



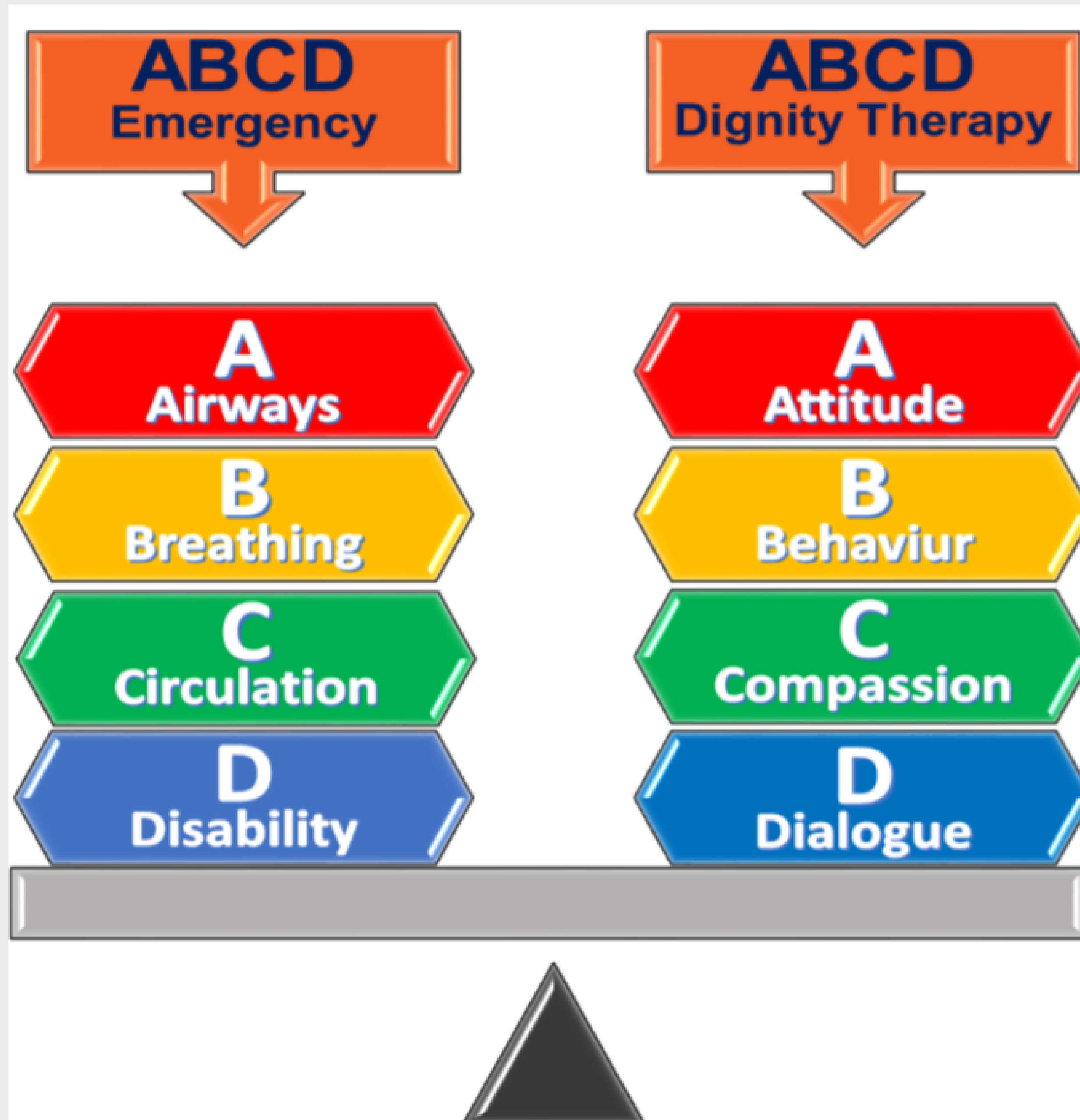
DIGNITY IN CARE: UNO STUDIO MULTICENTRICO SULL'APPLICAZIONE DEL PATIENT DIGNITY INVENTORY (PDI)

L. Righi¹, M. Pallassini², F. Ferretti³, F. Marini⁴, S. Adami⁵

[1] Dott. Lorenzo Righi, Infermiere, Dipartimento Emergenza Urgenza USL Toscana Sud Est. [2] Dott. Maurizio Pallassini, Coordinatore CLM Scienze Infermieristiche e Ostetriche, Università degli Studi di Siena [3] Dott. Fabio Ferretti, Laurea in Scienze Statistiche e Economiche, docente presso l'Università degli Studi di Siena. [4] Dott.ssa Fulvia Marini, tutor e docente a contratto Corso di Laurea in Infermieristica sede di Grosseto, Università degli Studi di Siena. [5] Dott.ssa Sabrina Adami, Infermiere e docente a contratto Corso di Laurea in Infermieristica di Perugia.

Introduzione:

La valutazione di un costrutto complesso come quello della dignità percepita richiede strumenti e approcci valutativi adatti che permettano la precisa individuazione dei soggetti maggiormente a rischio di perdita del senso di dignità, in tal senso l'unico strumento validato in italiano è il Patient Dignity Inventory (PDI) di Chochinov ad opera di Ripamonti et Al. Lo strumento originale è stato ideato nel corso di una serie di lavori sulla dignità nel fine vita ed è finalizzato all'analisi degli effetti del modello assistenziale basato sulla Dignity Therapy dello stesso Chochinov. Il PDI è costituito da 25 item che indagano aspetti fisici, psico-sociali, esistenziali ed anche elementi spirituali e pare in grado di misurare efficacemente una vasta gamma di fonti di distress nel fine vita.



Obiettivo:

Lo studio ha come obiettivo l'estensione della validazione del Patient Dignity Inventory su pazienti cronici, utilizzando come riferimento il modello della dignità personale percepita di Chochinov.

Materiali e metodi:

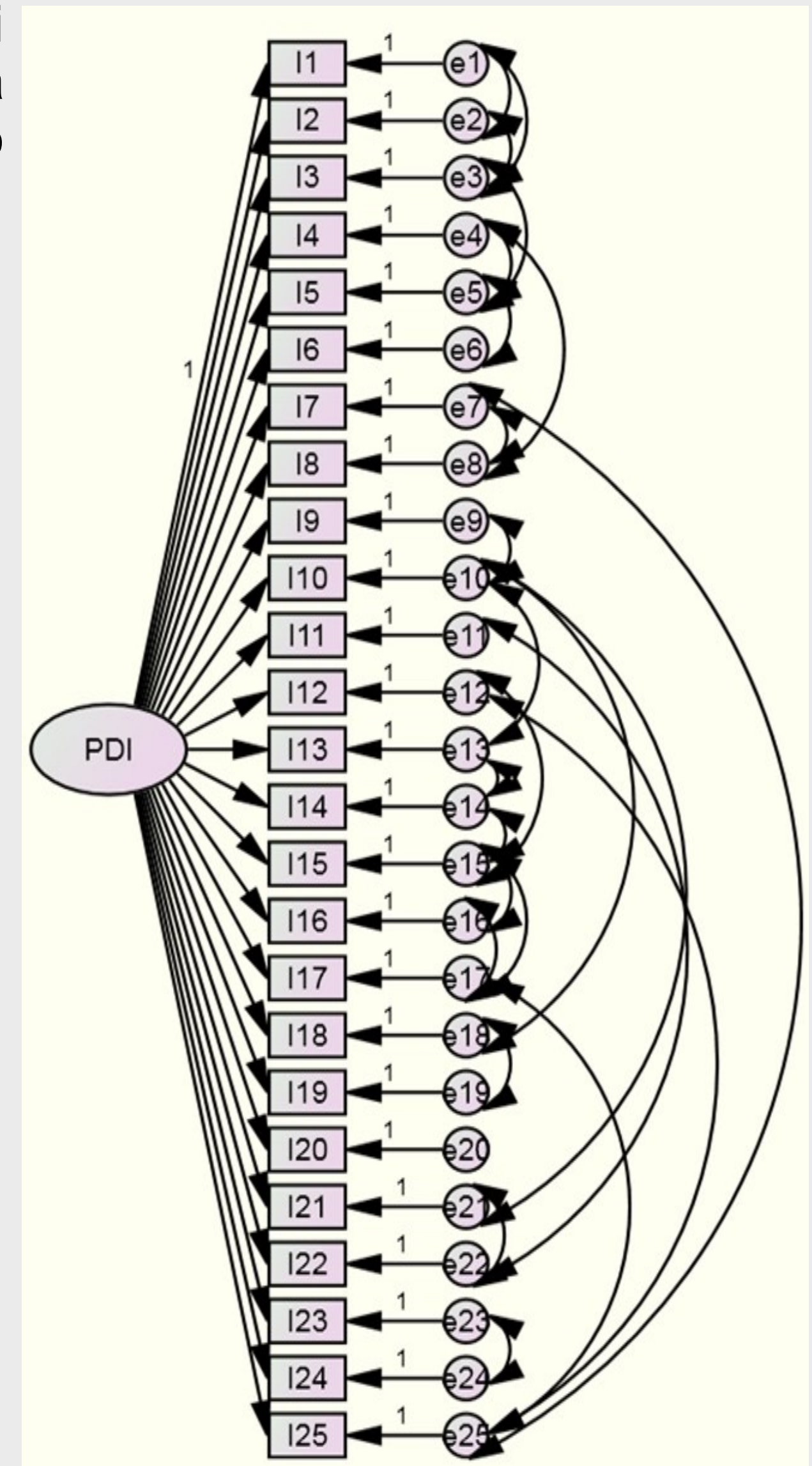
Sono stati raccolti dei questionari nei seguenti ospedali: Azienda Ospedaliera Senese (AOUS), Ospedale della Misericordia di Grosseto e presso l'Ospedale Santa Maria della Misericordia di Perugia. I pazienti identificati presentano una delle seguenti patologie: insufficienze cardiaca cronica, insufficienza respiratoria cronica, insufficienza renale cronica o stroke. Si è scelto di contattare queste tipologie di pazienti facendo riferimento al Documento "Grandi insufficienze d'organo End Stage: cure intensive o cure palliative? Documento condiviso per una pianificazione delle scelte di cura".

Risultati:

Sono stati analizzati tramite il software Statistical Package for Social Science (SPSS) utilizzando i modelli di equazioni strutturali per l'analisi dell'invarianza (analisi multi gruppo), allo scopo di verificare la robustezza della validità di costrutto in relazione alle diverse patologie ed alle caratteristiche dei pazienti coinvolti nello studio. Lo studio della monodimensionalità della scala di misura è approfondito mediante i modelli di Rasch, approccio analitico finora non applicato per lo studio della PDI.

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

Descrizione del modello	Gruppi	Modello di comparazione	χ^2	df	$\Delta\chi^2$	Δ gdI	Significatività statistica
Modello ipotizzato (Modello 1)	Insufficienze vs Oncologici vs Stroke e altro		1.387,263	7			
Modello con uguali pesi fattoriali	Insufficienze vs Oncologici vs Stroke e altro	Modello 1	1.512,602	7	125,339	48	p=0,000
Modello con uguali pesi fattoriali e covarianze strutturali	Insufficienze vs Oncologici vs Stroke e altro	Modello 1	1.842,469	8	455,206	100	p=0,000
Modello con uguali pesi fattoriali, covarianze strutturali e residui	Insufficienze vs Oncologici vs Stroke e altro	Modello 1	2407,085	9	1019,82	200	p=0,000
Modello ipotizzato (Modello 2)	Insufficienze vs Oncologici		68,036	5			
Modello con uguali pesi fattoriali	Insufficienze vs Oncologici	Modello 2	725,590	5	55,554	24	p=0,007
Modello con uguali pesi fattoriali e covarianze strutturali	Insufficienze vs Oncologici	Modello 2	729,872	5	48,836	25	p=0,003
Modello con uguali pesi fattoriali, covarianze strutturali e residui	Insufficienze vs Oncologici	Modello 2	1.410,459	5	730,423	75	p=0,000
Modello ipotizzato (Modello 3)	Insufficienze vs Stroke e altro		532,302	5			
Modello con uguali pesi fattoriali	Insufficienze vs Stroke e altro	Modello 3	541,670	5	9,367	24	p=0,997
Modello con uguali pesi fattoriali e covarianze strutturali	Insufficienze vs Stroke e altro	Modello 3	541,803	5	9,501	25	p=0,998
Modello con uguali pesi fattoriali, covarianze strutturali e residui	Insufficienze vs Stroke e altro	Modello 3	860,005	5	327,702	75	p=0,000
Modello ipotizzato (Modello 4)	Oncologici vs Stroke e altro		599,074	5			
Modello con uguali pesi fattoriali	Oncologici vs Stroke e altro	Modello 4	640,800	5	41,726	24	p=0,014
Modello con uguali pesi fattoriali e covarianze strutturali	Oncologici vs Stroke e altro	Modello 4	641,208	5	42,134	25	p=0,017
Modello con uguali pesi fattoriali, covarianze strutturali e residui	Oncologici vs Stroke e altro	Modello 4	755,378	5	156,304	75	p=0,000



Conclusioni:

Rispetto a queste quattro tipologie di pazienti cronici sarà evidenziato come il senso di dignità percepito in ambiente ospedaliero rilevato tramite il PDI è influenzato sia dagli aspetti fisici dovuti alla malattia, sia da quelli esistenziali o spirituali (legati alla propria percezione di sé) e da quelli sociali. I risultati forniscono una prima descrizione ed indirizzo per utilizzare il PDI anche sui pazienti cronici e non solo sul fine vita.