

Valutazione psicologica del cambiamento in cardiologia riabilitativa: validazione di un questionario a forma breve per la valutazione di esito

Measuring change in rehabilitative cardiology: reliability of a short questionnaire to assess an outcome

Ornella Bettinardi¹, Giulio Vidotto², Loretta Moroni³, Roberto F.E. Pedretti⁴,
Maurizio Maini⁵, Alessandro Rosi⁶, Giorgio Bertolotti⁷

ABSTRACT: *Measuring change in rehabilitative cardiology: reliability of a short questionnaire to assess an outcome. O. Bettinardi, G. Vidotto, L. Moroni, R.F.E. Pedretti, M. Maini, A. Rosi, G. Bertolotti.*

The present Italian health planning demands the use of tools, care and treatments useful for the National Health Service, but with empirical effectiveness scientifically sustained. Aim of the present paper is to verify the validity, the reliability and the responsiveness of the factor "Perception of positive change" (named Schedule C) in cardiovascular rehabilitation.

Method. The reliability of the Schedule C of the CBA VE has been examined comparing the mean scores obtained from each item at the entry and just before the discharge through the t-Student for paired sample. To assess the concurrent validity we used the AD Short Scale to measure anx-

ety and depression. 100 patients who underwent cardiac surgery were enrolled during hospitalization for a Cardiac Rehabilitation Programme. Cronbach's alpha was used to assess internal consistency of each item.

Results. Each item of the Schedule C demonstrated good internal consistency (Cronbach Alpha >.88) and elevated correlations item-total for each item. The strong correlation of anxiety and depression scores with the Schedule C points out appropriate concurrent validation.

Conclusions. We believe that the Schedule C of the CBA VE is endowed with suitable metric validity and then useful as outcome evaluation in cardiovascular rehabilitation settings.

Key words: *outcome, questionnaire, CBA VE*

Monaldi Arch Chest Dis 2012; 78: 97-104.

¹ Unità Operativa Emergenza-Urgenza, Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, AUSL Piacenza.

² Università di Padova, Dipartimento di Psicologia Generale.

³ Servizio di Psicologia, Fondazione Salvatore Maugeri Clinica del Lavoro e della Riabilitazione IRCCS, Istituto di Tradate, (VA).

⁴ Dipartimento di Medicina e Riabilitazione Cardiorespiratoria, Fondazione Salvatore Maugeri Clinica del Lavoro e della Riabilitazione IRCCS, Istituto di Tradate, (VA).

⁵ Direzione Sanitaria, San Giacomo Ospedale Privato Accreditato UU.FF. Omnicomprensive di Medicina Riabilitativa, Ponte dell'Olio, (Piacenza).

⁶ UF di Riabilitazione Cardiologica San Giacomo Ospedale Privato Accreditato UU.FF. Omnicomprensive di Medicina Riabilitativa, Direzione Sanitaria, Ponte dell'Olio, (Piacenza).

⁷ Servizio di Psicologia, Fondazione Salvatore Maugeri Clinica del Lavoro e della Riabilitazione IRCCS, Istituto di Tradate (VA).

Corresponding author: Bettinardi Ornella; Unità Operativa Emergenza-Urgenza, Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, AUSL Piacenza, Italy; E-mail address: e-mail: O.Bettinardi@ausl.pc.it

Introduzione

Nell'ambito della riabilitazione è sempre più richiesto l'utilizzo di indicatori di efficacia ed efficienza che documentino quanto il processo di cura aiuti a ripristinare "la salute" nell'ottica del reale *empowerment* o senso di efficacia della propria azione, le condizioni di massimo livello possibile di funzionamento e partecipazione, in relazione alla propria volontà ed al proprio contesto. con gli interventi di tutti coloro che partecipano al programma riabilitativo. In tale ambito il Progetto Riabilitativo Integrato (PRI) rappresenta lo strumento specifico in

condivisione con tutto il team multidisciplinare coinvolto nel progetto di cura che deve tener conto: (a) della complessità clinica, (b) della disabilità intesa come perdita delle capacità funzionali nell'ambito delle attività fisiche, motorie e psicologiche, (c) della multi-morbilità; (d) della fragilità derivante dall'età molto anziana; (e) delle problematiche sociali che possono ridurre il supporto da parte della rete familiare, alla senso di solitudine e di perdita di integrazione sociale e di capacità di poter fronteggiare le proprie difficoltà e criticità quotidiane.

L'introduzione del Modello ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health)

per analizzare la complessità delle condizioni di salute e costruire un profilo di funzionamento rafforza la necessità di misurare la condizione psicosociale del paziente in cura ed individuarne in modo chiaro le barriere personali ed ambientali e le relative risorse. Parallelamente a ciò, nell'ambito della ricerca clinica in psicologia da almeno trent'anni si avverte la necessità di valutare con metodi oggettivi quali cambiamenti i trattamenti psicologici e psicoterapeutici determinino nella condizione dei pazienti e di provare in modo rigoroso la loro efficacia (1-3).

La programmazione sanitaria italiana prevede, ad esempio, che siano a carico del Servizio Sanitario Nazionale solo le prestazioni la cui efficacia empirica sia stata scientificamente provata.

In conseguenza della necessità di indagare l'effettiva utilità ed efficacia dei trattamenti psicologici e psicoterapeutici, si è avvertito il bisogno di strumenti psicodiagnostici mirati a verificare e documentare l'efficacia psicoterapeutica (effectiveness) nella pratica clinica [1,2] oppure consentire allocazione di risorse in osservanza alle evidenze riportate dalla letteratura [3,4,5,6].

Sempre più infatti cresce la necessità di documentare l'efficacia degli interventi condotti dallo psicologo anche in riabilitazione, considerando che un efficace intervento psicologico, precoce e integrato, se svolto in una logica di interdisciplinarietà, può favorire in molti casi la non cronicizzazione della malattia e contribuire ad un risparmio sulla spesa sanitaria, previdenziale e sociale.

Il questionario CBA-VE

Nell'estate del 2005 i membri del gruppo CBA si sono riuniti al fine di progettare un nuovo questionario orientato alla valutazione dell'esito prodotto dall'intervento psicoterapeutico. Il questionario trae origine dalla famiglia di batterie e test CBA [7,8,9]. Tra gli obiettivi si era ipotizzato di formulare un questionario utilizzabile anche in ambito di riabilitazione del cardiopatico e del paziente in riabilitazione per problematiche respiratorie.

Il CBA-Valutazione di Esito (VE) si compone di 80 item che fanno riferimento alla condizione psicologica degli ultimi 15 giorni e sono strutturati per comodità sintattica in tre parti.

Gli item, con risposta su scala a 5 punti, fanno riferimento a cinque aree: Ansia con 14 item; Benessere con 15 item; Percezione di cambiamento positivo, di poter affrontare le difficoltà e di ricevere sostegno dagli altri con 11 item; Depressione con 19 item; Disagio psicologico, sintomi di disturbo gravi e scarso controllo degli impulsi con 21 item.

Per la taratura del questionario sono stati utilizzati diversi gruppi; tutti i dettagli della validazione del CBA VE sono disponibili nel manuale (<https://areariservata.psy.it/cgi-bin/areariservata/ar.cgi>) e presenti anche nel contributo di Michielin *et al* [10].

Il CBA VE può essere utilizzato in Cardiologia riabilitativa?

La Cardiologia Riabilitativa è riconosciuta come il modello standard per il trattamento globale del paziente cardiopatico in fase post-acuta o

cronica e, in particolare, è riconosciuta come il modello più efficace per la realizzazione di una prevenzione secondaria strutturata a breve, medio e lungo termine [11]. È noto che in Cardiologia riabilitativa, spesso, come routine lo psicologo clinico è chiamato a compiere una breve valutazione di screening ai pazienti ricoverati, per avviarli ad un adeguato supporto educativo o/e offrire un più approfondito sostegno psicologico. Nonostante sia raccomandato di sottoporre i pazienti con malattie coronariche a screening per ansia e depressione utilizzando uno strumento di misura validato, non è stato ancora raggiunto un accordo riguardo allo strumento più appropriato da usare per la misurazione del "benessere psicologico" e per l'efficacia dell'intervento psicologico in RC [11-14]. Si deve inoltre aggiungere che la valutazione di ansia e depressione in ambito di cardiologia riabilitativa italiana è spesso effettuata con la Scheda AD-R [15,16] che si avvale di solidi cut-off clinici stimati su soggetti in riabilitazione; pertanto due delle 5 scale si sovrappongono per aree di indagine allo strumento già in uso e incluso tra i questionari consigliati dalle linee guida nazionali [11-13].

In conformità a queste premesse, scopo del presente lavoro è di verificare la validità del fattore "Percezione di cambiamento positivo" (fattore C del CBA-VE) in ambito di riabilitazione cardiovascolare.

Metodo

Fase 1 - Appropriately dei contenuti e comprensibilità degli item. Nei mesi precedenti l'attuazione del presente studio, a scopo preliminare, sono stati arruolati dieci pazienti in grado di leggere e comprendere comuni quesiti (gamma di età 45-78 anni; 7 maschi e 3 femmine) ricoverati nel reparto di Cardiologia per riabilitazione intensiva. Quattro avevano subito un infarto del miocardio, quattro un intervento di by-pass aortocoronarico e due si erano sottoposti a intervento di sostituzione valvolare. Ad essi si è proposto di partecipare a un focus-group che consentisse di dibattere sulla validità di facciata del CBA VE e nello specifico sul fattore C (Percezione di cambiamento positivo). L'obiettivo di sviluppare un nuovo questionario per l'ambito riabilitativo è stato perseguito chiedendo loro collaborazione per conoscere quanto ritenessero comprensibile e applicabile il questionario all'ambito riabilitativo cardio-respiratorio. Per facilitare il dialogo si è scelto di dividere i volontari in due gruppi di cinque. Si è chiesto di compilare il questionario (il tempo impiegato per la compilazione del CBA VE oscilla da 12 a 19 minuti) e poi si sono posti alcuni quesiti riguardanti la parte "Istruzioni" "impaginatura e leggibilità"; infine si sono richiesti pareri riguardanti i contenuti delle domande. Tutti i soggetti hanno indicato che il questionario è leggibile e sufficientemente ben presentato. Le istruzioni paiono un po' stringate ma ben comprensibili ed essenziali. I contenuti in generale sono stati giudicati attinenti alla valutazione del minor/maggior benessere. Dai focus-group sono emerse alcune note critiche; la principale si riscontra nella scarsa attinenza delle domande riguardanti il fattore "Disagio" perché i con-

tenuti non sono specifici alla componente malattia cardiorespiratoria bensì a generico disagio psicologico (non direttamente conseguente lo stato di malattia), allo scarso controllo degli impulsi, e a sintomi vari. In generale i pazienti che hanno accettato di partecipare al focus-group riferiscono che il CBA VE potrebbe utilmente valutare le condizioni in cui si trova il paziente all'inizio del percorso riabilitativo ma, premessa la lunghezza del questionario, una seconda valutazione entro poco tempo, compatibile con gli attuali tempi di degenza ospedaliera, (dieci-quinici giorni) potrebbe da molti pazienti non essere gradita.

Fase 2- Verifica di validità per utilizzo in CR. Sono stati arruolati cento pazienti cardio-operati acuti, ricoverati in regime di degenza per un programma di Riabilitazione Cardiologica. Le caratteristiche anagrafiche e cliniche sono riportate nella Tabella 1.

Procedura

Tutti i pazienti entro due giorni dall'ingresso sono stati sottoposti a valutazione psicometrica mediante la Scheda AD-R per la valutazione dei sintomi ansioso-depressivi [15-16] e gli item del fattore C tratti dal CBA-VE [10] che valuta la percezione del paziente rispetto al supporto sociale e di cura e la capacità di affrontare positivamente le difficoltà

quotidiane. Il fattore C ha già dimostrato le sue caratteristiche metriche [10] ma non è ancora stato applicato in ambito riabilitativo.

Sono state escluse dal reclutamento persone con uno stato clinico e/o presenza di deficit visivi e/o cognitivi evidenti, tali da non consentire l'auto-somministrazione dei test psicometrici.

Nel corso del ricovero ciascun paziente è stato invitato a partecipare a un intervento clinico-assistenziale, educazionale, psicologico, nutrizionale e a un training fisico controllato in osservanza alle Linee Guida più recenti [11-14].

L'intervento educazionale è stato proposto a tutti i pazienti mentre l'intervento psicologico individuale è stato attivato nei pazienti che presentavano almeno una delle seguenti quattro possibilità: punteggi superiori ai cut-off clinici preliminarmente stabiliti - STAI-X3: 80° percentile; QD-R: 90° percentile - [15]; risposte clinicamente rilevanti al QD-R a prescindere dal punteggio; richiesta volontaria di colloquio psicologico; segnalazione come paziente "critico" dall'equipe curante. In parallelo all'intervento individuale sono state attivate sedute di psicoterapia di gruppo consistente in training di rilassamento muscolare progressivo, secondo la metodica di Jacobson modificata [17,18,19]. Entro 3 giorni prima delle dimissioni tutti i pazienti hanno effettuato retest psicometrico compilando la Scheda AD-R e la scheda Fattore C del CBA-VE.

Statistica

Per eseguire tutte le analisi statistiche si è utilizzato il software SPSS 11.0 [20]; in particolare si è calcolata la statistica t-Student per campioni appaiati e l'indice d-Cohen calcolato secondo la seguente formula: (media item o punteggio globale all'ingresso - media item o punteggio globale alle dimissioni)/dev. standard ingresso. Un valore d superiore a 0,50 è indicativo di una moderata dimensione dell'effetto, mentre un valore superiore a 0,80 testimonia un effetto consistente e chiaro.

Un valore d compreso tra 0,2÷0,5 è indicativo di piccolo effetto mentre se superiore a 0,5 fino a 0,8 è indicativo di una medio-moderata dimensione dell'effetto; un valore superiore a 0,80 testimonia un effetto consistente e chiaro.

Risultati

La quasi totalità del campione ha usufruito del supporto psicologico nelle sue differenti possibilità. La Tabella 2 indica analiticamente la percentuale di soggetti che hanno usufruito.

Tabella 1. - Le caratteristiche anagrafiche e cliniche

Età	Media 62,5±9,96 (range 36-81)
Sesso	
Maschi	N=81 (81%)
Femmine	N=19 (19%)
Patologia	
Chirurgia Valvolare	N=47 (47%)
Bypass	N=43 (43%)
Chirurgia Valvolare e Bypass	N=10 (10%)
Scolarità	
Elementare	N=29 (29%)
Media Inferiore	N=29 (29%)
Media Superiore	N=32 (32%)
Laurea	N=10 (10%)
Professione	
Casalinga	N= 5 (5%)
In attività lavorativa	N=33 (33%)
Disoccupato	N= 2 (2%)
Pensionato	N=53 (53%)
Altro	N= 7(7%)
Stato Civile	
Coniugato	N=80 (80%)
Separato/Divorziato	N= 4 (4%)
Vedovo	N=10 (10%)
Di Stato Libero	N= 6 (6%)

Tabella 2. - Percentuale di soggetti che hanno ricevuto prestazioni psicologiche

	<i>Prestazione effettuata</i>
<i>Colloqui individuali</i>	95%
<i>Sedute Educazionali</i>	97%
<i>training rilassamento</i>	19%

In Tabella 3 sono riportate le correlazioni item-totale per ciascun item della Scheda C e i coefficienti di consistenza interna (Alfa di Cronbach) quando l'item è escluso dalla scala. Tutti i valori sono risultati prossimi allo 0.88 o superiori mentre le correlazioni item-totale più elevate si riscontrano per i seguenti tre item: 7."Ho visto possibilità di soluzione ai miei problemi"; 8."Sono riuscito a parlare con gli altri"; 9."Ho cercato di affrontare le difficoltà anziché evitarle". Le correlazioni item-totale più basse si sono osservate per l'item 3 "Mi sono sentito travolgere dalle difficoltà"; e dal 10 "Qualcuno mi ha aiutato a risolvere i miei problemi personali".

Infine in Tabella 4 sono riportate le correlazioni fra i punteggi ottenuti a vari questionari in ingresso ed alle dimissioni. Come si può osservare dalla Tabella 4 i punteggi del Fattore C sono fortemente correlati sia all'ingresso che alle dimissioni ai punteggi STAI-X3 e QD-R.

I punteggi concernenti il CBA VE Scheda C, misurati all'ingresso e alle dimissioni, sono riportati in Tabella 5. La variazione del punteggio totale del fattore C è risultata, parimenti allo STAI-X3 e alla Scheda QD-R significativa ($p < 0.001$; $d = -0.36$) e sensibile al fattore tempo.

Il confronto fra i punteggi medi AD-R, misurati all'ingresso e alle dimissioni, evidenzia una differenza statisticamente significativa indicativa di un miglioramento nello stato d'ansia ($p < .0001$) e di una riduzione dei sintomi depressivi ($p < .0001$) al termine del periodo riabilitativo.

La statistica t-Student evidenzia un cambiamento statisticamente significativo sia per ansietà che per tono dell'umore. L'effect-size misurato con l'indice d di Cohen è indicativo di una medio-moderata dimensione dell'effetto per l'ansia ($d=0.66$) mentre si dimostra di minor forza ($d=0.46$) per la depressione.

La capacità di rilevare cambiamenti clinici, ovvero la responsiveness, della Scheda C del CBA VE è stata esaminata, così come riportato in Tabella 6, confrontando i punteggi medi ottenuti a ciascun item all'ingresso e alle dimissioni mediante il confronto statistico effettuato con la statistica t-Student per campioni appaiati.

Il punteggio totale medio è il risultato dalla somma degli 11 item all'ingresso ed alla dimissione. L'ipotesi alternativa è monodirezionale ad indicare una differenza fra i valori medi delle dimissioni statisticamente maggiore rispetto all'ingresso, ad eccezione **dell'item 3** in cui l'ipotesi monodirezionale valuta la significatività di un calo del punteggio alle dimissioni rispetto all'ingresso. Dalla Tabella 6 si riscontra che, il confronto con la statistica t-Student, fra il punteggio totale all'ingresso e alle dimissioni evidenzia un cambiamento statisticamente significativo ed indicativo di un miglior supporto percepito e di maggiore efficacia percepita nell'affrontare le difficoltà quotidiane dovute allo stato di malattia. Gli item che si modificano in modo statisticamente significativo sono riferiti prevalentemente all'area di miglioramento relativo alla percezione della propria realtà e delle situazioni problematiche (*item 3-senso di impotenza, item 4-reazione, item 5-veder sereno/ottimismo, item 6-fiducia in sé, item 7-veder sereno/ottimismo, item 8 auto-apertura, item 11 accoglimento/soddisfazione*). Gli item più sensibili al fattore tempo sono quelli che sottendono a una percezione di meglio gestire le difficoltà e uno di tipo relazionale con gli altri: *i3 Mi sono sentito travolgere dalle difficoltà, i4 Mi sono sentito in grado di reagire anche a difficoltà e fallimenti, i5 Ho avuto la sensazione che il peggio fosse ormai superato i6 Ho avuto fiducia in me stesso i7 Ho visto possibilità di soluzione ai miei problemi, i8 Sono riuscito a parlare con gli altri.*

Tabella 3. - Alpha di Cronbach (Alpha) di ciascun item all'ingresso e alle dimissioni

Item	Ingresso Alpha	Dimissioni Alpha
i1 Mi sono sentito aiutato dagli altri	0,8832	0,8836
i2 Mi sono sentito capito dagli altri	0,8870	0,8820
i3 Mi sono sentito travolgere dalle difficoltà*	0,8885	0,8896
i4 Mi sono sentito in grado di reagire anche a difficoltà e fallimenti	0,8832	0,8821
i5 Ho avuto la sensazione che il peggio fosse ormai superato	0,8837	0,8836
i6 Ho avuto fiducia in me stesso	0,8834	0,8820
i7 Ho visto possibilità di soluzione ai miei problemi	0,8791	0,8831
i8 Sono riuscito a parlare con gli altri	0,8808	0,8802
i9 Ho cercato di affrontare le difficoltà anziché evitarle	0,8803	0,8809
i10 Qualcuno mi ha aiutato a risolvere i miei problemi personali	0,8878	0,8893
I11 Sono soddisfatto degli obiettivi che ho raggiunto o che sto per raggiungere	0,8817	0,8817

* Per le seguenti analisi il punteggio del Fattore C è stato calcolato invertendo le risposte all'item 3

Tabella 4. - Item della scheda C ordinate per grandezza crescente del coefficiente di correlazione item totale alle dimissioni e affiancate da quello ottenuto dallo stesso item all'ingresso

Item	Dimissioni r item-totale	Ingresso r item-totale
i3 Mi sono sentito travolgere dalle difficoltà*	0,2496	0,3320
i10 Qualcuno mi ha aiutato a risolvere i miei problemi personali	0,3136	0,3897
i1 Mi sono sentito aiutato dagli altri	0,4814	0,4954
i5 Ho avuto la sensazione che il peggio fosse ormai superato	0,4839	0,4782
i7 Ho visto possibilità di soluzione ai miei problemi	0,5197	0,6661
i4 Mi sono sentito in grado di reagire anche a difficoltà e fallimenti	0,5323	0,4985
i2 Mi sono sentito capito dagli altri	0,5408	0,3555
i6 Ho avuto fiducia in me stesso	0,5490	0,4898
i11 Sono soddisfatto degli obiettivi che ho raggiunto o che sto per raggiungere	0,5619	0,5616
i9 Ho cercato di affrontare le difficoltà anziché evitarle	0,6029	0,6123
i8 Sono riuscito a parlare con gli altri	0,6166	0,5768

Legenda: evidenziato in giallo item 2 che migliora r item totale. In grassetto item con maggiore coefficiente r item- totale

In Tabella 5. Correlazioni di Pearson fra i punteggi AD-R e Punteggio Totale Fattore C

	STAI-X3 ingresso	STAI -X3 dimissioni	QD-R ingresso	QD-R dimissioni	Fattore C Ingresso	Fattore C dimissioni
STAI-X3 ingresso	1	0,668(**)	0,603(**)	0,505(**)	-0,612(**)	-0,552(**)
STAI -X3 Dimissioni		1	0,491(**)	0,532(**)	-0,501(**)	-0,547(**)
QD-R ingresso			1	0,781(**)	-0,538(**)	-0,454(**)
QD-R dimissioni				1	-0,395(**)	-0,375(**)
Fattore C Ingresso					1	0,664(**)
Fattore C Dimissioni						1

Tutte le Correlazioni in **grassetto sono risultate significative con $p=0,0001$

Tabella 5. - Risultati Scheda AD-R

Item	Ingresso media±ds	Dimissioni media±ds	t-test	Prob variazione	d di Cohen*
STAI-X3	18,99±5,29	16,38±3,97	6,592	0,0001	-0,66
QD-R	3,40±2,69	2,62±2,15	4,645	0,0001	-0,46

*Legenda: d compreso tra 0,2÷0,5 è indicativo di piccolo effetto mentre se superiore a 0,5 fino a 0,8 è indicativo di una medio-moderata dimensione dell'effetto

Discussione

In merito alla **consistenza interna** si può osservare che i risultati evidenziano elevate correlazioni item-totale. Si deve, tuttavia, osservare che gli item 3 “Mi sono sentito travolgere dalle difficoltà”; e 10 “Qualcuno mi ha aiutato a risolvere i

miei problemi personali” offrono un basso contributo alla scala. Coerentemente con quanto ipotizzato dagli autori, si può rilevare che i punteggi del fattore C sono fortemente correlati, sia in ingresso che alle dimissioni, ai punteggi di ansia e di tono dell'umore; tale dato rafforza l'impressione di bontà del fattore C.

Tabella 6. - Punteggi relativi agli item del CBA VE Scheda C, misurati all'ingresso ed alle dimissioni

Item	Ingresso media±ds	Dimissioni media±ds	t-test	variazione P <	d di Cohen
i.1 Mi sono sentito aiutato dagli altri	2,84±0,92	2,91±0,80	0,7164	0,2377	-0,07
i.2 Mi sono sentito capito dagli altri	2,75±0,86	2,70±0,87	-0,6183	0,5378	0,06
i.3 Mi sono sentito travolgere dalle difficoltà	1,08±1,01	0,68±0,84	-3,9407	0,0001	0,39
i.4 Mi sono sentito in grado di reagire anche a difficoltà e fallimenti	2,28±1,01	2,50±0,94	2,1552	0,0168	-0,22
i.5 Ho avuto la sensazione che il peggio fosse ormai superato	2,39±0,91	2,72±0,80	3,1579	0,0010	-0,36
i.6 Ho avuto fiducia in me stesso	2,85±0,89	3,07±0,78	2,7544	0,0035	-0,25
i.7 Ho visto possibilità di soluzione ai miei problemi	2,67±0,78	2,84±0,69	2,1125	0,0185	-0,22
i.8 Sono riuscito a parlare con gli altri	2,61±0,94	2,82±0,81	2,3275	0,0109	-0,22
i.9 Ho cercato di affrontare le difficoltà anziché evitarle	2,67±0,80	2,76±0,74	1,2165	0,1133	-0,11
i.10 Qualcuno mi ha aiutato a risolvere i miei problemi personali	2,51±1,17	2,41±1,06	-0,8097	0,79	0,08
i.11 Sono soddisfatto degli obiettivi che ho raggiunto o che sto per raggiungere	3,05±0,77	3,19±0,77	1,7407	0,0424	-0,18
Punteggio totale	25,54±6,05	27,24±5,53	3,562	0,001	-0,28

I punteggi del Fattore C sono molto correlati sia all'ingresso sia alle dimissioni ai punteggi STAI-X3 e QD-R e tale dato rafforza la bontà psicometrica del Fattore C.

Due note critiche del fattore C che si possono riscontrare nell'item 4 che dai focus-group verrebbe preferito nella formulazione "Mi sono sentito in grado di reagire alle difficoltà" e meno nella formulazione originale "Mi sono sentito in grado di reagire *anche* alle difficoltà e fallimenti" e per l'item 9 che sarebbe preferito nella formulazione "Ho cercato di affrontare le difficoltà" e non "Ho cercato di affrontare le difficoltà *anziché evitarle*".

Si nota infine che il punteggio totale del fattore C presenta la più bassa correlazione con il punteggio depressione quando confrontati in fase di dimissione e dunque la scheda C si orienta a valutare il cambiamento positivo. Tale caratteristica potrebbe essere maggiormente presente in persone **resilienti** che, nell'affrontare circostanze avverse, riescono, nonostante tutto e talvolta contro ogni previsione, a fronteggiare efficacemente le contrarietà, a dare nuovo slancio alla propria esistenza, perfino a raggiungere mete importanti, ad avere la capacità di usare l'esperienza nata da situazioni difficili per vivere il presente e favorire al meglio il proprio futuro. È ipotizzabile che, in presenza di un basso tono di umore, manchi al soggetto la capacità di riconoscere che un cambiamento positivo possa comunque esserci stato; questo giustificherebbe una minor correlazione in dimissione tra il tono di umore e la percezione di cambiamento.

Ogni operatore inserito nel team riabilitativo lavora prevalentemente su una dimensione del pa-

ziente e ma dovrebbe sapere che la persona, con le sue dimensioni biologica, psicologica e sociale, su cui si lavora separatamente, costituisce un "tutto" inscindibile. A tali dimensioni si potrebbe aggiungere anche quella spirituale che, talvolta, determina un incremento di "Resilienza" ma che non è di facile valutazione. Ciascuna dimensione può essere dunque individuata come entità autonoma su cui intervenire con le competenze professionali specifiche ma che, per avere successo e forse anche affinché l'intervento risulti efficace, non è scindibile dalle altre con le quali è in continua relazione e scambio. Questo per rafforzare il concetto che un indicatore psicologico, quale il punteggio ottenuto al Fattore C del CBA-VE, dopo un periodo di cura riabilitativa deve essere letto ed interpretato come indicatore della percezione di cura che il paziente ha avuto verso il team curante, del supporto sociale ricevuto e di quanto sia stato aiutato nel recuperare parte del propria *self-efficacy* ed *empowerment*.

Studi futuri di confronto tra il fattore C e un questionario sulla resilienza potrebbe fornire una risposta che contribuisca ulteriormente a chiarire i significati e i contenuti clinici del Fattore C del CBA VE.

Riassunto

Premessa. L'attuale programmazione sanitaria italiana esige sempre più l'utilizzo di strumenti, cure e trattamenti, a carico del Servizio Sanitario Nazionale, la cui efficacia empirica sia stata scientificamente provata. Scopo del presente lavoro è di studiare attendibilità, validità e sensibilità (responsiveness) di uno strumento per la misura della perce-

zione di cambiamento positivo in ambito di riabilitazione cardiovascolare (Scheda C del CBA VE).

Metodo. L'attendibilità è stata esaminata confrontando i punteggi medi ottenuti a ciascun item all'ingresso ed alle dimissioni mediante il confronto statistico effettuato con la statistica *t-Student* per campioni appaiati. Per valutare la validità concorrente si è utilizzata la Scheda AD-R per la misura di ansia e depressione. Si sono arruolati 100 pazienti cardio-operati acuti, ricoverati in regime di degenza per un programma di Riabilitazione Cardiologica.

Risultati In merito alla consistenza interna si può osservare che i risultati evidenziano elevati indici di alfa di Cronbach di ciascun item (>.88) ed elevate correlazioni item-totale. La forte correlazione ai punteggi di ansia e di tono dell'umore con il fattore C indica adeguata validazione concorrente.

Conclusioni. Si ritiene che il fattore C della CBA VE sia dotato di adeguata validità psicometrica e per tal motivo utilizzabile nella valutazione di esito in ambito di riabilitazione cardiovascolare.

Parole chiave: esito, questionario, CBA VE

Bibliografia

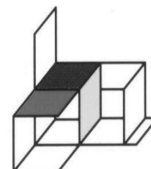
1. Brown JP, Clark AM, Dalal H, Welch K, Taylor RS. Patient education in the management of coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011 Dec 7; 12: CD008895
2. Manzoni GM, Villa V, Compare A, Castelnuovo G, Nibbio F, Titon AM, Molinari E, Gondoni LA. Short-term effects of a multi-disciplinary cardiac rehabilitation programme on psychological well-being, exercise capacity and weight in a sample of obese in-patients with coronary heart disease: a practice-level study. *Psychol Health Med.* 2011 Mar; 16(2): 178-89
3. De Schutter A, Lavie CJ, Milani RV. Relative importance of comorbid psychological symptoms in patients with depressive symptoms following phase II cardiac rehabilitation. *Postgrad Med.* 2011 Nov; 123(6): 72-8.
4. Glazer KM, Emery CF, Frid DJ, Banyasz RE. Psychological predictors of adherence and outcomes among patients in cardiac rehabilitation. *J Cardiopulm Rehabil.* 2002 Jan-Feb; 22(1): 40-6.
5. Beckie TM, Fletcher GF, Beckstead JW, Schocken DD, Evans ME. Adverse baseline physiological and psychosocial profiles of women enrolled in a cardiac rehabilitation clinical trial. *J Cardiopulm Rehabil Prev.* 2008Jan-Feb; 28(1): 52-60.
6. Barth J, Volz A, Schmid JP, Kohls S, von Kanel R, Znoj H, Saner H. Gender differences in cardiac rehabilitation outcomes: do women benefit equally in psychological health? *J Womens Health (Larchmt).* 2009 Dec; 18(12): 2033-9.
7. Sanavio E, Bertolotti G, Michielin P, Vidotto G, Zotti AM. CBA-2.0 Scale Primarie: Manuale. Firenze: Organizzazioni Speciali. 1986 (1998 II° Edizione).
8. Zotti AM, Bertolotti G, Michielin P, Sanavio E, Vidotto G. CBA-H Cognitive Behavioural Assessment - Forma Hospital. Manuale. Firenze: Organizzazioni Speciali. 2010.
9. Bertolotti G, Bettinardi O, Boz F, Filipponi L, Ghisi M, Michielin P, Novara C, Sanavio E, Vidotto G, Zotti AM. Cognitive Behavioural Assessment forma Giovani (CBA-G): un test a largo spettro per la valutazione del benessere psicologico. Manuale. Trento: Erickson, 2012.
10. Michielin P, Vidotto G, Altoè G, Colombari E, Sartori L, Bertolotti G, Sanavio E, Zotti AM. Proposta di un nuovo strumento per la verifica dell'efficacia nella pratica dei trattamenti psicologici e psicoterapeutici. *G Ital Med Lav Ergon.* 2008 Jan-Mar; 30(1 Suppl A): A98-104.
11. Giannuzzi P, Griffo R, Urbinati S, Tassoni G, Baldi C, Sommaruga M, Iannucci M, Sanges D, Rociola R, Carbonelli MG, Familiari MG, Saggiocca L, Bianco E. Cardiologia riabilitativa e prevenzione secondaria delle malattie cardiovascolari. Linee Guida Nazionali http://www.snlg-iss.it/Ign_cardiologia_riabilitativa.
12. Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali. National Guidelines in Rehabilitation Cardiology and secondary prevention in cardiovascular diseases. *Monaldi Arch Chest Dis.* 2006 Jun; 66(2): 81-116.
13. Sommaruga M, Tramarin R, Angelino E, Bettinardi O, Cauteruccio MA, Miglioretti M, Monti M, Pierobon A, Sguazzin C; Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva. *Monaldi Arch Chest Dis.* 2003 Mar; 60(1): 40-4.
14. Graham I, Atar D, Borch-Johnsen K, Boysen G, Burell G, Cifkova R, Dallongeville J, De Backer G, et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: full text. Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* 2007 Sep; 14Suppl 2: S1-113.
15. Moroni L, Bettinardi O, Vidotto G, Balestroni G, Bruletti G, Giorgi I, Bertolotti G. Scheda ansia e depressione forma ridotta: norme per l'utilizzo in ambito riabilitativo [Anxiety and Depression Short Scale: norms for its use in rehabilitation]. *Monaldi Arch Chest Dis.* 2006 Dec; 66(4): 255-63.
16. Vidotto G, Moroni L, Burro R, Filipponi L, Balestroni G, Bettinardi O, Bruletti G, Giorgi I, Naimo M, Bertolotti G. A revised short version of the depression questionnaire. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* 2010 Apr; 17(2): 187-97.
17. Jacobson E. Progressive relaxation. Chicago: University of Chicago Press, 1938.
18. Fair PL. Tecniche di rilassamento assistito con biofeedback in psicoterapia. In: Basmajian JV. Biofeedback. Principles and Practice for clinicians. IIInd Edition. (Tr. It. a cura di Tiranti BF, Bertolotti G.: Biofeedback: principi teorici e applicazioni pratiche). Padova: Piccin Editore 1984.
19. Bertolotti G. Il rilassamento progressivo in psicologia (2005) Roma: Carocci-Faber
20. SPSS, Statistical Package for the Social Sciences 11.5. Chicago, IL, USA, 2004.

(segue Appendice)

APPENDICE 1

(Cognitive Behavioral Assessment Valutazione dell'esito)**VE- Scheda C**

Ornella Bettinardi, Paolo Michielin, Giorgio Bertolotti,
Ezio Sanavio, Giulio Vidotto, Anna Maria Zotti §§



Nome e cognome: **Data compilazione:**

¹ Valutazione ingresso

² Valutazione a 48 ore

³ Valutazione alle dimissioni

Istruzioni:

Legga le seguenti frasi e per ognuna segni la risposta che meglio descrive come si è sentito in questo periodo.
Faccia riferimento agli **ultimi 15 giorni, compreso oggi**

	Per nulla	Poco	Abbastanza	Molto	Moltissimo	
1 Mi sono sentito aiutato dagli altri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i43
2 Mi sono sentito capito dagli altri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i53
3 Mi sono sentito travolgere dalle difficoltà	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i58
4 Mi sono sentito in grado di reagire alle difficoltà	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i60
5 Ho avuto la sensazione che il peggio fosse ormai superato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i71
6 Ho avuto fiducia in me stesso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i80
7 Ho visto possibilità di soluzione ai miei problemi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i16
8 Sono riuscito a parlare con gli altri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i21
9 Ho cercato di affrontare le difficoltà anziché evitarle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i27
10 Qualcuno mi ha aiutato a risolvere i miei problemi personali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i30
11 Sono soddisfatto degli obiettivi che ho raggiunto o che sto per raggiungere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i40
	Per nulla	Poco	Abbastanza	Molto	Moltissimo	

Altro:
.....

Norme per calcolo punteggio Fattore C

Per ciascun item vanno assegnati i seguenti valori: Per nulla = 0 Poco=1 Abbastanza =2 Molto =3 Moltissimo = 4
Nella somma degli item invertire sempre punteggio item 3 ⁽ⁱ⁵⁸⁾. Punteggio totale massimo ottenibile = 44

§§ Non è consentita riproduzione o utilizzo della Scheda C senza il consenso scritto degli Autori.