

# La perdita di senso di dignità in una coorte di pazienti cronici: analisi descrittiva

## *Loss of sense of dignity in a cohort of chronic patients: descriptive analysis*

■ MAURILIO PALLASSINI<sup>1</sup>, LORENZO RIGHI<sup>2</sup>, FULVIA MARINI<sup>3</sup>, SABRINA ADAMI<sup>4</sup>, FABIO FERRETTI<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Responsabile attività formative professionalizzanti, CdLM in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, Università degli Studi di Siena.

<sup>2</sup> Infermiere, Azienda USL Toscana Sud Est. Dipartimento Emergenza Urgenza, Presidio Ospedaliero di Campostaggia, Poggibonsi (SI)

<sup>3</sup> Infermiere, Azienda USL Toscana Sudest, U.O. Agenzia della Formazione, Grosseto.

<sup>4</sup> Infermiere, Centrale Unica Regionale 118, Azienda Ospedaliera Universitaria Santa Maria della Misericordia di Perugia.

<sup>5</sup> Ricercatore, Dipartimento di Scienze Mediche Chirurgiche e Neuroscienze, Università degli Studi di Siena.



### RIASSUNTO

**Introduzione:** Gli stati di vulnerabilità e dipendenza imposti dall'avanzare dell'età e dal cambiamento delle condizioni di salute possono minare profondamente il senso di dignità percepito con la conseguente perdita del significato del proprio vivere che espone i pazienti al pericolo di mettere in forse le ragioni del continuare ad esistere. I progressi della ricerca sul campo permettono adesso di misurare i livelli di perdita di dignità, nonché di individuare i fattori che più vi incidono, nelle popolazioni di pazienti cronici.

**Obiettivo:** Scopo del lavoro è quello di misurare, analizzare e descrivere i livelli di perdita di dignità percepita, nonché gli aspetti dimensionali del costrutto, in una coorte di pazienti cronici istituzionalizzati, al fine di identificare le categorie di pazienti a maggior rischio.

**Metodo:** Il lavoro segue la metodologia dello studio osservazionale descrittivo trasversale. Il PDI-Italian Version è stato somministrato a gruppi di pazienti che presentano una ampia eterogeneità rispetto al genere, alla fascia di età, alla patologia ed al grado di dipendenza.

**Risultati:** In generale i dati mostrano livelli mediamente elevati di perdita di dignità percepita, il fattore psicologico incide maggiormente nel produrre i valori elevati, seguito, in ordine, dal fattore esistenziale e fisico.

**Discussione:** I risultati dello studio confermano in gran parte le indicazioni della letteratura scientifica evidenziando come la misura della dignità percepita risenta delle caratteristiche conseguenti alla sintomatologia correlata allo stato patologico che l'assistito affronta/vive, in particolare la dipendenza da altri e la presenza, o meno, di supporto familiare ma, anche, dalla sofferenza psicologica.



### ABSTRACT

**Introduction:** The states of vulnerability and dependence imposed by the advance of age and the change in health conditions can deeply undermine the sense of perceived dignity with the consequent loss of the meaning of one's own life that exposes patients to the danger of questioning the reasons to continue to exist. Progress on field research now make it possible to measure levels of loss of dignity as well as to identify the factors that most affect them in chronic patient populations.

**Objective:** The aim of this work is to measure, analyze and describe the levels of perceived loss of dignity, as well as the dimensional aspects of the construct, in a cohort of institutionalized chronic patients, in order to identify the categories of patients at greatest risk.

**Method:** This work follows the methodology of the transversal descriptive observational study. The PDI-Italian Version has been administered to groups of patients presenting a wide heterogeneity with respect to gender, age group, pathology and degree of dependence.

**Results:** In general, the data show average high levels of loss of perceived dignity, the psychological factor affects most in producing high values, followed, in order, by the existential and physical factor.

**Discussion:** The results of the study largely confirm the indications of scientific literature highlighting how the measure of perceived dignity is affected by characteristics resulting from the symptomatology related to the pathological state that the patient faces/lives, in particular dependence on others and the presence, or less, of family support but, from psychological suffering.

**ARTICOLO ORIGINALE**

PERVENUTO IL 08/10/2018

ACCETTATO IL 15/12/2018

**Corrispondenza per richieste:**

Lorenzo Righi,

lorenzo.righi@hotmail.it

Gli autori dichiarano di non aver conflitto di interessi.

**INTRODUZIONE**

Gli stati di vulnerabilità e dipendenza imposti dall'avanzare dell'età e dal cambiamento delle condizioni di salute possono minare profondamente il senso di dignità percepito<sup>[1]</sup> con la conseguente perdita del significato del proprio esistere, della disintegrazione dell'immagine di sé e dell'annullamento della personalità; fattori che, a loro volta, possono determinare nel paziente uno stato di disperazione totalizzante<sup>[2-3]</sup> che espone i pazienti al rischio di sentirsi di peso per gli altri e di mettere in forse le ragioni del continuare a esistere<sup>[4-5-6]</sup>. La letteratura sul tema della dignità, tendenzialmente focalizzata su pazienti in fase terminale, documenta chiaramente che "il modo in cui i pazienti percepiscono l'essere visti" è un potente veicolo della loro dignità<sup>[7-8]</sup>. Il concetto di dignità è poi in stretta relazione con la sensazione di "sentirsi un peso per gli altri" da una parte e con quella di "essere trattati con rispetto" dall'altra<sup>[9]</sup>. Ne consegue che quanto più i sanitari sono capaci di riconoscere e affermare il valore del paziente tanto più è probabile che il senso di dignità del paziente sia sostenuto e conservato<sup>[10]</sup>. La misurazione di un costrutto complesso come quello della dignità percepita richiede strumenti che permettano la precisa individuazione dei soggetti maggiormente a rischio di perdita del senso di dignità<sup>[11-12-13]</sup>. In tal senso, l'unico strumento validato in italiano risulta essere il Patient Dignity Inventory (PDI) di Chochinov<sup>[14]</sup>. Il PDI, strumento specificamente studiato per popolazioni di pazienti terminali sottoposti a cure palliative, fornisce efficacemente una misura per una vasta gamma di fonti di distress nel fine vita e le sue qualità psicometriche sono state confermate nel contesto italiano da Ripamonti et Al.<sup>[15]</sup>. Sempre nel contesto italiano Grassi et Al.<sup>[16]</sup> ha analizzato nel dettaglio le dimensioni fisiche, psicologiche e sociali del PDI, somministrandolo a pazienti oncologici a distanza di un anno dalla diagnosi di cancro. Lo strumento è stato inoltre validato<sup>[17]</sup> su larga scala sulla popolazione generale e su varie coorti di pazienti non necessariamente terminali<sup>[18-19-20-21-22-23]</sup>. Un ulteriore studio<sup>[24]</sup>, anch'esso condotto in Italia, pare aver confermato la validità e l'attendibilità in popolazioni di pazienti cronici in fase evolutiva e avanzata. Sembra quindi adesso possibile utilizzare il PDI per la misurazione della perdita di dignità nell'avanzamento della malattia cronica allo scopo di permettere interventi preventivi da parte del personale infermieristico.

**OBIETTIVO**

Scopo del lavoro è quello di misurare, analizzare e descrivere i livelli di perdita di dignità percepita nonché analizzare e descrivere gli aspetti dimensionali del costrutto, in una coorte di pazienti cronici istituzionalizzati, al fine di individuare le categorie di pazienti a maggior rischio.

**METODO**

Il lavoro segue la metodologia dello studio osservazionale descrittivo trasversale. I gruppi di pazienti coinvolti nello studio presentano una ampia eterogeneità rispetto al genere, alla fascia di età, alla patologia ed al grado di dipendenza (**Tabella 1**). Lo studio è stato realizzato nel periodo giugno-agosto 2017. Sono stati arruolati, attraverso un campionamento di convenienza, 219 pazienti (ES 1.4, asimmetria -0.68, curtosi -0.21) in regime di ricovero presso le unità operative di area specialistica medica e chirurgica del presidio ospedaliero "Misericordia" di Grosseto e dell'Ospedale "Santa Maria della Misericordia" di Perugia.

Il PDI-Italian Version<sup>[15]</sup> (PDI-IT) è stato somministrato da personale esperto a tutti gli assistiti che rispondevano ai seguenti criteri di inclusione: a) essere diagnosticati come pazienti cronici indipendentemente dal tempo trascorso dall'esordio della malattia; b) aver ricevuto la diagnosi per almeno una delle

seguenti patologie: insufficienza cardiaca cronica, insufficienza respiratoria cronica, insufficienza renale cronica, stroke. Sono stati esclusi dallo studio i pazienti terminali, quelli che presentavano problematiche psichiatriche e uno stato clinico o cognitivo tale da non consentire la compilazione dello strumento, oltre agli stranieri con basse competenze in lingua italiana. Tutti i pazienti coinvolti nello studio sono stati informati sui fini della ricerca ed è stato richiesto loro di sottoscrivere una liberatoria riguardante il trattamento dei dati raccolti. Lo studio è stato condotto nel rispetto della dichiarazione di Helsinki, della vigente normativa sulla privacy e degli standard internazionali indicati dalla Good Clinical Practice (GCP). I dati raccolti sono stati tabulati su fogli di calcolo Microsoft Excel® e analizzati tramite software statistico Kyplot®. I punteggi sono stati ottenuti sommando i valori di ogni item assegnando un punto ad ogni livello della scala ordinale ottenendo, per ogni caso allo studio, un intervallo di valori compreso tra 25 e 125 punti. Le frequenze sono state calcolate conteggiando i livelli elevati della scala: *un problema importante* (punteggio 4) e *un problema che mi opprime* (punteggio 5). I risultati sono anche stati analizzati utilizzando la suddivisione in tre dimensioni, esistenziale, psicologica e fisica, secondo le indicazioni dell'analisi fattoriale di Grassi<sup>[16]</sup>.

**Tabella 1. Caratteristiche dei pazienti coinvolti nello studio**

		n (%)
<b>Genere:</b>	Femmina	88 (40,1)
	Maschio	131 (59,8)
<b>Età:</b>	Fino a 64 anni	65 (42,3)
	da 65 anni a 79 anni	106 (48,4)
	80 anni ed oltre	48 (21,9)
<b>Patologia:</b>	Insufficienza cardiaca	65 (29,6)
	Insufficienza respiratoria	36 (16,4)
	Insufficienza renale	79 (36,0)
	Stroke	39 (17,8)
<b>Forma di assistenza:</b>	senza supporto familiare	36 (16,4)
	con supporto familiare	183 (83,5)
<b>Grado di dipendenza (ADL):</b>	Dipendente	52 (23,8)
	Parzialmente dipendente	91 (41,7)
	Indipendente	76 (34,8)
<b>Presidio ospedaliero:</b>	Grosseto	62 (28,3)
	Perugia	157 (71,6)

## RISULTATI

In generale i dati mostrano livelli mediamente elevati di perdita di dignità percepita. Il valore medio è di 76,8 punti, corrispondente alla percezione di "un problema importante", con livello di confidenza (0,95) di 2,74 punti, la variabilità risulta elevata con deviazione standard di 20,5 punti, range 26 -118, mediana 83. L'analisi delle distribuzioni di frequenza (**Tabella 2**) mostra una elevata proporzione (0,63) di pazienti con alti livelli di perdita di dignità percepita. I punteggi più elevati della scala, riferiti ad un problema importante o che opprime sono estremamente diffusi, dichiarati da oltre il sessanta per cento della popolazione.

**Tabella 2. Distribuzione di frequenza punteggi PDI-HT - popolazione generale**

Punteggi	Distribuzione	Proporzioni
1	0	0
2	25	0,11
3	56	0,26
4	122	0,56
5	16	0,07

Analizzando i risultati tramite le dimensioni individuate da Grassi<sup>24</sup>, risulta che il fattore psicologico (0,45) incide maggiormente nel produrre i valori elevati, seguito, in ordine, dal fattore esistenziale (0,42) e fisico (0,39). In particolare nella dimensione psicologica è rilevata un'ampia diffusione di valori elevati, problemi importanti e opprimenti, nelle questioni relative alla preoccupazione per il futuro (0,52), ai vissuti di ansia (0,49), al sentirsi visti diversamente dal passato (0,48) e al non sentirsi più gli stessi (0,47). Nella dimensione esistenziale risultano maggiormente diffusi i valori relativi alla perdita della stima degli altri (0,48), all'impossibilità di adempiere ai doveri (0,48), al sentirsi un peso per gli altri (0,53) e alla perdita di controllo sulla propria vita (0,49). L'unica risultante importante nella dimensione fisica riguarda la percepita incapacità di svolgere le comuni attività quotidiane (0,49).

La stratificazione per genere mostra che le donne sembrano maggiormente soggette alla perdita del senso di dignità. Le medie dei valori (80,3 vs 74,5) e le distribuzioni di frequenza (0,45 vs 0,4) mostrano che la presenza di problemi importanti e opprimenti è leggermente più diffuso, con livelli di maggiore intensità. Le donne percepiscono problemi importanti e opprimenti su quasi tutti gli item della scala, in particolare nell'essere viste in modo diverso rispetto al passato (0,55 vs 0,44), nelle sensazioni di ansia (0,55 vs 0,45) nel non riuscire a pensare in modo lucido (0,52 vs 0,4), nel percepirsi diverse (0,56 vs 0,4), non stimante (0,58 vs 0,4), nel non sentire significato nella vita (0,5 vs 0,36). Gli uomini percepiscono

maggiormente problemi importanti e opprimenti nel non sentirsi in grado di provvedere in modo indipendente ai propri bisogni (0,37 vs 0,28) e nel non sentirsi trattati con rispetto e comprensione (0,41 vs 0,36). In generale le dimensioni esistenziali e psicologiche risultano più rappresentate nelle donne rispetto agli uomini, la dimensione fisica non mostra invece rilevanti differenze (**Tabella 3**).

Le fasce di età più elevate risultano esposte a maggiore perdita di senso di dignità. In oltre la metà della popolazione over sessantacinque si rilevano elevati punteggi della scala per problemi ritenuti importanti e opprimenti, sia per la fascia 65-79 (media 78,4 frequenza 0,43) che per la fascia oltre gli ottanta (media 79,1 frequenza 0,43), la fascia dei pazienti più giovani rivela proporzioni e valori più contenuti (media 72,6 frequenza 0,39). In pratica quasi tutti i punteggi della scala tendono ad incrementare, per intensità e diffusione, con l'aumentare dell'età con poche differenze tra le fasce elevate. Risultano maggiormente diffusi nella fascia dei più giovani problemi relativi al sentirsi ansiosi (0,55), alle incertezze per il futuro (0,55) e al non riuscire a pensare in modo lucido (0,48), poi non sentirsi stimati (0,55) e non trattati con rispetto (0,44), infine alla sensazione che la vita non abbia significato (0,47). In relazione all'aumentare dell'età la dimensione fisica (0,48 vs 0,41 vs 0,28) pare incidere nella perdita del senso di dignità più di quello psicologico o esistenziale, per i quali non si rilevano differenze particolarmente si-

gnificative nelle tre fasce (**Tabella 4**), tranne una maggiore diffusione ed intensità della dimensione esistenziale nella fascia intermedia.

Anche la stratificazione per patologia mostra alcune differenze rilevanti. I pazienti portatori di insufficienza cardiaca mostrano risultati migliori, sia per intensità che per frequenza di valori elevati, rispetto alle altre tipologie di pazienti. I valori di intensità più elevati sono rilevati nei pazienti con stroke (media 80,6), i più diffusi nei pazienti con insufficienza renale (0,47). Anche l'analisi delle dimensioni mostra differenze importanti. I punteggi della dimensione esistenziale pare incidano maggiormente sui pazienti con stroke e con insufficienza renale, la dimensione psicologica risulta più elevata nei pazienti con insufficienza respiratoria, la dimensione fisica risulta invece elevata nei pazienti con insufficienza respiratoria e con stroke (**Tabella 5**). Nei pazienti con stroke risultano diffusi in oltre metà della popolazione problemi importanti e opprimenti riguardo al non sentirsi stimati (0,62), sentirsi un peso per gli altri (0,56) e non sentirsi supportati dagli operatori (0,51). Diverse configurazioni sono rilevate per le altre patologie. Nei pazienti con insufficienza renale risultano diffusi i problemi che riguardano la percezione da parte degli altri (0,53) e la sensazione di non essere più gli stessi (0,51), l'ansia (0,54) e le preoccupazioni per il futuro (0,61), ma anche il non riuscire ad essere lucidi (0,52); non sentirsi stimati (0,61), poi non riuscire a svolgere le attività quotidiane (0,53), sentirsi

**Tabella 3. Medie, deviazioni standard e frequenze suddivise per genere**

		Femmine	Maschi
PDI-HT	Media	80,3 (DS 16,9)	74,5 (DS 22,4)
	Frequenza	0,45	0,4
Dimensione esistenziale	Media	41,4 (DS 9,4)	38,5 (DS 12,8)
	Frequenza	0,44	0,39
Dimensione psicologica	Media	26,5 (DS 6,2)	24,3 (DS 7,0)
	Frequenza	0,48	0,42
Dimensione fisica	Media	12,0 (DS 3,6)	11,7 (DS 4,4)
	Frequenza	0,38	0,39

**Tabella 4. Medie, deviazioni standard e frequenze suddivise per fasce di età**

		<64	65-79	80<
PDI-HT	Media	72,6 (DS 20,4)	78,4 (DS 21,7)	79,1 (DS 17,3)
	Frequenza	0,39	0,43	0,43
Dimensione esistenziale	Media	38,6 (DS 11,8)	40,5 (DS 12,3)	39,8 (DS 10,2)
	Frequenza	0,41	0,43	0,4
Dimensione psicologica	Media	23,9 (DS 6,6)	25,6 (DS 7,2)	26,2 (DS 7,7)
	Frequenza	0,42	0,46	0,47
Dimensione fisica	Media	10,2 (DS 4,1)	12,2 (DS 3,4)	13,2 (DS 3,6)
	Frequenza	0,28	0,41	0,48

**Tabella 5. Medie, deviazioni standard e frequenze suddivise per insufficienze d'organo**

		Cardiaca	Respiratoria	Renale	Stroke
PDI-IT	Media	70,3 (DS 22,5)	78,3 (DS 17,9)	79,6 (DS 18,9)	80,6 (DS 20,8)
	Frequenza	0,34	0,43	0,47	0,45
Dimensione esistenziale	Media	36,0 (DS 12,0)	38,1 (DS 10,7)	42,4 (DS 10,9)	42,5 (DS 11,7)
	Frequenza	0,32	0,35	0,5	0,46
Dimensione psicologica	Media	23,4 (DS 7,2)	27,3 (DS 5,8)	25,8 (DS 6,5)	25,3 (DS 6,8)
	Frequenza	0,38	0,5	0,49	0,43
Dimensione fisica	Media	10,9 (DS 4,5)	13,2 (DS 3,8)	11,4 (DS 4,0)	12,8 (DS 3,6)
	Frequenza	0,32	0,51	0,35	0,49

**Tabella 6. Medie, deviazioni standard e frequenze suddivise per livelli di dipendenza**

PDI-IT	Media	68,9 (DS 21,6)	79,5 (DS 19,0)	83,2 (DS 18,4)
	Frequenza	0,34	0,44	0,5
Dimensione esistenziale	Media	36,6 (DS 12,4)	41,0 (DS 11,2)	42,3 (DS 10,6)
	Frequenza	0,36	0,44	0,48
Dimensione psicologica	Media	23,0 (DS 7,0)	26,0 (DS 6,2)	26,8 (DS 6,6)
	Frequenza	0,38	0,47	0,53
Dimensione fisica	Media	9,3 (DS 3,4)	12,5 (DS 3,5)	14,1 (DS 3,3)
	Frequenza	0,23	0,41	0,6

un peso (0,59) e non riuscire ad adempiere ai doveri importanti (0,61) infine la sensazione di non avere il controllo (0,59) e non in grado di fronteggiare la malattia (0,52). Nei pazienti con insufficienza respiratoria rileviamo ampie diffusioni di problemi importanti e opprimenti relativi alla difficoltà di affrontare i sintomi della malattia (0,56), preoccupazioni per il futuro (0,67) ed incertezza rispetto alla malattia ed ai trattamenti (0,58) assieme alla sensazione di non avere il controllo (0,58), poi non essere in grado di svolgere le attività quotidiane (0,58) e il sentirsi visti come diversi dal passato (0,56). Nei pazienti con insufficienza cardiaca non risultano problemi importanti e opprimenti particolarmente diffusi.

Come atteso la dipendenza risulta fortemente correlata al livello di perdita di dignità percepito. Sia i livelli di intensità che la diffusione dei problemi importanti e opprimenti risultano aumentare in relazione al crescere del livello di dipendenza. Unico item in controtendenza è quello relativo alla sensazione di non essere stimato, più diffuso nei pazienti indipendenti (0,51) o parzialmente dipendenti (0,48), mentre non risultano differenze nelle sensazioni di ansia e nelle preoccupazioni per il futuro. La stessa configurazione è rilevata nella scomposizione dimensionale (**Tabella 6**) i valori di tutti i fattori tendono ad aumentare in relazione all'aumento del livello di dipendenza.

La presenza o meno di supporto da parte di familiari incide nei livelli di intensità (76,5

vs 78,7) ma non nella diffusione dei problemi, simile nelle due categorie (0,43 vs 0,42). Gli aspetti esistenziali incidono poco nei livelli di intensità (39,7 vs 40,1) ma sembrano più frequenti nei pazienti supportati dai familiari (0,42 vs 0,37). Le problematiche di natura psicologica (21,9 vs 22,6) e fisica (11,5 vs 13) sono invece più intense nei pazienti non supportati. La diffusione è simile per quello che riguarda gli aspetti psicologici (0,45 vs 0,46). La frequenza di problemi correlati alla dimensione fisica risulta più elevata nei pazienti non supportati (0,49 vs 0,37).

La sede ospedaliera di ricovero non pare incidere fortemente sui livelli di intensità di perdita di senso di dignità (77,4 Perugia vs 75,5 Grosseto). I problemi di natura esistenziale sembrano maggiormente intensi e diffusi nei pazienti ricoverati presso il presidio ospedaliero di Perugia (media 40,9 distribuzione 0,45) rispetto al grossetano (media 36,7 distribuzione 0,32), non si rilevano differenze significative nei fattori psicologici e fisici.

## DISCUSSIONE

I risultati dello studio confermano in gran parte le indicazioni della letteratura scientifica evidenziando come la misura della dignità percepita risenta delle caratteristiche conseguenti alla sintomatologia correlata allo stato patologico che l'assistito affronta/vive, in particolare la dipendenza da altri e la presenza, o meno, di supporto familiare ma, anche, in ordine, dalla sofferenza psicologica

ed esistenziale. Come noto la dipendenza dagli altri incide fortemente nella valutazione della stima di sé così come nell'autonomia decisionale, tende inoltre a modificare le relazioni preesistenti e a pregiudicare le nuove, tutti noti fattori che favoriscono la perdita di senso di dignità. Le malattie croniche, indagate nel presente studio, che risultano esporre il paziente ad un maggiore rischio di percepire la propria dignità lesa sono, in ordine, lo stroke e l'insufficienza renale poi l'insufficienza respiratoria ed infine l'insufficienza cardiaca. Nello stroke e nell'insufficienza renale risultano prevalenti le problematiche esistenziali, presumibilmente correlate alla minore età media della popolazione, maggiormente sensibile alla percezione di gravare, a causa di propri problemi, sugli altri e al conseguente rischio di disistima. Nei pazienti con insufficienza respiratoria risultano prevalenti le problematiche fisiche, correlate alla specifica patologia, e psicologiche, influenzate dalla preoccupazione per il futuro e dall'incertezza della situazione clinica. Le problematiche di natura fisica incidono fortemente anche nei pazienti con stroke, anche in questo caso probabilmente correlate alla disabilità associata alla patologia. Le differenze di genere mostrano livelli di intensità maggiori nelle donne rispetto agli uomini, influenzati da fattori esistenziali, quali la percezione di perdita di controllo, di disistima e di sentirsi un peso per gli altri e, a seguire, psicologici, quali ansia e preoccupazioni per il futuro. Nei soggetti reclutati nello studio, all'aumento dell'età corrisponde una minore percezione di dignità, influenzata fortemente dalla dimensione fisica. Nelle fasce più giovani la percezione di dignità sembra invece maggiormente influenzata dalla dimensione psicologica, seguita dall'esistenziale. Sull'aspetto relativo a quanto la vita spirituale dell'assistito possa incidere sulla dignità percepita non è stata evidenziata dallo studio una correlazione degna di nota. In estrema sintesi, nella popolazione analizzata in questo studio, le persone portatori di patologie croniche con esiti di elevata disabilità motoria, di genere femminile, in età più avanzata, con livelli elevati di dipendenza e senza supporto familiare risultano maggiormente a rischio di perdita di senso di dignità percepito. Rispetto alle categorie di pazienti studiate, il senso di dignità percepito in ambiente ospedaliero rilevato tramite il PDI-IT, risulta essere influenzato sia da aspetti debilitanti dovuti alla malattia, sia da variabili demografiche quali il genere e l'età, nonché da dimensioni esistenziali, psicologiche e fisiche, proprie dello strumento. Il lavoro pare dimostrare che l'utilizzo del PDI-IT su assistiti cronici permette di indagare e può suggerire agli operatori conoscenze sul distress emozionale non facilmente esaminabili con metodologie meramente empiriche, permette inoltre la monitoraggio

ne dell'andamento degli aspetti correlati alla percezione della dignità personale nel corso dell'avanzamento della malattia.

#### BIBLIOGRAFIA

1. MURATA H. *Spiritual pain and its care in patients with terminal cancer: construction of a conceptual framework by philosophical approach*. Palliat Support Care 2003;1:15-21.
2. BURT R. *Death is that man taking names: intersections of American medicine, law, and culture*. Berkeley: University of California Press, 2002. In: Chochinov H.M. Dignity and the essence of medicine: the A, B, C, and D of dignity conserving care. *BMJ* 2007;335:184-187.
3. CASSEL E.J. *The nature of suffering and the goals of medicine*. *N Engl J Med* 1982;306:639-45.
4. CHOCHINOV H.M. *Burden to others in the terminally ill*. *J Pain Symptom Manage* 2007;34(5):463-71.
5. MCPHERSON C.J., WILSON K.G., MURRAY M.A. *Feeling like a burden: exploring the perspectives of patients at the end of life*. *Soc Sci Med* 2007;64:417-27.
6. PEABODY F.W. *The care of the patient*. *JAMA* 1927;88:876-82.
7. CHOCHINOV H.M., HACK T., HASSARD T., KRISTJANSON L.J., McCLEMENT S., HARLOS M. *Dignity in the terminally ill: a cross-sectional, cohort study*. *Lancet* 2002;360:2026-30.
8. CHOCHINOV H.M. *Dignity and the eye of the beholder*. *J Clin Oncol* 2004;22:1336-40.
9. CHOCHINOV H.M., KRISTJANSON L.J., HACK T.F., HASSARD T., McCLEMENT S., HARLOS M. *Dignity in the terminally ill: revisited*. *J Palliat Med* 2006;9:666-72.
10. REMEN R.N. *The power of words: how the labels we give patients can limit their lives*. *West J Med* 2001;175:353-4
11. MACKLIN R. *Dignity is a useless concept: it means no more than respect for persons or their autonomy*. *British Medical Journal* 2003; 327 (7429): 1419-1420.
12. PEATE I. *Dignity and geriatrics*. *Br J Hosp Med* 2012; 73(6):354.
13. RIGHI L, PALLASSINI M, LASTRUCCI D. *Metodiche operative per la valutazione e la salvaguardia della dignità del paziente: analisi della letteratura*. *L'Infermiere* 2013; 5: 5-11.
14. CHOCHINOV HM, HASSARD T, McCLEMENT S, HACK T, KRISTJANSON LJ, HARLOS M, ET AL. *The Patient Dignity Inventory: a novel way of measuring dignity-related distress in palliative care*. *Journal of Pain and Symptom management* 2008; 36: 559-571.
15. RIPAMONTI CI, BUONACCORSO L, MARUELLI A, BANDIERI E, PESSI MA, BOLDINI S, ET AL. *Patient dignity inventory (PDI) questionnaire: the validation study in Italian patients with solid and hematological cancers on active oncological treatments*. *Tumori* 2012; 98 (4): 491-500.
16. GRASSI L, COSTANTINI A, CARUSO R, BRUNETTI S, MARCHETTI P, ET AL. *Dignity and Psychosocial-Related Variables in Advanced and Non advanced Cancer Patients by Using the Patient Dignity Inventory-Italian Version*. *Journal of Pain Symptom Manage* 2017; 53(2): 279-287.
17. Albers G, Pasma HRW, Rurup ML, de Vet HC, Onwuteaka-Philipsen BD. *Analysis of the construct of dignity and content validity of the patient dignity inventory*. *Health and Quality of Life Outcomes* 2011; 9, 45.
18. CHOCHINOV HM, JOHNSTON W, McCLEMENT SE, HACK TF, DFAULT B, ENNS M, ET AL. *Dignity and Distress towards the End of Life across Four Non-Cancer Populations*. *PLoS One* 2017;12(11):e0188141.
19. HALL S, CHOCHINOV HM, HARDING R, MURRAY S, RICHARDSON A, HIGGINSON IJ. *A phase II randomised controlled trial assessing the feasibility, acceptability and potential effectiveness of dignity therapy for older people in care homes: study protocol*. *BMC Geriatr* 2009; 9:9.
20. BORHANI F, ABBASZADEH A, MOOSAVI S. *Status of human dignity of adult patients admitted to hospitals of Tehran*. *J Med Ethics Hist Med* 2014; 7:20.
21. JOHNSTON B, LAWTON S, McCAW C, LAW E, MURRAY J, GIBB J, ET AL. *Living well with dementia: enhancing dignity and quality of life. using a novel intervention, Dignity Therapy*. *Int J Older People Nurs* 2016; 11(2):107-20.
22. AOUN SM, CHOCHINOV HM, KRISTJANSON LJ. *Dignity therapy for people with motor neuron disease and their family caregivers: a feasibility study*. *J Palliat Med* 2015; 18(1):31-7.
23. DI LORENZO R, CABRI G, CARRETTI E, GALLI G, GIAMBALVO N, RIOLI G, ET AL. *A preliminary study of Patient Dignity Inventory validation among patients hospitalized in an acute psychiatric ward*. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2017; 13:177-190.
24. FERRETTI F, POZZA A, PALLASSINI M, RIGHI L, MARINI F, ADAMI S, ET AL. *Il Patient Dignity Inventory è utilizzabile anche in pazienti che non sono in fine vita? Struttura fattoriale e invarianza in pazienti con patologie croniche*. *Prof Inf* 2018; 71(2): 79-88