

**PRIMO CONGRESSO FEDERAZIONE NAZIONALE**

**ORDINI PROFESSIONI INFERMIERISTICHE**

**LORENZO RIGHI**

**ROMA 5-6-7 MARZO 2018**

**AUDITORIUM PARCO DELLA MUSICA**

# **NOI INFERMIERI**

**la nostra impronta sul sistema salute**



**FNOPI**

# Dignity in care: uno studio multicentrico sull'applicazione del Patient Dignity Inventory (PDI)

L. Righi, M. Pallassini, S. Adami, F. Marini, F. Ferretti



## EVOLUZIONE SCIENTIFICA DEL CONCETTO DI DIGNITA' IN SANITA'

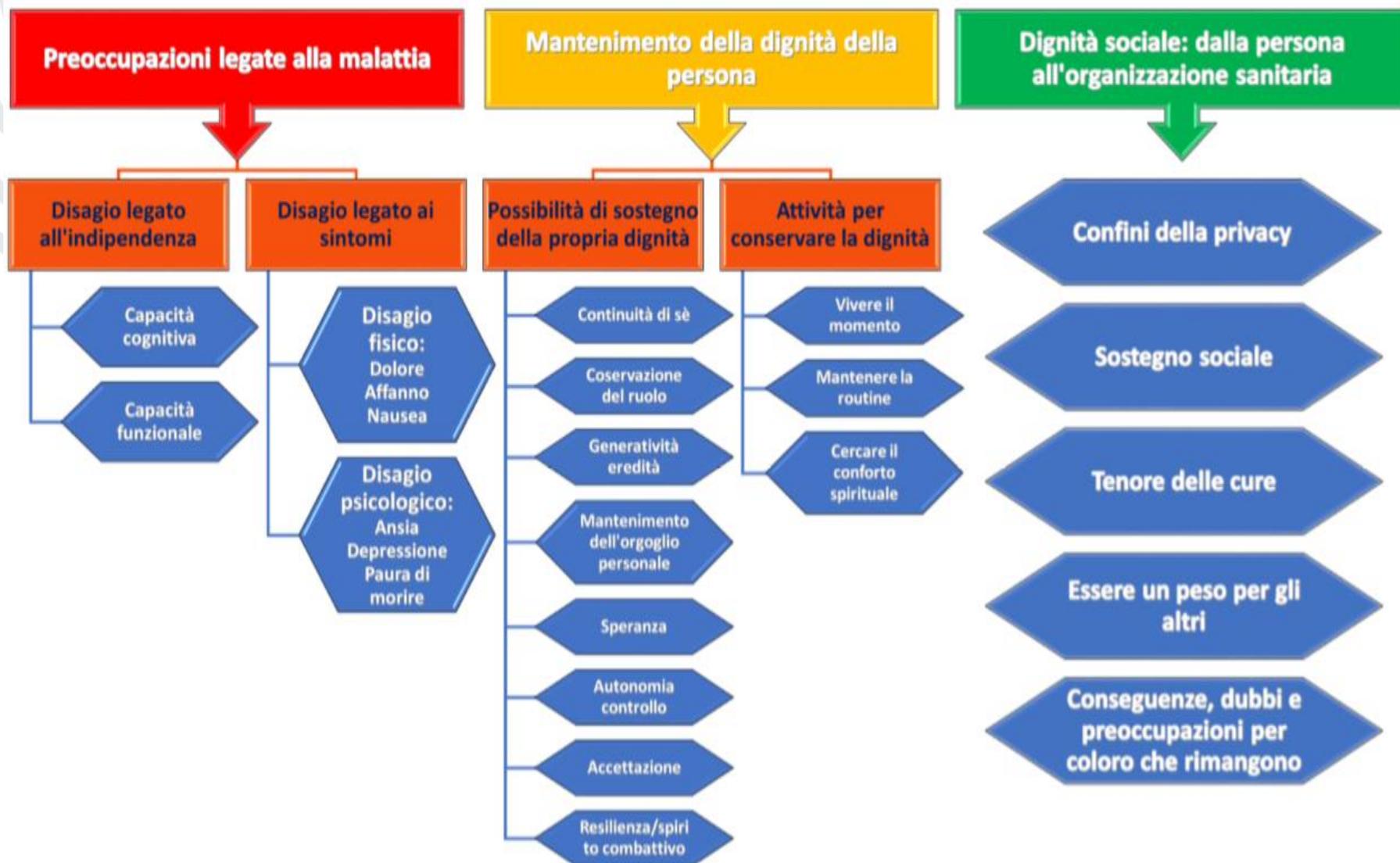
**Vi è una forte critica sul concetto di dignità in sanità:**

- ✓ **non esiste una definizione di dignità in sanità;**
- ✓ **la dignità in sanità non è definita e di conseguenza non è misurabile e valutabile, quindi il concetto rimane disperatamente vago;**
- ✓ **“la dignità è un concetto inutile in etica medica e può essere eliminato senza alcuna perdita di contenuto ... è sufficiente portare rispetto e buona educazione ai pazienti”.**



**Macklin R. *Dignity is a useless concept.* BMJ 2003; 12 (20): 1419-20 PMID: 14684633**

# MODELLO DELLA DIGNITA' PERSONALE



# Dignity and the essence of medicine: the A, B, C, and D of dignity conserving care

Kindness, humanity, and respect—the core values of medical professionalism—are too often being overlooked in the time pressured culture of modern health care, says **Harvey Chochinov**, and the A, B, C, and D of dignity conserving care can reinstate them

A partire dal 2002 il gruppo di ricerca Canadese di Chochinov, psichiatra e direttore dell'unità di ricerca di cure palliative sviluppa un modello fondato sulla salvaguardia della dignità e della cosiddetta **DIGNITY THERAPY**



## L' A B C e il D del prendersi cura preservando la dignità



*Original Article*

# The Patient Dignity Inventory: A Novel Way of Measuring Dignity-Related Distress in Palliative Care

Harvey Max Chochinov, MD, PhD, Thomas Hassard, PhD, Susan McClement, PhD, Thomas Hack, PhD, CPsych, Linda J. Kristjanson, PhD, Mike Harlos, MD, Shane Sinclair, BA, MDiv, PhD (C), and Alison Murray, MD, CCFP, MPH  
*Departments of Psychiatry (H.M.C.), Family Medicine (H.M.C.), Community Health Sciences (H.M.C., T.Hac.), and Faculty of Nursing (S.M., T.Hac.), University of Manitoba, Winnipeg; and Manitoba Palliative Care Research Unit (H.M.C., S.M.) and Patient and Family Support Services (H.M.C., T.Hac.), CancerCare Manitoba, Winnipeg, Canada; Curtin University of Technology (H.M.C., L.J.K.), Perth, Australia; St. Boniface General Hospital (M.H.), Winnipeg, Canada; Tom Baker Cancer Centre (S.S.) and Department of Oncology (S.S.), Faculty of Medicine, University of Calgary, Calgary; and Calgary Health Region (A.M.), Calgary, Canada*

Vol. 36 No. 6 December 2008

*Journal of Pain and Symptom Management* 559



- 25 item a risposta multipla su scala Likert a 5 punti;
- maggiore è il punteggio più alto è il distress legato alla dignità

## PATIENT DIGNITY INVENTORY (PDI)

1. Non essere in grado di compiere gesti legati alla quotidianità (per es. lavarmi, vestirmi)
2. Non essere in grado di provvedere in modo indipendente ai miei bisogni fisiologici (per es. avere bisogno di assistenza nella cura dell'igiene personale)
3. Affrontare sintomi fisicamente debilitanti (per es. il dolore, la difficoltà a respirare, la nausea)
4. La sensazione che gli altri mi vedono in modo molto diverso rispetto al passato
5. Sentirmi depresso
6. Sentirmi ansioso
7. La sensazione di incertezza rispetto alla malattia e ai trattamenti
8. Le preoccupazioni per il future
9. Non riuscire a pensare in modo lucido
10. Non essere in grado di continuare a svolgere le mie attività quotidiane
11. La sensazione di non essere più la stessa persona
12. La sensazione di non essere stimato o degno di stima
13. Non essere più capace di adempiere a doveri importanti (per es. come marito, moglie, come genitore)
14. La sensazione che la mia vita non abbia più un significato o uno scopo
15. La sensazione di non riuscire più a dare un contributo significativo e/o duraturo nella mia vita
16. La sensazione di avere ancora importanti "questioni da risolvere" (per es. cose non dette, non fatte o che appaiono incomplete)
17. Preoccupazione che la mia vita spirituale sia non significativa
18. Sentirsi un peso per gli altri
19. La sensazione di non aver controllo sulla mia vita
20. Avere la sensazione che la mia malattia ed il bisogno di cure abbiano ridotto la mia vita privata
21. Non sentirsi sostenuto dalla mia comunità di amici e familiari
22. Non sentirsi supportato dai miei fornitori di assistenza sanitaria
23. Sentirsi come se non fossi più in grado di "combattere" mentalmente le sfide della mia malattia
24. Non accettare le cose così come sono
25. Non venire trattati con rispetto e comprensione dagli altri

Non è un  
problema

E' un problema  
lieve

E 'un  
problema

E' un problema  
importante

E' un problema che mi  
opprime

## LA VALIDAZIONE IN ITALIA

Studio condotto su 266 pazienti con tumore solido ed ematologico alla diagnosi/trattamento, in riabilitazione oncologica e con recidiva (27,5<sup>0</sup>% con metastasi)

- ✓ Il PDI facilita l'apertura del dialogo sul distress emozionale, permette di indagare aree non sempre approfondite dagli operatori;
- ✓ proprio per la difficoltà di approfondire alcuni temi, il PDI suggerisce una nuova direzione e promuove un lavoro terapeutico e di insight (sia per il paziente che per gli operatori).



Ripamondi C, Buonaccorso L, Maruelli et al.

*Patient dignity inventory (PDI) questionnaire: the validation study in Italian patients with solid and hematological cancers on active oncological treatments.*

Tumori 2012; Jul-Aug 98 (4): 491-500 doi: 10.1700/1146 12645

## MATERIALI E METODI

**Obiettivo dello studio:** estensione della validazione del Patien Dignity Inventory (PDI) su pazienti cronici utilizzando come riferimento il modello della dignità percepita di Chochinov

**Disegno dello studio:** studio di validazione e studio descrittivo

**Popolazione:** i pazienti presentano una delle seguenti patologie: insufficienza cardiaca, insufficienza respiratoria, insufficienza renale e stroke.

**Gli ospedali coinvolti sono:** Azienda Ospedaliera Universitaria Senese (AOUS), Ospedale della Misericordia di Grosseto e l'Ospedale Santa Maria della Misericordia di Perugia



Successivamente sono stati inclusi anche pazienti oncologici nelle fase iniziale di patologia.

		n (%)
<b>Presidio Ospedaliero:</b>	Grosseto	108 (25,7)
	Perugia	170 (40,3)
	Siena	143 (34,0)
<b>Sesso:</b>	Femmina	171 (40,6)
	Maschio	250 (59,4)
<b>Età:</b>	Fino a 65 anni	176 (42,3)
	66 anni ed oltre	240 (57,7)
<b>Patologia:</b>	Insufficienza cardiaca	73 (17,3)
	Insufficienza respiratoria	47 (11,2)
	Insufficienza renale	93 (22,1)
	Stroke	45 (10,7)
	Oncologico	11 (2,6)
	Altro	152 (36,1)
<b>Forma di assistenza:</b>	Solo supporto familiare	308 (74,2)
	Solo badante	22 (5,3)
	Sia supporto familiare che badante	50 (12,1)
	Né supporto familiare, né badante	35 (8,4)
<b>Grado di dipendenza:</b>	Dipendente	73 (17,5)
	Parzialmente dipendente	134 (32,0)
	Indipendente	211 (50,5)

**Tab.1:** caratteristiche del campione coinvolto nello studio

## PREMESSA

## BACKGROUND

## MATERIALI E METODI

## RISULTATI

## DISCUSSIONI

## CONCLUSIONI

Descrizione del modello	Gruppi	Modello di comparazione	$\chi^2$	gdl	$\Delta\chi^2$	$\Delta$ gdl	Significatività statistica
Modello ipotizzato ( <b>Modello 1</b> )	Insufficienze vs Oncologici vs Stroke e altro		1.387,263	750			
Modello con uguali pesi fattoriali	Insufficienze vs Oncologici vs Stroke e altro	<b>Modello 1</b>	1.512,602	798	125,339	48	p=0,000
Modello con uguali pesi fattoriali e covarianze strutturali	Insufficienze vs Oncologici vs Stroke e altro	<b>Modello 1</b>	1.842,469	850	455,206	100	p=0,000
Modello con uguali pesi fattoriali, covarianze strutturali e residui	Insufficienze vs Oncologici vs Stroke e altro	<b>Modello 1</b>	2407,085	950	1.019,82 2	200	p=0,000
Modello ipotizzato ( <b>Modello 2</b> )	Insufficienze vs Oncologici		681,036	500			
Modello con uguali pesi fattoriali	Insufficienze vs Oncologici	<b>Modello 2</b>	725,590	524	55,554	24	p=0,007
Modello con uguali pesi fattoriali e covarianze strutturali	Insufficienze vs Oncologici	<b>Modello 2</b>	729,872	525	48,836	25	p=0,003
Modello con uguali pesi fattoriali, covarianze strutturali e residui	Insufficienze vs Oncologici	<b>Modello 2</b>	1.411,459	575	730,423	75	p=0,000
Modello ipotizzato ( <b>Modello 3</b> )	Insufficienze vs Stroke e altro		532,302	500			
Modello con uguali pesi fattoriali	Insufficienze vs Stroke e altro	<b>Modello 3</b>	541,670	524	9,367	24	p=0,997
Modello con uguali pesi fattoriali e covarianze strutturali	Insufficienze vs Stroke e altro	<b>Modello 3</b>	541,803	525	9,501	25	p=0,998
Modello con uguali pesi fattoriali, covarianze strutturali e residui	Insufficienze vs Stroke e altro	<b>Modello 3</b>	860,005	575	327,702	75	p=0,000
Modello ipotizzato ( <b>Modello 4</b> )	Oncologici vs Stroke e altro		599,074	500			
Modello con uguali pesi fattoriali	Oncologici vs Stroke e altro	<b>Modello 4</b>	640,800	524	41,726	24	p=0,014
Modello con uguali pesi fattoriali e covarianze strutturali	Oncologici vs Stroke e altro	<b>Modello 4</b>	641,208	525	42,134	25	p=0,017
Modello con uguali pesi fattoriali, covarianze strutturali e residui	Oncologici vs Stroke e altro	<b>Modello 4</b>	755,378	575	156,304	75	p=0,000

**Tab.2:** statistiche della bontà di adattamento per la verifica dell'invarianza rispetto alla patologia

**Nota:**  $\Delta\chi^2$ = differenza dei valori di chi-quadro fra i modelli;  $\Delta$ gdl= differenza nel numero di gradi di libertà tra i modelli

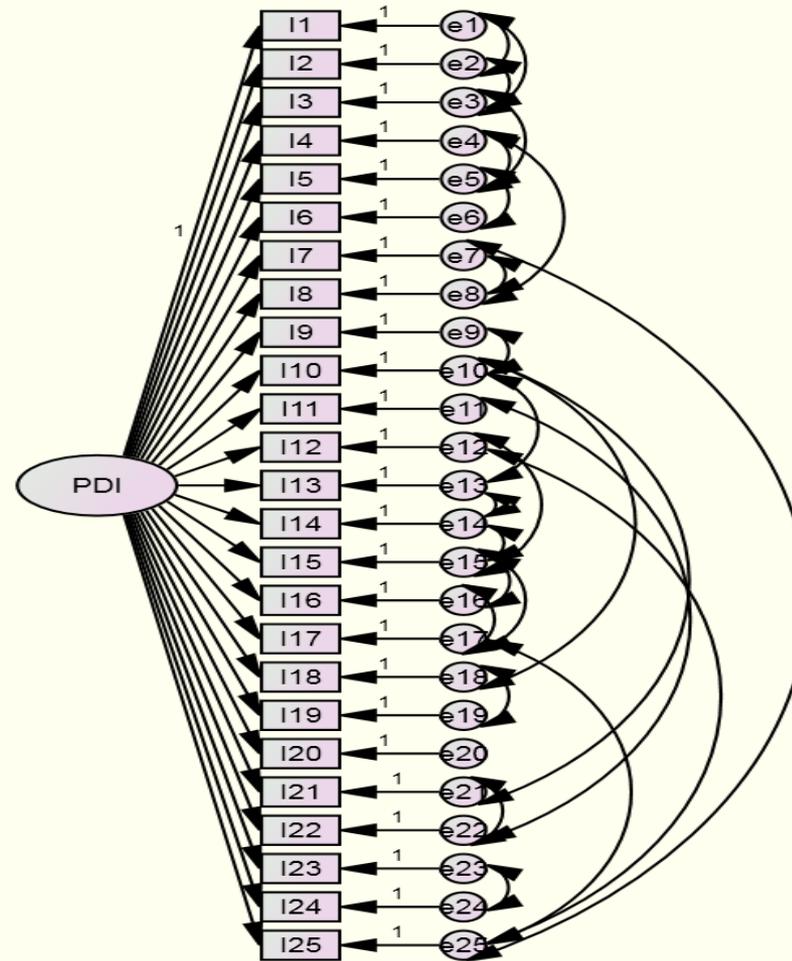


Figura 1: Path diagram del modello ottimizzato

## E' UN PROBLEMA

### IMPORTANTE + E' UN PROBLEMA CHE MI OPPRIME:

- I. Le preoccupazioni per il futuro
- II. Sentirsi un peso per gli altri
- III. La sensazione di non aver controllo sulla mia vita
- IV. Non essere in grado di continuare a svolgere le mie attività quotidiane

## NON E' UN PROBLEMA:

- I. Preoccuparmi che la mia vita spirituale sia non significativa
- II. Non sentirmi sostenuto dalla mia comunità di amici e familiari
- III. Sentirmi depresso
- IV. Non essere in grado di provvedere in modo indipendente ai miei bisogni fisiologici



- ✓ l'ottimizzazione ottenuta dall'inserimento di covarianze tra i termini d'errore fa pensare ad una sovrapposizione degli items del PDI;
- ✓ esistendo una sovrabbondanza di items, la scala ha un andamento forzato;
- ✓ è invariante rispetto al sesso e all'età ma non per tutte le patologie;
- ✓ il PDI va usato con cautela con i pazienti cronici...

....sarebbe opportuno studiare uno strumento derivato dal PDI (**short form**) per utilizzarlo su tutte le tipologie di pazienti cronici...



FRANCISCO GOYA (1746-1828)  
Prato di San Isidoro

Tu sei importante  
perché sei tu e sei  
importante fino alla  
fine

Cicely Saunders



Grazie



[lorenzo.righi@uslsudest.toscana.it](mailto:lorenzo.righi@uslsudest.toscana.it)