

DOCUMENTO DI CONSENSO

Organizzazione delle attività di psicologia nelle strutture di cardiologia riabilitativa italiane

Indagine conoscitiva sulla implementazione delle linee guida per le attività di psicologia in cardiologia riabilitativa e preventiva

Organization of psychological activities in italian cardiac rehabilitation and prevention

Survey on the implementation of guidelines for psychological activities in cardiac rehabilitation and prevention

Marinella Sommaruga¹, Roberto Tramarin² (coordinatori), Gianluigi Balestroni³, Ornella Bettinardi⁴, Massimo Miglioretti⁵, Ombretta Omodeo⁶, Antonia Pierobon⁷

ABSTRACT: *Organization of psychological activities in italian cardiac rehabilitation and prevention. Survey on the implementation of guidelines for psychological activities in cardiac rehabilitation and prevention. M. Sommaruga, R. Tramarin (coordinatori), G. Balestroni, O. Bettinardi, M. Miglioretti, O. Omodeo, A. Pierobon.*

The present study was developed as part of a comprehensive evaluation of the state of the art of knowledge and implementation of the Italian Guidelines for psychological activities in Cardiac Rehabilitation, published in 2003 by the Working Group of Psychology of the Italian Society of Cardiac Rehabilitation (GICR).

Methods. A questionnaire was designed to collect detailed information on facilities, organization, staffing level, professional background and activities carried out by psychologists working in Italian Cardiac Rehabilitation Units (CRU). Out of 144 Italian CRU (inventory 2004), 107 reported structured psychological programmes. The questionnaires were sent by conventional mail to the referring psychologist of these 107 CRU; they were invited to participate in the survey on a purely voluntary basis.

Results. Responses were received from 70 (65.4%) of 107 CRU. 55 CRU (79.8%) report a good knowledge of the published GL; 10.1% declare that the psychologists did not know the current GL. 84.5% consider the GL to be ful-

ly applicable, while 15.5% believe that they are only partly applicable. Psychological assessment is performed through clinical interview (94.3%) and psychometric tests (81.4%). 92.8% of the CRU use screening instruments in order to evaluate psychosocial risk factors, in particular anxiety and depression (64.3%). Quality of life (22.8%) and cognitive impairment (17.1%) are not routinely assessed. Educational interventions are planned in 87.1% of the CR programme and are extended to the family members (51%) as well as counselling (57%). Psychological programme includes smoking (56%) and eating behaviour (55%) group interventions. Stress management is routinely planned in 69% of the CRU. Psychological intervention tailored to individual needs of the patients is performed in 62.9% CRU. Written final reports are available in 88.6% cases. The follow-up is carried out by 48.6% of the CRU, 15.7% in a structured way.

Conclusions. The survey shows wide discrepancies in the provision of psychological activities in Italian CRU. Nevertheless psychological assessment and interventions seem acceptably coherent with current national GL on CR.

Keywords: *cardiac rehabilitation, psychology, guidelines.*

Monaldi Arch Chest Dis 2008; 70: 6-14.

¹ Servizio di Psicologia, Fondazione Europea di Ricerca Biomedica, Cernusco S/N (MI).

² Unità di Riabilitazione Cardiaca, Fondazione Europea di Ricerca Biomedica, Cernusco S/N (MI).

³ Servizio di Psicologia, Fondazione Salvatore Maugeri - IRCCS, Istituto Scientifico di Veruno (NO).

⁴ Servizio di Psicologia, San Giacomo Ospedale Privato Accreditato UU.OO. Omnicomprensive di Medicina Riabilitativa, Ponte dell'Olio (PC).

⁵ Dipartimento di Psicologia, Università di Milano-Bicocca, Milano.

⁶ Servizio di Psicologia, Fondazione Salvatore Maugeri - IRCCS, Istituto Scientifico di Pavia (PV).

⁷ Servizio di Psicologia, Fondazione Salvatore Maugeri - IRCCS, Istituto Scientifico di Montescano (PV).

Corresponding author: Dr.ssa Marinella Sommaruga; Servizio di Psicologia; Fondazione Europea di Ricerca Biomedica; Via Uboldo, 19 - I-20063 Cernusco S/N (Milano), Italy; E-mail address: m.sommaruga@alice.it

Introduzione

Le Linee Guida (LLGG) elaborate sulla base delle evidenze scientifiche sono estesamente prodotte e proposte come strumento per il miglioramento

degli standard di cura e di garanzia di accesso a trattamenti di provata efficacia. Anche nei casi nei quali le LLGG siano state oggetto di un'ampia ed efficace divulgazione e discussione, frequentemente nella fase di implementazione emergono criticità ri-

feribili al gap tra l'evidenza e la pratica e al mancato raggiungimento di standard adeguati e di miglioramento in termini di risultati attesi [1-2].

L'indagine conoscitiva Italian Survey on Cardiac Rehabilitation- Psychology 2004 (ISYDE-Ψ 2004) [3] costituisce una prima fase del progetto di implementazione delle Linee guida italiane per le attività di psicologia in cardiologia riabilitativa e preventiva [4], in coerenza con le indicazioni metodologiche definite dal Piano Nazionale Linee Guida [5]; l'ISYDE-Ψ è mirato alla valutazione della applicabilità delle LLGG e rappresenta un sottoprogetto dell'edizione 2004 dell'Italian Survey on Cardiac Rehabilitation avviato dal Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva (GICR) nel 2002 [6].

Uno degli aspetti più problematici delle LLGG è dunque il loro utilizzo nella pratica quotidiana che risulta spesso condizionato da diversi fattori, alcuni connessi alle stesse LLGG, altri ad una serie di situazioni "esterne" che possono condizionarne l'applicabilità. Tra i primi si possono menzionare la forza e la stabilità delle singole raccomandazioni, la loro chiarezza e pregnanza nella pratica clinica, ed il loro grado di condivisione da parte degli operatori coinvolti, indipendentemente dalla loro intrinseca rilevanza sul piano strettamente scientifico. Tra i secondi fattori, sono da ricordare l'inadeguatezza delle risorse umane, organizzative e talvolta economiche, nonché lo scarso supporto nella diffusione da parte dei professionisti direttamente coinvolti [7].

Secondo alcuni autori gli ostacoli alla implementazione delle LLGG possono essere riferite a tre ordini di problemi legati a conoscenze, credenze e comportamenti [8]. È noto che una scarsa conoscenza delle LLGG costituisce di per se la prima barriera al loro utilizzo. Tuttavia l'evidenza documenta come non sia sufficiente la sola conoscenza ad assicurarne un corretto utilizzo. Infatti è noto che di fronte ad una linea guida i professionisti che operano in ambito sanitario possono: a) non concordare con una determinata raccomandazione o con suoi specifici aspetti; b) concordare ed essere nelle condizioni di poterla applicare integralmente; c) essere legati a prassi operative differenti consolidate dalla abitudine e dalla propria esperienza; d) utilizzarla in modo limitato a causa della inadeguatezza di risorse strutturali, umane e organizzative.

Alla luce di questi problemi ed in coerenza con gli obiettivi stessi delle LLGG, Il Gruppo di Lavoro degli psicologi del Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva (GICR) ha effettuato una indagine conoscitivo-esplorativa del livello di conoscenza e di implementazione delle LLGG in cardiologia riabilitativa.

Materiali e metodi

Centri partecipanti

A partire dal mese di giugno del 2004 è stato inviato alle 107 Unità di Cardiologia Riabilitativa (UCR) in cui risultava essere presente uno psicologo (dato tratto dal censimento ISYDE-2001 e aggiornato con ISYDE-2004) [6], un questionario ri-

guardante l'attività psicologica svolta. La raccolta dei dati si è conclusa nel mese di dicembre del 2005.

Questionario

È stato sviluppato un questionario [3] mirato ad indagare le modalità organizzative e gestionali delle attività psicologiche in cardiologia riabilitativa.

Il questionario è composto da diverse sezioni che corrispondono alla struttura delle LLGG [4], con domande a risposta multipla e con più possibilità di risposte in diversi casi. Le sezioni analizzano: l'adeguatezza rispetto i requisiti strutturali indicati per lo svolgimento delle attività di psicologia (disponibilità di ambulatori, computer, archivi, schedari, ecc.); le tipologie di figure professionali presenti e di rapporto di lavoro; le caratteristiche delle casistiche trattate (quali patologie ed in quale regime di degenza); le attività erogate nelle diverse fasi del percorso psicologico (selezione, ingresso, valutazione del paziente, interventi svolti, follow-up); la conoscenza delle LLGG e la loro applicabilità nella specifica realtà, nonché la segnalazione di eventuali bisogni. Infine, veniva chiesto di specificare, facendo riferimento all'ultima settimana, il numero di pazienti e il numero delle attività effettuate secondo il codice ministeriale delle prestazioni inerenti la psiche.

Risultati

Hanno risposto 70 (65.4%) delle 107 UCR nelle quali risultava dichiarata una attività di psicologia (tra le 144 censite dal GICR nel 2004) [6] e alle quali è stato inviato il questionario.

Contesti operativi

Delle 70 UCR che hanno risposto al questionario, 28 (41.8%) afferiscono a centri completamente dedicati alla riabilitazione, 36 (53.7%) a centri misti (articolati su unità operative per acuti e di riabilitazione), 3 (4.5%) a centri lungo-degenziali o a Residenze Sanitarie Assistenziali; 3 strutture non hanno fornito dati sul contesto operativo. Questo dato risulta sostanzialmente sovrapponibile a quello descritto nel censimento ISYDE 2001: nel 48% (*versus* 41%) dei casi (n = 32) l'attività di cardiologia riabilitativa si svolge in unità operative complesse dotate di autonomia funzionale, nel 36% (n = 24) (*versus* 41%) in unità operative semplici inserite in unità operative complesse di cardiologia, mentre nel 16% (*versus* 18%) in unità operative semplici inserite in unità complesse di diversa specialità.

Regimi di degenza

In 43 (61%) delle 70 UCR che hanno partecipato all'indagine lo psicologo opera soltanto in uno specifico regime di ricovero: nel 30% dei casi in strutture con programmi riabilitativi unicamente degenziali, nel 17% dei casi in strutture che operano solo in regime ambulatoriale e nel 14% dei casi in strutture che operano solo in regime di day hospital. Nel rimanente 39% delle strutture lo psicologo opera con pazienti che accedono alla struttura con diversi regimi di degenza.

Conoscenza delle linee guida

In 55 delle 70 UCR oggetto dell'indagine (79.8%) gli operatori addetti al "settore" (psicologi, ma anche psichiatri e medici) hanno letto integralmente le LLGG, 7 (10.1%) le conoscono, ma non nel dettaglio, mentre 7 (10.1%) dichiarano che gli operatori non ne sono venuti a conoscenza; una struttura non ha risposto. Tra coloro che conoscono le LLGG, almeno superficialmente, il 15.5% non le ritiene applicabili nella propria realtà, mentre l'84.5% le considera del tutto applicabili. L'85.7% degli operatori che lavora all'interno di unità semplici o complesse riferisce di aver letto integralmente le LLGG *versus* il 54.5% degli operatori che lavorano all'interno di unità operative non cardiologiche.

Risorse Umane

Nel complesso delle 70 UCR oggetto dell'indagine l'attività psicologica è svolta da 144 operatori di cui 81 (56.3%) psicologi con formale rapporto di lavoro (50 psicologi dedicati, 24 consulenti, 2 borsisti, 5 contrattisti), 33 (22.9%) psicologi tirocinanti, 7 (4.9%) frequentatori volontari, 10 (6.9%) tecnici di psicologia, 12 (8.3%) consulenti psichiatri e 1 (0.7%) medico che si occupa dell'attività psicologica (figura 1).

Gli psicologi con formale rapporto di lavoro sono distribuiti nel 68.6% al Nord (48 UCR), nel 18.6% (13 UCR) al Centro e nel 12.8% al Sud (9 UCR).

Per quanto riguarda la tipologia contrattuale, hanno risposto 76/82 psicologi, di cui 35 (46%) riferiscono di avere un contratto a tempo indeterminato (tempo pieno), 19 (25%) a tempo indeterminato part time, 22 (29%) a tempo determinato (figura 2).

Risorse strutturali e organizzative

DISPONIBILITÀ DEGLI AMBIENTI PER LO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PSICOLOGICHE

29 strutture (41.4%) dispongono di un ambulatorio e/o di un locale riservato alla psicologia; in 30 (42.9%) strutture i locali sono in condivisione: nel 7.1% dei casi con altri psicologi, nel 4.3% con psicologi e che con altri operatori; nel 4.3% la struttura non riconosce uno spa-

zio destinato a studio e/o ambulatorio di psicologia. Per quanto concerne gli spazi utilizzabili per attività di gruppo 45 strutture (64.3%) dispongono di spazi dedicati mentre 25 (35.7%) dichiara di non disporre di spazi utilizzabili per incontri educativi di gruppo.

ORGANIZZAZIONE DEGLI PSICOLOGI NELLA GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE PSICOLOGICA

51 (72.9%) strutture dispongono di un archivio dell'attività psicologica svolta: nel 58.8% dei casi l'archiviazione della documentazione è cartacea, nel 5.9% è solo informatizzata e nel 35.3% dei casi è mista. Gli psicologi che dispongono di personal computer risultano 45 (64.3%), non tutti però lo utilizzano come strumento di archiviazione: di questi infatti 21 (46.6%) fanno soltanto archiviazione cartacea, 3 (6.7%) archiviazione solo informatica, 18 (40%) archiviazione sia informatizzata che cartacea mentre 3 (6.7%) utilizzano modalità non riconducibili a questa classificazione. Infine in 19 strutture (27.1%) gli psicologi erogano prestazioni senza conservare (se non in cartella medica) oggettiva documentazione dell'attività svolta.

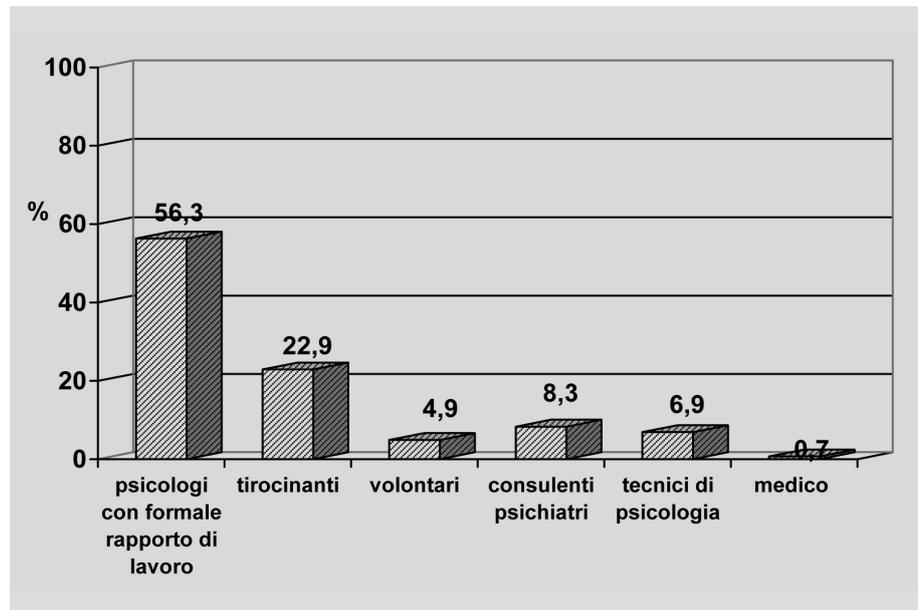


Figura 1. - Descrizione delle risorse umane.

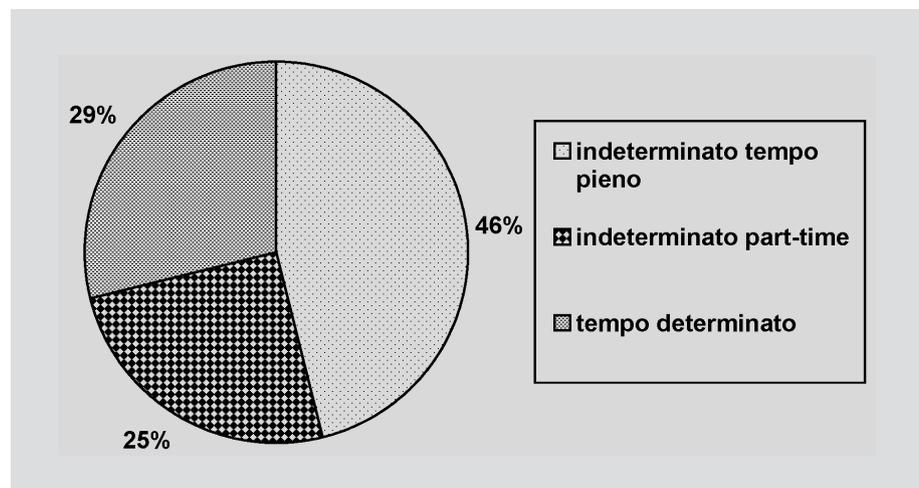


Figura 2. - Tipologia contrattuale degli psicologi.

Percorsi di cura

FASE DELLA SELEZIONE

Per fase di selezione si intende l'identificazione dei criteri in base ai quali i pazienti accedono alle attività psicologiche

Tutte le strutture oggetto di indagine riferiscono, ad eccezione di una (1.4%), di avere elaborato dei criteri "ad hoc" per la selezione dei pazienti da inserire in programmi psicologici. Più specificatamente, l'opzione più frequentemente adottata per il reclutamento dei pazienti, è risultata essere la presenza di protocolli di routine, ovvero procedure valutative e di intervento pianificate identificate come condizione di invio fortemente raccomandata nelle LLGG. Questo criterio risulta essere elettivo infatti in 41 strutture (58.6%), mentre la consulenza psicologica richiesta da parte del cardiologo avviene in 10 strutture (14.3%), quella richiesta da parte del paziente in 3 strutture (4.3%) parimenti all'invio per motivi di ricerca (4.3%). Infine 12 strutture (17.1%) riferiscono di adottare come elettivi più criteri (es. richiesta del paziente e protocolli di routine) contemporaneamente (figura 3).

FASE DELL'INGRESSO

Per fase di ingresso si intende la modalità con la quale al paziente viene comunicata la presenza di attività svolte da psicologi

La modalità di comunicazione avviene attraverso l'utilizzo delle seguenti opzioni: solo scritta (tramite lettera o avviso in bacheca) risulta presente in 7 (10%) delle strutture esaminate mentre in 26 strutture (37%) viene svolto un colloquio di prima accoglienza nel corso del quale il paziente viene informato sulle attività/percorsi esistenti. Infine in 37 (53%) strutture esaminate il primo contatto avviene attraverso una comunicazione orale/scritta che informa il paziente sul percorso psicologico (figura 4).

FASE DELLA VALUTAZIONE

Per fase di valutazione si intende l'identificazione della metodologia utilizzata durante la valutazione psicologica

Nella pratica clinica la valutazione, in fase iniziale, ha l'obiettivo di rilevare i problemi psicologici, i bisogni e le risorse dei singoli al fine di identificare appropriate modalità di intervento psicologico qualora sia necessario e attuabile. Nelle diverse

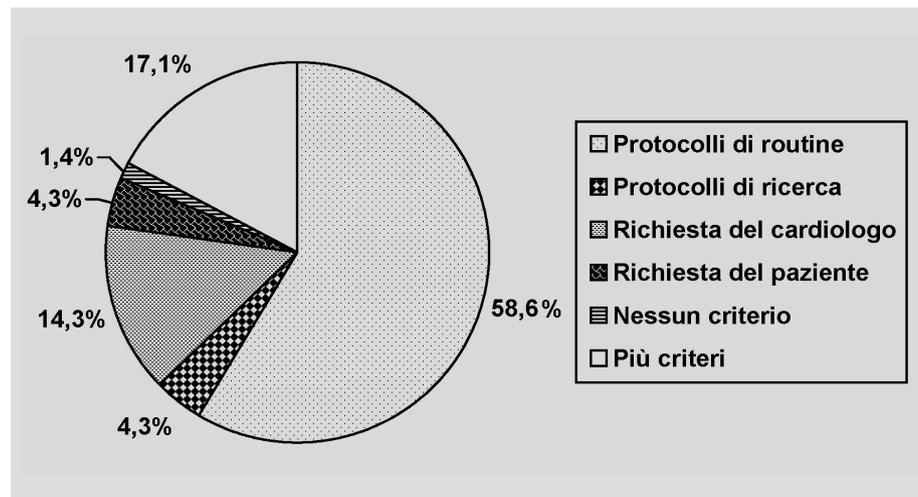


Figura 3. - Fase del Percorso Psicologico: selezione.

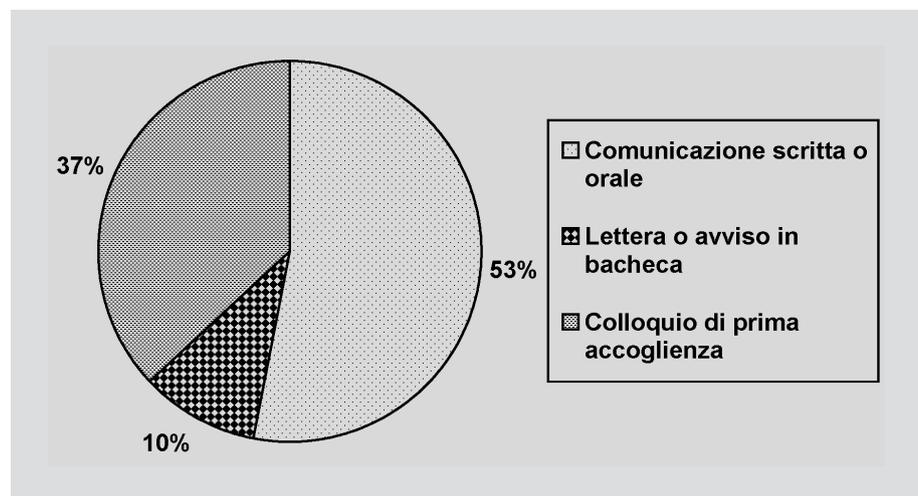


Figura 4. - Fase del Percorso Psicologico: ingresso.

strutture partecipanti alla ricerca le modalità utilizzate per svolgere la valutazione (figura 5) sono peculiari dell'attività psicologica: il colloquio (66, 94.3%), l'intervista semi-strutturata (14, 20%) e i test psicometrici (57, 81.4%). In particolare (figura 6) 12 strutture (17.1%) utilizzano tutte queste modalità, 43 strutture (61.4%) eseguono la valutazione tramite test e colloquio, 9 strutture utilizzano soltanto il colloquio (12.9%), 3 strutture solo i test (4.3%) e 3 di esse colloquio e interviste semi-strutturate (4.3%).

Per quanto riguarda gli aspetti studiati tramite la valutazione alcune riflessioni possono essere fatte dall'analisi qualitativa dei test utilizzati. In tabella 1 sono riportati i principali test utilizzati suddivisi per aspetti indagati. Come si può notare diverse strutture (65, 92.8%) utilizzano strumenti di screening sia per analizzare i diversi fattori psico-sociali implicati nella patologia cardiovascolare (20 strutture, 28.5%), sia per valutare l'ansia o la depressione o più in generale il tono dell'umore (45 strutture, 64.3%). Minore è invece l'utilizzo di strumenti che valutano la qualità di vita (16 strutture, 22.8%) o il deterioramento cognitivo (12 strutture, 17.1%). Infine diverse strutture riferiscono di utilizzare, probabilmente in casi selezionati, anche strumenti di valutazione della personalità più complessi e che ri-

chiedono più tempo di somministrazione per il paziente e di correzione per l'operatore (19 strutture, 27.1%).

Al termine della valutazione in 40 strutture (57.1%) viene redatto un referto riassuntivo di questa prima parte dell'intervento psicologico.

FASE DELL'INTERVENTO

Per fase di intervento si intende l'identificazione della metodologia utilizzata durante l'intervento psicologico

In letteratura all'intervento psicologico in cardiologia riabilitativa vengono riconosciuti i seguenti obiettivi: aiutare i pazienti e i familiari ad esprimere le emozioni riguardanti la malattia, favorire lo sviluppo di strategie per la gestione dei fattori di rischio e per l'autogestione della terapia, promuovere il recupero di una soddisfacente qualità di vita [4]. Essi possono essere raggiunti attraverso l'utilizzo di diverse modalità di intervento: interventi educativi, interventi di counselling individuale e di gruppo, interventi di stress management (ad es. tecniche di rilassamento), psicoterapia individuale e di gruppo.

Per quanto riguarda gli interventi educativi, di counselling e l'utilizzo di tecniche di rilassamento la tendenza

emersa nelle diverse strutture è quella di non suddividere i pazienti per patologie e non applicare particolari modalità di selezione, con eccezione per il rilassamento. Come si può notare in figura 7 gli interventi educativi vengono effettuati in 61 strutture (87.1%), rivolti generalmente a tutti i pazienti afferenti presso la struttura (54, 77.1% delle strutture). La psicoterapia individuale è un intervento previsto in 44 (62.9%) strutture, tuttavia avviato per lo più in casi selezionati. Molto meno diffuse sono le tecniche di psicoterapia di gruppo, attuate in 8 (11.4%) strutture.

Gli interventi specifici per il controllo dei fattori di rischio a prevalente componente comportamentale vengono effettuati sia su casi selezionati, cioè dopo aver verificato la presenza del comportamento disfunzionale, sia regolarmente, cioè inseriti di routine nel programma riabilitativo. Dai dati emerge che spesso la percentuale di esecuzione della modalità di routine di questi interventi è simile o supera quella effettuata su casi selezionati (fumo: 36% vs 20%; comportamento alimentare 29% vs 26%; stress 33% vs 36%). Nelle strutture riabilitative vengono inoltre offerti ai familiari gli interventi educativi (51%) e/o di counselling (57%).

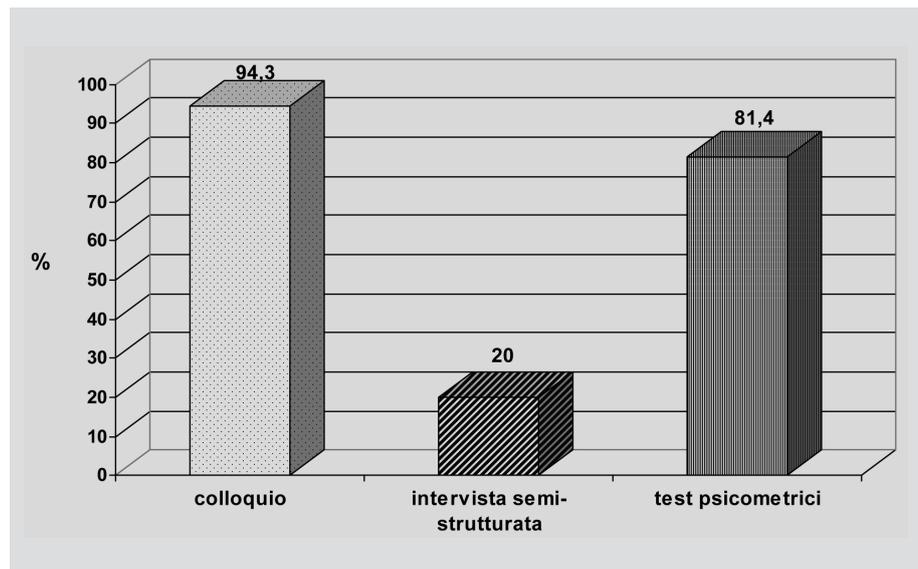


Figura 5. - Fase del Percorso Psicologico: valutazione (strumenti).

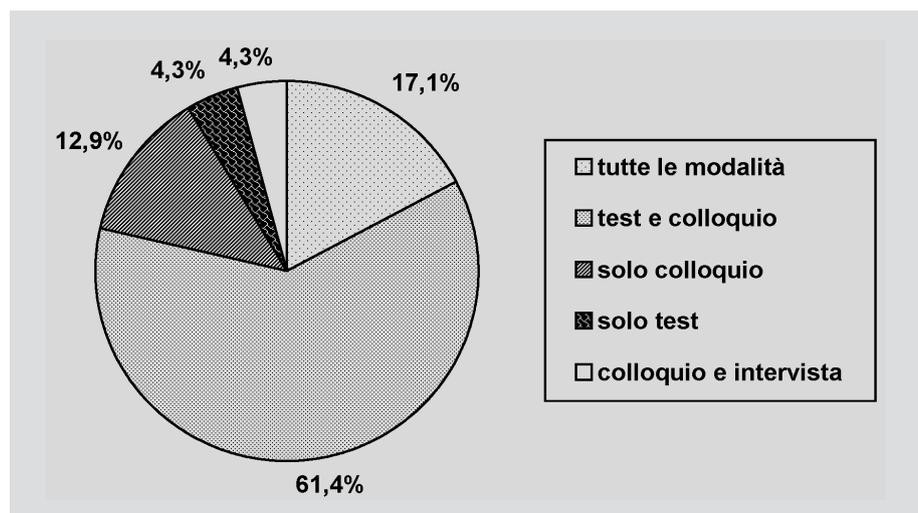


Figura 6. - Fase del Percorso Psicologico: valutazione (modalità).

La refertazione dell'attività diagnostica/terapeutica viene effettuata in 62 strutture (88.6%). Il 38.6% inserisce il referto sia in cartella psicologica sia in quella medica, il 22.9% lo scrive solo in cartella medica e il 27.1% lo inserisce solo in quella psicologica. Il 4.3% degli psicologi riferisce di eseguire solo restituzioni verbali dell'esito dell'intervento al paziente e infine il 7.1% non effettua nessun tipo di refertazione.

FASE DEL FOLLOW-UP

Per fase di follow-up si intende il momento di verifica del raggiungimento dei bisogni di cura dell'utenza e di mantenimento degli obiettivi della riabilitazione

L'importanza di attuare follow-up al fine di valutare il raggiungimento degli obiettivi riabilitativi è oggi indicato in tutte le LLGG [5]. Esso viene effettuato da 34 strutture (48.6%) ed è un processo strutturato solo in 11 (15.7%). La modalità più diffusa utilizzata è il colloquio clinico, presente in 24 strutture (34.3%) oppure la valutazione tramite test presente in 21 (30%) centri. Nella maggior parte

Tabella 1 - Strumenti psicometrici utilizzati

Area di indagine	Test	N° strutture
Fattori psico-sociali	CBA-H	20
Test di personalità di approfondimento	CBA 2.0	9
	MMPI	8
	Rorschach	2
Ansia e depressione	Scala AD	7
	HADS	4
	Beck Depression Scale	5
	STAI X1	14
	Zung Depression Scale	1
	Ipat ASQ	3
	Ipat CSQ	1
	Hamilton Depression Scale	3
	CES-D	1
	Geriatric Depression Scale	3
Umore	POMS	1
	TAS-R (test che valuta alessitimia)	1
Stato cognitivo	Mini Mentale State Evaluation	9
	WAIS	1
	MODA	1
	Batteria Neuropsicologica	1
Qualità di vita	SAT-P	7
	SF-36	6
	Test Umanistico della qualità di vita	1
	LIHFE	1
	WHOQoL	1
Conoscenza e rappresentazione di malattia	Illness Perception Questionnaire	1
	MICRO-Q	5
Self-Efficacy e strategie di coping	General Self Efficacy Scale	1
	COPE	1
Caregivers	Family Strain	1

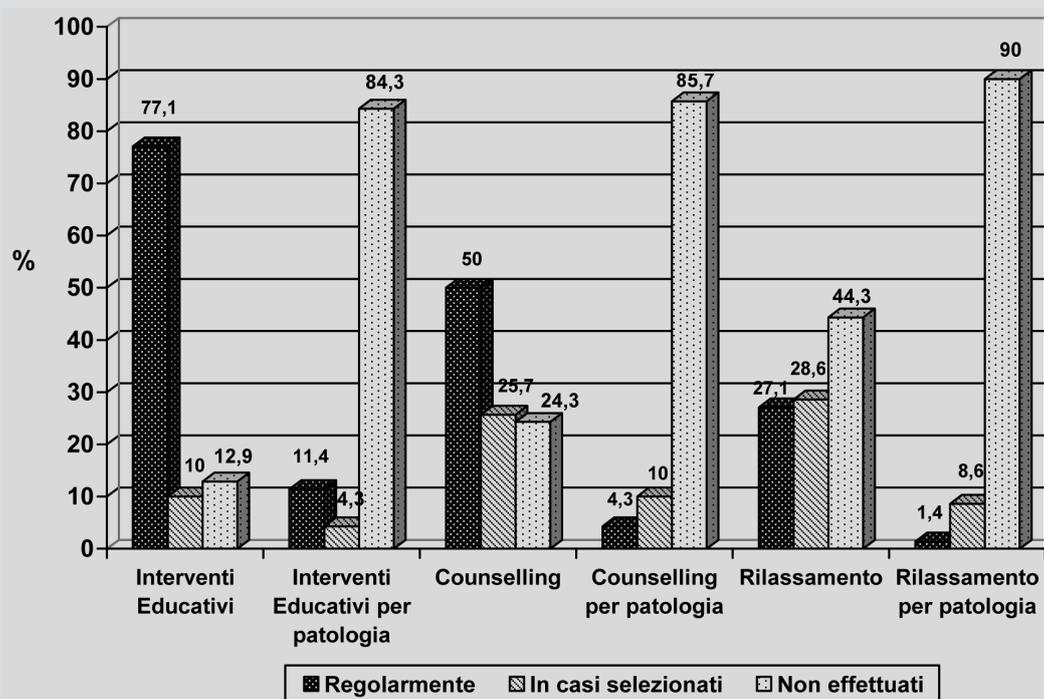


Figura 7. - Fase del Percorso Psicologico: intervento.

delle strutture riabilitative in cui avviene il follow-up esso è gestito attraverso una visita in ambulatorio (35.7%), anche se in alcuni centri, in situazioni specifiche, si può ricorrere a follow-up telefonici (10% dei casi) o postali (7%).

Bisogni espressi dagli psicologi dei centri rispondenti

Il questionario chiedeva, nella sua parte finale, di indicare quali fossero i bisogni prevalenti degli psicologi presenti nelle diverse strutture, al fine di poter migliorare la qualità del servizio erogato. Le risposte più frequenti riguardano aspetti di base e strutturali, come la presenza di maggior personale o di spazi adeguati, indicati dal 40% delle strutture rispondenti o la maggior disponibilità di supporto informatico (25.7%). Un secondo raggruppamento di bisogni riguarda invece direttamente gli strumenti di lavoro: test o materiale informativo, richiesti rispettivamente dal 28.6% e dal 14.3% delle strutture. Infine circa il 30% delle strutture sottolinea il bisogno di momenti di formazione specifica per lo psicologo che lavora in cardiologia riabilitativa.

Conclusioni e discussione

L'indagine conoscitiva mostra ampie differenze nelle attività di psicologia offerte in cardiologia riabilitativa per quanto riguarda i contesti operativi, i regimi di degenza e le risorse umane disponibili; tuttavia i percorsi di cura offerti sembrano sufficientemente coerenti alle raccomandazioni delle LLGG.

Fra gli elementi positivi dell'indagine emergono una buona conoscenza (79.8%) delle LLGG del 2003 ed una loro potenziale applicabilità (84.5%); la conoscenza delle linee guida tuttavia è influenzata dai contesti operativi in cui l'attività psicologica si trova inserita.

La tipologia organizzativa che emerge circa le figure professionali e la tipologia contrattuale degli psicologi in carico alla struttura appare variegata, con una differente distribuzione degli psicologi con formale rapporto di lavoro nella realtà nazionale.

Sono emerse criticità nella parte riservata alla segnalazione dei bisogni, nella quale sono state espresse carenze strutturali, in particolare relativamente agli spazi necessari sia per il lavoro individuale sia per quello di gruppo. L'attuazione di un intervento psicologico individualizzato richiede, come noto, l'esistenza di un setting ambientale tale da consentire, nei limiti del possibile, "l'apertura" del paziente, cioè l'espressione del suo disagio, delle sue ansie e delle sue paure, sia attraverso l'espressione verbale, sia tramite l'espressione non verbale delle proprie emozioni. Quest'ultima, in particolare, viene ad essere limitata qualora si debba ricorrere al colloquio psicologico in camera e/o in reparto, luoghi in cui le variabili interferenti possono essere molteplici (compagno di stanza allettato e/o che entra/esce ripetutamente dalla stanza, parenti del paziente e/o vicino di stanza, operatori sanitari che per svariate ragioni devono entrare nella stanza) e tali da influenzare negativamente l'esito dell'intervento psicologico stesso. Osservazioni analoghe possono essere fatte anche per gli interventi educativi e di stress management, che diventano di difficile attua-

zione nel momento in cui non è disponibile un locale adeguato.

Dall'indagine conoscitiva effettuata, nonostante gli aspetti negativi su esposti, emerge un quadro abbastanza omogeneo per quel che riguarda l'attività psicologica in cardiologia riabilitativa, generalmente positivo, con l'attuazione degli interventi evidence-based indicati in letteratura; si evidenziano tuttavia alcuni aspetti che presentano criticità suscettibili di miglioramento.

Nella fase di selezione i protocolli di routine sono stati indicati nel 58.6% dei casi suggerendoci un buon livello di comunicazione e di integrazione psicologo-cardiologo nel team riabilitativo. La richiesta del cardiologo (condizione di selezione indicata nelle LLGG come criterio minimo accettabile) è presente come criterio prevalente nel 14.3%; tale scelta può risultare opinabile sotto il profilo metodologico per l'influenza delle variabili connesse alla soggettività e alla storia personale del cardiologo.

Nella fase dell'ingresso si osserva che le informazioni al paziente sulle attività psicologiche previste e sulle loro finalità vengono fornite prevalentemente attraverso un contatto con il paziente, indicativo di un modello di cura centrato sul paziente.

Nella fase di valutazione gli strumenti psicometrici utilizzati sono molti e di alcuni è dubbia la validità; è importante riaffermare, come da LLGG, che la scelta dei test deve seguire precisi criteri, associati sia ai requisiti statistici di validità, fedeltà, sensibilità, sia al continuo aggiornamento dello psicologo sulla conoscenza di variabili psicologiche associate alla malattia cardiaca.

Nella fase d'intervento emerge che il trattamento psicologico dei problemi evidenziati durante la fase di valutazione, clinica e/o testistica, viene erogato dalla maggior parte delle strutture, con modalità diverse, usando strategie terapeutiche, prevalentemente basate su aspetti educativi e di counseling. Si ipotizza che la psicoterapia, in particolare quella individuale, venga effettuata nei casi in cui si evidenzia la necessità di un approfondimento clinico. Un dato che può far discutere è la generalizzazione degli interventi, non privilegiando la specializzazione degli stessi sia per patologia cardiaca che per selezione di pazienti sulla base di problematiche cliniche emerse in sede di valutazione. Questa modalità di esecuzione del trattamento presenta il rischio di non individuare il target specifico di pazienti per i quali pianificare un intervento educativo mirato e psicologico personalizzato.

La fase del follow-up è ancora poco diffusa, soprattutto come processo strutturato di verifica del raggiungimento dei bisogni di cura; molto spesso questa realtà non è specifica dello psicologo ma della intera UCR.

Infine in molte realtà risulta inadeguata la modalità di refertazione e più in generale di comunicazione e archiviazione dei dati riguardo all'intervento svolto. Infatti il 27,1% degli psicologi eroga prestazioni senza inserire nella cartella medica l'oggettiva documentazione dell'attività svolta. L'Articolo 17 del Codice Deontologico degli psicologi italiani cita: "La segretezza delle comunicazioni deve essere protetta anche attraverso la custodia e il controllo degli appunti, note, scritti o registrazioni di qual-

siasi genere e sotto qualsiasi forma, che riguardino il rapporto professionale... Lo psicologo si adopera per la realizzazione di garanzie di tutela dei soggetti interessati". Come noto, le attuali normative sull'archiviazione informatizzata richiedono un corrispettivo cartaceo, sottoscritto e firmato in calce con firma originale. Ciò riteniamo debba essere assolutamente recepito da tutti gli operatori che si avvalgono del solo archivio informatizzato ed il cui documento originale se non archiviato in un archivio psicologico cartaceo debba comunque essere inserito nella cartella medica.

L'indagine non permette di fare ipotesi su queste procedure non ottimali, anche se le problematiche strutturali emerse precedentemente possono essere una prima spiegazione, associate probabilmente ad una carenza di formazione specifica, che faciliti anche un confronto e una condivisione delle pratiche lavorative tra colleghi che spesso si trovano a lavorare da soli. Questi nostri risultati sono in linea con un recente studio [9] che indica nelle risorse "tempo" e "training" i due principali problemi nella implementazione delle LLGG, all'interno del dominio "contesto ambientale e risorse".

Al fine di realizzare una effettiva implementazione è stato sviluppato un progetto formativo, destinato agli psicologi che operano in cardiologia riabilitativa, patrocinato e sostenuto dal Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi, in differenti ambiti territoriali nazionali al fine di disseminare le linee guida e di favorirne una corretta applicazione nonostante le diverse ed eterogenee realtà organizzative esistenti. Al momento attuale sono stati realizzati eventi formativi interattivi in differenti regioni di Italia (Umbria, Puglia, Emilia-Romagna, Marche-Abruzzo-Molise, Lombardia) e più in generale le LLGG sono state diffuse in diversi momenti congressuali in tutta Italia.

Le LLGG pubblicate nel 2003 inoltre sono state aggiornate nel 2005 (Linee guida di cardiologia riabilitativa e prevenzione secondaria delle malattie cardiovascolari pubblicate dal Programma Nazionale Linee Guida, PNLG [10]). Esse possono essere un utile stimolo per il superamento delle criticità appena indicate: nel paragrafo delle Linee Guida Nazionali dedicato alle risorse umane necessarie alla implementazione delle stesse, viene specificato in modo chiaro la necessità della figura dello psicologo. In esse si afferma che assicurare programmi di riabilitazione diffusi e organizzati in modo da garantire i risultati attesi sulla base delle evidenze scientifiche comporta un investimento di risorse [10], e sulla base di stime ivi indicate è possibile individuare le risorse umane necessarie in cardiologia riabilitativa, intese come unità o sottounità esclusivamente dedicate a tempo pieno alla cardiologia riabilitativa.

Limite di questo lavoro sembra essere il basso numero di UCR rispondenti. Alla ricerca infatti hanno partecipato soltanto il 48.5% delle 144 strutture di riabilitazione cardiologica dell'ultimo censimento ISYDE [6]. Dai risultati di questa indagine dunque rimane irrisolta la domanda se nelle altre UCR presenti sul piano nazionale venga attuata alcuna attività psicologica.

Il progetto ISYDE 2008 [11] configurandosi come uno studio osservazionale-longitudinale con lo

scopo di censire le strutture di cardiologia riabilitativa presenti in Italia, afferenti e non alla rete associativa GICR, consentirà una fotografia aggiornata e più precisa anche relativamente agli interventi educativi e psicologici attualmente erogati in Italia. Verranno inoltre descritti, in termini strutturali, organizzativi e di contenuti, i programmi e le prestazioni riabilitative offerte da tutte le strutture di cardiologia riabilitativa presenti in Italia nell'anno 2008 e le caratteristiche relative a pazienti dimessi, dopo aver eseguito un programma strutturato in regime di ricovero ordinario, day-hospital o ambulatoriale.

L'indagine clinica dei pazienti arruolati, che descriverà nel "mondo reale" l'articolazione delle attività e delle prestazioni nell'ambito dei programmi riabilitativi fornirà dati utili e interessanti anche all'area degli psicologi del GICR. In particolare, i dati riguardanti le tipologie strutturali di cardiologia riabilitativa, come quelli relativi alle componenti del programma riabilitativo, alla composizione dell'équipe riabilitativa e al tipo di interventi educativi e psicologici erogati, consentiranno di definire la nuova realtà da cui partire per l'aggiornamento delle attività di psicologia in cardiologia riabilitativa e preventiva.

Riassunto

Il presente studio nasce all'interno di un progetto di implementazione ed applicabilità delle Linee Guida Italiane per le Attività di Psicologia in Cardiologia Riabilitativa e Preventiva (LLGG) pubblicate nel 2003. Il Gruppo di Lavoro degli psicologi del Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva (GICR) ha effettuato una indagine conoscitivo-esplorativa del livello di conoscenza e implementazione delle LLGG in cardiologia riabilitativa.

Metodi. L'indagine ha previsto l'elaborazione di un questionario atto ad indagare le tipologie organizzative e le attività, secondo i percorsi descritti nelle linee guida, effettuate dagli psicologi presenti in 107/144 strutture riabilitative censite nel 2004. Il questionario è stato spedito per posta agli psicologi referenti delle Unità di Cardiologia Riabilitativa (UCR).

Risultati. Hanno risposto 70/107 UCR (65.4%). 55 UCR (79.8%) riferiscono una buona conoscenza delle LLGG; il 10.1% dichiara che gli psicologi non conoscono le attuali LLGG. 84.5% UCR ritengono le LLGG pienamente applicabili, mentre il 15.5% ritiene che lo siano solo parzialmente. La valutazione psicologica viene attuata attraverso il colloquio clinico (94.3%) e i test psicometrici (81.4%). 92.8% UCR utilizzano strumenti di screening per valutare i fattori di rischio psico-sociali, in particolare l'ansia e la depressione (64.3%). La Qualità di Vita (22.8%) e i deficit cognitivi (17.1%) non sono valutati di routine. Gli interventi educativi sono presenti in 87.1% dei programmi di riabilitazione cardiaca e sono estesi ai familiari (51%) così come gli interventi di counselling (57%). I programmi psicologici includono specifici interventi per il controllo dei fattori di rischio (disassuefazione dal fumo, 56%; alimentazione, 55%); programmi di stress management sono attuati di routine nel 69% delle

UCR. Interventi psicologici individuali personalizzati sono presenti in 62.9% UCR. La refertazione dell'attività diagnostica/terapeutica viene effettuata in 88.6% UCR. Il follow-up è previsto nel 48.6% delle UCR, in modo strutturato nel 15.7%.

Conclusioni. L'indagine mostra ampie differenze nelle attività di psicologia offerte in cardiologia riabilitativa, tuttavia la valutazione e l'intervento psicologico sembrano sufficientemente coerenti alle raccomandazioni delle LLGG. Al fine di migliorare l'implementazione è stato sviluppato un progetto formativo, destinato agli psicologi che operano in cardiologia riabilitativa, patrocinato e sostenuto dall'Ordine degli Psicologi, in differenti ambiti territoriali nazionali al fine di disseminare le linee guida e di favorirne una corretta applicazione nonostante le diverse ed eterogenee realtà organizzative esistenti.

Parole chiave: psicologia, cardiologia riabilitativa, linee guida.

ABBREVIAZIONI

LLGG:	Linee Guida
GICR:	Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva
UCR:	Unità di Cardiologia Riabilitativa
ISYDE-Ψ	Italian Survey on Cardiac Rehabilitation- Psychology

Bibliografia

1. NHS Centre for Reviews and Dissemination: Getting evidence into practice. *Effective Health Care* 1999; 5: 1-16.
2. Haines A, Donald A. Marking better use of research findings. *BMJ* 1998; 317: 72-75.
3. Sommaruga M, Tramarin R, Balestroni G, Bettinardi O, Cauteruccio MA, Miglioretti M, Monti M, Omodeo O, Pierobon A, Vaghi P. ISYDE-Ψ. Prima fase dell'implementazione delle linee guida per le attività di psicologia in Cardiologia Riabilitativa e preventiva. *Monaldi Arch Chest Dis* 2005; 64: 53-58.
4. Task Force per le Attività di Psicologia in Cardiologia Riabilitativa e Preventiva, Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva (GICR). Linee guida per le attività di psicologia in cardiologia riabilitativa e preventiva. *Monaldi Arch Chest Dis* 2003; 60 (3): 184-234.
5. PNLG. Come produrre, diffondere e aggiornare raccomandazioni per la pratica clinica, Manuale metodologico. Milano: Arti Grafiche Passoni, 2002.
6. Urbinati S, Fattiroli F, Tramarin R, Chieffo C, Temporelli P, Griffo R, Belardinelli R, Vaghi P, Briolotti L. Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva The ISYDE project. A survey on Cardiac Rehabilitation in Italy. *Monaldi Arch Chest Dis* 2003; 60 (1): 16-24.
7. Sheldon TA, Cullum N, Dawson D, Lankshear A, Lowson K, Watt I, West P. What's the evidence that NICE guidance has been implemented? Results from a national evaluation using time series analysis, audit of patients' note, and interviews. *BMJ* 2004; 329: 1-8.
8. Cabana MD, Rand CS, Power NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PA, Rubin HR. Why do not physicians follow clinical practice guidelines? *JAMA* 1999; 282: 1458-65.
9. Michie S, Pilling S, Garety P, Whitty P, Eccles MP, Johnston M, Simmons J. Difficulties implementing a mental health guideline: an exploratory investigation using psychological theory. *Implement Sci* 2007; Mar 262: 8.
10. PNLG, Linee Guida Nazionali su CRe prevenzione secondaria delle malattie cardiovascolari, 2005, <http://www.pnlg.it/LG/016/016.pdf>
11. Tramarin R, De Feo S, Ambrosetti M, Griffo R, Maslowsky F, Vaghi P. On behalf of the ISYDE 2008 Investigators of the Italian Society of Cardiac Rehabilitation and Prevention (GICR) ISYDE-2008. Study presentation. The Italian Survey on cardiac rehabilitation: a snapshot of current cardiac rehabilitation programmes and provides in Italy. *Monaldi Arch Chest Dis*. 2007; 68: 193-198.