico.

RACCOMANDAZIONE A

È necessario che ogni intervento psicologico utilizzi specifiche strategie per migliorare l'aderenza alle prescrizioni terapeutiche.

RACCOMANDAZIONE B

Si suggerisce l'implementazione di percorsi che contemplino interventi specifici per le donne ed i pazienti più anziani.

Gli interventi estrapolati dalle metanalisi e dalle revisioni sistematiche [85, 86, 98] includono:

1. interventi educativi
2. counselling individuale e di gruppo
3. stress management
4. psicoterapia individuale e di gruppo
5. auto-aiuto*

L'eterogeneità degli interventi proposti può essere ricondotta alla necessità, sottolineata in letteratura, di finalizzare gli interventi ai bisogni dei singoli pazienti o a sottogruppi di pazienti.

Per la modifica di alcune abitudini comportamentali (tabagismo, alcolismo, scorretta alimentazione) sono previsti interventi multidisciplinari, all'interno dei quali lo psicologo interviene in linea con gli obiettivi dello staff riabilitativo.

♥ RACCOMANDAZIONI

- Lo psicologo dovrebbe seguire un processo decisionale fondato sulla decodifica delle problematiche più immediate che non possono essere disgiunte dalle caratteristiche socio-culturali e cliniche del paziente.
- Lo psicologo dovrebbe armonizzare il proprio intervento all'interno del progetto riabilitativo globale predisposto per quel paziente ed agire in sinergia con gli altri membri del team.
- L'intervento psicologico non necessariamente si conclude con la fine del percorso riabilitativo; eventuali approfondimenti diagnostici e terapeutici possono essere demandati ad altre strutture specialistiche.
- Lo psicologo dovrebbe aggiornare, dopo ogni suo intervento, una cartella clinica psicologica e trasmettere agli altri membri dello staff riabilitativo i contenuti psicologici di pertinenza riabilitativa ed il percorso del paziente.

RACCOMANDAZIONI PER LA RICERCA

Si raccomandano studi controllati che valutino l'efficacia di interventi psicologici specifici su endpoint* psicologici e cardiovascolari.

Dall'analisi della letteratura emerge inoltre l'importanza dell'addestramento e del sostegno per tutto lo staff che si occupa di fattori di rischio comportamentali (infermiere, nutrizionista, terapeuta, cardiologo, psicologo, assistente sociale).

In tabella 2 vengono riportati gli interventi psicologici per i quali è emersa evidenza scientifica e le relative raccomandazioni.

2.4.2 Descrizione analitica degli interventi psicologici

2.4.2.1 Interventi educativi

Tali interventi, individuali e/o di gruppo, mirano ad educare il paziente alla gestione della malattia e alla modificazione dei comportamenti di ri-

schio favorendo il reinserimento nella vita quotidiana familiare e sociale.

Occorre differenziare, alla luce di quanto detto, programmi di intervento di educazione alla salute con contenuti informativi e programmi di educazione terapeutica.

2.4.2.1.1 Interventi di educazione alla salute informativi

Si basano sulla trasmissione di conoscenze e di istruzioni e sono indicati in contesti di prevenzione primaria e secondaria. Prevedono l'utilizzo di materiale cartaceo e/o audiovisivo proposto dallo psicologo o da un'altra figura appartenente allo staff riabilitativo. Richiedono un moderato coinvolgimento del paziente e/o del ricevente dell'intervento a cui è richiesto un apprendimento delle informazioni erogate.

2.4.2.1.2 Interventi di educazione alla salute terapeutici

Consistono nell'aiutare il paziente e la sua famiglia a comprendere la malattia ed il trattamento, a collaborare alle cure, a farsi carico del proprio

Tabella 2. - Interventi nelle differenti patologie cardiovascolari, livello delle prove disponibili e forza delle raccomandazioni suggerite

PATOLOGIA ► INTERVENTO ▼	CARDIOPATIA ISCHEMICA	INTERVENTO CHIRURGIA VALVOLARE	SCOMPENSO CARDIACO CRONICO	TRAPIANTO DI CUORE	ARTERIOPATIA CRONICA OBLITERANTE PERIFERICA	PACE-MAKER DEFIBRILLATORE	SOGGETTI AD ELEVATO PROFILO DI RISCHIO CARDIOVASCOLARE	CARDIOPATICO ULTRASOTTILACINQUENNE	CARDIOPATICO TERMINALE
Interventi psico-educazionali - educazione alla salute informativa e / o terapeutica - autogestione (self-care)	[I] A †	♥	[I] A †*	♥	♥	♥	[VI] ♥	[III] A	
			[VI] B				[VI] ♥		
Interventi di counselling (individuale e / o gruppo) -specifici anziani, donne - aderenza - sessualità, coppia - reinserimento nella vita quotidiana	[VI] B		♥		♥	♥	[VI] ♥	♥	
	[VI] ♥	♥	[VI] B	♥	♥	♥	[VI] ♥	♥	
	[III] ♥ †			[V] ♥ †					
	♥	♥	♥	♥	♥	♥		♥	
Stress management - training di rilassamento, training assertivo o delle competenze sociali	[II] A		[III] A	[V] ♥ †					
Psicoterapia (individuale e/o gruppo) - intervento modificazione pattern tipo A - intervento individuale e/ o gruppo - intervento psicoterapeutico di sostegno	[III] D								
	[III] _ ♥	[V] B ∞	[III] _ A	[V] A †		[III] A			
	♥	[V] B ∞		[V] A †			[VI] ♥	[VI] ♥ †	
Self-help	[III] B					[VI] D			
Intervento specifico per il controllo di alcuni fattori di rischio - 1 tabagismo, 2alcolismo, 3obesità	[I] A						[VI] ♥	[III] A	

Legenda:

- I, II, III, IV, V, VI: livelli delle prove disponibili
- a b c d e ♥, ricerca: raccomandazioni
- casella vuota: assenza di evidenza
- ∞: interventi per pazienti con ansia, attacchi di panico e Disturbo Post Traumatico da Stress
- _ : interventi individuali soprattutto in presenza di ansia e depressione
- † : intervento esteso al partner/familiare
- * : modelli di intervento gestionali

stato di salute e a conservare e a migliorare la propria qualità di vita [99].

Sono veri e propri strumenti di cura che hanno il fine di aiutare i malati a convivere con la malattia (prevenzione secondaria e terziaria). Implicano, per il paziente, l'apprendimento pianificato ed organizzato di competenze utili per la gestione della malattia nella vita quotidiana. Mirano a responsabilizzare il paziente e a favorire l'aderenza al trattamento. Tale processo può prevedere anche il coinvolgimento di un familiare. Gli interventi devono essere condotti da uno psicologo e dovrebbero essere svolti con modalità interattiva.

♥ RACCOMANDAZIONE

A tutti i pazienti ed ai loro familiari dovrebbe essere fornita la possibilità di accedere alle sedute di educazione alla salute.

Coerentemente con le indicazioni fornite nelle linee guida ANMCO-SIC-GIVFRC in riabilitazione cardiologica che enfatizzano il ruolo dell'educazione alla salute, è possibile, in base alla tipologia organizzativa della struttura riabilitativa ed al profilo di rischio del paziente, optare per uno specifico modello di intervento.

Condizione A

◦ Pazienti a basso rischio di eventi cardiovascolari

Intervento di educazione alla salute informativo finalizzato a fornire informazioni circa:

- Conoscenza dei fattori di rischio coronarico
- Conoscenza delle abitudini alimentari sane
- Conoscenza di tecniche per favorire la cessazione del fumo
- Conoscenza delle tecniche funzionali ad una corretta gestione dello stress
- Indicazioni per uno stile di vita sano e soddisfacente da adottare nel futuro

Condizione B

◦ Pazienti ad alto rischio di progressione della malattia coronarica, pazienti con scompenso cardiaco cronico, pazienti con trapianto

Intervento di educazione alla salute terapeutica focalizzato su:

- Conoscenza della malattia e riconoscimento della sintomatologia percepita
- Reazioni emotive alla malattia e alla eventuale disabilità residua
- Meccanismi di difesa e strategie di coping utilizzati
- Senso di autoefficacia
- Ripresa della vita affettiva e sociale
- Eventuale ritorno alla attività lavorativa
- Adozione e mantenimento di comportamenti di salute

♥ RACCOMANDAZIONI

- I contenuti e le modalità di erogazione degli interventi educativi dovrebbero essere pianificati e condivisi con i membri dello staff riabilitativo.
- Durante gli incontri, la disposizione dei pazienti dovrebbe essere "circolare" o "a ferro di cavallo", al fine di evitare la "lesione frontale".
- È importante, dopo aver convocato i pazienti, specificare la ragione dell'incontro.
- È ottimale che le sedute avvengano con l'utilizzo di lucidi o diapositive.

2.4.2.1.3 Interventi di autogestione

L'intervento di autogestione è descritto nei dettagli nel paragrafo dedicato ai pazienti con scompenso cardiaco cronico (paragrafo 3.3).

In generale per le altre patologie, l'intervento educativo è spesso arricchito da materiale cartaceo che consente al paziente di proseguire con il programma di controllo dei fattori di rischio, anche terminato il periodo intensivo di RCV.

♥ RACCOMANDAZIONE

Il materiale fornito al paziente dovrebbe essere presentato al momento della consegna e necessita di periodiche valutazioni del suo uso.

2.4.2.2 Interventi di counselling

Si definisce counselling il rapporto interpersonale non valutativo nell'ambito del quale il paziente viene aiutato a comprendere meglio se stesso, l'ambiente con il quale viene a contatto e il rapporto esistente con esso [100]. È necessario distinguere fra counselling come pratica terapeutica (competenza psicologica) e capacità di counselling, cioè di ascolto, richiesta a ogni operatore impegnato in ambito sanitario e sociale (vedi paragrafo 2.4.5).

Gli obiettivi generali del counselling sono:

1. fornire supporto nei momenti di crisi;
2. aiutare il paziente a reperire informazioni, ad assimilarle e ad agire conformemente;
3. incoraggiare il paziente al cambiamento (se necessario);
4. sviluppare nel paziente l'autodeterminazione e la facoltà di operare scelte autonome;
5. aiutare il paziente ad anticipare, prevenire o impedire l'instaurarsi di situazioni altamente critiche.

All'interno del counselling in RCV acquista particolare rilevanza l'aspetto motivazionale, che si pone l'obiettivo di valutare quanto il paziente si sente pronto a cambiare, quanto si ritiene in grado di cambiare - livello di autoefficacia - e quanto forte sente la spinta al cambiamento.

In letteratura RCV il modello transteoretico del cambiamento, basato sulla concettualizzazione di cinque differenti stadi che le persone attraversano quando attuano un cambiamento comportamentale, è stato uno dei modelli più proposti [101-103] e offre alcuni importanti spunti per differenziare l'intervento a seconda del livello di motivazione in cui il paziente può trovarsi. Qualora si evidenziasse che il paziente è ancora in una fase pre-contemplativa* si rende necessario un percorso motivazionale.

Il colloquio motivazionale* [104] è un approccio che ha gli scopi di aiutare gli utenti a costruire il coinvolgimento terapeutico necessario a raggiungere la decisione di cambiare, e a riconoscere i problemi attuali o potenziali legati alla persistenza di un comportamento disadattivo e a mettere in atto le strategie necessarie per modificarlo.

Conoscere i principi di base del colloquio motivazionale è importante anche solo per indirizzare le persone sulla via del cambiamento, o per preparare il terreno per un intervento specialistico.

Interventi specifici di counselling in RCV riguardano l'aderenza, le tematiche della sessualità, del reinserimento familiare, sociale e del ritorno al lavoro.

♥ RACCOMANDAZIONI

- È importante aiutare il paziente ad identificare il problema specifico, le possibili alternative di soluzione, i vantaggi e svantaggi connessi a ciascuna soluzione prospettata e a scegliere la strategia più funzionale a ciascun paziente.
- Dovrebbero essere utilizzati gli aspetti positivi associati alla malattia e le risorse utili alla sua gestione, emersi dalla valutazione clinica e psicometrica.
- Lo psicologo, sulla base dello stadio di cambiamento a cui il paziente può essere ricondotto, dovrebbe avere la possibilità di definire interventi individualizzati di counselling o più specificatamente motivazionali.

2.4.2.2.1 Interventi per favorire l'aderenza

La non-aderenza nella maggior parte dei casi è dovuta ai seguenti fattori:

1. il paziente non sa che cosa fare;
2. il paziente non ha le abilità o le risorse per portare avanti il trattamento;
3. il paziente non crede o non sente di avere le abilità per portare avanti il trattamento;
4. il paziente non crede o non sente che portare avanti il trattamento produrrà dei cambiamenti;
5. il trattamento è troppo impegnativo e il paziente non crede che i potenziali benefici dell'aderenza bilanceranno i costi;
6. l'aderenza è associata con eventi o sensazioni non rinforzanti o che producono evitamento;
7. la qualità del rapporto tra paziente e staff medico non è buona;
8. non c'è continuità nella cura;
9. la struttura non facilita l'aderenza.

La non-aderenza può essere dovuta quindi a differenti fattori più o meno intenzionali connessi alle caratteristiche individuali del paziente, alla malattia, al tipo di trattamento, al supporto sociale ed all'interazione fra contesto sanitario e paziente stesso [105].

Da un lavoro di review sui trattamenti per migliorare l'aderenza in pazienti con scompenso cardiaco cronico [97] si possono mediare delle strategie utili a tutti i pazienti cardiopatici. Lo psicologo può agevolare lo sviluppo di alcune di queste strategie nell'interazione individuale con il paziente o nella formazione di personale sanitario interagente con il paziente stesso:

1. promuovere l'autogestione ed incoraggiare i pazienti ad essere attivi nella cura della propria malattia:
 - esaminare la disponibilità dei pazienti nell'accettare le responsabilità del trattamento,
 - valutare le conoscenze, le abilità e le risorse del paziente nel gestire il regime di trattamento,
 - supervisionare e supportare gli sforzi dei pazienti nell'assumersi le proprie responsabilità;
2. stabilire contratti individuali sulle aspettative di comportamento del paziente;
3. ridurre gli ostacoli all'aderenza risolvendo eventuali difficoltà interferenti;
4. mobilitare il supporto professionale e sociale;
5. favorire la verbalizzazione del paziente in merito alle preoccupazioni connesse alla malattia ed al piano di trattamento;
6. identificare modifiche al piano di trattamento al fine di aumentare la probabilità di aderenza.

2.4.2.2.2 Counselling sulla sessualità

Sono comuni tra i pazienti l'angoscia di non poter più tornare a vivere una vita sessuale normale, la preoccupazione per il tempo della ripresa, per il livello di attività possibile e il timore che l'attività sessuale abbia un'influenza nociva sulla condizione cardiaca.

Lo psicologo deve rassicurare il paziente ed incoraggiare una graduale ripresa della relazione sessuale, con attenzione particolare non solo alla componente fisica, ma soprattutto a quella emotiva [VI] [106].

Per quanto riguarda il coinvolgimento del partner, è importante che lo psicologo consideri le dinamiche di coppia preesistenti la malattia e attuali e verifichi la presenza di comportamenti disfunzionali quali l'iperprotezione o al contrario l'allontanamento [VI] [107].

♥ RACCOMANDAZIONE

Lo psicologo dovrebbe prestare attenzione alla sessualità poiché non sempre il paziente e/o il partner esprimono i dubbi e le paure riguardo alla ripresa dell'attività sessuale.

RACCOMANDAZIONI PER LA RICERCA

Gli studi riguardo alla ripresa dell'attività sessuale dopo RCV fanno principalmente riferimento alla popolazione maschile. Sono pertanto da incoraggiare lavori che prendano in considerazione tale problematica nelle donne.

2.4.2.2.3 Counselling per il reinserimento nella vita quotidiana

Favorire il ritorno ad una vita sociale e occupazionale il più simile possibile a quella precedente all'evento cardiovascolare rappresenta forse il fine ultimo dell'intero iter riabilitativo. Lo psicologo dovrebbe considerare le problematiche proprie della vita socio-lavorativa del paziente nel momento in cui propone percorsi di educazione alla salute, in quanto il controllo dei fattori di rischio e la modifica delle abitudini comportamentali possono essere influenzate, terminato il periodo della riabilitazione, dalle normali attività della vita quotidiana. Il paziente può manifestare dubbi e paure riguardo alla normale ripresa della vita occupazionale e sociale quotidiana. In questo caso l'intervento mira a fornire le strategie utili per affrontare tali situazioni problematiche.

♥ RACCOMANDAZIONE

Si dovrebbe aiutare il paziente a ripristinare una soddisfacente vita sociale ed occupazionale. In particolare con i pazienti ancora in età lavorativa, può essere utile mettere in atto un monitoraggio a distanza delle reazioni manifestate alla ripresa delle normali attività.

2.4.2.3 Intervento di stress management

Gli ultimi venti anni hanno visto intensificarsi gli studi cognitivo-comportamentali sulla risposta umana agli eventi stressanti, con una particolare attenzione alle modalità di adattamento psichico alla malattia fisica. Nel contempo si è verificato un progressivo spostamento da una visione dell'essere umano come assediato dagli insulti dell'esistenza a una visione più adattiva in cui gli eventi stressanti vengono considerati come sfide o circostanze da governare attraverso l'uso del pensiero o degli strumenti psicologici e sociali a disposizione [108].

Gli scopi dei programmi di gestione dello stress [109] sono di aiutare il paziente ad identificare gli stressor, a riconoscere risposte emotive e fisiche allo stress, a diminuire i livelli generali di attivazione e a sviluppare strategie efficaci di coping. Le principali tecniche utilizzate sono: il training di rilassamento, il training assertivo o delle competenze sociali*. Accanto a queste, i singoli fattori stressanti possono essere trattati secondo le modalità dell'intervento di counselling.

2.4.2.3.1 Training di rilassamento

Le tecniche più utilizzate fanno riferimento al Rilassamento Muscolare Progressivo* [110].

Gli obiettivi sono: maggiore autocontrollo, minore tensione, minore irritabilità, una riduzione delle paure e dei livelli d'ansia, la riduzione dei disturbi psicofisiologici.

Una possibile modalità di applicazione del training di rilassamento prevede: un incontro introduttivo su scopi e finalità del training, una serie di sedute guidate (minimo cinque) e una seduta di auto-somministrazione per verificare l'apprendimento.

2.4.2.3.2 Training assertivo o delle competenze sociali

Le tecniche più utilizzate fanno riferimento al problem solving* e al role playing*.

Gli obiettivi sono: riduzione dell'ansia sociale, incremento delle competenze comunicative, controllo della componente ostile.

L'intervento può essere condotto sia individualmente che in gruppo [111].

♥ RACCOMANDAZIONE

- Lo psicologo dovrebbe selezionare i pazienti da inserire nei programmi di stress management.
- Nell'utilizzo delle tecniche di rilassamento lo psicologo è tenuto a considerare eventuali controindicazioni sia cliniche che sociali.
- Lo psicologo dovrebbe garantire un intervento adeguato al fine di determinare l'apprendimento del training di rilassamento.

RACCOMANDAZIONI PER LA RICERCA

Sono necessarie ulteriori ricerche per identificare quali siano i pazienti che potrebbero trarre maggiori benefici da tale trattamento.

2.4.2.4 Psicoterapia individuale e di gruppo

La letteratura [112, 113] evidenzia trattamenti di provata efficacia* nelle seguenti psicoterapie:

- psicoterapia cognitivo-comportamentale per il trattamento dell'ansia generalizzata, fobie, attacchi di panico, bulimia, dolore cronico, disturbo ossessivo-compulsivo, cessazione del fumo, problematiche di coppia, alcolismo, impotenza;
- psicoterapia cognitiva per il trattamento del disturbo da attacchi di panico, depressione, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbo post-traumatico da stress, rabbia patologica;
- psicoterapia comportamentale per il trattamento della depressione, cefalea, dolore cronico, enuresi, alcolismo, rabbia patologica;
- psicoterapia interpersonale per il trattamento della depressione, bulimia;
- psicoterapia familiare per il trattamento dell'anoressia;
- psicoterapia dinamica breve per il trattamento della depressione;
- rilassamento per il trattamento dell'insonnia. L'intervento cognitivo-comportamentale [114]

è quello di gran lunga più citato negli studi condotti in ambito cardiovascolare [85, 94, 115, 116]. Nella pratica clinica, lo psicologo può adottare altre tecniche specifiche che si rifanno ad espliciti e riconosciuti modelli teorici di riferimento e che sono finalizzate al raggiungimento degli obiettivi terapeutici sopra citati.

La constatazione di una pari efficacia per molti disturbi tra interventi individuali e gruppal ha reso più frequente l'applicazione in ambito sanitario di modelli di intervento che utilizzano la terapia di gruppo sia per la maggior efficienza associata all'utilizzo di tale intervento sia per l'attuale esigenza di contenimento dei tempi medi di degenza legati all'aziendalizzazione del mondo sanitario.

Hanno indicazione ad un trattamento psicoterapeutico i pazienti cardiopatici che, in fase di valutazione, evidenziano uno stato di disagio psicologico clinicamente significativo. Tale intervento non necessariamente deve essere condotto in RCV, anzi talvolta è preferibile far afferrire il paziente ai servizi di salute mentale del territorio. Anche in assenza di tale condizione un trattamento psicoterapeutico breve può essere utile al paziente in quanto favorisce un processo di accettazione di sé e dei limiti conseguenti la patologia.

2.4.2.4.1 Intervento psicoterapeutico di sostegno

Gli interventi di sostegno mirano a favorire una migliore gestione emotiva e comportamentale del disagio psicologico che accompagna ogni esperienza di malattia.

Tale intervento prevede:

- l'analisi funzionale* delle risposte cognitive, emotive e comportamentali disadattive;
- l'individuazione di strategie di coping, mirate ad un miglior fronteggiamento dello stress indotto dalla malattia, anche attraverso un miglior utilizzo delle risorse del paziente.

♥ RACCOMANDAZIONI

- Le caratteristiche del trattamento psicoterapeutico richiedono che esso sia concordato nelle modalità e negli obiettivi con il paziente. In RCV il paziente dovrebbe acconsentire che anche il medico curante sia informato dell'andamento del trattamento psicoterapeutico.
- Lo psicologo, prima di intraprendere un intervento psicoterapeutico, dovrebbe essere nelle condizioni di garantirne lo svolgimento fino alla sua naturale conclusione.

2.4.2.5 Interventi di auto-aiuto

Gli interventi di auto-aiuto si declinano principalmente attraverso i gruppi con un'azione a livello educativo e cognitivo-comportamentale oltre che a livello emotivo, affettivo e relazionale. I gruppi di autoaiuto stimolano l'empowerment dei partecipanti così che chi è coinvolto in essi, ero-

gando agli altri un aiuto percepito come efficace, aumenta il proprio senso di autocontrollo e la autovalutazione delle proprie capacità e potenzialità positive [117].

È importante promuovere il costituirsi dei gruppi di auto-aiuto in quanto sembrano efficaci nel favorire [118]:

- il mantenimento e miglioramento della condizione fisica acquisita nella fase riabilitativa precedente;
- la regolarità dei controlli clinico-strumentali;
- l'adesione del paziente al programma di prevenzione secondaria mediante l'adozione di un corretto stile di vita.

Nel miglioramento dello stato emotivo e nella riduzione di ospedalizzazioni e di contatti con il medico di famiglia la letteratura evidenzia lieve efficacia di un intervento di autoaiuto condotto con l'ausilio di materiale cartaceo ("Heart Manual"), strutturato secondo la metodologia cognitivo-comportamentale e distribuito da medico o nurse adeguatamente formati [II] [119].

2.4.3 L'intervento psicologico rivolto ai familiari

Alcuni studi evidenziano che i familiari dei pazienti ospedalizzati o già dimessi possono sperimentare livelli di distress identici o superiori a quelli dei pazienti stessi; soprattutto per quanto riguarda la cardiopatia ischemica [II] [11, 120]. Inoltre, elevati livelli di distress si associano alla messa in atto di strategie di coping disfunzionali (evitamento, autocritica) e a riduzione dell'intimità di coppia [V] [121]. Altre ricerche evidenziano l'insorgenza nei familiari di ansia, sentimenti di colpa e rabbia che possono nascondere a livelli più profondi il timore di un ulteriore evento cardiaco e della morte del paziente [11]. La situazione di malattia può influenzare anche la qualità della relazione coniugale. I pazienti che nascondono le loro preoccupazioni e timori ai loro partner hanno un peggior riadattamento [V] [122] mentre il supporto del coniuge favorisce il recupero di un adeguato assetto cognitivo ed emotivo, l'autostima e la capacità di padroneggiare eventuali limitazioni fisiche [11, 123].

In merito al trapianto di cuore, l'analisi della letteratura ha evidenziato elevati livelli di stress durante il periodo di attesa dell'organo in almeno due terzi dei coniugi [V] [124, 125]. Lo stress viene evidenziato anche nelle mogli di pazienti sottoposti ad intervento di By Pass durante il periodo di attesa [11].

Infine dalla letteratura emerge l'esistenza di diversità di percezioni tra paziente e partner relativi alla gravità della malattia, all'outcome, all'aderenza. Motivi di disaccordo possono essere la dieta, l'attività fisica, la ripresa dell'attività sessuale ed il ritorno al lavoro. Tali credenze relative alle cause della malattia e al controllo sull'evento sono il fattore determinante la modificazione ed il mantenimento dello stile di vita e l'aderenza al trattamento medico [II] [126, 127]. Disaccordi e tensioni possono presentarsi durante la fase riabilitativa e preesistenti problemi nella coppia possono essere esacerbati dalla malattia.

Fine dell'intervento, individuale o di gruppo, è aiutare il partner a riconoscere le reazioni del paziente di fronte alla malattia e aumentarne la consapevolezza delle problematiche attribuibili alla malattia o preesistenti. Lo psicologo dovrebbe dare inoltre informazioni riguardo il controllo dei fattori di rischio al fine di facilitare il processo di cambiamento dello stile di vita e in secondo luogo rinforzare le modificazioni del comportamento richieste al paziente.

♥ RACCOMANDAZIONI

- I familiari dovrebbero essere invitati a partecipare alle sessioni educazionali insieme ai pazienti oppure dovrebbero essere organizzati incontri educativi specifici per loro.
- In presenza di problematiche familiari che possono interferire con il processo riabilitativo sarebbe opportuno prevedere colloqui con la famiglia.

2.4.4 Intervento per il controllo di alcuni comportamenti di rischio

La natura multidimensionale di alcuni comportamenti e il loro legame con le problematiche della dipendenza (fumo, alcol, scorretta alimentazione) rende opportuno, in questi casi, avviare interventi multidisciplinari condotti in équipe. Per ciascuno di essi sono disponibili interventi, descritti in linee guida specifiche, di cui esistono prove di efficacia [19-25].

2.4.5 Il contributo dello psicologo alle diverse professionalità

Il paziente in RCV si trova al centro di un processo terapeutico multidisciplinare nel quale è chiamato ad assumere il ruolo di un attivo problem-solver e ad interagire con più figure professionali a loro volta in comunicazione tra di loro. Nell'ambito di questo modello di medicina centrata sul paziente [II] [128] l'apprendimento di competenze comunicative adeguate acquisisce una importanza fondamentale e lo psicologo può configurarsi come agente di formazione alla comunicazione per le diverse figure sanitarie [VI] [129, 130].

Inoltre, alla luce delle sempre più consolidate acquisizioni sui rapporti che intercorrono tra le cognizioni e i comportamenti connessi alla salute e alla malattia [VI] [131], lo psicologo può utilmente intervenire nel guidare la programmazione e l'attuazione di interventi educativi per i pazienti.

Infine, data la circolarità dei processi comunicativi all'interno del team e tra team e paziente, lo psicologo potrebbe assumere un ruolo di "facilitatore" del passaggio e della condivisione di informazioni rilevanti ai fini della gestione clinica del paziente. Conseguentemente lo psicologo può configurarsi come indicatore del "clima del team" favorendo le interazioni fra i diversi membri del team.

La letteratura [128] ha infatti evidenziato che la qualità della comunicazione e della relazione fra

personale sanitario e paziente ha un impatto soprattutto sulla soddisfazione del paziente e sull'aderenza alle prescrizioni terapeutiche [105].

È noto inoltre il problema del burnout* degli operatori. Il lavoro di supporto all'équipe assistenziale sarebbe dunque necessario e potrebbe essere o informale, come avviene spesso quando è presente uno psicologo nel gruppo operativo, o più strutturato. Quest'ultimo approccio presuppone prima un'analisi dei livelli di burnout [V] [132, 133] e poi un intervento mirato al distress riscontrato e quindi al contenimento del malessere presente [VI] [134, 135].

Lo psicologo stesso infine non è immune dal rischio del burnout, anzi ne può essere affetto per sovraccarico clinico, soprattutto se si trova ad operare da solo, o per l'esposizione specifica alla sofferenza del paziente ("compassion fatigue") [VI] [136].

Accanto dunque a compiti professionali quali formazione alla comunicazione, implementazione di programmi educazionali e sostegno agli operatori, lo psicologo deve inoltre mantenere una continua formazione personale (supervisione) per prevenire eventuali ripercussioni del burnout sulla qualità delle prestazioni assistenziali.

♥ RACCOMANDAZIONE

Si ritiene opportuno indicare la necessità della supervisione e della continua formazione allo psicologo.

2.5 FASE DEL FOLLOW-UP

La fase del follow-up verifica se i bisogni di cura dell'utente sono stati soddisfatti (dimissione e refertazione) e, secondo il caso, se ci sono le condizioni per cui l'utente necessita di un programma di continuità della cura.

La verifica dell'efficacia dell'intervento psicologico può essere effettuata in diversi momenti.

2.5.1 La produzione di un referto e la dimissione

Il processo di refertazione consente la messa in evidenza dei cambiamenti e degli obiettivi raggiunti durante il percorso psicologico.

Il referto (vedi paragrafo 2.3.4) costituisce dunque la sintesi del percorso del paziente e del suo stato psicologico. Esso diventa lo strumento ufficiale di comunicazione tra gli operatori e tra operatore e paziente.

La refertazione può essere fatta dopo il colloquio d'accoglienza, dopo la valutazione iniziale, dopo l'intervento o in entrambi gli snodi decisionali.

I contenuti della refertazione dovrebbero essere comprensivi di:

- esiti della valutazione psicometrica e clinica effettuata;
- eventuali cambiamenti dello stato psicologico e delle risorse verificatisi durante il periodo di intervento psicologico;

- indicazioni sull'intervento effettuato e possibilità di continuazione dell'intervento stesso. Ad ogni referto è auspicabile allegare un diario delle prestazioni erogate dallo psicologo.

♥ RACCOMANDAZIONE

Il referto diventa strumento di impegno per tutte le figure coinvolte nel processo riabilitativo, paziente e medico di base compresi, ed è tale se viene fornito in tempo utile. Esso deve contenere le informazioni salienti, il linguaggio deve essere chiaro e comprensibile e, secondo le procedure concordate, contenere il programma da svolgere e/o già svolto.

Nel referto deve essere specificato, se vi è necessità di un invio ai Servizi Territoriali.

Esso deve essere recapitato in reparto secondo norme concordate e assolutamente tutelanti per la privacy del paziente.

Si raccomanda la produzione di referto dopo la valutazione e al termine dell'intervento. La refertazione scritta direttamente in cartella clinica medica costituisce il criterio minimo accettabile.

La dimissione segna il termine del periodo riabilitativo in senso stretto, ma da questo momento si attua il recupero delle funzioni fisiche, psicologiche e sociali nella realtà quotidiana del paziente.

È necessario che la dimissione sia personalizzata, con la consegna delle indicazioni per il controllo dei fattori di rischio e per la promozione di uno stile di vita sano e con indicazioni specifiche rispetto all'intervento svolto.

Al momento della dimissione devono essere identificati i pazienti per i quali è indicata la prosecuzione del trattamento psicologico.

2.5.2 Follow-up

Elemento centrale della gestione del malato cardiopatico cronico risulta la promozione di un'assistenza continuativa ed integrata, intra ed extraospedaliera secondo un modello che assicuri:

- percorsi terapeutici omogenei ma anche appropriati;
- integrazione con le differenti strutture territoriali ma soprattutto con le figure professionali coinvolte e, in particolare, con il Medico di Medicina Generale (MMG) che svolge un ruolo essenziale nella gestione del malato;
- stretta collaborazione con i servizi socio-assistenziali.

È importante attuare un modello strategico multifattoriale e multidisciplinare finalizzato alla continuità assistenziale (si veda letteratura citata nel paragrafo 3.3). Nella pratica clinica per una gestione globale ed efficace del paziente cronico, in cui si evidenzia sempre più l'esigenza di strutturare dei follow-up [V] [137, 138], gli obiettivi primari saranno di prevenire le recidive (prevenzione secondaria) e migliorare la qualità della vita. La

continuità assistenziale riveste un ruolo di grande importanza nel favorire l'aderenza al trattamento, il miglioramento della qualità di vita, la riduzione della mortalità e delle recidive e quindi un'adeguata prevenzione secondaria.

I controlli clinici periodici previsti nel percorso riabilitativo devono essere proposti al paziente come un momento di verifica del cambiamento e una occasione in cui il paziente ha modo di sperimentare e consolidare quello che viene considerato il suo ruolo attivo.

Il follow-up periodico e strutturato con un approccio multidisciplinare è uno strumento che permette la continuità della cura. Esso potrà avvenire in ambulatorio o in Day Hospital e dovrà prevedere una valutazione omnicomprensiva.

Le aree da indagare e rinforzare saranno le stesse del colloquio clinico ma con particolare riferimento alle strategie di cambiamento.

RACCOMANDAZIONE A

Sulla base delle attuali evidenze, è necessario prevedere la pianificazione di una rete strutturale articolata nell'ambito della cardiologia riabilitativa che garantisca la continuità assistenziale anche psicologica oltre che cardiologica.

2.5.2.1 Strumenti psicometrici consigliati per il follow-up

Tutti i test proposti nella parte dedicata alla valutazione psicologica e della qualità della vita possono essere utilizzati nella fase di follow-up.

♥ RACCOMANDAZIONI

1. Un corretto follow-up dovrebbe essere previsto almeno a 6 mesi dall'inizio del processo riabilitativo.
2. La somministrazione dei test dovrebbe avvenire nella stessa sede della prima valutazione. Talvolta si ricorre, per esigenze organizzative, all'invio postale dello strumento o al contatto telefonico: per ambedue la modalità deve essere richiesto un preventivo consenso informato. Queste ultime modalità richiedono un successivo attento vaglio della qualità delle risposte date ai test.

2.5.3 Verifica dell'efficacia dell'intervento

Le attuali tendenze della politica sanitaria nazionale impongono la necessità di individuare indicatori di qualità del servizio* erogato, spesso riassumibili in indicatori di:

- efficacia (è servito l'intervento psicologico?);
- efficienza (quanto impegno in termini di risorse organizzative rispetto al risultato ed in quali tempi?).

Esistono vari approcci possibili al tema della qualità. Per il settore prettamente psicologico e in

seguito alle esperienze condotte [5, 139] riteniamo applicabile l'approccio che fa riferimento alla qualità:

1. oggettiva (i tempi, i costi, i risultati ottenuti);
2. percepita (la raccolta e l'analisi delle opinioni dei soggetti direttamente coinvolti nel processo di erogazione di un servizio che esprime e misura il loro gradimento o malcontento);
3. di processo o negoziale (le risorse disponibili, i risultati attesi dal servizio, i tempi e i costi previsti e come pattuiti tra le parti).

I risultati dell'intervento psicologico si identificano con i risultati dell'intervento riabilitativo globale, ma gli indicatori possono essere diversi.

2.5.3.1 Metodologia per lo sviluppo di indicatori relativi alla valutazione della qualità oggettiva

- Fase 1
Standardizzare i criteri di selezione dei pazienti /gruppi di pazienti da avviare alle procedure psicologiche.
- Fase 2
Rilevare dall'assessment psicometrico di screening indicatori oggettivi da proporre ai pazienti all'accesso e al termine del processo riabilitativo, sia esso in regime di degenza, Day Hospital, o ambulatoriale.
- Fase 3
Comparare, prima-dopo l'intervento psicologico, i dati rilevati con gli indicatori individuati alla Fase 2 con sistematiche e periodiche analisi statistiche per una quantificazione oggettiva dei risultati.
- Fase 4
Analizzare gli scostamenti che emergono dalle analisi alla Fase 3 per mettere in evidenza le criticità connesse all'intervento psicologico erogato.
È importante individuare le tipologie cliniche e socio-culturali dei pazienti che non sono migliorati e/o peggiorati, rispetto agli indicatori utilizzati, al fine di consentire una periodica revisione dell'intervento condotto, concordemente ai modelli sanitari di miglioramento continuo.
- Fase 5
Ricerare il confronto dei propri risultati con quelli di altri servizi che attuano la stessa metodologia valutativa.

2.5.3.2 Metodologia per lo sviluppo di un processo di valutazione della qualità percepita

La valutazione della qualità percepita rappresenta un indicatore della qualità del servizio non di per sé esauriente, ma imprescindibile in un corretto percorso di ricerca valutativa. Le principali metodologie utilizzate per consultare gli utenti e che possono essere applicate anche ai servizi sanitari sono:

- *Survey**. È il metodo del sondaggio particolarmente adatto per verificare l'impatto che il servizio ha presso la propria utenza e/o l'utenza attesa in generale.

- *Metodi basati sull'utilizzo di interviste e focus group*. Permettono di analizzare gli "incidenti" e i successi che occorrono nel corso dei processi di cura, e di identificare le aree di malcontento e le aree di gradimento degli utenti dei servizi.
- *Raccolta e trattamento di reclami e segnalazioni presentati dagli utenti*. Permettono di evidenziare le disfunzioni episodiche e croniche di un determinato servizio.
- *Indagini basate su questionari di soddisfazione*. L'indagine a questionario, che può essere articolato a diverso grado di complessità, è l'unica che consente confronti diacronici (permette di evidenziare gli scostamenti dei livelli di soddisfazione per le stesse prestazioni, nel corso del tempo) e sincronici (permette il confronto di servizi simili).

2.5.3.3 Metodologia per lo sviluppo di una valutazione della qualità di processo o negoziale

La valutazione della qualità di processo non fa riferimento alle pratiche di certificazione che perseguono l'obiettivo di rendere standardizzabili, prevedibili e controllabili i contenuti dell'offerta di servizio da parte del potenziale utente. Essa si basa piuttosto su alcuni assunti di base:

- la qualità si realizza lungo un processo partecipativo che comporta il coinvolgimento di tutti gli erogatori del servizio;
 - la qualità richiede un progetto di integrazione tra molteplici livelli di analisi e punti di vista professionali;
 - la valutazione si pone come costruzione di significati ostensibili, condivisi e negoziati.
- Anche in questo caso la valutazione della qualità del servizio erogato può essere suddivisa in varie fasi:
- Fase 1: ricostruzione del servizio inteso come processo. Gli operatori sono chiamati a porsi dal punto di vista dell'utente e, dopo aver descritto il flusso di un'ipotetico fruitore del servizio, sono chiamati ad individuarne le criticità.
 - Fase 2: individuazione delle caratteristiche della qualità da valutare (ad es. tempi d'attesa) e del punto di vista utilizzato per valutarle (ad es. qualità percepita).
 - Fase 3: definizione degli standard per ciascuna caratteristica sui quali condurre la valutazione del servizio.
 - Fase 4: individuazione e introduzione di interventi migliorativi.

♥ RACCOMANDAZIONI

Ogni psicologo dovrebbe attuare processi di valutazione della qualità delle proprie prestazioni erogate.

La valutazione deve fare riferimento ad uno dei principali modelli di valutazione della qualità, scelto sulla base dell'obiettivo che il servizio stesso si è posto.

3. CARATTERIZZAZIONE PSICOLOGICA E SPECIFICITÀ DI INTERVENTO NELLE DIVERSE PATOLOGIE

Introduzione

L'esperienza clinica cardiologica e psicologica indica chiaramente che all'interno delle diverse patologie sono ravvisabili notevoli differenze tra i pattern psicologici di reazione alla malattia e di gestione della stessa in base sia alla diagnosi sia alla storia di malattia. Quest'ultima è a sua volta condizionata da vari fattori tra i quali l'età del paziente al momento dell'insorgenza della malattia, le risposte emozionali alla diagnosi e al decorso sintomatologico e clinico, le cognizioni che sottendono il modello implicito di malattia, i comportamenti messi in atto, la presenza o meno di supporto familiare/affettivo ecc. Il significato che la malattia assume per il paziente è pertanto fortemente soggettivo e variabile nel corso del tempo. Tale soggettività, nel suo insieme, si configura pertanto come non prevedibile sulla base di criteri di evidenza scientifica. Questa è disponibile solo relativamente a categorizzazioni di patologie e di variabili psicologiche e poiché la presente trattazione si attiene all'evidenza scientifica, di seguito sono presentate le evidenze associate alle diverse variabili psicologiche di frequente riscontro nelle diverse patologie.

Sarà compito dello psicologo pervenire ad una visione dinamica d'insieme della condizione psicologica del singolo paziente.

♥ RACCOMANDAZIONE

Poiché non è possibile prevedere sulla base della diagnosi cardiologica un predeterminato pattern di reazione psicologica, si raccomanda l'adozione, flessibile e adattabile alle esigenze del singolo paziente, di procedure di valutazione e di intervento psicologiche scaturite dalla evidenza scientifica.

3.1 PAZIENTI CON CARDIOPATIA ISCHEMICA

Caratterizzazione psicologica

Studi epidemiologici mettono in luce forte evidenza di associazione fra comportamenti di rischio [III] (vedasi lavori citati nelle Linee Guida) e outcome clinico.

Dalla analisi della letteratura sono stati individuati una revisione sistematica di studi prospettici di coorte [III] [140] e singoli studi longitudinali che consentono di affermare l'esistenza di una forte evidenza di associazione fra le seguenti variabili e comparsa/outcome di malattia coronarica:

- depressione [III] [140-146];
- carenza di supporto sociale [III] [140, 141, 143];
- caratteristiche psicosociali del lavoro* [III] [140, 141, 147];
- ansia [III] [140, 141, 145, 148].

RACCOMANDAZIONE A

È necessario che lo psicologo valuti attentamente la possibile presenza di comportamenti di rischio, depressione, carenza di supporto sociale, caratteristiche psicosociali del lavoro e ansia in tutti i pazienti ischemici.

Esiste una forte evidenza che non sia presente associazione fra tipo A* e ostilità e comparsa/outcome di malattia coronarica [III] [140, 141].

RACCOMANDAZIONE D

La valutazione del tipo A e dell'ostilità non è raccomandata di routine.

Inoltre in alcuni studi emerge moderata evidenza di associazione fra i fattori psicosociali studiati e la comparsa/outcome di malattia coronarica:

- personalità di tipo D* [III] [149-152];
 - rabbia, aggressività, cinismo, esaurimento vitale* ("vital exhaustion") [III] [140, 146, 153, 154];
 - stress acuto e cronico [V] [155-158];
 - disturbo post-traumatico da stress [V] [159-162];
- Emerge inoltre associazione fra le seguenti variabili e la condizione clinica:
- disturbi neuropsicologici - By pass aorto-coronarico [II] [163-167];
 - problemi sessuali [VI] [168, 169].

Alcuni studi inoltre documentano profili psicologici diversi in relazione a genere ed età [V] [34, 170-173].

RACCOMANDAZIONE B

È necessario valutare la possibile presenza di reazioni emotive, di eventi stressanti antecedenti la malattia e di Disturbo Post-Traumatico da Stress antecedente o reattivo alla condizione clinica.

RACCOMANDAZIONE B

Dovrebbe essere indagata anche tramite valutazione neuropsicologica la possibile presenza di deficit cognitivi nel paziente sottoposto a By Pass aortocoronarico.

RACCOMANDAZIONE C

Sarebbe necessario valutare la possibile presenza di problematiche sessuali.

RACCOMANDAZIONE B

Dovrebbe essere effettuata una valutazione specifica per età e genere.

RACCOMANDAZIONI PER LA RICERCA

1. Sviluppare strumenti finalizzati alla rilevazione delle seguenti aree:
 - caratteristiche psico-sociali del lavoro (percezione di basso controllo in ambito lavorativo);
 - isolamento sociale e mancanza di supporto sociale.
2. Incrementare la ricerca per l'individuazione di peculiari aspetti riferiti alla personalità come fattore di rischio per aumentare conoscenze rispetto ad aree controverse (rabbia, cinismo, tipo D).

Specificità dell'intervento psicologico

Il paziente ischemico è stato il modello sul quale in RCV si sono definiti i piani di trattamento psicologici.

Due metanalisi [I] [86, 87] sostengono l'utilizzo di interventi educativi e psicosociali. In particolare Linden mostra che l'aggiunta di trattamenti psicosociali (intendendo per psicosociale qualsiasi intervento psicologico, con almeno counselling), durante un trattamento di riabilitazione cardiologica, può ridurre significativamente la morbilità, il distress psicologico e alcuni fattori di rischio biologici; essi possono, inoltre, avere un impatto significativo sulla qualità di vita, in quanto si riduce il distress psicologico. L'analisi costo-benefici rivela che è economicamente giustificato un intervento psico-sociale soprattutto per i suoi effetti sulla depressione [86].

Una metanalisi condotta su 37 trials [I] [85] evidenzia che programmi psicoeducazionali* (intendendo per psico-educazionale interventi di educazione alla salute e stress management) riducono la mortalità cardiaca (34%), le recidive (29%) di infarto, e alcuni fattori di rischio biologici, ma non riporta risultati significativi per l'outcome psicologico (ansia, depressione). Una possibile spiegazione può essere l'inclusione di due trials [I] [174, 175] con risultati negativi per le variabili psicologiche in cui sono stati inclusi soggetti con bassi livelli di sintomi psicologici, misure di outcome non sufficientemente sensibili a rilevare cambiamenti, interventi psicologici non ben definiti e non effettuati da personale adeguatamente formato. La stessa metanalisi evidenzia come programmi di riabilitazione cardiologica con risultati su obiettivi prossimali (pressione sistolica, fumo, esercizio fisico, distress emozionale) sono più efficaci su obiettivi distali (mortalità cardiaca e ricorrenza di infarto miocardico) rispetto ai programmi che non hanno avuto successo con obiettivi prossimali.

Nella revisione di Linden [VI] [94] sul razionale e sugli outcome di trattamenti psicologici in riabilitazione cardiaca sono indicati interventi di gruppo con istruzioni standard per la gestione emotiva della malattia, dello stress e dell'aderenza ed interventi individuali "caso per caso" in pazienti che presentano elevati livelli di ansia e/o depressione, difficoltà nella cessazione dell'abitudine al fumo e nell'aderenza alle linee-guida dell'esercizio fisico e dell'alimentazione.

STEPTOE *et al.* [III] [176] in linea con la messa a punto di programmi personalizzati, dimostrano l'efficacia di brevi interventi comportamentali basati sul modello degli stadi di cambiamento rispetto ad interventi di educazione sanitaria "usual care".

SEBREGTS *et al.* [I] [177] esaminano le diverse tipologie di intervento condotte su campioni randomizzati di pazienti rispetto ad outcome documentati quali riduzione di mortalità e morbilità: i risultati attestano una maggiore efficacia di interventi multimodali indirizzati ad una modificazione globale dello stile di vita piuttosto che a moduli separati focalizzati su un singolo fattore di rischio, sottolineando comunque la necessità di un intervento motivazionale di tipo cognitivo-comportamentale che affianchi l'intervento educativo. DONKER [VI] [178], ribadendo la necessità di un approccio multidisciplinare e affiancato da tecniche di stress management, individua quale sfida per il futuro della riabilitazione il coinvolgimento anche del contesto sociale del paziente, al fine di strutturare una rete di supporto che rinforzi il mantenimento delle nuove abitudini comportamentali.

Dunque al momento non è possibile avere conclusioni definitive, ma i vari Autori stimolano lo sviluppo in RCV di programmi psicoeducazionali individualizzati, specifici nelle componenti (stress management, educazione alla salute) per gruppi omogenei di pazienti, specifici per donne e anziani, e condotti da personale che riceva una formazione ad hoc.

La letteratura citata nel paragrafo 2.3.1.1 mostra inoltre evidenza scientifica per interventi psicologici mirati alla riduzione del distress emozionale e a facilitare l'aderenza alle prescrizioni terapeutiche.

RACCOMANDAZIONE A

È necessario che lo psicologo pianifichi interventi di educazione alla salute e/o di stress management per tutti i pazienti con cardiopatia ischemica.

RACCOMANDAZIONE A

Sono raccomandati interventi psicologici di sostegno e/o di eventuale psicoterapia in pazienti che presentano sintomi di depressione e/o ansia, carenza di supporto socio-familiare.

Alcuni studi [II] [49, 120] evidenziano la presenza di credenze erranee sulla salute e sulla malattia cardiaca.

RACCOMANDAZIONE B

Lo staff riabilitativo dovrebbe identificare e correggere credenze erranee sulla salute e sulla malattia cardiaca nei pazienti con malattia coronarica.

Lievi evidenze relative all'efficacia di interventi psicologici mirati alla modificazione del comportamento di tipo A/ostilità [94] e modesta associazione fra tale pattern di personalità ed outcome clinico [140] suggeriscono prudenza nell'implementazione di tali interventi psicologici.

RACCOMANDAZIONE D

Interventi specifici per modificare il pattern comportamentale tipo A non sono raccomandati come parte essenziale di programmi di riabilitazione cardiaca multidisciplinare.

Sono stati recentemente pubblicati i risultati di un trial multicentrico clinico, randomizzato [II] [179, 180], che ha valutato gli effetti di un intervento cognitivo-comportamentale sulla morbilità e mortalità in pazienti post-infarto che presentavano depressione e/o isolamento sociale. 1238 pazienti hanno effettuato un intervento psico-sociale individuale e/o di gruppo (terapia cognitivo-comportamentale fino a sei mesi); 1243 pazienti hanno effettuato un intervento di usual care. I risultati indicano diminuzione della depressione e miglioramento del supporto sociale nel gruppo intervento, soprattutto nei primi sei mesi, ma mostrano che l'intervento cognitivo-comportamentale non influenza l'end-point primario della mortalità e del reinfarto.

3.2 PAZIENTI SOTTOPOSTI AD INTERVENTO CHIRURGICO DI CHIRURGIA VALVOLARE

Caratterizzazione psicologica

Emerge lieve evidenza di associazione fra condizione clinica e:

- ansia e attacchi di panico pre-intervento [III] [181, 182];
- ansia e disturbo post-traumatico da stress [V] [159, 162, 183];
- disturbi neuropsicologici post-intervento [V] [184-186], in particolare nella sostituzione valvolare mitralica meccanica [187].

RACCOMANDAZIONE B

È consigliabile valutare la possibile presenza di ansia, attacchi di panico e Disturbo Post-Traumatico da Stress reattivo alla fase acuta o post-operatoria o antecedente la condizione clinica.

Specificità dell'intervento psicologico

L'intervento psicologico nel paziente valvopatico si caratterizza per alcune specificità che riguardano la necessità di:

- un intervento di carattere informativo-educativo preoperatorio, atto a limitare il disagio che spesso il paziente collega al rumore della valvola [III] [188];

- una psicoterapia cognitivo-comportamentale, affiancata da una terapia farmacologica, nei casi in cui, dopo l'intervento chirurgico, si vada incontro a disturbo post-traumatico da stress [V] [159];
- gruppi di supporto per i pazienti con attacchi di panico correlato a prollasso della mitrale [V] [189].

RACCOMANDAZIONE B

È consigliabile che i pazienti con ansia, attacchi di panico e Disturbo Post-Traumatico da Stress abbiano la possibilità di essere supportati con interventi psicoterapeutici.

3.3 PAZIENTI CON SCOMPENSO CARDIACO CRONICO

Caratterizzazione psicologica

Esiste moderata evidenza di associazione fra le seguenti variabili e comparsa/outcome di malattia:

- rischio comportamentale [V] [190];
- depressione [III] [191-197];
- carenza di supporto sociale [V] [198-200].

Emerge inoltre associazione fra le seguenti variabili e la condizione clinica:

- deficit cognitivi [IV] [201-205];
- abilità di coping, autoefficacia, autogestione [V] [98, 200, 206-208];
- aderenza [V] [97, 105, 209-211];
- manifestazioni ansiose, nevroticismo*, disturbi del sonno, disfunzioni sessuali, comportamenti di rischio cardiovascolare e limitazioni funzionali, oggettivamente e soggettivamente percepite [V] [206, 212-216].

RACCOMANDAZIONE A

È necessario valutare attentamente la possibile presenza di comportamenti di rischio, depressione, carenza di supporto socio-familiare, ansia in tutti i pazienti scompensati.

RACCOMANDAZIONE B

Dovrebbero essere indagati anche tramite valutazione neuropsicologica i deficit cognitivi negli anziani e nei pazienti gravemente compromessi.

RACCOMANDAZIONE A

Lo psicologo dovrebbe valutare i livelli di aderenza e le abilità di autogestione della malattia per ottimizzare l'intervento al fine di prevenire ricadute e ospedalizzazioni.

RACCOMANDAZIONE C

Sarebbe necessario valutare la possibile presenza di disturbi sessuali e del sonno.

Alcuni studi inoltre documentano profili psicologici diversi in relazione a genere ed età [IV] [217-220].

RACCOMANDAZIONE B

Dovrebbe essere effettuata una valutazione specifica per età e genere.

Specificità dell'intervento psicologico

L'analisi della letteratura [VI] [221] evidenzia che è fondamentale da un punto di vista teorico, metodologico e operativo, nel trattamento con i pazienti con scompenso cardiaco cronico (SCC), il passaggio dall'ottica della prevenzione secondaria cardiaca a quella di trattamento di una malattia cronica e ingravescente, durante il quale il paziente non è chiamato solo a modificare alcuni aspetti disfunzionali, comportamentali o personologici, ma anche a mettere in campo risorse cognitive, emotive e comportamentali che gli permettano di convivere con questa malattia, aderire a complessi regimi terapeutici e mantenere un discreto livello di qualità di vita. La gestione dello SCC richiede spesso importanti modificazioni dello stile di vita, da parte sia dei pazienti sia dei loro familiari. Al paziente sono richiesti cambiamenti di ruolo in ambito personale, familiare e socio-lavorativo e comportamenti da seguire, tra cui i più importanti sono: l'osservanza di complessi regimi farmacologici, il monitoraggio di parametri fisiologici e di sintomi, la dieta (restrizione di consumo di sale e di apporto di liquidi), l'attività fisica, l'astensione da fumo e da un eccessivo consumo di alcolici.

Dalla letteratura e dall'esperienza clinica emerge che gli interventi di ottimizzazione del trattamento dello SCC sono legati a due aspetti salienti, sia nei programmi educativi sia negli interventi psicologici, individuali o di gruppo:

- l'autogestione;
- l'aderenza.

Autogestione

L'autogestione permette di:

- riconoscere i sintomi (per es. gonfiore agli arti);
- monitorare il livello e l'intensità dei sintomi soggettivi (volume del gonfiore e durata);
- monitorare i parametri cardiaci e i comportamenti disfunzionali (livello di ritenzione dei liquidi);
- adattare il piano di trattamento (restrizione del sale e dei liquidi, aumento del diuretico);
- rinforzare le decisioni prese se si raggiungono gli obiettivi;
- consultare il team assistenziale in caso di non raggiungimento degli obiettivi.

Lo psicologo può aiutare il paziente a valutare gli aspetti di autogestione già esistenti, a modificare gli aspetti disfunzionali e rinforzare quelli funzionali. L'autogestione va promossa fin dall'inizio dei primi sintomi dello SCC, mantenuta per tutta la durata dello stesso e sostenuta forzatamente, per la sopravvivenza, nelle fasi di instabilizzazione e quelle terminali [VI] [208, 222].

Aderenza

Il limitato successo degli interventi per migliorare l'aderenza è dovuto alla presenza di studi rivolti a correggere soprattutto la non-aderenza non-intenzionale. La non-aderenza intenzionale, che coinvolge fattori non facilmente analizzabili quali quelli cognitivi legati al modello implicito di malattia e quelli relazionali legati al rapporto medico-paziente, non ha ancora avuto invece la dovuta attenzione [105].

La riduzione della non-aderenza non-intenzionale avviene attraverso il riconoscimento e la correzione di alcuni aspetti:

- aspetti psicosociali (problemi psicologici, deficit neuropsicologici e scarso supporto socio-familiare);
- le distorsioni cognitive circa la consapevolezza e l'autogestione della malattia;
- l'inefficacia comunicativa dei membri dello staff medico [VI] [105, 223].

Il definire in modo interattivo con il paziente i piani di trattamento può essere una modalità efficace per superare i limiti sopraesposti e per adeguare la gestione della malattia ai cambiamenti sintomatologici e clinici.

RACCOMANDAZIONE B

L'intervento psicologico dovrebbe ottimizzare il trattamento gestionale nella correzione di fattori psicosociali disadattivi e interferenti, favorire risorse di autogestione e migliorare l'aderenza alle prescrizioni.

Specificità degli interventi di educazione alla salute

Gli interventi di educazione alla salute specifici per pazienti SCC sono rivolti ad aiutare il paziente nella gestione della malattia e nel mantenimento dell'aderenza terapeutica.

Esiste forte evidenza scientifica per molti modelli di intervento gestionale [I] [88] suddivisi in:

- modelli impostati sulla gestione infermieristica e/o sull'assistenza domiciliare; [I] [224-226];
- modelli multidisciplinari, mediati da modelli gestionali presenti nelle Unità per lo SCC [I] [227-230].

RACCOMANDAZIONE A

È necessario che l'educazione alla salute sia inclusa nei programmi di intervento gestionale, multidisciplinare o infermieristico, poiché riduce il numero di ospedalizzazioni per SCC.

RACCOMANDAZIONE B

L'educazione alla salute dovrebbe essere indirizzata all'autogestione dello SCC non solo in termini di cambiamenti comportamentali, ma anche di modificazioni delle credenze personali per ottenere cambiamenti duraturi a lungo termine.

RACCOMANDAZIONE B

Si consiglia nei pazienti anziani con SCC l'assistenza domiciliare e/o la facilitazione d'accesso alle strutture sanitarie.

RACCOMANDAZIONI PER LA RICERCA

Sono necessari ulteriori studi per capire a chi e come indirizzare un intervento gestionale multidisciplinare, individuale o di gruppo, differenziandolo in base alla gravità dello SCC (fase di stabilità, di instabilizzazione o in attesa di trapianto cardiaco), all'età del paziente, al grado di compromissione neuropsicologica e al regime assistenziale (degenza, Day Hospital, ambulatoriale, domiciliare).

Interventi di counselling o psicoterapeutici specifici

In letteratura gli interventi di counselling o psicoterapeutici specifici (terapia cognitiva e stress management) [II] [115] per pazienti con SCC riguardanti gli aspetti psichici vengono spesso citati come uno degli approcci non farmacologici (oltre all'attività fisica e alle prescrizioni dietetiche). I contributi descritti si focalizzano sulla depressione e sull'offerta di sostegno emotivo o di counselling al fine di comprendere i bisogni del paziente, gestire le risposte emozionali alla malattia, migliorarne la qualità di vita e ottimizzare gli outcome fisici dell'intervento terapeutico [VI] [116, 223].

Lo psicologo partendo da una valutazione psicologica, clinica e/o testistica, programma l'intervento terapeutico che di volta in volta si rende necessario. Può trattarsi di un intervento psicologico su aspetti disfunzionali (cognitivi, emotivi o comportamentali) nella gestione della malattia, di counselling nell'ottimizzazione delle modalità di coping e di supporto psicologico in fase di instabilizzazione o terminale [VI] [18, 134, 135].

I problemi psicologici rilevati, soprattutto se descritti dal paziente, dai familiari o dall'equipe assistenziale come ricorrenti, intensi e interferenti con le attività quotidiane e di cura, possono necessitare anche di una valutazione e di un trattamento psichiatrico. Lo psichiatra deve anche essere consultato per la gestione di scompensi psicotici presenti soprattutto nelle fasi di grave instabilizzazione clinica o nella fase terminale.

RACCOMANDAZIONE A

L'intervento psicologico è necessario in presenza di depressione e di carenza di supporto emotivo.

3.4 PAZIENTI CON TRAPIANTO DI CUORE*Caratterizzazione psicologica*

Esiste moderata evidenza di associazione fra le seguenti variabili e outcome di malattia:

- patologia psichiatrica [V] [231, 232];
- depressione [V] [233-236];

- ansia [V] [236, 237];
 - fattori di personalità [III] [235, 238].
- Emerge inoltre associazione fra le seguenti variabili e la condizione clinica:
- deficit cognitivi [V] [239, 240];
 - problemi sessuali [VI] [241];
 - strategie di coping e autoefficacia [V] [135, 232, 242, 243];
 - carenza di supporto socio-familiare [V] [241, 244];
 - ripresa dell'attività lavorativa [VI] [245];
 - aderenza [V] [97, 105, 237, 243].

RACCOMANDAZIONE A

È necessario che tutti i pazienti candidati a trapianto cardiaco siano valutati da uno psicologo e/o da uno psichiatra, al fine di identificare l'eventuale presenza di patologia psichiatrica e di individuare le risorse nei termini di tono dell'umore, strategie di coping e supporto socio-familiare, in quanto variabili predittive di aderenza al trattamento.

RACCOMANDAZIONE A

È opportuno monitorare a breve e a lungo termine i livelli di aderenza alle prescrizioni.

♥ **RACCOMANDAZIONE**

È necessario valutare la possibile presenza di reazioni emotive ed eventi stressanti antecedenti la malattia.

RACCOMANDAZIONI PER LA RICERCA

- 1) Si consiglia di sviluppare protocolli di ricerca che possono favorire la nascita di strumenti di screening, in particolare per quanto riguarda la presenza di disturbi di rilevanza psichiatrica nella fase pre-trapianto.
- 2) Si consiglia di sviluppare interviste strutturate per l'individuazione delle risorse come modalità di indagine intermedia tra l'utilizzo del test o del colloquio clinico.

Specificità dell'intervento psicologico

Diversi lavori [V] [233, 234, 241, 246] suggeriscono la necessità di interventi, anche di natura psicoterapeutica, in particolare nella fase d'attesa del trapianto.

In questa fase, la letteratura sopra citata rileva come forti predittori di outcome negativi:

- Marcato declino nella vita sociale e nelle attività di tutti i giorni e elevato livello di depressione con un continuo declino del benessere psicologico. Viene indicata la necessità di un supporto psicoterapeutico.

- Presenza di un disturbo di personalità*, anche se solitamente non appare in frequenza superiore rispetto alla popolazione sana. Seppur può non esser motivo di esclusione dal trapianto, durante la fase d'attesa va trattato preferibilmente con trattamenti psicologici di provata efficacia empirica, in congiunzione a trattamento psicofarmacologico.
- Stress dei familiari [124, 125]. Anche i familiari nella fase d'attesa sono sottoposti allo stress legato al rischio di trovarsi totalmente immersi nella vita del paziente e della sua malattia. Più aumenta il tempo d'attesa e più diminuisce in loro la capacità di mantenere viva la speranza: gli operatori possono intervenire nell'incoraggiare l'utilizzo di strategie positive di coping e scoraggiare quelle negative, fornendo un appoggio empatico.

Nella fase successiva al trapianto le principali aree problematiche fanno riferimento al permanere di problemi sessuali, a difficoltà nel ritorno al lavoro, al mantenimento del regime farmacologico. La letteratura per quanto riguarda i problemi sessuali suggerisce l'intervento informativo e di supporto degli operatori, anche utilizzando materiale educativo adeguato. Rispetto invece al ritorno al lavoro, attualmente non sono descritti programmi atti a facilitare il rientro lavorativo del paziente, nonostante rappresenti un elemento chiave per determinare una buona riabilitazione. Infine per quanto riguarda l'aderenza al trattamento si sottolinea sempre l'indicazione di una attività di tipo educativo e supportivo.

Tra le attività di supporto per i pazienti dopo l'intervento di trapianto vi è l'attività di gruppo, aperta anche ai familiari, per favorire il ritorno ai precedenti ruoli sociali. Anche in questo caso la letteratura non è però chiara sull'efficacia terapeutica [V] [237, 241].

RACCOMANDAZIONE A

È necessario che durante la fase d'attesa e nel tempo successivo al trapianto, i pazienti e i loro familiari abbiano la possibilità di essere supportati dal punto di vista psicologico, anche con interventi di natura psicoterapeutica.

3.5 PAZIENTI CON ARTERIOPATIA CRONICA OBLITERANTE PERIFERICA

Caratterizzazione psicologica

Sono presenti scarsi dati psicologici nella letteratura riguardante i pazienti con arteriopatia cronica obliterante periferica (AOCP).

Vi è lieve evidenza di associazione fra malattia e:

- depressione [III] [247-250];
- motivazione, aderenza ai trattamenti e abilità di coping [V] [251-255], variabili cognitive [V] [256].

♥ RACCOMANDAZIONE

La rilevazione delle caratteristiche psicologiche del paziente con AOCP avviato a training riabilitativo risponde all'esigenza di evidenziare eventuali problemi di natura emozionale o comportamentale, che possono ostacolare l'applicazione delle metodiche riabilitative e comprometterne l'efficacia.

Specificità dell'intervento psicologico

In letteratura non sono emersi studi specifici sull'intervento psicologico per questa patologia.

Poiché la modificazione di comportamenti a rischio per la salute è un obiettivo primario (Linee Guida AOCP), sono valide le raccomandazioni già indicate per la patologia ischemica. Si raccomanda l'intervento individualizzato, soprattutto per l'età avanzata di questa popolazione. Inoltre gli studi citati suggeriscono per questa parte di popolazione l'importanza di un intervento psicologico specifico, motivazionale e di supporto per la depressione.

♥ RACCOMANDAZIONE

È necessario che l'intervento psicologico motivazionale e di supporto, per la depressione in particolare, sia individualizzato.

3.6 PAZIENTI PORTATORI DI PACE-MAKER O DEFIBRILLATORI

Caratterizzazione psicologica

Esiste moderata evidenza di associazione, soprattutto in giovani e donne con lunga storia di malattia, fra l'essere portatori di dispositivo e le seguenti variabili psicologiche:

- ansia [III] [257, 258];
- depressione [III] [257];
- paura (di collassi, di malfunzionamento del Cardioverter Defibrillatore Impiantabile (CDI), della morte) [III] [257];
- carenza di supporto sociale e credenze erronee [VI] [259];
- vissuto di malattia [V] [260].

RACCOMANDAZIONE A

È necessario che pazienti con Cardioverter Defibrillatore Impiantabile siano valutati per possibile presenza di ansia, depressione e paure connesse alla malattia.

Specificità dell'intervento psicologico

Non sono molti gli studi che hanno valutato l'efficacia degli interventi psicosociali in pazienti con Cardioverter Defibrillatore Impiantabile (CDI). La letteratura indica la esistenza di:

- interventi di gruppo di auto-aiuto [VI] [259];
- interventi individuali. Uno studio controllato randomizzato ha rilevato che un intervento di

terapia cognitivo-comportamentale è efficace nel ridurre a lungo termine i livelli di depressione ed ansia nei pazienti con CDI [II] [261].

RACCOMANDAZIONE D

I gruppi di supporto non dovrebbero costituire l'unico tipo di intervento psicosociale per i pazienti con CDI.

RACCOMANDAZIONE A

È opportuno che i pazienti con CDI siano supportati con interventi psicoterapeutici.

3.7 SOGGETTI AD ELEVATO PROFILO DI RISCHIO CARDIOVASCOLARE

Caratterizzazione psicologica

Le Linee Guida per la prevenzione primaria della malattia cardiovascolare [VI] [262] sottolineano l'importanza dell'identificazione dei soggetti a rischio per la pianificazione di un intervento farmacologico e/o non farmacologico. Il rischio globale assoluto è la probabilità che ogni individuo ha di andare incontro ad un evento cardiovascolare nel corso del tempo; viene calcolato sulle carte di rischio in base alla presenza dei seguenti fattori: età, sesso, colesterolemia, pressione arteriosa, fumo, diabete. Il sistema di classificazione del rischio fa riferimento al database del Framingham Heart Study.

Non emergono evidenze di caratterizzazione psicologica per i soggetti appartenenti a questa categoria. Si rimanda alle Linee Guida specifiche [19-25] [VI] per alcune evidenze disponibili fra variabili psicologiche e relativi fattori di rischio (ad esempio fra depressione e diabete).

♥ RACCOMANDAZIONE

- È necessario che venga effettuata la valutazione dello stile di vita come intervento prioritario nella prevenzione primaria di malattia cardiovascolare.
- Lo psicologo dovrà tener conto della complessità del rischio globale per individuare le variabili psicologiche per le quali effettuare una valutazione caso per caso.

Specificità dell'intervento psicologico

Il concetto di rischio assoluto va inteso a breve termine ovvero come prognosi di malattia (disease prognosis) e a lungo termine ovvero come progressione di malattia (disease progression) e sulla base di esso è possibile strutturare un programma preventivo modulando l'impatto dei diversi interventi a seconda delle caratteristiche del caso.

Alla RCV viene riconosciuto un ruolo fondamentale anche nel potenziamento e mantenimento della salute cardiovascolare di soggetti "a rischio" attraverso interventi personalizzati di prevenzione messi a punto per ottimizzare il profilo fisico, psicologico, emozionale, e socio-lavorativo [VI] [263]. Tale ruolo viene esercitato attraverso una serie di interventi che, a partire dalla stratificazione del rischio individuale, sono focalizzati sulla scelta di un target (fumo, sedentarietà, abitudini alimentari scorrette, stress etc.) e sulla messa in atto di strategie di analisi e modificazione del comportamento [VI] [264]. Viene sottolineata la centralità del paziente e la necessità di un approccio multidisciplinare [VI] [265].

Nella riduzione del rischio cardiovascolare la terapia non farmacologica rappresenta il cardine delle strategie terapeutiche messe in atto sia rispetto al trattamento dei singoli fattori di rischio sia ai fini della prevenzione cardiovascolare. La terapia non farmacologica è costituita da distinti interventi sullo stile di vita per quanto riguarda le abitudini alimentari, l'attività fisica, l'abitudine al fumo. Gli obiettivi e le strategie relative a questi interventi sono uguali sia nella prevenzione primaria delle malattie cardiovascolari che in quella secondaria. Generalmente nell'analisi e modificazione del comportamento bersaglio e al fine di mantenere nel tempo i comportamenti di salute vanno non solo considerati i rinforzi esterni ma anche i principi dell'automotivazione e dell'autoregolazione.

♥ RACCOMANDAZIONI

- È necessaria la pianificazione di interventi specifici mirati alla modificazione dei singoli fattori di rischio.
- Nella strategia di prevenzione è fondamentale formare il soggetto a rischio/paziente all'autogestione per stimolare la consapevolezza del problema e favorire un monitoraggio continuo anche in casi di forme subcliniche di malattia cardiovascolare.
- Dovrebbero sempre essere condotti interventi specifici sulla motivazione e sulla aderenza per mantenere nel tempo i comportamenti di salute.
- Il modello organizzativo più efficace nella gestione del rischio cardiovascolare dovrebbe inserire soggetto a rischio/paziente al centro di un sistema integrato di cure nel quale egli usufruisce di servizi diagnostici (per la stratificazione del rischio) e di cure farmacologiche ed educative erogate da un'equipe multidisciplinare e sulla base di linee guida condivise.

3.8 PAZIENTI CARDIOPATICI ULTRASETTANTACINQUENNI

Caratterizzazione psicologica

La popolazione ultrasettantacinquenne presenta caratteristiche cliniche peculiari e molto diverse

rispetto a quelle della fascia d'età 65-75 anni: comorbilità con altre patologie cardiovascolari, alterazioni anatomico-funzionali e decadimento fisico dovuto all'invecchiamento fisiologico [266]. Inoltre, a causa di tali caratteristiche, i programmi di riabilitazione cardiaca solitamente tendono ad escludere i pazienti oltre i 65 anni [267].

Nelle recenti Linee Guida sulla prevenzione secondaria della malattia coronarica negli anziani al di sopra dei settantacinque anni di età [VI] [268, 269] viene espressa la necessità di valutare in questa popolazione:

- depressione;
- supporto sociale/isolamento;
- ansia;
- funzionamento cognitivo.

La depressione può avere effetti sfavorevoli sul recupero funzionale [270] mentre la presenza di un iniziale decadimento cognitivo può limitare l'aderenza al programma di riabilitazione sia nelle componenti di training, sia in quelle educazionali [269].

♥ RACCOMANDAZIONE

È necessario valutare attentamente la possibile presenza di depressione e di disturbi cognitivi.

Specificità dell'intervento psicologico

La letteratura indica moderata evidenza di efficacia dei seguenti interventi:

- programmi multidisciplinari di riabilitazione cardiologica [II] [179, 180, 268, 270, 271, 272];
- interventi di disassuefazione dal fumo [III] [273];
- interventi individuali di supporto psicologico [VI] [268].

Anche se lo studio ENRICHED [280], recentemente concluso, non ha dimostrato una significativa riduzione di mortalità e morbilità con un programma di intervento teso a ridurre la depressione e l'isolamento dopo un evento cardiovascolare acuto, è noto che i programmi di riabilitazione cardiologica comprendenti l'esercizio fisico possono migliorare le condizioni neuropsicologiche nel paziente anziano, in particolare riducendo i sintomi depressivi, e quelli di ansia, ostilità e somatizzazione [270-272].

RACCOMANDAZIONE A

L'intervento psicologico dovrebbe essere mirato al sostegno dei pazienti depressi; dovrebbe favorire inoltre la motivazione all'esercizio fisico e alla partecipazione agli incontri di educazione alla salute.

3.9 PAZIENTI CARDIOPATICI TERMINALI

Caratterizzazione psicologica

In RCV il problema dell'assistenza alla fase terminale dello scompenso cardiaco cronico [VI] [274] riguarda molto da vicino la realtà ospedaliera: negli USA il 58% dei pazienti muore in ospedale, il 27% a casa, il 3% in hospice [V] [275]. Studi condotti su ampie casistiche confermano che negli ultimi 6 mesi di vita, i pazienti con cardiopatia in fase terminale presentano diverse problematiche che investono l'area non solo della funzionalità fisica, ma anche quella psicologica, con la comparsa o l'aggravarsi di:

- ansia [III] [276, 277];
- depressione [III] [276, 277];
- paura dei sintomi [III] [276, 277];
- paura della morte [III] [276, 277].

RACCOMANDAZIONE A

È necessario valutare la possibile presenza di ansia, depressione e paure.

A queste difficoltà si aggiungono non di rado sofferenze di natura più propriamente spirituale, legate all'approssimarsi del morire e che si configurano come estremamente variabili in base al contesto culturale di provenienza del paziente. Questo tipo di disagio merita attenzione soprattutto per le sue ricadute in termini di interpretazione cognitiva della malattia. Un bisogno chiaramente delineato dagli studi sopra citati è quello di una maggiore comunicazione tra team e paziente in merito alla prognosi e alle preferenze del paziente circa il luogo in cui ricevere assistenza terminale. Un recente studio segnala che solo in un terzo dei casi le esigenze sociali e psicologiche dei pazienti con scompenso in fase terminale vengono rilevate e gestite [V] [278].

Specificità dell'intervento psicologico

È possibile stabilire una serie di regole pratiche [VI] [279, 280] che possono guidare lo psicologo nell'intervento con le persone negli stadi terminali, pur sottolineando che non necessariamente ogni paziente è a conoscenza o desidera essere messo a conoscenza della precisa natura della sua diagnosi e della prognosi, cosicché non si può assumere a priori che i pazienti vogliano affrontare il tema della morte. Il paziente può non voler parlare della sua malattia terminale ma tuttavia può voler essere rassicurato che lo psicologo sarà disponibile qualora desideri farlo. La conferma desiderata dal paziente di poter condividere la situazione con qualcuno deve essere trasmessa attraverso una comunicazione prevalentemente non verbale (contatto oculare, vicinanza fisica o se opportuno contatto fisico). Alcuni pazienti hanno bisogno di equilibrare la consapevolezza di essere in una fase terminale con l'interesse a vivere nel presente, definendo progetti e piani per il futuro onde mantenere una certa funzionalità sociale.

L'intervento dunque va modulato, di volta in volta, sulla base delle specifiche richieste del singolo paziente tenendo sempre presente la necessità di garantire le seguenti condizioni:

- maggior comunicazione tra team e paziente in merito alla prognosi e alle preferenze del paziente circa il luogo in cui ricevere assistenza terminale [III] [276, 277];
- comprensione tacita [VI] [279, 280];
- fiducia [VI] [279, 280];
- riconoscimento della realtà del paziente [VI] [279, 280];
- tolleranza della chiusura comunicativa [VI] [279, 280].

♥ RACCOMANDAZIONE

Lo psicologo deve assistere il paziente con cardiopatia in fase terminale con un atteggiamento aperto e disponibile a cogliere la natura sociale, psicologica o spirituale delle sue difficoltà, e promuovere la comunicazione tra paziente, team e familiari per una adeguata gestione di tali problematiche.

♥ RACCOMANDAZIONE

Lo psicologo deve essere disponibile a supportare i membri del team nell'assistenza al malato terminale, in considerazione delle possibili intense ripercussioni emozionali che la cura di questi pazienti può avere (rischio di burn out o di compassion fatigue), soprattutto il cardiologo, che per formazione non necessariamente ha già maturato competenze emozionali per proteggersi dal rischio emotivo dell'esposizione alla sofferenza del terminale.

L'approccio ai familiari del paziente cardiopatico terminale

L'intervento con i familiari di un paziente terminale dovrebbe avere inizio già nella fase di comunicazione da parte del medico dell'aggravarsi delle condizioni cliniche. Assistere alla comunicazione permette di intervenire immediatamente al fine di sollecitare l'elaborazione e la messa a fuoco di quanto si è ascoltato, comprendendo il carattere definitivo della diagnosi e della prognosi nonostante l'incredulità e i meccanismi di negazione.

L'intervento dello psicologo deve iniziare riducendo il problema complessivo, apparentemente insormontabile, in parti che siano gestibili, così da ristabilire un senso di controllo con la messa in atto di strategie di coping razionali e orientate alla soluzione dei problemi.

4. REVISIONE, VALUTAZIONE DEL PROGRAMMA E SODDISFAZIONE DEL PAZIENTE

Negli ultimi anni il dibattito sulla qualità dell'assistenza sanitaria ha destato un crescente interesse sia a livello internazionale che a livello italiano.

Le teorie fondamentali del miglioramento della qualità, gli approcci globali alla gestione della qualità si stanno gradualmente diffondendo all'interno dell'attività quotidiana delle strutture sanitarie di tutto il mondo e la valutazione, il controllo ed il miglioramento della qualità sono considerati sempre più come un indispensabile riferimento operativo sia dagli operatori sanitari che dalla classe politica. Nel vasto panorama delle correnti di pensiero relative alla qualità [281-283] è possibile affermare che gli strumenti principali per il miglioramento della qualità in cardiologia riabilitativa sono:

- valutazione del programma;
- revisione (audit);
- feedback dal paziente.

Considerando le attività di psicologia come parte integrata nella globalità dell'intervento riabilitativo possiamo affermare che l'approccio sopraesposto possa essere considerato utile anche per il miglioramento della qualità del servizio psicologico erogato.

4.1 QUALITÀ

La qualità della riabilitazione cardiaca interessa tutti coloro che fruiscono, forniscono, pagano i servizi sanitari (pazienti, strutture sanitarie, Sistema Sanitario Nazionale, assicurazioni).

È necessario pertanto raccogliere dati diversi a seconda degli obiettivi, considerando le esigenze ed i punti di vista di tutte le parti in causa:

- dati di base di valutazione del programma, raccolti in modo routinario (ad esempio qualità di vita, drop-out agli incontri educativi) e attraverso questionari di soddisfazione del paziente;
- dati aggiuntivi raccolti per periodiche attività di verifica (attraverso valutatori interni o esterni). Ad esempio l'osservazione di cambiamenti della tipologia della casistica che afferrisce allo psicologo (pazienti sottoposti a CABG versus pazienti con esiti di IMA) può portare alla revisione della organizzazione dell'attività in funzione delle nuove esigenze evidenziate;
- indicatori di performance (numero di questionari somministrati, numero di sedute di educazione alla salute e/o di rilassamento ecc.).

4.2 VALUTAZIONE DEL PROGRAMMA

La valutazione del programma può essere considerata uno strumento di monitoraggio e di miglioramento della qualità di cura. Le informazioni ed i dati raccolti dovrebbero evidenziare il valore dei contenuti del programma e al tempo stesso considerare i bisogni espressi dalle "parti in causa".

I criteri di valutazione del programma sono correlati alle fasi della riabilitazione cardiaca. Alcuni possono essere applicati al terzo, sesto e dodicesimo mese per valutare l'efficacia a lungo termine dell'intervento (vedi sezione follow-up per la scelta degli strumenti). Solo la documentazione dei risultati raggiunti (outcomes) consente di quantificare sia l'efficacia che l'efficienza del programma.

Le informazioni analizzate dovrebbero essere utilizzate per migliorare le prestazioni (performan-

ce) in termini assoluti per far risaltare le prestazioni ed i programmi a migliore costo-efficacia e nello specifico per evidenziare eventuali criticità.

4.3 REVISIONE (AUDIT)

È un processo sistematico, indipendente e documentato per ottenere evidenza e valutare oggettivamente l'attività svolta al fine di determinare la misura in cui i criteri adottati per la verifica sono soddisfatti.

Può essere considerato una strategia per monitorare il miglioramento della qualità del servizio (o del programma). Non deve essere considerato un end point ma un precursore del processo di miglioramento.

L'attività di verifica considera:

- se sono attualmente in corso cambiamenti;
- se i cambiamenti attuati sono efficaci.

Scopo ultimo dell'audit è favorire il miglioramento della qualità della cura del paziente in modo diretto attraverso cambiamenti nella pratica clinica (ad esempio rivedere un percorso scelto di somministrazione di questionari poiché non attuabile in un determinato contesto) e in modo indiretto attraverso gli effetti prodotti sull'educazione professionale e sullo sviluppo delle competenze del team.

Anche i dati relativi alle criticità emerse ed alle relative modalità di gestione possono concorrere ad alimentare il processo di miglioramento.

Considerato il fatto che le decisioni dovrebbero essere basate sull'analisi dei dati ottenuti da misurazioni e da informazioni raccolte, l'analisi dei dati relativi alle criticità evidenziate può aiutare ad

individuare la causa-radice dei problemi esistenti o potenziali e quindi orientare le decisioni per le azioni correttive e preventive necessarie per il miglioramento

Ove possibile quindi le criticità dovrebbero essere registrate, unitamente alle azioni adottate per la loro risoluzione, al fine di favorire l'apprendimento e per fornire dati per le attività di analisi e di miglioramento.

Il processo di gestione delle criticità prevede le seguenti fasi:

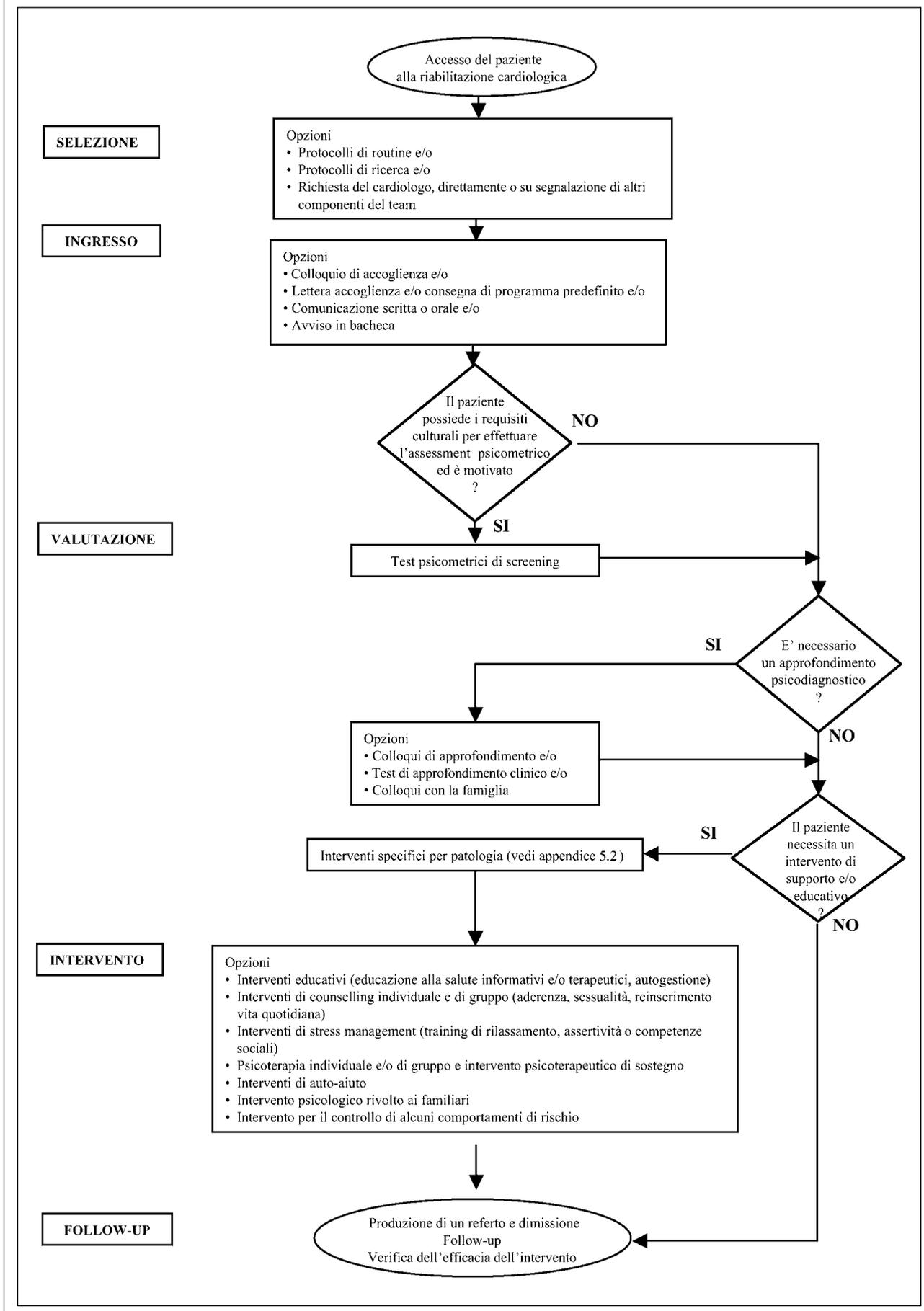
- registrazione delle criticità rilevate;
- esame delle criticità;
- individuazione delle cause delle criticità;
- valutazione dell'esigenza di adottare azioni per evitare il ripetersi delle criticità rilevate;
- individuazione e attuazione delle azioni necessarie;
- registrazione dei risultati delle azioni attuate;
- riesame delle azioni attuate al fine di valutarne l'efficacia.

4.4 SODDISFAZIONE DEL PAZIENTE

I pazienti sono sempre più coinvolti nella valutazione delle loro cure. Le misurazioni di soddisfazione hanno lo scopo di fornire feedback sui servizi forniti. La soddisfazione di un paziente può non essere correlata con il concetto di qualità del professionista, e ciò enfatizza l'importanza di integrare dal punto di vista dell'interpretazione dei dati la soddisfazione del paziente con la valutazione dell'outcome.

5. APPENDICI

5.1 DIAGRAMMA DI FLUSSO DEL PERCORSO PSICOLOGICO



5.2 SINTESI DELLE RACCOMANDAZIONI PER PATOLOGIA²

PAZIENTI CON CARDIOPATIA ISCHEMICA

RACCOMANDAZIONE A

È necessario che lo psicologo valuti attentamente la possibile presenza di comportamenti di rischio, depressione, carenza di supporto sociale, caratteristiche psicosociali del lavoro e ansia in tutti i pazienti ischemici.

RACCOMANDAZIONE A

È necessario che lo psicologo pianifichi interventi di educazione alla salute e/o di stress management per tutti i pazienti con cardiopatia ischemica.

RACCOMANDAZIONE A

Sono raccomandati interventi psicologici di sostegno e/o di eventuale psicoterapia in pazienti che presentano sintomi di depressione e/o ansia, carenza di supporto socio-familiare.

RACCOMANDAZIONE B

È necessario valutare la possibile presenza di reazioni emotive, di eventi stressanti antecedenti la malattia e di Disturbo Post-Traumatico da Stress antecedente o reattivo alla condizione clinica.

RACCOMANDAZIONE B

Dovrebbe essere indagata anche tramite valutazione neuropsicologica la possibile presenza di deficit cognitivi nel paziente sottoposto a By Pass aortocoronario.

RACCOMANDAZIONE B

Dovrebbe essere effettuata una valutazione specifica per età e genere.

RACCOMANDAZIONE B

Lo staff riabilitativo dovrebbe identificare e correggere credenze erranee sulla salute e sulla malattia cardiaca nei pazienti con malattia coronaria.

RACCOMANDAZIONE C

Sarebbe necessario valutare la possibile presenza di problematiche sessuali.

RACCOMANDAZIONE D

La valutazione del tipo A e dell'ostilità non è raccomandata di routine.

RACCOMANDAZIONE D

Interventi specifici per modificare il pattern comportamentale tipo A non sono raccomandati come parte essenziale di programmi di riabilitazione cardiaca multidisciplinare.

PAZIENTI SOTTOPOSTI AD INTERVENTO DI CHIRURGIA VALVOLARE

RACCOMANDAZIONE B

È consigliabile valutare la possibile presenza di ansia, attacchi di panico e Disturbo Post-Traumatico da Stress reattivo alla fase acuta o post-operatoria o antecedente la condizione clinica.

RACCOMANDAZIONE B

È consigliabile che i pazienti con ansia, attacchi di panico e Disturbo Post-Traumatico da Stress abbiano la possibilità di essere supportati con interventi psicoterapeutici.

PAZIENTI CON SCOMPENSO CARDIACO CRONICO

RACCOMANDAZIONE A

È necessario valutare attentamente la possibile presenza di comportamenti di rischio, depressione, carenza di supporto socio-familiare, ansia in tutti i pazienti scompensati.

RACCOMANDAZIONE A

Lo psicologo dovrebbe valutare i livelli di aderenza e le abilità di autogestione della malattia per ottimizzare l'intervento al fine di prevenire ricadute e ospedalizzazioni.

² Le raccomandazioni sono sintetizzate secondo la forza delle stesse; per il percorso cfr. capitolo 3.

RACCOMANDAZIONE A

È necessario che l'educazione alla salute sia inclusa nei programmi di intervento gestionale, multidisciplinare o infermieristico, poiché riduce il numero di ospedalizzazioni per SCC.

RACCOMANDAZIONE A

L'intervento psicologico è necessario in presenza di depressione e di carenza di supporto emotivo.

RACCOMANDAZIONE B

Dovrebbero essere indagati anche tramite valutazione neuropsicologica i deficit cognitivi negli anziani e nei pazienti gravemente compromessi.

RACCOMANDAZIONE B

Dovrebbe essere effettuata una valutazione specifica per età e genere.

RACCOMANDAZIONE B

L'intervento psicologico dovrebbe ottimizzare il trattamento gestionale nella correzione di fattori psicosociali disadattivi e interferenti, favorire risorse di autogestione e migliorare l'aderenza alle prescrizioni.

RACCOMANDAZIONE B

L'educazione alla salute dovrebbe essere indirizzata all'autogestione dello SCC non solo in termini di cambiamenti comportamentali, ma anche di modificazioni delle credenze personali per ottenere cambiamenti duraturi a lungo termine.

RACCOMANDAZIONE B

Si consiglia nei pazienti anziani con SCC l'assistenza domiciliare e/o la facilitazione d'accesso alle strutture sanitarie.

RACCOMANDAZIONE C

Sarebbe necessario valutare la possibile presenza di disturbi sessuali e del sonno.

PAZIENTI CON TRAPIANTO DI CUORE

RACCOMANDAZIONE A

È necessario che tutti i pazienti candidati a trapianto cardiaco siano valutati da uno psicologo e/o da uno psichiatra, al fine di identificare l'eventuale presenza di patologia psichiatrica e di individuare le risorse nei termini di tono dell'umore, strategie di coping e supporto socio-familiare, in quanto variabili predittive di aderenza al trattamento.

RACCOMANDAZIONE A

È opportuno monitorare a breve e a lungo termine i livelli di aderenza alle prescrizioni.

RACCOMANDAZIONE A

È necessario che durante la fase d'attesa e nel tempo successivo al trapianto, i pazienti e i loro familiari abbiano la possibilità di essere supportati dal punto di vista psicologico, anche con interventi di natura psicoterapeutica.

♥ **RACCOMANDAZIONE**

È necessario valutare la possibile presenza di reazioni emotive ed eventi stressanti antecedenti la malattia.

PAZIENTI CON ARTERIOPATIA CRONICA OBLITERANTE PERIFERICA

♥ **RACCOMANDAZIONE**

La rilevazione delle caratteristiche psicologiche del paziente con AOCP avviato a training riabilitativo risponde all'esigenza di evidenziare eventuali problemi di natura emozionale o comportamentale, che possono ostacolare l'applicazione delle metodiche riabilitative e comprometterne l'efficacia.

♥ **RACCOMANDAZIONE**

È necessario che l'intervento psicologico motivazionale e di supporto, per la depressione in particolare, sia individualizzato.

PAZIENTI PORTATORI DI PACE-MAKER O DEFIBRILLATORI

RACCOMANDAZIONE A

È necessario che pazienti con Cardioverter Defibrillatore Impiantabile siano valutati per possibile presenza di ansia, depressione e paure connesse alla malattia.

RACCOMANDAZIONE A

È opportuno che i pazienti con CDI siano supportati con interventi psicoterapeutici.

RACCOMANDAZIONE D

I gruppi di supporto non dovrebbero costituire l'unico tipo di intervento psicosociale per i pazienti con CDI.

SOGGETTI AD ELEVATO PROFILO DI RISCHIO CARDIOVASCOLARE

♥ **RACCOMANDAZIONE**

- È necessario che venga effettuata la valutazione dello stile di vita come intervento prioritario nella prevenzione primaria di malattia cardiovascolare.
- Lo psicologo dovrà tener conto della complessità del rischio globale per individuare le variabili psicologiche per le quali effettuare una valutazione caso per caso.

♥ **RACCOMANDAZIONI**

- È necessaria la pianificazione di interventi specifici mirati alla modificazione dei singoli fattori di rischio.
- Nella strategia di prevenzione è fondamentale formare il soggetto a rischio/paziente all'autogestione per stimolare la consapevolezza del problema e favorire un monitoraggio continuo anche in casi di forme subcliniche di malattia cardiovascolare.
- Dovrebbero sempre essere condotti interventi specifici sulla motivazione e sulla aderenza per mantenere nel tempo i comportamenti di salute.
- Il modello organizzativo più efficace nella gestione del rischio cardiovascolare dovrebbe inserire soggetto a rischio/paziente al centro di un sistema integrato di cure nel quale egli usufruisce di servizi diagnostici (per la stratificazione del rischio) e di cure farmacologiche ed educative erogate da un'equipe multidisciplinare e sulla base di linee guida condivise.

PAZIENTI CARDIOPATICI ULTRASETTANTACINQUENNI

RACCOMANDAZIONE A

L'intervento psicologico dovrebbe essere mirato al sostegno dei pazienti depressi; dovrebbe favorire inoltre la motivazione all'esercizio fisico e alla partecipazione agli incontri di educazione alla salute.

♥ **RACCOMANDAZIONE**

È necessario valutare attentamente la possibile presenza di depressione e di disturbi cognitivi.

PAZIENTI CARDIOPATICI TERMINALI

RACCOMANDAZIONE A

È necessario valutare la possibile presenza di ansia, depressione e paure.

♥ **RACCOMANDAZIONE**

Lo psicologo deve assistere il paziente con cardiopatia in fase terminale con un atteggiamento aperto e disponibile a cogliere la natura sociale, psicologica o spirituale delle sue difficoltà, e promuovere la comunicazione tra paziente, team e familiari per una adeguata gestione di tali problematiche.

♥ **RACCOMANDAZIONE**

Lo psicologo deve essere disponibile a supportare i membri del team nell'assistenza al malato terminale, in considerazione delle possibili intense ripercussioni emozionali che la cura di questi pazienti può avere (rischio di burn out o di compassion fatigue), soprattutto il cardiologo, che per formazione non necessariamente ha già maturato competenze emozionali per proteggersi dal rischio emotivo dell'esposizione alla sofferenza del terminale.

5.3 SCHEMA RIASSUNTIVO: ORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITÀ E CODICE PRESTAZIONI

Numero di ore medie necessarie per lo svolgimento dell'attività minima di base con un paziente

Lo psicologo effettua uno screening di base, propone interventi educativi, garantisce un adeguato supporto psicologico al paziente ed ai suoi familiari (counselling), svolge attività ambulatoriale (fase estensiva) e di follow-up, attua un lavoro di rete con i Servizi Territoriali per casi specifici, collabora con lo staff medico nella realizzazione di protocolli di ricerca.

Per una organizzazione efficiente è indispensabile tenere conto del tempo medio necessario per lo svolgimento dell'attività di base dello psicologo.

Attività	Tempo medio per 1 paziente sul quale calcolare il tempo settimanale dedicato in base al turnover dei pazienti afferenti alla Struttura
Counselling	20 minuti
Attività psicometrica	20-40 minuti
Incontro educativo/gestione stress	25-70 minuti
Colloquio clinico	30-50 minuti
Refertazione	15 minuti
Totale	110- 195 minuti

Il tempo totale deve essere calcolato sommando i singoli interventi e aggiungendo il tempo di eventuali consultazioni con i familiari, il tempo dedicato ad un lavoro di rete e il tempo dedicato alla comunicazione con lo staff.

♥ RACCOMANDAZIONE

Indipendentemente dalla tipologia organizzativa è consigliabile che lo psicologo consegni per iscritto, al Responsabile della Divisione di Cardiologia ed ai medici preposti all'attività clinica, la procedura di lavoro che intende effettuare, descrivendo in modo chiaro ed operativo le proprie attività. Tale procedura prevede la descrizione delle seguenti fasi: selezione, ingresso, valutazione, intervento e follow-up. È infatti indispensabile che lo staff (medici, infermieri e terapisti della riabilitazione, tecnici, etc.) conosca le procedure del modello di lavoro psicologico adottato.

L'attività psicologica erogata dovrebbe essere quantificata utilizzando una schema affine a quello proposto nel testo pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 14 settembre 1996, "Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito SSN e relative tariffe", DM22/7/96 [284].

Nella colonna "prestazione" vengono indicate le procedure secondo la loro definizione ufficiale, ma in parentesi vengono riportate altre procedure di uso corrente in RCV riconducibili alle prime.

CODICE PRESTAZIONI INERENTI LA PSICHE

Codice	Prestazione	Degenza	Day hospital	Ambulatoriale
94.09	Colloquio psicologico clinico			
94.08.3	Somministrazione test proiettivi e della personalità (profilo psicologico di base, questionari generici sulla qualità della vita e specifici per patologia)			
94.08.5	Test di valutazione della disabilità sociale			
94.08.6	Test di valutazione del carico familiare e delle strategie di coping			
94.01.1	Somministrazione test di intelligenza			
94.01.2	Somministrazione test di deterioramento o sviluppo intellettuale			
94.39	Psicoterapia individuale			
94.42	Psicoterapia familiare			
94.44	Psicoterapia di gruppo			
94.49	Counselling individuale o familiare			

♥ RACCOMANDAZIONE

Si consiglia di registrare e segnalare mensilmente alla Direzione Sanitaria/Amministrativa il numero delle prestazioni effettuate per i pazienti in RCV.

5.4 GLOSSARIO [285-287]

ADERENZA

Insieme al termine compliance, usato spesso come sinonimo, si riferisce al grado in cui un individuo segue i trattamenti prescritti (o messi in atto) dal medico o dallo psicologo e le indicazioni relative alla dieta, ai consumi voluttuari, alle abitudini e al regime di vita e si basa sul consenso condiviso.

L'aderenza è influenzata dalla qualità del rapporto terapeutico, dalla patologia, da caratteristiche demografiche (aumenta con l'età), psicosociali e comportamentali dell'individuo (l'isolamento sociale riduce l'aderenza), da fattori terapeutici (es. presenza di effetti collaterali dei farmaci) e di

accesso ai trattamenti (es. costi), e da fattori cognitivi connessi alla rappresentazione mentale della malattia e del trattamento.

ANALISI FUNZIONALE

L'analisi funzionale ha lo scopo di indagare e di verificare le relazioni esistenti tra specifiche risposte dell'individuo (esaminate nelle loro componenti verbale-cognitiva, autonoma-fisiologica e comportamentale-motoria) e gli eventi interni o ambientali che temporalmente li precedono (antecedenti) o li seguono (conseguenti). Nell'analisi delle conseguenze relative a comportamenti e abitudini rilevanti per la salute si possono includere non solo quelle immediate ma anche quelle a più lungo termine. L'analisi funzionale consente di spiegare l'eziologia e il mantenimento di comportamenti e abitudini problematiche e di fare previsioni relative a situazioni specifiche.

APPROPRIATEZZA

L'appropriatezza clinica oppure quella specifica (ad es. diagnostica o terapeutica) descrive il grado in cui un determinato intervento è sia efficace sia indicato per la persona che lo riceve. Un intervento è appropriato quando i benefici attesi sono superiori ai possibili disagi o effetti negativi e quando mostra un favorevole rapporto costo/benefici. L'appropriatezza organizzativa fa riferimento alla modalità (es. numero di giornate di degenza per realizzarlo) o ai livelli di effettuazione dell'intervento (livello più gradito alla persona e/o meno costoso tra domicilio, ambulatorio, day hospital, ricovero).

ASPETTATIVA

Rappresentazione cognitiva anticipatoria di un evento o di un proprio comportamento, rispetto ad una data condizione ambientale. L'aspettativa deriva dall'insieme delle rappresentazioni delle precedenti esperienze in condizioni simili.

ASSESSMENT

Procedura di valutazione psicologica che, basandosi essenzialmente sul problem solving, prevede di formulare ipotesi, acquisire informazioni, verificare le ipotesi e prendere decisioni, ed è guidato da principi, teorie o rapporti empiricamente stabiliti tra caratteristiche della personalità, sintomi, comportamenti. L'assessment comprende la valutazione delle risposte cognitive, comportamentali e psicofisiologiche agli stimoli interni ed esterocezionali, con analisi delle discrepanze tra i sistemi di risposta, e la rilevazione delle contingenze ambientali. Per un completo assessment si possono utilizzare, oltre al colloquio clinico, test psicologici, interviste strutturate, tecniche di osservazione e di role-playing, registrazioni psicofisiologiche.

AUTOEFFICACIA (SELF-EFFICACY)

Giudizio di un individuo circa la sua capacità di adottare il comportamento adeguato, necessario

o richiesto, in un contesto dato. L'autoefficacia riguarda, pertanto, il rapporto tra il soggetto e l'attività in questione. È predittiva e proporzionale alla durata e all'intensità del comportamento messo successivamente in atto, al numero dei tentativi compiuti ed è un fattore determinante la decisione di impegnarsi o meno nell'attività. Il grado di autoefficacia in psicologia della salute rappresenta pertanto il grado di convinzione sulla capacità di modificare i comportamenti a rischio per la salute attraverso un'azione personale.

AUTOGESTIONE (SELF-CARE)

Nell'ambito della medicina il termine indica il portare le persone alla piena autonomia nella cura di sé per favorire il mantenimento dello stato di salute anche attraverso un tempestivo riconoscimento dei segni e sintomi di instabilità connessi alla malattia di cui il paziente soffre. Livelli adeguati di self-care richiedono adeguate competenze di self-help e di self-monitoring (autonitoraggio) connesse alla gestione della malattia e dei sintomi ad essa associati.

AUTOAIUTO (SELF-HELP)

Aiutare se stessi. Scopo dell'autoaiuto è di promuovere le risorse dell'individuo al fine di favorire un aumento delle competenze e del senso di responsabilità per divenire sempre più autonomo dagli specialisti del settore. Nell'ambito sanitario si definiscono esperienze di autoaiuto tutte quelle misure adottate da non professionisti per promuovere e recuperare la salute di una determinata comunità e/o gruppo.

BURNOUT

Sindrome da esaurimento psichico ed emotivo caratterizzato da diminuzione delle prestazioni lavorative, fatica, insonnia, depressione, aumentata suscettibilità alle malattie fisiche e abuso di sostanze. Questa sindrome viene generalmente considerata una reazione allo stress lavorativo, specialmente in soggetti che lavorano in ambienti ad alto coinvolgimento emotivo.

CARATTERISTICHE PSICO-SOCIALI DEL LAVORO

Vengono intese caratteristiche quali: carico di responsabilità, qualità delle relazioni interpersonali, monotonia, ripetitività, competitività, presenza di conflittualità, ritmi, turni e orari abitualmente sostenuti, qualità e quantità delle richieste provenienti dalla direzione e/o dallo staff, soddisfazione e motivazione esperita dall'individuo nell'ambito lavorativo.

Nella ricerca in ambito cardiovascolare [140] sono presenti due modelli:

“Job Strain Model” di Karasek and Theorell secondo cui elevate richieste in combinazione con basso controllo lavorativo producono stress. In tali condizioni l'individuo non può moderare la pressione causata da alte richieste organizzando il proprio tempo, prendendo nuove decisioni o imparan-

do nuove abilità, e questo stress sembra produrre effetti deleteri sulla salute;

“Effort-reward imbalance Model” di Siegreist secondo cui il conflitto fra alto carico lavorativo e bassa ricompensa (in termini di soldi, stima, aspetti legati alle promozioni, bassa sicurezza lavorativa) produce una condizione di distress emotivo che aumenterebbe il rischio di malattia coronarica.

CAREGIVER

Persona che si prende cura del malato acuto e/o cronico con il quale ha un legame affettivo, indipendentemente dal legame di parentela.

COLLOQUIO MOTIVAZIONALE

Tecnica inizialmente sviluppata da Miller e Rollnick per il trattamento delle persone con problemi di dipendenza. Propone una strategia alternativa al confronto diretto o all'imposizione con persone riluttanti al cambiamento di abitudini di vita e di comportamenti disadattivi; ha lo scopo di aumentare la motivazione delle persone a riconoscere i propri comportamenti disadattivi e i conseguenti problemi, a superare l'ambivalenza verso di essi e ad intraprendere la strada del cambiamento, a esercitare un maggior controllo sui propri impulsi. Il risultato dovrebbe essere un aumento della motivazione intrinseca per il cambiamento e dell'auto-efficacia. Le strategie derivano dal counseling centrato sulla persona, dalla terapia cognitiva, dalla teoria sistemica e dalla psicologia sociale della persuasione.

COPING

Atteggiamenti, abilità ed attività poste in essere dall'individuo per fronteggiare le situazioni (interne od esterne) percepite come stressanti e problematiche. Comprende una vasta gamma di strategie di soluzione delle difficoltà, che possono essere focalizzate sul problema (es. la ricerca di informazioni), focalizzate sulle emozioni (es. dedicarsi alla religione) o di tipo disfunzionale (es. uso di alcool o droghe).

DISTURBO DI PERSONALITÀ

Modello abituale di esperienza interiore e di comportamento che devia marcatamente rispetto alle aspettative della cultura di riferimento della persona; è abituale e stabile, risulta rigido e pervasivo (si esprime dunque in una varietà di situazioni personali e sociali). Causa un disagio clinicamente significativo e compromissione del funzionamento sociale, lavorativo e di altre aree importanti.

I tratti di personalità sono modalità costanti di percepire, di valutare, di rapportarsi e di agire nei confronti dell'ambiente e di se stessi, che si manifestano in un'ampia gamma di contesti sociali e personali. Si parla di un disturbo di personalità solo quando tali tratti risultano rigidi, esagerati, non adattivi e/o causano una compromissione funzionale significativa o una sofferenza soggettiva.

EFFICACIA

Nella valutazione dei servizi per efficacia si intende la capacità dell'intervento in esame di migliorare gli esiti della condizione in esame. Si distinguono:

- (a) efficacia sperimentale o teorica (*efficacy*), dimostrata in condizioni di ricerca con soggetti selezionati, ad esempio in uno studio clinico controllato;
- (b) efficacia nella pratica clinica (*effectiveness*), osservata nelle condizioni di funzionamento dei servizi sanitari; si misura mediante indicatori di esito, studi osservazionali, studi di follow-up.

EFFICIENZA

Capacità di eseguire gli interventi voluti con risparmio di risorse (tempo, denaro) o di effettuare un maggior numero di interventi con la stessa quantità di risorse.

END POINT

Letteralmente “punto finale”. Indica un esito misurato in uno studio clinico di efficacia.

ESAURIMENTO VITALE (VITAL EXHAUSTION)

Sindrome costituita dalla presenza di alcune condizioni psicofisiche, quali stanchezza, affaticabilità, disturbi del sonno e percezione di un sovraccarico di stress. Queste condizioni, pur rientrando nei criteri del DSM IV che definiscono gli episodi depressivi, sono risultate indipendenti da uno stato depressivo e da altri tratti emozionali e si sono rivelate prodromiche dell'infarto miocardio.

EVIDENZE

Nel campo della Medicina (o della Psicologia) basata sulle evidenze, con questo termine si intendono le prove di efficacia di un intervento o di validità di un esame diagnostico, derivate essenzialmente da studi controllati.

FATTORE DI RISCHIO

Termine che descrive caratteristiche emerse in studi epidemiologici osservazionali su individui sani che appaiano correlate con la successiva comparsa di cardiopatia ischemica. In senso lato vengono inclusi anche lo stile di vita, le caratteristiche biochimiche e fisiologiche che possono essere modificati insieme a caratteristiche personali non modificabili (età, sesso e familiarità).

FEDELITÀ

Il grado in cui uno strumento di valutazione, in particolare un test psicologico, fornisce risultati stabili e liberi da errori di misura. Un aspetto fondamentale è la concordanza dei risultati ottenuti con il test quando questo viene utilizzato ripetutamente in condizioni simili.

FOLLOW-UP

Seguire nel tempo un paziente o un gruppo di persone per osservare a quali eventi sanitari vada

incontro. Uno studio di follow-up equivale nella clinica a uno studio longitudinale (studio epidemiologico in cui un gruppo di persone è seguito nel tempo) o di coorte (studio in cui gruppi di persone sottoposti a trattamenti diversi vengono seguiti nel tempo per verificare in che misura vadano incontro ad eventi diversi) condotti sulla popolazione.

LINEA DI BASE

Misurazione dei dati di partenza. Nella modificazione del comportamento è necessario esaminare con cura il comportamento problematico e le condizioni in cui esso si manifesta, oltre alle modalità del suo sviluppo, prima di dare inizio al vero e proprio intervento.

LIVELLI DI EVIDENZA

Grado di credibilità scientifica delle prove a sostegno dell'efficacia di un intervento. Il livello più elevato è rappresentato dagli interventi la cui efficacia è provata da metanalisi con omogeneità tra i vari studi, il livello più basso è provato dalle opinioni degli esperti basate su singoli casi di tipo aneddotico o derivate da principi teorici, senza sostegno di prove.

LOCUS OF CONTROL

Nella teoria dell'apprendimento sociale della personalità di Rotter rappresenta l'aspettativa generalizzata di un individuo rispetto alle cause che determinano premi e punizioni e alle sue capacità di controllo sugli eventi. Ad un estremo, locus of control interno, si collocano le persone che attribuiscono a sé la capacità di indirizzare la vita e di raggiungere gli obiettivi; all'altro estremo, localizzazione del controllo all'esterno, le persone che credono soprattutto al caso, al destino o all'influenza di altre persone potenti. Queste differenze nell'attribuzione sono valutate con l'Internal-External Scale (Scala I-E).

METANALISI

Rassegna sistematica di studi (per lo più controllati randomizzati) in cui le conclusioni vengono raggiunte confrontando insieme con metodi quantitativi i risultati dei singoli studi. Tra i criteri per valutare la qualità metodologica di una metaanalisi si annoverano in particolare: (a) attenzione posta nel rintracciare tutti gli studi pertinenti, interrogando in modo approfondito le banche dati di letteratura scientifica e in particolare MEDLINE, MBASE e la Cochrane Library; (b) i criteri di inclusione degli studi; (c) la valutazione della qualità metodologica degli studi secondo criteri definiti e riproducibili; (d) la stima dell'omogeneità degli studi che si vogliono mettere insieme, (e) la scelta degli esiti (importanza e omogeneità), (f) la generalizzabilità dei risultati.

NEVROTICISMO

Propensione dell'individuo a essere ansioso, preoccupato, di umore mutevole e spesso depres-

so, facilmente eccitabile. È presente la propensione a manifestare disturbi somatici e le intense reazioni emotive possono significativamente interferire con la capacità di adattamento.

PERSONALITÀ DI TIPO D (DISTRESSED PERSONALITY)

È definita dalla combinazione dei tratti di affettività negativa (NA) ed inibizione sociale (SI). L'affettività negativa denota la stabile tendenza ad esperire emozioni negative: gli individui con alti punteggi per tale fattore tendono a provare sentimenti sempre negativi, indipendentemente dalle situazioni che vivono. L'inibizione sociale denota la tendenza stabile ad inibire l'espressione dei comportamenti e delle emozioni nelle interazioni sociali: gli individui con alti punteggi tendono a sentirsi inibiti, tesi ed insicuri quando si trovano con gli altri.

PRECONTEMPLAZIONE (STADIO DI CAMBIAMENTO)

È il primo degli stadi o fasi descritte dal modello transteoretico di Di Clemente e Prochaska [101-103] che fa riferimento al processo mediante il quale una persona decide di agire. Secondo tale modello la capacità di modificare il comportamento è funzione dello stadio raggiunto. Gli stadi sono 5: *precontemplazione, contemplazione, preparazione, azione e mantenimento*.

PROCEDURA

Documento scritto che facilita l'uniformità di comportamento da parte di operatori diversi e rende meno probabili variazioni di comportamento non giustificate, aiutando a prevenire gli errori. Una procedura riguarda ciò che dovrebbe essere fatto, chi lo deve fare (responsabilità), quando e dove deve essere fatto, con quali materiali e strumenti e come verificare e documentare ciò che viene fatto. I regolamenti e i protocolli possono essere considerati procedure.

PROCESSO

Si riferisce al comportamento degli operatori sanitari (es. correttezza tecnica nell'esecuzione delle prestazioni, accessibilità, continuità dell'assistenza...) e va distinto dalla struttura, cioè dalle risorse di cui si dispone e dalle modalità organizzative, e dall'esito, cioè dalle condizioni di salute e dalla soddisfazione degli utenti.

In un significato complementare, si intende la sequenza interconnessa e finalizzata di compiti mediante i quali si fornisce una prestazione (un intervento) alla persona.

PSICO-EDUCAZIONALE

Traduzione letterale prevalentemente usata nel gergo della cardiologia italiana del termine anglosassone derivato da Educational Psychology che indica l'applicazione dei principi dell'apprendimento alla classe/gruppo, alla valutazione delle attitudini e abilità, allo sviluppo dei processi cur-

riculari, ai processi di socializzazione e alla loro interazione con le funzioni cognitive, alle modalità di insegnamento. Con il termine si intendono, quindi, tutte le attività che possono sviluppare e consolidare le competenze psicologiche e i principi teorici che devono sottendere anche la trasmissione di semplici informazioni concernenti la salute.

PROBLEM SOLVING

Come tecnica psicologica, è utilizzata per aiutare le persone ad affrontare efficacemente le situazioni problematiche al fine di raggiungere gli obiettivi personale.

Consiste nei seguenti passi: 1. identificazione del problema; 2. selezione degli obiettivi; 3. produzione di una vasta gamma di possibili soluzioni alternative; 4. valutazione dei pro e dei contro di ogni soluzione e classificazione delle soluzioni in ordine di efficacia e di desiderabilità; 5. presa di decisione, scegliendo la soluzione maggiormente efficace e disponibile; 6. messa in pratica della soluzione; 7. valutazione dell'esito e, se necessario, riconsiderazione della decisione.

QUALITÀ DEL SERVIZIO

Si compone di tre dimensioni fondamentali:

- Q. organizzativa, riferita all'uso efficiente delle risorse;
- Q. professionale, che riguarda la scelta appropriata e l'esecuzione corretta degli interventi;
- Q. percepita, che considera quanto si va incontro alle esigenze dei pazienti.

QUALITÀ DI VITA (QdV) (HRQL)

Viene generalmente intesa dall'OMS come la "percezione che gli individui hanno della loro posizione della vita nel contesto della cultura e del sistema di valori nel quale vivono, e in relazione ai loro obiettivi, alle loro aspettative, ai loro standard e alle loro preoccupazioni" (The WHOQL Group, 1994). In ambito sanitario, indipendentemente dall'ambito della funzionalità oggettivamente definibile (es. quadro clinico) ha importanza la valutazione del benessere soggettivo, in accordo con la definizione fornita da Schipper, Clinch e Powell: "effetti funzionali della malattia e delle conseguenti terapie su un paziente, così come vengono percepiti dal paziente stesso".

RILASSAMENTO MUSCOLARE PROGRESSIVO

Tecnica introdotta da Jacobson (1938) per il rilassamento progressivo di tutti i gruppi muscolari corporei. Lo stato di rilassamento è ottenuto attraverso una serie di esercizi che favoriscono la discriminazione progressiva tra le sensazioni di tensione muscolare e rilassamento. Dato che ogni emozione o pensiero si correla a una modificazione del tono muscolare, il rilassamento consente di ridurre l'intensità degli stati emotivi attraverso la riduzione dell'eccitabilità corticale, simpatica e ipotalamica.

ROLE-PLAYING

Esercizi di gioco di ruolo che, simulando situazioni ansiogene, facilitano l'allenamento del soggetto all'espressione di comportamenti efficaci e permettono di sperimentare direttamente i mutamenti indotti dalla corretta risposta affermativa.

SENSIBILITÀ

Grado in cui uno strumento, in particolare un test psicodiagnostico, è capace di cogliere anche le minime differenze tra i soggetti, reagendo a variazioni anche piccole della caratteristica (o costruito) che misura.

STILE DI VITA

Insieme delle abitudini di vita quotidiana e delle modalità di rapporto interpersonale di un individuo.

Sono abitudini che fanno parte dello stile di vita le modalità temporali e spaziali del sonno e dell'alimentazione, dei consumi voluttuari e dei comportamenti sessuali, i ritmi e le condizioni del lavoro e degli spostamenti, nonché la frequenza e la qualità della comunicazione interpersonale e dei rapporti sociali.

SURVEY

Inchiesta o sondaggio effettuato con lo specifico scopo di ottenere particolari specie di informazioni. In questo senso questionari, inventari, o interviste sono impiegati per ottenere informazioni circa atteggiamenti, opinioni o preferenze di una popolazione o di alcuni segmenti di essa.

TIPO A

Insieme di atteggiamenti e caratteristiche comportamentali, tra le quali senso di fretta e impazienza, competitività elevata e diffusa con tendenza alla lotta e alla sfida, difficoltà o incapacità a rilassarsi, bisogno di mantenere il controllo nelle relazioni sociali e lavorative, ostilità. L'ostilità in particolare si è rivelata positivamente correlata ad una serie di abitudini a rischio per la salute.

TRAINING ASSERTIVO O DELLE COMPETENZE SOCIALI

Intervento psicologico che viene svolto prevalentemente in gruppo, attraverso istruzioni, discussioni, role-playing (con modellamento, suggerimenti e feedback, prove comportamentali, rinforzo positivo) e compiti per casa.

Il training si prefigge di migliorare la capacità individuale di esprimere pensieri, sentimenti e credenze in modo diretto, onesto e rispettoso degli altri; a seconda delle difficoltà e dei deficit di abilità della persona, può concentrarsi sulla capacità di "dire no", di fare richieste, di esprimere sentimenti positivi e negativi, di iniziare, mantenere e porre termine ad una conversazione... e focalizzarsi sulle componenti cognitive, verbali oppure non verbali (es. contatto oculare, postura, mimica facciale) di un'abilità.

Due modalità di comportamento interpersonale, alternative all'assertività e tra loro opposte sono il comportamento passivo e quello aggressivo.

TRATTAMENTO DI PROVATA EFFICACIA

Secondo i criteri adottati dall'American Psychological Association (APA) vengono considerati di provata efficacia i trattamenti caratterizzati da almeno 2 trial che soddisfino il *criterio A* (a1 o a2) oppure il *criterio B* (b1 o b2):

Criterio A

a1 = differenza statisticamente significativa fra gruppo sperimentale e gruppo di controllo

a2 = risultati equivalenti del gruppo sperimentale con quelli ottenuti in letteratura di già provata efficacia. Il gruppo deve avere una casistica di $N \geq 30$ casi trattati.

Criterio B

Casistica caratterizzata da almeno 9 pazienti singolarmente trattati, con un adeguato disegno sperimentale, che abbiano dimostrato efficacia nel trattamento.

L'APA classifica come interventi di probabile efficacia quelli che presentano almeno uno dei due successivi criteri:

b1 = presenza di ricerche che provino che i cambiamenti indotti da un trattamento sono positivi e maggiori rispetto ai cambiamenti interscorsi in un gruppo di controllo o di pazienti in lista di attesa

b2 = presenza di studi che evidenzino una differenza significativa del gruppo sperimentale rispetto al controllo e/o risultati equivalenti del gruppo sperimentale di un altro trattamento e che comprendano un manuale contenente la descrizione delle procedure del trattamento.

VALIDITÀ

Grado di precisione con cui uno strumento, in particolare un test psicodiagnostico, misura una determinata caratteristica psicologica, senza essere influenzato da altre caratteristiche. In questo senso, un test di depressione è tanto più valido quanto più precisamente valuta il livello di depressione delle persone e non è influenzato, per esempio, dal loro livello d'ansia. Esistono diversi metodi per studiare la validità, ad es. validità concorrente, di contenuto, predittiva.

SIGLE

ANMCO (Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri)

AOCP (Arteriopatia Cronica Obliterante Periferica)

CDI (Cardioverter Defibrillatore Impiantabile)

DSM IV (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali - IV revisione corrente)

GICR (Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva)

PNLG (Programma Nazionale Linee Guida)

RCV (Riabilitazione Cardiovascolare)

SCC (Scompenso Cardiaco Cronico)

SIC (Società Italiana di Cardiologia)

Bibliografia

1. Ceci V, Chieffo C, Giannuzzi P, Boncompagni F, Jesi P, Schweiger C, Assennato P, Griffo R, Scrutinio D. Linee guida ANMCO-SIC-GIVFRC sulla riabilitazione cardiologica. *G Ital Cardiol* 1999; 29: 1057-1091.
2. Ceci V, Boncompagni F, Jesi P, Schweiger C, Assennato P, Griffo R, Scrutinio D, Chieffo C, Giannuzzi P. Standard e VRQ per la riabilitazione cardiologica. *G Ital Cardiol* 1999; 29: 1098-1103.
3. Matarazzo JD. Behavioral health and behavioral medicine: frontiers for a new health psychology. *Annals of psychology* 1980; 35: 807.
4. PNLG. Come produrre, diffondere e aggiornare raccomandazioni per la pratica clinica, Manuale metodologico. Milano: Arti Grafiche Passoni, 2002.
5. Ovreteit J. La qualità nel servizio sanitario. Napoli: EdiSES, 1996.
6. Deliberazione Giunta Regionale 13 aprile 2000 n. 52. LR n 61/1997 PSR - Allegato A punto 2.3 Funzioni, ambiti di intervento ed attività dei Servizi di Psicologia. BUR Piemonte n 19, 10 maggio 2000.
7. Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229. Norme per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della Legge 30 novembre 1998, n. 419. GU Suppl. Ord. n 132, 16 luglio 1999.
8. Wenger NK, Froelicher ES, Smith LK *et al.* Cardiac Rehabilitation. Clinical Practice Guideline n° 17. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research and the National Heart, Lung and blood Institute, AHCPR Publication N° 96-0672. 1995.
9. Wood D, De Backer G, Faergeman O, Graham I, Mancia G, Pyorala K. Prevention of coronary heart disease in clinical practice. Recommendations of the Second Joint Task Force of European and other Societies on Coronary Prevention. *European Heart Journal* 1998; 19: 1434-1503.
10. Guidelines for cardiac rehabilitation and secondary prevention programs / American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation, 3rd ed. 1999.
11. Best Practice Guidelines for Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention. Produced by the Heart Research Center on Behalf of Department of Human Services Victoria, 1999.
12. Cardiac Rehabilitation. A national clinical guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2002.
13. Best Practice Evidence-based Guideline: Cardiac Rehabilitation The guidelines have been produced by the NZGG and the National Heart Foundation of NZ New Zealand, 2002.
14. Linee guida del Ministro della sanità per le attività di riabilitazione Provvedimento 7 maggio 1998. *Gazzetta Ufficiale della repubblica italiana*. Serie generale n° 124: 21-50.
15. Urbinati S, Fattiroli F, Tramarin R, Chieffo C, Temporelli P, Griffo R, Belardinelli R, Vaghi P, Briolotti L, per il Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva (GICR). Il progetto ISYDE (Italian Survey on Cardiac Rehabilitation). Lo stato della Cardiologia Riabilitativa in Italia The ISYDE project. A survey on Cardiac Rehabilitation in Italy. *Monaldi Arch Chest Dis* 2003; 60 (1): 16-24.

16. Legge 31 dicembre 1996, n 675. Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. GU Suppl. Ord. n 3, 8 gennaio 1997.
17. Consiglio Nazionale dell' Ordine. Codice Deontologico degli Psicologi Italiani. 1997.
18. Zotti AM. Strategie e modelli di intervento psicosociale in riabilitazione. In: Giannuzzi P, Ignone G. Riabilitazione nelle malattie cardiovascolari. Torino: UTET, 1999: 323-337.
19. AA.VV. LiGIO '99 Linee guida italiane obesità. Bologna: Edizioni Pendragon - Testi di Medicina, 1999.
20. Allamani A, Orlandini D, Bardazzi G, Quartini A, Morrettini A. Il libro italiano di psicologia Volume primo - Alcol: problemi e patologie correlate. Firenze: See, 2000.
21. Zuccaro P, Caraffa G, Corti FM, Davoli M, Enea D, Fogliari V, Galeone D, Malvezzi E, Minozzi S, Cardini S, Pacifici R, Vanuzzo D. Ministero della Salute Istituto Superiore di Sanità. Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo. Guida breve per la realizzazione degli interventi. Roma: Osservatorio Fumo, Alcol e Droga, 2002.
22. Management of Diabetes. A national clinical guideline. Scottish Intercollegiate Guideline Network, 2001.
23. Comaschi M, Medea G, Panico S, Pujia A, Riccardi G, Rivellese A, Rubba P, Schweiger C, Trimarco B, Vaccaro O, Zavaroni I. Linee guida per la prevenzione cardiovascolare nel paziente diabetico, 2001.
24. Guidelines Committee. 2003 European Society of Hypertension-European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertens.* 2003; 21 (6): 1011-53.
25. National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) final report. *Circulation.* 2002 Dec 17; 106 (25): 3143-421.
26. Bertrando P. Manuale di Terapia della Famiglia. Gurman AS, Knistern DP, Ed Italiana, Manuali di Psicologia Psichiatria Psicoterapia, Torino: Bollati Boringhieri, 1995.
27. McGee HM, Hevey D, Horgan JH. Psychosocial outcome assessments for use in cardiac rehabilitation service evaluation: a 10-year systematic review. *Soc Sci Med.* 1999 May; 48 (10): 1373-93.
28. Zotti AM, Bertolotti G, Michielin P, Sanavio E, Vidotto G. Linee guida per lo screening dei tratti di personalità, cognizioni e comportamenti avversi alla salute. Manuale d'uso per il CBA Forma Hospital. Pavia: Edizione Mangeri Foundation Books, 2000.
29. Bertolotti G, Sanavio E, Zotti AM. Il CBA Forma Hospital. In: Sanavio E. Le Scale CBA. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2002: 158-234.
30. Vedana L, Baiardi P, Sommaruga M, Galli M, Neri M, Pedretti RF, Tramarin R, Bertolotti G. Clinical validation of an anxiety and depression screening test for intensive in-hospital rehabilitation. *Monaldi Arch Chest Dis* 2002 Sep; 58 (2): 101-6.
31. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. The State-Trait Anxiety Inventory Test Manual for Form X. Palo Alto: Consulting Psychologist Press, 1970. Tr. it. a cura di Lazzari R, Pancheri P. S.T.A.I. Questionario di autovalutazione dell'ansia di stato e di tratto. Firenze: Organizzazioni Speciali, 1980.
32. Lazzari R, Pancheri P. STAI Questionario di autovalutazione per l'ansia di stato e di tratto. Firenze: Organizzazioni Speciali, 1980.
33. Michielin P, Bustaffa M. Uso della batteria CBA 2.0 scale primarie nell'assessment di pazienti psichiatrici, studio preliminare. *Bollettino di Psicologia Applicata* 1987; 182-183: 75-83.
34. Sanavio E, Bertolotti G, Michielin P, Vidotto G, Zotti AM. CBA 2.0 Cognitive Behavioural Assessment 2.0. Firenze: Organizzazioni Speciali, 1997.
35. Zigmond AF, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67: 361-370.
36. Costantini M, Musso M, Viterbori P, Bonci F, Del Mastro L, Garrone O, Venturini M, Morasso G. Detecting psychological distress in cancer patients: validity of the Italian version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Support Care Cancer* 1999; 7 (3): 121-7.
37. Beck AT, Ward CH, Meldelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiat* 1961; 4: 561-571.
38. Scilligo P. Caratteristiche psicometriche del questionario di depressione di Beck. *Psicologia Clinica* 1983; 3: 397-408.
39. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12: 189-98.
40. Measso G, Caverzeran F, Zappalà G, Lebowitz BD, Crook TK, Pirozzolo FJ, Amaducci LA, Massari D, Grigoletto F. Il Mini Mental State Examination: studio normativo di un campione random della popolazione italiana. *Developmental Neuropsychology* 1993; 9: 77-85.
41. Mosticoni R, Chiari G. Una descrizione obiettiva della personalità. Il Minnesota Multiphasic Personality Inventory - MMPI. Firenze: Organizzazioni Speciali, 1979.
42. Hathaway SR, McKinley JC. MMPI-2, Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 - Edizione Italiana a cura di Sirigatti S, e Cancheri P. Firenze: Organizzazioni Speciali, 1995.
43. Butcher J, Derksen J, Sloore H, Sirigatti S. Objective personality assessment of people in diverse cultures: European adaptations of the MMPI-2. *Behav Res Ther* 2003; 41: 819-840.
44. Mazzi F, Morosini P, De Girolamo G, Bussetti M, Guaradi GP. SCID-I, Structured Clinical Interview for DSM-IV- Axis I Disorder (versione clinica CV). Firenze: Organizzazioni Speciali, 2000.
45. Cattell RB, Saunders DR, Stice GF. The 16 Personality Factor Test. Firenze: Organizzazioni Speciali, 1955.
46. Novaga M, Tedoni A. Contributo allo studio della personalità. Il 16 PF-Test di Cattell. Firenze: Organizzazioni Speciali, 1977.
47. Eysenck HJ. The manual of the Eysenck Personality Questionnaire. London: Hodder & Stoughton, 1975.
48. Bruni P. Eysenck Personalità Questionare (EPQ): breve manuale dell'adattamento italiano. Firenze: Organizzazioni Speciali, 1977.
49. Sommaruga M, Vidotto G, Bertolotti G, Pedretti RFE, Tramarin R. A self-administered tool for the evaluation of the efficacy of health educational interventions in cardiac patients. *Monaldi Arch Chest Dis* 2003; 60: 1, 7-15.
50. Rossi Ferrario S, Baiardi P, Zotti AM. Assessment delle problematiche caregiving-correlate: il family strain questionnaire. *G Ital Med Lav Erg* 2001; 23: 1, 25-29.
51. Rossi Ferrario S, Zotti AM, Ippoliti M, Zotti P. Caregiving-related needs analysis: a proposed model reflecting current research and socio-political developments. *Health & Social Care in the Community* 2003; 11: 2, 103-110.
52. Tiozzo M, Giardini A, Majani G, Pierobon A, Callegari F, Baiardini I, Canonica W, La Grutta S. Presentazione del Disease Impact on Caregiver (DIOC): un nuovo questionario per la rilevazione del disagio nel caregiver. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale* 2002; 8 (3): 233-46.

53. Spinnler H, Tognoni G. Standardizzazione e taratura italiana di test neuropsicologici. *Ital J Neurol Sci*, 1987; 6 (Suppl. 8): 21-120.
54. Wechsler D. WAIS-R Wechsler Adult Intelligence Scale Revised, Manuale. Firenze: Organizzazioni Speciali, 1997.
55. Orsini A, Laicardi C. WAIS-R Contributo alla taratura italiana. Firenze: Organizzazioni Speciali, 1997.
56. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *J Pers Soc Psychol* 1989; 56: 267-83.
57. Sica C, Novara C, Dorz S, Sanavio E. Coping Orientations to the Problems Experienced (COPE): traduzione e adattamento italiano. *Bollettino di Psicologia Applicata* 1997; 223: 25-34.
58. Angelino E, Miglioretti M, Cauteruccio A, Balestroni G, Zotti AM, Giannuzzi P. Self-efficacy e comportamenti di salute in cardiologia riabilitativa: lo studio italiano (abstr) *Italian Heart Journal* 2001; 2, suppl. 2: 137.
59. Boncori L. Teoria e tecniche dei test. Torino: Bollati Boringhieri, 1993.
60. World Health Organization. Needs and action priorities in cardiac rehabilitation and secondary prevention in patients with coronary heart disease. Geneva: WHO Regional Office for Europe, 1993.
61. Oldridge N, Gottlich M, Gujatt G, Jones N, Streiner D, Fenny D. Predictors of Health-Related Quality of life with cardiac rehabilitation after acute myocardial infarction. *J Cardiopulmonary Rehabil* 1998; 18: 95-103.
62. Pierobon A, Giardini A, Majani G, Callegari S, Tiozzo M, Assandri I. Satisfaction before and after heart transplantation: a look into the subjectivity of the experience. *Monaldi Arch Chest Dis* 2002; 58: 3, 207-213.
63. Al-Kaade S, Hauptman MD. Health-related Quality of life measurement in heart failure: Challenges for the new millennium. *Journal of Cardiac Failure* 2001; 7: 2, 194-201.
64. Shephard RJ, Franklin B. Changes in the Quality of life: a major goal of cardiac Rehabilitation. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation* 2001; 21: 189-200.
65. Sledge SB, Ragsdale K, Tabb J, Jaemkli N. Comparison of intensive outpatients cardiac rehabilitation to standard outpatient care in veterans: effect of quality of life. *J Cardiopulmonary Rehabil* 2000; 20: 383-388.
66. Rukholm E, McGirr M, Potts J. Measuring quality of life in cardiac rehabilitation clients. *Int Nurs Stud* 1998; 35: 210-216.
67. Verrill D, Barton C, Beasley W, Brennan M, Lippard M, King C. Quality of life measures and gender comparisons in North Carolina Cardiac Rehabilitation Programs. *J Cardiopulm Rehabil.* 2001; 21 (1): 37-46.
68. World Health Organization (WHO). Constitution. New York: World Health Organization, 1946.
69. World Health Organization (WHO). Scientific Group, Cardiovascular disease risk factors: new areas for research, "WHO Technical Report Series". Geneva: World Health Organization, 1994: 841.
70. Majani G. Introduzione alla psicologia della salute. Trento: Edizioni Centro Studi Erikson, 1999.
71. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item Short Form Health Survey (SF-36): Conceptual framework and item selection. *Medical Care* 1992; 30: 473-483.
72. Apolone G, Mosconi P, Ware JE. Questionario sullo stato di salute SF-36. Verona: Guerini e Associati, 1997.
73. Hunt SM, McEwen J, McKenna SP. Perceived health: Age and sex comparisons in a community. *J Epidemiol and Community Health* 1984; 34: 281-286.
74. Bertin G, Niero M, Porchia S. L'adattamento del Nottingham Health Profile al contesto italiano. In: The European Group for quality of life and health measurement. European guide to the Nottingham Health Profile, Montpellier: ESCUBASE, 1992: 184-223.
75. Majani G, Callegari S. SAT-P Satisfaction Profile, Soddisfazione Soggettiva e Qualità della Vita. Trento: Edizioni Centro Studi Erikson, 1998.
76. Bergner M, Bobbit RA, Carter WB, Gilson BS. The Sickness Impact Profile: Development and final revision of a Health measure. *Medical Care* 1981; 19: 787-805.
77. Bertolotti G, Sommaruga M, Carone M, Zotti AM, Baiardi P. Il Sickness Impact Profile: traduzione e adattamento italiano. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale* 1999; 5: 2, 109-21.
78. Rector TS, Kubo SH, Cohn JN. Patients self-assessment of their congestive heart failure: content, reliability and validity of a new measure, the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire, *Heart Failure* 1987; 3: 198-209.
79. Opasich C, De Feo S, Pierobon A, Callegari S, Majani G. La qualità della vita nell'insufficienza cardiaca: che cos'è, come valutarla, quanto valorizzarla. Minnesota Living with Heart Failure (MLWHF), Atti del 35° Convegno Internazionale A. De Gasperi, Niguarda 2001; 211-214.
80. Hak T, Willems D, van der Wal G, Visser F. A qualitative validation of the Minnesota living with Heart Failure Questionnaire. *Quality of Life Research* 2003; in press.
81. Green CP, Porter CB, Bresnahan DR, Spertus JA. Development and evaluation of the Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire: a New Health Status Measure for Heart Failure. *JACC* 2000; 35: 1245-1255.
82. Miani D, Albanese MC, Rozbowski P, Gregori D, Fioretti PM. e l'Heart Failure Study Group. Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire: linguistic adaptation and psychometric validation. (abstr) In: *Ital Heart J* 2002; 3 (2 Suppl): 140.
83. GISSI-Nursing Questionario sullo stato di salute e qualità della vita. *Rivista Inferm* 1995; 14: 16-29.
84. Silvestro A, Bacchieri A, Bucur R, Di Donato AM, Costantino C, Corrado S, Brevetti G. Un nuovo questionario per la valutazione della qualità della vita nel paziente affetto da claudicatio intermittens. *Minerva Cardioangiologica* 2000; 48: 12, 455-65.
85. Dusseldorp E, Van Elderen T, Maes S, Meulman J, Kraaij V. A meta-analysis of psychoeducational programs for coronary heart disease patients. *Health Psychology* 1999; 18 (5): 506-519.
86. Linden W, Stossel C, Maurice J. Psychosocial interventions for patients with coronary artery disease: a meta-analysis. *Arch Intern Med* 1996; 156: 745-752.
87. Mullen PD, Mains DA, Velez R. A meta-analysis of controlled trials of cardiac patient education. *Patient Educ Couns* 1992; 19 (2): 143-62.
88. McAlister FA, Lawson FM, Teo KK, Armstrong PW. A systematic review of randomized trials of disease management programs in heart failure. *Am J Med* 2001; 110 (5): 378-84.
89. Blumenthal JA, Jiang W, Babyak MA, Krantz DS, Frid DJ, Coleman RE, Waugh R, Hanson M, Appelbaum M, O'Connor C, Morris JJ. Stress management and exercise training in cardiac patients with myocardial ischemia. Effects on prognosis and evaluation of mechanisms. *Arch Intern Med* 1997; 27; 157 (19): 2213-23.
90. van Dixhoorn J, Duivenvoorden HJ, Pool J, Verhage F. Psychic effects of physical training and relaxation therapy after myocardial infarction. *J Psychosom Res* 1990; 34 (3): 327-37.
91. van Dixhoorn JJ, Duivenvoorden HJ. Effect of relaxation therapy on cardiac events after myocardial infarction: a 5-year follow-up study. *J Cardiopulm Rehabil* 1999; 19 (3): 178-85.
92. Trzcieniecka-Green A, Steptoe A. Stress management in cardiac patients: a preliminary study of the predictors

- of improvement in quality of life. *J Psychosom Res* 1994; 38 (4): 267-80.
93. Trzcieniecka-Green A, Steptoe A. The effects of stress management on the quality of life of patients following acute myocardial infarction or coronary bypass surgery. *Eur Heart J* 1996; 17 (11): 1663-70.
 94. Linden W. Psychological treatments in cardiac rehabilitation: review of rationales and outcomes. *Journal of Psychosomatic Research* 2000; 48: 443-454.
 95. Rich MW. Multidisciplinary interventions for the management of heart failure: where do we stand? *Am Heart J* 1999; 138 (4 Pt 1): 599-601.
 96. Rich MW. Heart failure disease management programs: efficacy and limitations. *Am J Med* 2001; 110: 410-2.
 97. Evangelista LS, Dracup K. A closer look at compliance research in heart failure patients in the last decade. *Prog Cardiovasc Nurs* 2000; 15 (3): 97-103.
 98. Bennett SJ, Cordes DK, Westmoreland G, Castro R, Donnelly E. Self-care strategies for symptom management in patients with chronic heart failure. *Nurs Res* 2000; 49 (3): 139-45.
 99. WHO. The World Health Report, Making a difference. Geneva: WHO, 1999.
 100. Borgo S, Della Giusta S, Sibililia L. Dizionario di psicoterapia cognitivo-comportamentale. Milano: Mc Graw-Hill, 2001.
 101. Prochaska JO, Di Clemente CC. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. Psychotherapy: theory, research, and practice, 1982.
 102. Prochaska JO, Di Clemente CC. Stages and process of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1983; 51: 390-395.
 103. Prochaska JO, Di Clemente CC. Stages of change in the modification of problem behaviors. In: Hersen M, Eisler RM, Miller P. Progress in behavior modification. Newbury Park (CA): Sage, 1992.
 104. Millner W, Rollnick S. Il colloquio di motivazione. Tecniche di counseling per problemi di alcol ed altre dipendenze. Trento: Centro Studi Erickson, 1994.
 105. Majani G. Compliance, adesione, aderenza. Milano: McGraw Hill, 2001.
 106. Taylor HA. Sexual activity and the cardiovascular patient: Guidelines. *Am J Cardiol* 1999; 84: 6 N-10-N.
 107. Friedman S. Cardiac disease, anxiety, and sexual functioning. *Am J Cardiol* 2000; 86 (2A): 46F-50F.
 108. Lingiardi V, Madeddu F. I meccanismi di difesa. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2002.
 109. Meichenbaum D. Al termine dello stress. Trento: Centro Studi Erikson, 1990.
 110. Jacobson E. Progressive Relaxation. Chicago: 2nd ed. University of Chicago Press, 1938.
 111. Bonenti D, Meneghelli A. Assertività e training assertivo. Milano: Franco Angeli, 1997.
 112. Chambless DL, Baker MJ, Baucom DH, Beutler LE, Calhoun KS, Crits-Christoph P, Daiuto A, DeRubeis RJ, Detweiler J, Haaga DA, Bennett Johnson S, McCurry S, Mueser KT, Pope KS, Sanderson WC, Shoham V, Stickle T, Williams DA, Woody SR. Update on empirically validated therapies, II. *The Clinical Psychologist* 1998, 51, 1: 3-16.
 113. Lyddon WJ, Jones JV. L'approccio evidence-based in psicoterapia. Milano: McGraw-Hill, 2002.
 114. Sanavio E. Psicoterapia cognitiva e comportamentale. Roma: NIS La Nuova Italia Scientifica, 1993.
 115. Kostis JB, Rosen RC, Cosgrove NM, Shindler DM, Wilson AC. Nonpharmacologic therapy improves functional and emotional status in congestive heart failure. *Chest* 1994; 106 (4): 996-1001.
 116. Sullivan MJ, Hawthorne MH. Nonpharmacologic interventions in the treatment of heart failure. *J Cardiovasc Nurs* 1996; 10 (2): 47-57.
 117. Noventa A, Nava R, Oliva F. Self-Help. Promozione della salute e gruppi di autoaiuto, Torino: Gruppo Abele, 1990.
 118. Buchberger R. Ruolo del volontariato nella riabilitazione a lungo termine. In: Giannuzzi P, Ignone G. Riabilitazione nelle malattie cardiovascolari. Torino: UTET, 1999.
 119. Lewin B, Robertson IH, Cay EL, Irving JB, Campbell M. Effects of self-help post-myocardial-infarction rehabilitation on psychological adjustment and use of health services. *Lancet* 1992; 25; 339 (8800): 1036-40.
 120. Johnston M, Foulkes J, Johnston DW, Pollard B, Gudmundsdottir H. Impact on patients and partners of inpatient and extended cardiac counseling and rehabilitation: a controlled trial. *Psychosomatic Medicine* 1999; 61; 225-233.
 121. O'Farrell P, Murray J, Hotz SB. Psychologic distress among spouses of patients undergoing cardiac rehabilitation. *Heart Lung* 2000; 29 (2): 97-104.
 122. Suls J, Green P, Rose G, Lounsbury P, Gordon E. Hiding worries from One's spouse: associations between coping via protective buffering and distress in male post-myocardial infarction patients and their wives. *J Behav Med* 1997; 20 (4): 333-49.
 123. Berkhuisen MA, Nieuwland W, Buunk BP, Sanderman R, Rispens P. Change in self-efficacy during cardiac rehabilitation and the role of perceived overprotectiveness. *Patient Education and Counseling* 1999; 38 (1): 21-32.
 124. Collins EG, White-Williams C, Jalowiec A. Impact of the heart transplant waiting process on spouses. *The Journal of Heart and Lung Transplantation* 1996; 15 (6): 623-30.
 125. Collins EG, White-Williams C, Jalowiec A. Spouse stressors while awaiting heart transplantation. *Heart Lung* 1996; 25 (1): 4-13.
 126. Meland E, Maeland JG, Laerum E. The importance of self-efficacy in cardiovascular risk factor change. *Scand J Public Health* 1999; 27 (1): 11-7.
 127. Billing E, Bar-On D, Rehnqvist N. Determinants of lifestyle changes after a first myocardial infarction. *Cardiology* 1997; 88 (1): 29-35.
 128. Lewin SA, Skea ZC, Entwistle V, Zwarenstein M, Dick J. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; (4): CD003267.
 129. Opasich C, Majani G, Callegari S, Sommaruga M, Tarantini L. Il ruolo del paziente nella comprensione della malattia e nell'aderenza alle prescrizioni: strategie per una comunicazione efficace. In: CARDIOLOGIA 2000, Atti del 34° Convegno Internazionale del Dipartimento Cardiologico A. De Gasperi (Milano, 25-29 Settembre) 239-250.
 130. Sommaruga M, Bettinardi O, Opasich C. La comunicazione tra medico e paziente con scompenso cardiaco cronico può aiutare ad ottenere gli obiettivi terapeutici. Come renderla efficace? [Communication between physician and patient with chronic heart decompensation may help to reach the therapeutic objectives. How to make it efficient]. *Ital Heart J* 2001; 2 (9 Suppl): 945-57.
 131. Hagger MS, Orbell S. A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology and Health* 2003; 18 (2): 141-184.
 132. Ragazzoni P, Tinelli G, Zotti AM. Valutazione dello stress e del potenziale umano per l'organizzazione del lavoro infermieristico. *G Ital Med Lav Erg* 1999; 21; 2: 140-145.
 133. Tiozzo M, Manno F, Callegari S, Pierobon A, Giardini A, Majani G. Livelli di Burnout e profilo di soddisfazione del personale infermieristico in ambito cardiologico. *Psicologia della Salute* 1998; 4: 85-6.
 134. Majani G. Approccio multidisciplinare psicologico al paziente con scompenso cardiaco cronico. In: Sibililia L.

- Psicologia, stress e salute cardiovascolare. Roma: CNR-FATMA, 1998: 59-63.
135. Pierobon A, Tiozzo M, Giardini A, Callegari S, Majani G. Il contributo della psicologia alla gestione del paziente con Scompenso Cardiaco Cronico. *Giornale di Riabilitazione* 2002; 18 (1): 20-4.
 136. Figley CR. Compassion fatigue: psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology* 2002; 58 (11): 1433-1441.
 137. Musca G, Cauteruccio MA. La riabilitazione del cardiopatico: un processo di medicina clinica integrata. *Giornale di Riabilitazione* 2001, 17: 76-79.
 138. Musca G, Cauteruccio MA. Modello organizzativo e gestionale del paziente con scompenso cardiaco cronico. *Monaldi Arch Chest Dis* 2002; 58: 2, 154-160.
 139. Converso D, Gilardi S. Psicologi e valutazione della qualità nei servizi sanitari: l'esperienza del Laboratorio di Qualità della Scuola di Specializzazione di Psicologia della salute. *Psicologia della salute* 2001; 2: 9-25.
 140. Hemingway H, Kuper H, Marmot M. Psychosocial factors in the primary and secondary prevention of coronary heart disease: an updated systematic review of prospective cohort studies. In: Evidence-based cardiology, *BMJ Books* 2003.
 141. Hemingway H, Marmot M. Psychosocial factors in the aetiology and prognosis of coronary heart disease: systematic review of prospective cohort studies. *BMJ* 1999; 318: 1460-1467.
 142. Roose SP, Seidman SN. Sexual activity and cardiac risk: is depression a contributing factor? *Am J Cardiol* 2000; 86 (suppl); 38F-40F.
 143. Frasure-Smith N, Lespérance F, Ginette G, Masson A, Juneau M, Talajic M, Bourassa MG. Social support, depression, and mortality during the first year after myocardial infarction. *Circulation* 2000; 101: 1919-1924.
 144. Lesperance F, Frasure-Smith N, Talajic M, Bourassa G. Five-year risk of cardiac mortality in relation to initial severity and one-year changes in depression symptoms after myocardial infarction. *Circulation* 2002; 105: 1049-1053.
 145. Hermann C, Brand-Driehorst S, Buss U, Rüger U. Effects of anxiety and depression on 5-year mortality in 5057 patients referred for exercise testing. *J Psychosom Res* 2000; 48: 455-462.
 146. Carinci F, Nicolucci A, Ciampi A, Labbrozzi D, Bettinardi O, Zotti AM, Tognoni G on behalf of the Gruppo Italiano per lo Studio della Sopravvivenza nell'Infarto Miocardico. Role of interactions between psychological and clinical factors in determining 6-month mortality among patients with acute myocardial infarction. *Eur Heart J* 1997; 18: 835-845.
 147. Tennant C. Work stress and coronary heart disease. *J Cardiovasc Risk* 2000; 7 (4): 273-6.
 148. Wielgosz AT, Nolan RP. Biobehavioral factors in the context of ischemic cardiovascular diseases. *Journal of Psychosomatic Research* 2000; 47: 339-345.
 149. Denollet J, Stroobant N, Rombouts N, Gillebert TC, Brutsaert DL. Personality as independent predictor of long-term mortality in patients with coronary heart disease. *Lancet* 1996; 347: 417-421.
 150. Denollet J, Brutsaert DL. Personality, disease severity and the risk of long-term cardiac events in patients with decreased ejection fraction after myocardial infarction. *Circulation* 1998; 97: 167-173.
 151. Denollet J, Vaes J, Brutsaert DL. Inadequate response to treatment in coronary heart disease. Adverse effects of Type D Personality and younger age on 5-year prognosis and quality of life. *Circulation* 2000a; 102: 630-635.
 152. Denollet J. Type D personality. A potential risk factor refined. *Journal of Psychosomatic Research* 2000b; 49: 255-266.
 153. Appels A, Schouten E. Waking up exhausted as risk indicator of myocardial infarction. *Am J Cardiol* 1991; 68 (4): 395-8.
 154. Appels A, Otten F. Exhaustion as precursor of cardiac death. *Br J Clin Psychol* 1992; 31 (Pt3): 351-6.
 155. Rozanski A, Blumenthal JA, Kaplan J. Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation* 1999; 99: 2192-2217.
 156. Black PH, Garbutt LD. Stress, inflammation and cardiovascular disease. *J Psychosom Res* 2002; 52 (1): 1-23.
 157. Tennant CC, Palmer KJ, Langeluddecke PM, Jones MP, Nelson G. Life event stress and myocardial reinfarction: a prospective study. *Eur Heart J* 1994; 15 (4): 472-8.
 158. Tennant C, McLean L. The impact of emotions on coronary heart disease risk. *J Cardiovasc Risk* 2001; 8 (3): 175-83.
 159. Stoll C, Schelling G, Goetz AE, Klger E, Bayer A, Kapfhammer HP, Rothenhauser HB, Kreuzer E, Reichart B, Peter K. Health-related quality of life and post-traumatic stress disorder in patients after cardiac surgery and intensive care treatment. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2000; 120 (3): 505-12.
 160. van Driel RC, Op den Velde W. Myocardial infarction and post-traumatic stress disorder. *J Trauma Stress* 1995; 8 (1): 151-9.
 161. Pedersen SS. Post-traumatic stress disorder in patients with coronary artery disease: a review and evaluation of the risk. *Scand J Psychol* 2001; 42 (5): 445-51.
 162. Tedstone JE, Tarrier N. Posttraumatic stress disorder following medical illness and treatment. *Clin Psychol Rev* 2003; 23 (3): 409-48.
 163. Toner I, Taylor KM, Newman S, Smith PL. Cerebral functional changes following cardiac surgery: neuropsychological and EEG assessment. *Eur J Cardiothorac Surg* 1998; 13 (1): 13-20.
 164. van Dijk D, Keizer AM, Diephuis JC, Durand C, Vos LJ, Hijman R. Neurocognitive dysfunction after coronary artery bypass surgery: a systematic review. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2000; 120 (4): 629-631.
 165. Newmann MF, Kirchner JL, Phillips-Bute B, Gaver V, Grocott H, Jones RH, Mark DB, Reves JG, Blumenthal JA. Longitudinal assessment of neurocognitive function after coronary-artery bypass surgery. *N Engl J Med* 2001; 344 (6): 395-402.
 166. van Dijk D, Jansen EWL, Hijman R, Nierich AP, Diephuis JC, Moons KGM, Lahpor JR, Borst C, Keizer AMA, Nathoe HM, Grobbee DE, De Jaegere PPT, Kalkman CJ. Cognitive outcome after off-pump and on-pump coronary artery bypass graft surgery. *JAMA* 2002; 287 (11): 1405-1412.
 167. Selnes OA, McKhann GM. Coronary-artery bypass surgery and the brain. *N Engl J Med* 2001; 344 (6): 451-452.
 168. Cooper AJ. Sexual dysfunction and cardiovascular disease. *Stress Med* 1988; 4: 273-281.
 169. Bucciero RO, Ragazzoni P, Zotti AM. Costruzione di un questionario per la valutazione delle cognizioni e aspettative sulla ripresa dell'attività sessuale dei pazienti cardiopatici. *Psicologia della Salute* 1998; 4: 53.
 170. Brezinka V, Dusseldorp E, Maes S. Gender differences in psychosocial profile at entry into cardiac rehabilitation. *J Cardiopulm Rehabil* 1998; 18 (6): 445-449.
 171. Tardivel J. Gender differences in relation to motivation and compliance in cardiac rehabilitation. *Nurs Crit Care* 1998; 3 (5): 214-219.
 172. Carney RM, Freedland KE, Eisen SA, Rich MW, Jaffe AS. Major depression and medication adherence in elderly patients with coronary artery disease. *Health Psychol* 1995; 14 (1): 88-90.
 173. Daly J, Sindone AP, Thompson DR, Hancock K, Chang E, Davidson P. Barriers to participation in and adhe-

- rence to cardiac rehabilitation programs: a critical review. *Prog Cardiovasc Nurs* 2002; 17 (1): 8-17.
174. Jones DA, West RR. Psychological rehabilitation after myocardial infarction: multicentre randomised controlled trial. *BMJ* 1996; 313 (7071): 1517-21.
 175. Frasure-Smith N, Lesperance F, Prince RH, Verrier P, Garber RA, Juneau M, Wolfson C, Bourassa MG. Randomised trial of home-based psychosocial nursing intervention for patients recovering from myocardial infarction. *Lancet* 1997; 350 (9076): 473-9.
 176. Steptoe A, Kerry S, Rink E, Hilton S. The impact of behavioral counseling on stage of change in fat intake, physical activity, and cigarette smoking in adults at increased risk of coronary heart disease. *Am J Public Health* 2001; 91 (2): 265-9.
 177. Sebregets E, Falger F, Bar P. Risk factor modification through non pharmacological interventions in patients with CHD. *Journal of Psychosomatic Research* 2000; 48: 425-441.
 178. Donker FJS. Cardiac rehabilitation: a review of current development. *Clinical Psychology* 2000; 20: 923-943.
 179. The ENRICHD investigators. Enhancing recovery in coronary heart disease patients (ENRICHD): study design and methods. *Am Heart J*. 2000; 139 (1 Pt 1): 1-9.
 180. Writing Committee For The ENRICHD Investigators. Effects of Treating Depression and Low Perceived Social Support on Clinical Events After Myocardial Infarction: The Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients (ENRICHD) Randomized Trial. *JAMA* 2003; 289 (23): 3106-16.
 181. Shuldham C, Goodman H, Fleming S, Tattersall K, Pryse-Hawkins H. Anxiety, depression and functional capacity in older women with mitral valve stenosis. *Int J Nurs Pract* 2001; 7 (5): 322-8.
 182. Tamam L, Ozpoyraz N, Bozkurt A. Association between idiopathic mitral valve prolapse and panic disorder. *Croat med J* 2000; 41 (4): 401-6.
 183. Rynkun D, Tylka J, Biederman A, Sliwinski M. Psychological adaptation of patients after cardiosurgery in the mitral valve. *Przegl Lek* 1995; 52 (11): 547-51.
 184. Sotaniemi KA. Brain damage and neurological outcome after open-heart surgery. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1980; 43 (2): 127-35.
 185. Sotaniemi KA, Mononen H, Hokkanen TE. Long-term cerebral outcome after open-heart surgery. A five-year neuropsychological follow-up study. *Stroke* 1986; 17 (3): 410-6.
 186. Sotaniemi KA. Long-term neurologic outcome after cardiac operation. *Ann Thorac Surg* 1995; 59 (5): 1336-9.
 187. Grimm M, Zimpfer D, Czerny M, Kilo J, Kasimir MT, Kramer L, Krokavay A, Wolner E. Neurocognitive deficit following mitral valve surgery. *Eur J Cardiothorac Surg* 2003; 23 (3): 265-71.
 188. Blome-Eberwein SA, Mrowinski D, Hofmeister J, Hetzer R. Impact of mechanical heart valve prosthesis sound on patients' quality of life. *Ann Thorac Surg* 1996; 61 (2): 594-602.
 189. Scordo KA. Factors associated with participation in a mitral valve prolapse support group. *Heart Lung* 2001; 30 (2): 128-37.
 190. He J, Ogden LG, Bazzano LA, Vupputuri S, Loria C, Whelton PK. Risk factors for congestive heart failure in US men and women: NHANES I epidemiologic follow-up study. *Arch Intern Med* 2001; 161 (7): 996-1002.
 191. MacMahon KM, Lip GY. Psychological factors in heart failure: a review of the literature. *Arch Intern Med* 2002; 162 (5): 509-16.
 192. Majani G, Callegari S, Pierobon A, Viola L, Manera M, Opasich C, Cobelli F, Tavazzi L. The psychological side of chronic heart failure. A pluriannual experience, *G Ital Cardiol* 1997; 27 (3): 244-54.
 193. Koenig HG. Depression in hospitalized older patients with congestive heart failure. *Gen Hosp Psychiatry* 1998; 20 (1): 29-43.
 194. Havranek EP, Ware MG, Lowes BD. Prevalence of depression in congestive heart failure. *Am J Cardiol* 1999; 84 (3): 348-50, A9.
 195. Murberg TA, Bru E, Svebak S, Tveteras R, Aarsland T. Depressed mood and subjective health symptoms as predictors of mortality in patients with congestive heart failure: a two-years follow-up study. *Int J Psychiatry Med* 1999; 29 (3): 311-26.
 196. Jiang W, Alexander J, Christopher E, Kuchibhatla M, Gaudlen LH, Cuffe MS, Blazing MA, Davenport C, Califf RM, Krishnan RR, O'Connor CM. Relationship of depression to increased risk of mortality and rehospitalization in patients with congestive heart failure. *Arch Intern Med* 2001; 161 (15): 1849-56.
 197. Williams SA, Kasl SV, Heiat A, Abramson JL, Krumholz HM, Vaccarino V. Depression and risk of heart failure among the elderly: a prospective community-based study. *Psychosom Med* 2002; 64 (1): 6-12.
 198. Bennett SJ, Perkins SM, Lane KA, Deer M, Brater DC, Murray MD. Social support and health-related quality of life in chronic heart failure patients. *Qual Life Res* 2001; 10 (8): 671-82.
 199. Krumholz HM, Butler J, Miller J, Vaccarino V, Williams CS, Mendes de Leon CF, Seeman TE, Kasl SV, Berkman LF. Prognostic importance of emotional support for elderly patients hospitalized with heart failure. *Circulation* 1998; 97 (10): 958-64.
 200. Murberg TA, Bru E. Social relationships and mortality in patients with congestive heart failure. *J Psychosom Res* 2001; 51 (3): 521-7.
 201. Putzke JD, Williams MA, Daniel JF, Foley BA, Kirklind JK, Boll TJ. Neuropsychological functioning among heart transplant candidates: a case control study. *J Clin Exp Neuropsychol* 2000; 22 (1): 95-103.
 202. Callegari S, Majani G, Giardini A, Pierobon A, Opasich C, Cobelli F, Tavazzi L. Relationship between cognitive impairment and clinical status in chronic heart failure patients. *Monaldi Arch Chest Dis Cardiac Series* 2002; 58: 19-25.
 203. Rengo F, Senin U, Trojano L, Furgi G, Picone C, Rengo G, Aisa G, Iannuzzi GL, Acanfora D. The brain in congestive heart failure in the elderly. Cognitive functions in heart failure in the elderly (the CHF Italian Study II). The rationale and preliminary data] *Cardiologia* 1998; 43 (10): 1045-52.
 204. Zuccala G, Cattel C, Manes-Gravina E, Di Niro MG, Cocchi A, Bernabei R. Left ventricular dysfunction: a clue to cognitive impairment in older patients with heart failure. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1997; 63 (4): 509-12.
 205. Zuccala G, Onder G, Pedone C, Cocchi A, Carosella L, Cattel C, Carbonin PU, Bernabei R. Cognitive dysfunction as a major determinant of disability in patients with heart failure: results from a multicentre survey. On behalf of the GIFA (SIGG-ONLUS) Investigators. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2001; 70 (1): 109-1.
 206. Kempen GI, Sanderman R, Miedema I, Meyboom-de Jong B, Ormel J. Functional decline after congestive heart failure and acute myocardial infarction and the impact of psychological attributes. A prospective study. *Qual Life Res* 2000; 9 (4): 439-50.
 207. Ni H, Nauman D, Burgess D, Wise K, Crispell K, Hershberger RE. Factors influencing knowledge of and adherence to self-care among patients with heart failure. *Arch Intern Med* 1999; 159 (14): 1613-9.
 208. Deaton C. Outcome measurement: self-management in heart failure. *J Cardiovasc Nurs* 2000 14 (4): 116-8.
 209. Bennett SJ, Perkins SM, Lane KA, Forthofer MA, Brater DC, Murray MD. Reliability and validity of the

- compliance belief scales among patients with heart failure. *Heart Lung* 2001; 30 (3): 177-85.
210. Opasich C, Rapezzi C, Lucci D, Gorini M, Pozzar F, Zanelli E, Tavazzi L, Maggioni AP. Italian Network on Congestive Heart Failure (IN-CHF) Investigators. Precipitating factors and decision-making processes of short-term worsening heart failure despite "optimal" treatment (from the IN-CHF Registry). *Am J Cardiol* 2001; 88 (4): 382-7.
 211. Tsuyuki RT, McKelvie RS, Arnold JM, Avezum A Jr, Barretto AC, Carvalho AC, Isaac DL, Kitching AD, Piegas LS, Teo KK, Yusuf S. Acute precipitants of congestive heart failure exacerbations. *Arch Intern Med* 2001; 161 (19): 2337-42.
 212. Balestroni G, Miglioretti M, Gattone M, Soffiantino F, Baroffio C, Giannuzzi P. Malattia coronarica precoce: studio sui fattori di rischio cognitivo-comportamentali e sullo stile di vita. *Psicologia della Salute* 1998; 4: 112-113.
 213. Majani G, Pierobon A, Giardini A, Callegari S, Opasich C, Cobelli F, Tavazzi L. Relationship between psychological profile and cardiological variables in chronic heart failure. The role of patient subjectivity. *Eur Heart J* 1999; 20 (21): 1579-86.
 214. Steptoe A, Mohabir A, Mahon NG, McKenna WJ. Health related quality of life and psychological well-being in patients with dilated cardiomyopathy. *Heart* 2000; 83 (6): 645-50.
 215. Westlake C, Dracup K, Creaser J, Livingston N, Heywood JT, Huiskes BL, Fonarow G, Hamilton M. Correlates of health-related quality of life in patients with heart failure. *Heart Lung* 2002; 31 (2): 85-93.
 216. Balestroni GL. Psychological intervention and heart failure: from theory to clinical practice. *Monaldi Arch Chest Dis* 2002; 58: 166-73.
 217. Murberg TA, Bru E, Aarsland T, Svebak S. Functional status and depression among men and women with congestive heart failure. *Int J Psychiatry Med* 1998; 28 (3): 273-91.
 218. Riedinger MS, Dracup KA, Brecht ML, Padilla G, Sarana L, Ganz PA. Quality of life in patients with heart failure: do gender differences exist? *Heart Lung* 2001; 30 (2): 105-16.
 219. Evangelista LS, Kagawa-Singer M, Dracup K. Gender differences in health perceptions and meaning in persons living with heart failure. *Heart Lung* 2001; 30 (3): 167-76.
 220. Opasich C, De Giuli F, Majani G, Pierobon A, De Feo S. Current perspectives. Heart failure woman: does she make any difference? *Ital Heart J* 2003; 4 (1): 4-16.
 221. Caldwell MA, Dracup K. Team management of heart failure: the emerging role of exercise, and implications for cardiac rehabilitation centers. *J Cardiopulm Rehabil* 2001; 21 (5): 273-9.
 222. Riegel B, Carlson B, Glaser D. Development and testing of a clinical tool measuring self-management of heart failure. *Heart Lung* 2000; 29 (1): 4-15.
 223. Uretsky BF, Pina I, Quigg RJ, Brill JV, MacInerney EJ, Mintzer R, Armstrong PW. Beyond drug therapy: nonpharmacologic care of the patient with advanced heart failure. *Am Heart J* 1998; 135 (6 Pt 2 Su): S264-84.
 224. Jaarsma T, Halfens R, Tan F, Abu-Saad HH, Dracup K, Diederiks J. Self-care and quality of life in patients with advanced heart failure: the effect of a supportive educational intervention. *Heart Lung* 2000; 29 (5): 319-30.
 225. Blue L, Lang E, McMurray JJ, Davie AP, McDonagh TA, Murdoch DR, Petrie MC, Connolly E, Norrie J, Round CE, Ford I, Morrison CE. Randomised controlled trial of specialist nurse intervention in heart failure. *BMJ* 2001; 323 (7315): 715-8.
 226. Krumholz HM, Amatruda J, Smith GL, Mattera JA, Roumanis SA, Radford MJ, Crombie P, Vaccarino V. Randomized trial of an education and support intervention to prevent readmission of patients with heart failure. *J Am Coll Cardiol* 2002; 39 (1): 83-9.
 227. Opasich C, Cobelli F, Febo O, Pozzoli M, Traversi E, Aquilani R, Majani G, Tavazzi L. Heart failure unit: 1 year experience. *G Ital Cardiol* 1993; 23 (10): 1063-70.
 228. Capomolla S, Febo O, Caporotondi A, Guazzotti G, Lenta F, Ferrari M, Aquilani R, Majani G, Boni S, Verdrosi S, Pinna G, Maestri R, Cobelli F. Rehabilitation day-hospital of the heart failure unit: structure and functions. *Ital Heart J* 2001; 2 (7 Suppl): 761-71.
 229. Doughty RN, Wright SP, Pearl A, Walsh HJ, Muncaster S, Whalley GA, Gamble G, Sharpe N. Randomized, controlled trial of integrated heart failure management. The Auckland Heart Failure Management Study. *Eur Heart J* 2002; 23 (2): 139-46.
 230. Kasper EK, Gerstenblith G, Hefter G, Van Anden E, Brinker JA, Thiemann DR, Terrin M, Forman S, Gottlieb SH. A randomized trial of the efficacy of multidisciplinary care in heart failure outpatients at high risk of hospital readmission. *Am Coll Cardiol* 2002; 39 (3): 471-80.
 231. Dobbels F, Put C, Vanhaecke J. Personality disorders: a challenge for transplantation. *Prog Transplant* 2000; 10 (4): 226-32.
 232. Shapiro PA, Williams DL, Forray AT, Gelman IS, Wukich N, Sciacca R. Psychosocial evaluation and prediction of compliance problems and morbidity after heart transplantation. *Transplantation* 1995; 27; 60 (12): 1462-6.
 233. Zipfel S, Lowe B, Pashke T, Immel B, Lange R, Zimmermann R, Herzog W, Bergmann G. Psychological distress in patients awaiting heart transplantation. *J Psychosom Res* 1998; 45 (5): 465-70.
 234. Zipfel S, Schneider A, Wild B, Lowe B, Junger J, Haass M, Sack FU, Bergmann G, Herzog W. Effect of depressive symptoms on survival after heart transplantation. *Psychosom Med* 2002; 64 (5): 740-7.
 235. Brandwin M, Trask PC, Schwartz SM, Clifford M. Personality predictors of mortality in cardiac transplant candidates and recipients. *J Psychosom Res* 2000; 49 (2): 141-7.
 236. Dew MA, Kormos RL, Di Martini AF, Switzer GE, Schulberg HC, Roth LH, Griffith BP. Prevalence and risk of depression and anxiety-related disorders during the first three years after heart transplantation. *Psychosomatics* 2001; 42 (4): 300-13.
 237. Dew MA, Kormos RL, Roth LH, Murali S, DiMartini A, Griffith BP. Early post-transplant medical compliance and mental health predict physical morbidity and mortality one to three years after heart transplantation. *J Heart Lung Transplant* 1999; 18 (6): 549-62.
 238. Bonaguidi F, Trivella MG, Michelassi C, Filippini F, Mosca F, L'Abbate A. Personality change as defensive responses of patients evaluated for liver transplant. CNR Institute of Clinical Physiology. University of Pisa. *Psychol Rep* 2001; 88; 1211-1221.
 239. Bornstein RA, Starling RC, Myerowitz PD, Haas GJ. Neuropsychological function in patients with end-stage heart failure before and after cardiac transplantation. *Acta Neurol Scand* 1995; 91 (4): 260-5.
 240. Gentili P, De Biase L, Franzese A, Malgarini RB, Vaccaro M, Giorda GP, Della Monica PL, Grutter G, Marino B, Campa PP. The psychological evaluation of patients with severe heart failure awaiting a heart transplant. *Cardiologia* 1997; 42 (2): 195-9 [Article in Italian].
 241. Engle D. Psychosocial aspects of the organ transplant experience: what has been established and what we need for the future. *J Clin Psychol* 2001; 57 (4): 521-49.
 242. Porter RR, Krout L, Parks V, Gibbs S, Luers ES, Nolan MT, Cupples SA, Lepley D, Givan DA, Ohler L, et

- al. Perceived stress and coping strategies among candidates for heart transplantation during the organ waiting period. *J Heart Lung Transplant* 1994; 13 (1 Pt 1): 102-7.
243. Balestroni G, Bosimini E, Centofanti P, Di Summa M, Giannuzzi P, Zotti AM. Stile di vita e aderenza ai trattamenti raccomandati dopo trapianto cardiaco. *Ital Heart J Suppl* 2002; 3 (6): 652-658.
244. Walden JA, Dracup K, Westlake C, Erickson V, Hamilton MA, Fonarow GC. Educational needs of patients with advanced heart failure and their caregivers. *J Heart Lung Transplant* 2001; 20 (7): 766-9.
245. Botsford AL. Review of literature on heart transplant recipients' return to work: predictors and outcomes. *Soc Work Health Care* 1995; 21 (2): 19-39.
246. Balestroni G, Rossi ferrario S, Zotti AM. Focus sul trapianto cardiaco. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale* 1997; 1: 43-58.
247. Arseven A, Guralnik JM, O'Brien E, Liu K, McDermot MM. Peripheral arterial disease and depressed mood in older men and women. *Vasc Med* 2001; 6 (4): 229-34.
248. Majani G, Pierobon A, Callegari S, Sommaruga M, Gibellini R, Fanello M, Zimbelli M. Aspetti psicologici e qualità di vita in pazienti sottoposti a training riabilitativo per AOCP. In: Gibellini R, Ferrari Bardile A, Zimbelli M, Fanello M. La riabilitazione in angiologia. Quaderni di Medicina del Lavoro e Medicina Riabilitativa. Pavia: Le Collane della Fondazione Salvatore Maugeri, 1996: 125-135.
249. Sommaruga M, Salerno M, Pribetich M, Bosco M, Genoni E, Pedretti RFE. Effetti del training fisico sulla qualità di vita in pazienti anziani affetti da AOCP. (abstr) In: *Ital Heart J suppl* 2000; 1 (1 Suppl): 67.
250. Sommaruga M, Salerno M, Ambrosetti M, Guglielmetti S, Pribetich M, Bosco M, Genoni E, Bertolotti G, Pedretti RFE. Variabili psicologiche e outcome riabilitativo a medio termine in pazienti affetti da AOCP. (abstr) In: *Ital Heart J* 2001; 2 (2 Suppl): 136.
251. Aligne C, Mosnier M, Mistretta F, Larguier JS Survey on adherence to hygiene and dietary rules in patients with arterial occlusive disease. *J Mal Vasc* 2000; 25, 187-94.
252. Keltikangas-Jarvinen L. Psychological meaning of illness and coping with disease. *Psychother Psychosom* 1986; 45, 84-90.
253. Keltikangas-Jarvinen L, Lepantalo M, Lindfors O. Personality factors as predictors of compliance with and the outcome of supervised self-care program for patients with intermittent claudication. *Scand J Rehabil Med* 1987; 19: 1-6.
254. Keltikangas-Jarvinen L, Lindfors O, Lepantalo M. Personality factors in intermittent claudication related to the outcome of self-care program. *Scand J Rehabil Med* 1987; 19 (1): 7-11.
255. Gibson JM, Kenrick M. Pain and powerlessness: the experience of living with peripheral vascular disease. *J Adv Nurs* 1998, 27, 737-45.
256. Rosfors S, Arnetz BB, Bygdeman S, Skoldo L, Lahnborg G, Eneroth P. Important predictors of the outcome of physical training in patients with intermittent claudication. *Scand J Rehabil Med* 1990; 22 (3): 135-7.
257. Sears SF Jr, Todaro JF, Lewis TS, Sotile W, Conti JB. Examining the psychosocial impact of implantable cardioverter defibrillators: a literature review. *Clin Cardiol* 1999; 22 (7): 481-9.
258. Pauli P, Wiedemann G, Dengler W, Blaumann-Benningshoff G, Kuhlkamp V. Anxiety in patients with an automatic implantable cardioverter defibrillator: what differentiates them from panic patients? *Psychosom Med* 1999; 61 (1): 69-76.
259. Sears SF Jr, Conti JB. Quality of life and psychological functioning of icd patients. *Heart* 2002; 87 (5): 488-93.
260. Girardi F, Vergara G, Furlanello F, Zotti AM. Risvolti psicologici nei pazienti con cardioverter defibrillatore impiantabile. *G Ital Cardiol* 1994; 24: 691-700.
261. Kohn CS, Petrucci RJ, Baessler C, Soto DM, Movsowitz C. The effect of psychological intervention on patients' long-term adjustment to the ICD: a prospective study. *Pacing Clin Electrophysiol* 2000; 23 (4 Pt 1): 450-6.
262. Pearson TA, Blair SN, Daniels SR, Eckel RH, Fair JM, Fortmann SP, Franklin BA, Goldstein LB, Greenland P, Grundy SM, Hong Y, Miller NH, Lauer RM, Ockene IS, Sacco RL, Sallis JF Jr, Smith SC Jr, Stone NJ, Taubert KA. AHA Guidelines for Primary Prevention of Cardiovascular Disease and Stroke: 2002 Update: Consensus Panel Guide to Comprehensive Risk Reduction for Adult Patients Without Coronary or Other Atherosclerotic Vascular Diseases. American Heart Association Science Advisory and Coordinating Committee. *Circulation* 2002; 106 (3): 388-91.
263. Stone JA, Cyr C, Friesen M. Canadian Association of Cardiac Rehabilitation. Canadian guidelines for cardiac rehabilitation and atherosclerotic heart disease prevention: a summary. *Can J Cardiol* 2001; 17 Suppl B: 3B-30B.
264. Bellg AJ. Maintenance of health behavior change in preventive cardiology. Internalization and self-regulation of new behaviors. *Behav Modif* 2003; 27 (1): 103-31.
265. Bonow RO. Primary prevention of cardiovascular disease: a call to action. *Circulation* 2002; 106 (25): 3140-1.
266. Aronow WS. Effects of aging on the heart. In: Tallis RC, Fillit HM. Broecklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology. 5th Ed. Edinburgh, Scotland: Churchill Livingstone, 1998: 255.
267. Thomas RJ, Miller NH, Lamendola C, Berra K, Hedback B, Durstine JL, Haskell W. National Survey on Gender Differences in Cardiac Rehabilitation Programs. Patient characteristics and enrollment patterns. *J Cardiopulm Rehabil* 1996; 16 (6): 402-412.
268. Williams MA, Fleg JL, Ades PA, Chaitman BR, Miller NH, Mohiuddin SM, Ockene IS, Taylor CB, Wenger NK. American Heart Association Council on Clinical Cardiology Subcommittee on Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention. Secondary prevention of coronary heart disease in the elderly (with emphasis on patients > or =75 years of age): an American Heart Association scientific statement from the Council on Clinical Cardiology Subcommittee on Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention. *Circulation* 2002; 105 (14): 1735-43.
269. Hermanson B, Omenn GS, Kronmal RA, Gersh BJ. Beneficial six-year outcome of smoking cessation in older men and women with coronary artery disease. Results from the CASS registry. *N Engl J Med* 1988; 319 (21): 1365-9.
270. Vigorito C, Antonelli Incalzi R, Acanfora D, Marchionni N, Fattiroli F, per il Gruppo Italiano di Cardiologia in Riabilitativa e Preventiva (GICR). Raccomandazioni per la riabilitazione cardiovascolare del paziente molto anziano. Recommendations for cardiovascular rehabilitation the very elderly. *Monaldi Arch Chest Dis* 2003; 60 (1): 25-39.
271. Milani RV, Lavie CJ. Prevalence and effects of cardiac rehabilitation on depression in the elderly with coronary heart disease. *Am J Cardiol* 1998; 81 (10): 1233-6.
272. Fattiroli F, Cartei A, Burgisser C, Mottino G, Del Lungo F, Oldridge N, Fumagalli S, Ferrucci L, Masotti G, Marchionni N. Aims, design and enrollment rate of the Cardiac Rehabilitation in Advanced Age (CR-AGE) randomized, controlled trial. *Aging (Milano)* 1998; 10 (5): 368-76.
273. Milani RV, Lavie CJ, Cassidy MM. Effects of cardiac

- rehabilitation and exercise training programs on depression in patients after major coronary events. *Am Heart J* 1996; 132: 726-32.
274. Opasich C, De Feo S, Barbieri M, Majani G. Qualità dell'assistenza nello scompenso cardiaco terminale: una riflessione "multidisciplinare". *Ital Heart J Suppl* 2003; 4 (2): 112-8.
275. Lynn J, Teno JM, Phillips RS, Wu AW, Desbiens N, Harrold J, Claessens MT, Wenger N, Kreling B, Connors AF Jr. Perceptions by family members of the dying experience of older and seriously ill patients. SUPPORT Investigators. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments. *Ann Intern Med* 1997; 126 (2): 97-106.
276. McCarthy M, Lay M, Addington HJ. Dying from heart disease. *J R Coll Physicians Lond* 1996; 30: 325-328.
277. The SUPPORT Principal Investigators. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. *JAMA* 1995; 274: 1591-1598.
278. Anderson H, Ward C, Eardley A, Gomm SA, Connolly M, Coppinger T, Corgie D, Williams JL, Makin WP. The concerns of patients under palliative care and a heart failure clinic are not being met. *Palliative Medicine* 2001; 15 (4): 279-286.
279. O'Neill B, Fallon M. ABC of palliative care. Principles of palliative care and pain control. *BMJ* 1997; 27; 315 (7111): 801-4.
280. Faulkner A. ABC of palliative care. Communication with patients, families, and other professionals. *BMJ* 1998; 316 (7125): 130-2.
281. Blumenthal D. Part 1: Quality of care - what is it? *N Engl J Med* 1996; 335 (12): 891-4.
282. Blumenthal D. Quality of health care. Part 4: The origins of the quality-of-care debate. *N Engl J Med* 1996; 335 (15): 1146-9.
283. Blumenthal D, Epstein AM. Quality of health care. Part 6: The role of physicians in the future of quality management. *N Engl J Med* 1996; 335 (17): 1328-31.
284. Decreto Ministeriale 22 luglio 1996. Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e relative tariffe. GU Suppl. Ord. n. 216, 14 settembre 1996.
285. Morosini P, Perraro F. Enciclopedia della gestione di qualità in sanità. Torino: Centro Scientifico Editore, 1999.
286. Zeier H. Dizionario per le teorie dell'apprendimento e la terapia del comportamento. Roma: Armando Editore, 1980.
287. Reber AS. Dictionary of psychology. London: Penguin Books, 1995.



Pavia - La Certosa