

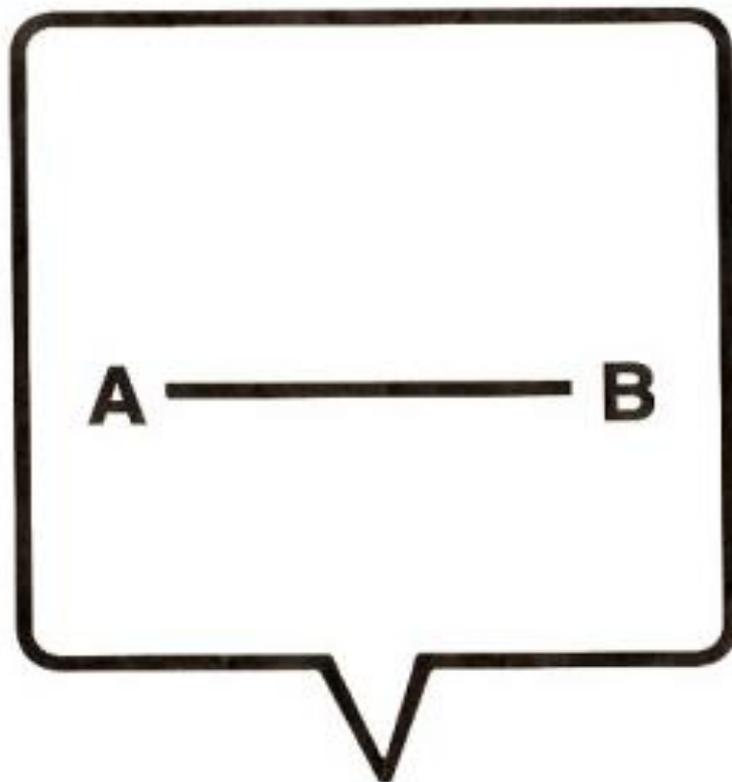
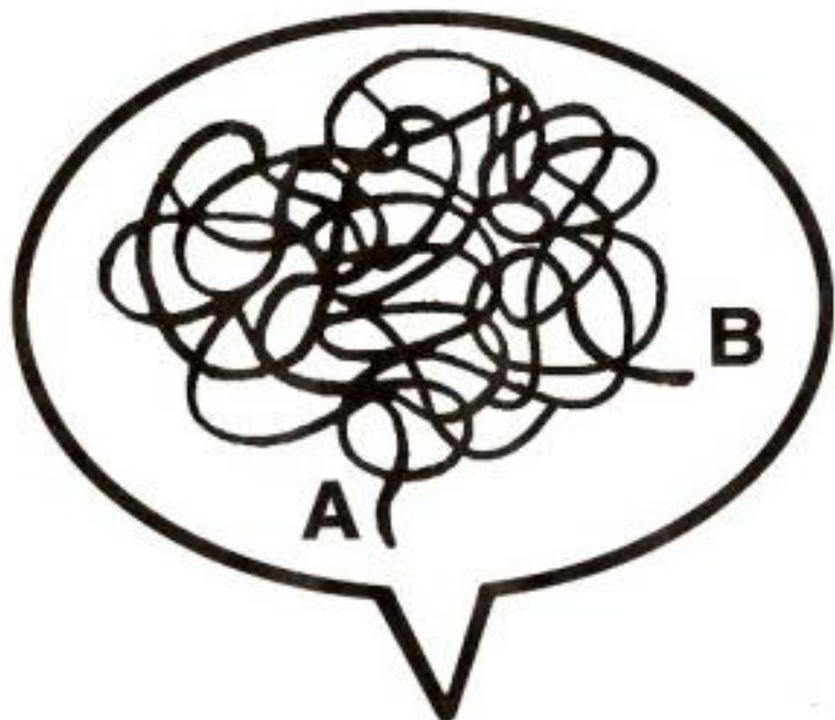


**INFERMIERISTICA
NEFROLOGICA:
MULTITASKING CARE**

APPLICAZIONE DEL PATIENT DIGNITY INVENTORY (PDI) SU DI UNA COORTE DI PAZIENTI CRONICI E CON INSUFFICIENZA RENALE

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

RICCIONE, 8 Marzo 2017



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”.

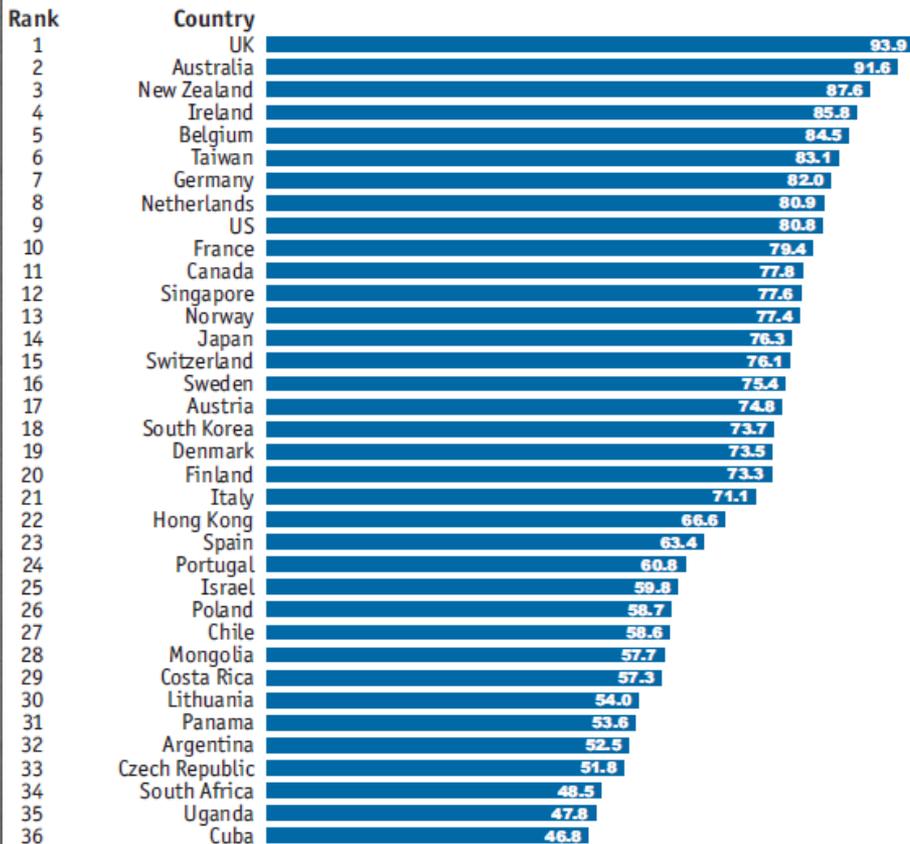


BMJ. 2003 Dec 20; 327(7429): 1419-20.
Dignity is a useless concept.
Macklin R. PMID: 14684633

DIGNITY IS A USELESS CONCEPT

The 2015 Quality of Death Index Ranking palliative care across the world

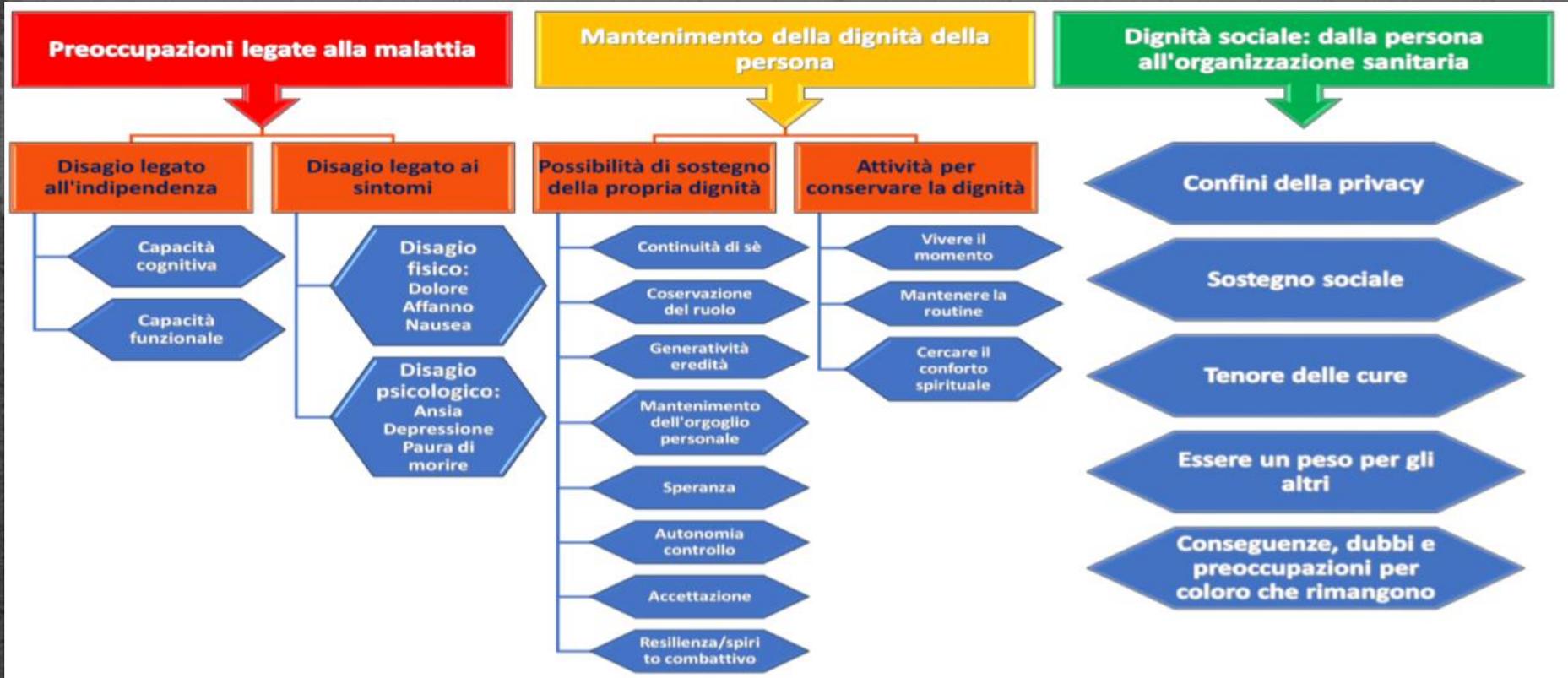
2015 Quality of Death Index—Overall scores



La Corte Suprema degli Stati Uniti (Rapoport,2003) risponde a tale provocazione con la seguente citazione: “ ... anche se non possiamo definire la dignità in sanità, qualunque paziente riconosce quando la propria dignità viene calpestata ... quindi la medicina non può esimersi dallo studio e dall'applicazione di tale valore”.



MODELLO DELLA DIGNITA' PERSONALE



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

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

BMJ | 28 JULY 2007 | VOLUME 334

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



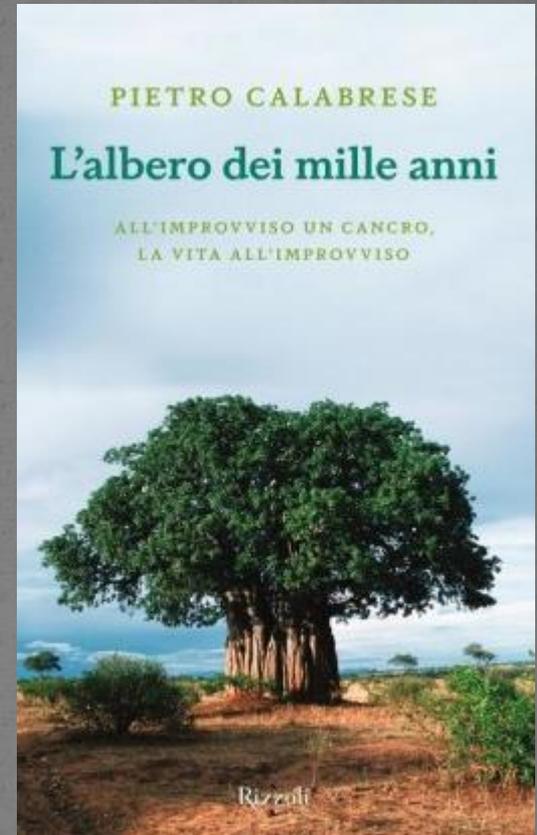
La riflessione a cui giunge Chochinov è che i pazienti vedano se stessi negli occhi dell'operatore sanitario ed è questo che alla fine può affermare il loro senso di DIGNITA'

D - DIALOGO

"Due parole e la vita deraglia. Bastano due parole a cambiare la nostra esistenza e stravolgerla per sempre. Non avevo mai immaginato potesse davvero accadere così. E' accaduto... Ha ragione Woody Allen in quella battuta di un suo vecchio film: "In questa nostra epoca le due parole più belle che si possono ascoltare non sono "Ti amo", ma "E' benigno".

Ho scritto : PAURA, GORGO, FORZA e
DIGNITA'... "

(Pietro Calabrese, "L'albero dei mille anni")



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.Has.), 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

1. Non essere in grado di compiere gesti legati alla quotidianità (per es. lavarmi, vestirmi)	16. La sensazione di avere ancora importanti "questioni da risolvere" (per es. cose non dette, non fatte o che appaiono incomplete)
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)	17. Preoccupazione che la mia vita spirituale sia non significativa
3. Affrontare sintomi fisicamente debilitanti (per es. il dolore, la difficoltà a respirare, la nausea)	18. Sentirsi un peso per gli altri
4. La sensazione che gli altri mi vedono in modo molto diverso rispetto al passato	19. La sensazione di non aver controllo sulla mia vita
5. Sentirmi depresso	20. Avere la sensazione che la mia malattia ed il bisogno di cure abbiano ridotto la mia vita privata
6. Sentirmi ansioso	21. Non sentirsi sostenuto dalla mia comunità di amici e familiari
7. La sensazione di incertezza rispetto alla malattia e ai trattamenti	22. Non sentirsi supportato dai miei fornitori di assistenza sanitaria
8. Le preoccupazioni per il futuro	23. Sentirsi come se non fossi più in grado di "combattere" mentalmente le sfide della mia malattia
9. Non riuscire a pensare in modo lucido	24. Non accettare le cose così come sono
10. Non essere in grado di continuare a svolgere le mie attività quotidiane	25. Non venire trattati con rispetto e comprensione dagli altri
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	

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

Tumori. 2012 Jul-Aug;98(4):491-500. doi: 10.1700/1146.12645.

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

Ripamonti CI¹, Buonaccorso L, Maruelli A, Bandieri E, Pessi MA, Boldini S, Primi C, Miccinesi G.

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

... IN PROGRESS ...

Narrat Inq Bioeth. 2015;5(1A):69A-84A. doi: 10.1353/nib.2015.0005.

Measuring patients' experiences of respect and dignity in the intensive care unit: a pilot study.

Aboumatar H, Beach MC, Yang T, Branyon E, Forbes L, Sugarman J.

Perceptions of cancer in society must change

The Lancet Oncology

Published: March 2016



SIAARTI
NEL VITA CONTRA DOLORUM GRUPPER

SOCIETÀ ITALIANA DI ANESTESIA ANALGESIA
RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA

GRANDI INSUFFICIENZE D'ORGANO "END STAGE": CURE INTENSIVE O CURE PALLIATIVE? "DOCUMENTO CONDIVISO" PER UNA PIANIFICAZIONE DELLE SCELTE DI CURA

Divulgazione a cura di:



FONDAZIONE FLORIANI
UNA FONDAZIONE ALLA SCOPERTA DI NUOVI PROBLEMI

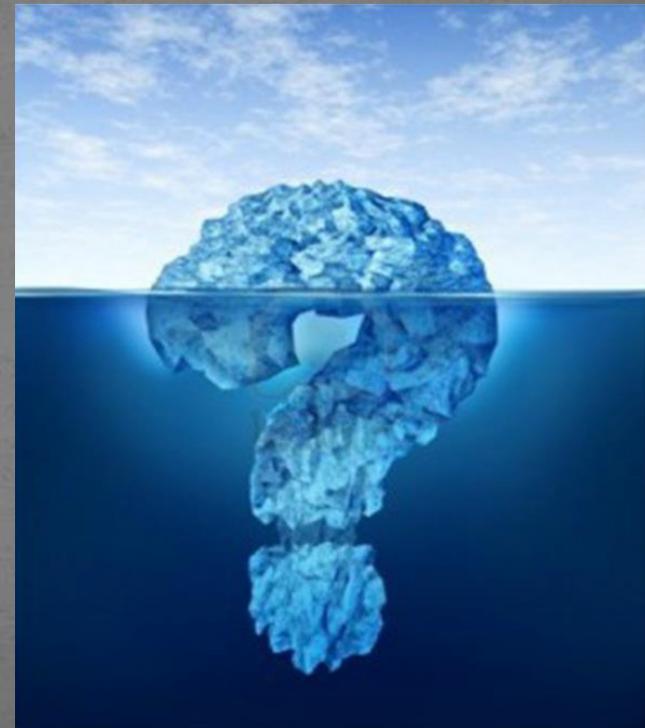
Documento approvato e condiviso da:

- SOCIETÀ ITALIANA ANESTESIA ANALGESIA RIANIMAZIONE TERAPIA INTENSIVA (SIAARTI)
- ITALIAN RESUSCITATION COUNCIL (IRC)
- ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI (ANMCO)
- SOCIETÀ ITALIANA MEDICINA EMERGENZA URGENZA (SIMEU)
- SOCIETÀ ITALIANA CURE PALLIATIVE (SICP)
- SOCIETÀ ITALIANA NEFROLOGIA (SIN)
- ASSOCIAZIONE NAZIONALE INFERMIERI DI AREA CRITICA (ANIARTI)
- SOCIETÀ ITALIANA MEDICINA GENERALE (SIMG)
- ASSOCIAZIONE ITALIANA PNEUMOLOGHI OSPEDALIERI (AIPO)

RESEARCH ARTICLE

Dignity and Distress towards the End of Life across Four Non-Cancer Populations

Harvey Max Chochinov^{1,2*}, Wendy Johnston³, Susan E. McClement^{2,4}, Thomas F. Hack⁴, Brenden Dufault⁵, Murray Enns¹, Genevieve Thompson^{2,4}, Mike Harlos⁶, Ronald W. Damant⁷, Clare D. Ramsey^{8,9}, Sara Davison¹⁰, James Zacharias^{9,11}, Doris Milke^{12,13,14}, David Strang^{15,16}, Heather J. Campbell-Enns^{2,17}, Maia S. Kredentser^{2,18}



MATERIALI E METODI

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

Disegno dello studio: studio di validazione

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.

RISULTATI

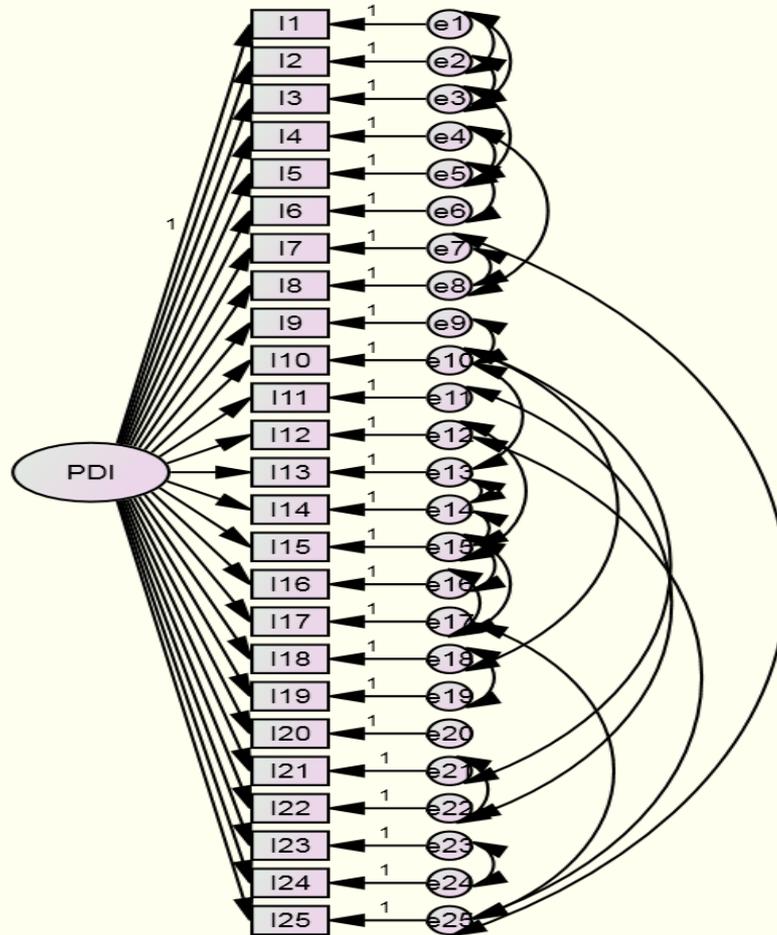


Figura 1: Path diagram del modello ottimizzato

RISULTATI

Descrizione del modello	Gruppi	Modello di comparazione	χ^2	$\Delta\chi^2$	Δgdl	Significatività statistica
Modello ipotizzato (Modello 1)	Maschi vs Femmine		862,378			
Modello con uguali pesi fattoriali	Maschi vs Femmine	Modello 1	891,850	29,471	24	p=0,203
Modello con uguali pesi fattoriali e covarianze strutturali	Maschi vs Femmine	Modello 1	895,079	32,700	25	p=0,139
Modello con uguali pesi fattoriali, covarianze strutturali e residui	Maschi vs Femmine	Modello 1	991,381	129,002	75	p=0,000

Tab. 1: statistiche della bontà di adattamento per la verifica dell'invarianza rispetto al sesso

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

Descrizione del modello	Gruppi	Modello di comparazione	χ^2	$\Delta\chi^2$	Δgdl	Significatività statistica
Modello ipotizzato (Modello 1)	Maschi vs Femmine		908,030			
Modello con uguali pesi fattoriali	Maschi vs Femmine	Modello 1	931,712	23,682	24	p=0,480
Modello con uguali pesi fattoriali e covarianze strutturali	Maschi vs Femmine	Modello 1	932,166	24,136	25	p=0,512
Modello con uguali pesi fattoriali, covarianze strutturali e residui	Maschi vs Femmine	Modello 1	1.045,396	137,366	75	p=0,000

Tab. 2: statistiche della bontà di adattamento per la verifica dell'invarianza rispetto all'età

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

RISULTATI

Descrizione del modello	Gruppi	Modello di comparazione	χ^2	$\Delta\chi^2$	Δgdl	Significatività statistica
Modello ipotizzato (Modello 1)	Insufficienze vs Oncologici vs Stroke e altro		1.387,263			
Modello con uguali pesi fattoriali	Insufficienze vs Oncologici vs Stroke e altro	Modello 1	1.512,602	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	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	1.019,822	200	p=0,000
Modello ipotizzato (Modello 2)	Insufficienze vs Oncologici		681,036			
Modello con uguali pesi fattoriali	Insufficienze vs Oncologici	Modello 2	725,590	55,554	24	p=0,007
Modello con uguali pesi fattoriali e covarianze strutturali	Insufficienze vs Oncologici	Modello 2	729,872	48,836	25	p=0,003
Modello con uguali pesi fattoriali, covarianze strutturali e residui	Insufficienze vs Oncologici	Modello 2	1.411,459	730,423	75	p=0,000
Modello ipotizzato (Modello 3)	Insufficienze vs Stroke e altro		532,302			
Modello con uguali pesi fattoriali	Insufficienze vs Stroke e altro	Modello 3	541,670	9,367	24	p=0,997
Modello con uguali pesi fattoriali e covarianze strutturali	Insufficienze vs Stroke e altro	Modello 3	541,803	9,501	25	p=0,998
Modello con uguali pesi fattoriali, covarianze strutturali e residui	Insufficienze vs Stroke e altro	Modello 3	860,005	327,702	75	p=0,000
Modello ipotizzato (Modello 4)	Oncologici vs Stroke e altro		599,074			
Modello con uguali pesi fattoriali	Oncologici vs Stroke e altro	Modello 4	640,800	41,726	24	p=0,014
Modello con uguali pesi fattoriali e covarianze strutturali	Oncologici vs Stroke e altro	Modello 4	641,208	42,134	25	p=0,017
Modello con uguali pesi fattoriali, covarianze strutturali e residui	Oncologici vs Stroke e altro	Modello 4	755,378	156,304	75	p=0,000

Tab. 3: 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; Δgdl = differenza nel numero di gradi di libertà tra i modelli

DISCUSSIONI E CONCLUSIONI

- 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

