

**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**  
Dipartimento di Medicina  
**CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA**

Tesi di Laurea

**Il dolore totale e la tutela della dignità della persona in Cure Palliative:  
Revisione della letteratura**

RELATORE: Prof.ssa a.c. Sanzovo Giannina

CORRELATORE: Dott.ssa De Pin Benedetta

LAUREANDA: Giulia Cappelletto

N° di matricola: 1228555

**ANNO ACCADEMICO 2021-2022**



*“Mi era stato chiesto non di fare o  
dire qualcosa in modo diverso,  
ma di vedere, piuttosto,  
le cose in modo diverso.”*

Harvey Max Chochinov.



## **ABSTRACT**

**Introduzione:** Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) il dolore è il sintomo prevalente nel 60-80% delle persone che si trovano nella "fase terminale". Questo dolore oltre ad essere fisico include anche aspetti sociali, spirituali e psicologici e viene pertanto definito Dolore Totale; in particolare, nella fase avanzata di malattia della persona, la dignità rappresenta un fattore chiave che può essere compromesso e può portare a sconforto, depressione, sofferenza, stato d'angoscia e perdita del senso di scopo.

**Obiettivo:** Lo scopo del presente elaborato è quello di ricercare quali sono le strategie non farmacologiche per gestire il dolore totale nella persona in cure palliative, per ridurre il senso di angoscia connesso al dolore totale e per tutelare la dignità della persona.

**Materiali e metodi:** È stata condotta una revisione di letteratura consultando la banca dati PubMed. Sono state considerate le pubblicazioni degli ultimi 5 anni, con full text disponibile, pertinenti all'argomento, sfruttando le stringhe di ricerca in riferimento ai quesiti. Sono stati selezionati 36 articoli.

**Risultati:** In questa revisione della letteratura sono stati inclusi 36 articoli. Dall'analisi degli articoli si evince come l'infermiere ricopre un ruolo fondamentale nella gestione del dolore totale della persona in cure palliative. Esistono in letteratura diversi questionari che permettono di identificare la presenza di rischio di sviluppare uno stato di dolore totale. Gli interventi di gestione del rischio e della presenza di dolore totale comprendono, oltre al controllo dei sintomi fisici con terapia farmacologiche, la possibilità di gestire le sensazioni, le emozioni, le preoccupazioni e le paure attraverso l'utilizzo di strategie non farmacologiche. Durante la fase avanzata di malattia, oltre a gestire il dolore totale e lo stato d'angoscia, un obiettivo fondamentale degli infermieri e del personale sanitario è quello di garantire alle persone in fine vita una morte dignitosa. Per la persona in fase avanzata di malattia, l'attenzione alla dignità può essere un fattore che migliora la qualità di vita oppure un fattore che la peggiora in caso di assenza di attenzione causando una serie di sintomi e vissuti come: depressione, ansia, paura, perdita del senso di scopo. Per questo motivo il professionista sanitario attua, attraverso delle competenze acquisite, delle strategie per potenziare ciò che sostiene e mantiene integra la dignità della persona.

**Discussione:** La competenza infermieristica nel gestire il dolore totale e nella tutela della dignità si è dimostrata essenziale nelle cure palliative in quanto porta ad un miglioramento della qualità della vita, delle emozioni della persona e della famiglia. E' importante per l'infermiere, che è l'esperto dell'approccio olistico alla persona, aprirsi al contributo dei concetti di dolore totale e dignità dell'assistito nel periodo della terminalità, e quindi imparare a riconoscerli, parlarne all'interno del team, con l'assistito e la famiglia; inoltre emerge la necessità di conoscere, approfondire e utilizzare alcune o almeno una delle strategie non farmacologiche che risultano utili in tale ambito. La competenza di base è saper sviluppare una relazione con l'assistito capace di dare fiducia e sostegno e di aiutarlo ad elaborare sintomi e vissuti di questo percorso. Resta da chiedersi e approfondire come integrare tutto ciò nell'assistenza attualmente in corso negli hospice o negli altri ambienti dove assistiamo la persona con malattia terminale. Da questo elaborato si evidenzia l'importanza di erogare delle cure olistiche alla persona non solo nelle cure palliative. Si sottolinea come sarebbe importante studiare i possibili effetti benefici degli interventi infermieristici nella gestione del dolore totale e della tutela della dignità nell'ambito delle abituali cure ospedaliere per dare diritto a qualsiasi persona di avere una "buona morte".

**Conclusioni:** L'assistenza infermieristica nelle cure palliative risulta di rilevante importanza in quanto è contraddistinta non solo dalla gestione dei sintomi fisici e del dolore ma principalmente dalla gestione delle emozioni, sensazioni, preoccupazioni e paure. Le strategie utili a questo si basano su un'assistenza incentrata sull'aspetto relazionale caratterizzata dall'ascolto attivo, dall'empatia, dall'osservazione e dal rispetto dei principi dell'etica professionale.

**Parole chiavi:** total pain, nurse, dignity, patient, adult, caregivers, palliative care, non-pharmacological intervention, anxiety, terminally ill, dignity human, risk, risk assessment, predictors of death.

<b>INDICE</b>	
<b>INTRODUZIONE</b>	3
<b>CAPITOLO 1</b>	
1.1 Cicely Saunders e il dolore totale	5
1.2 Impatto del dolore totale nella vita degli assistiti e dei caregivers	9
1.3 La dignità nella fase avanzata di malattia	11
<b>MATERIALI E METODI</b>	
2.1 Obiettivo e quesiti di ricerca	17
2.2 Fonti dei dati, parole chiave e analisi degli articoli	18
<b>RISULTATI</b>	
3.1 Valutazione del rischio di sviluppare uno stato di dolore totale	21
3.2 Strategie non farmacologiche per gestione dello stato d'angoscia dell'assistito e del dolore totale	24
3.3 Tutela della dignità nella fase avanzata di malattia	28
<b>DISCUSSIONE</b>	33
<b>CONCLUSIONE</b>	35
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	
<b>ALLEGATI</b>	
<b>Allegato 1: CARTA DEI DIRITTI DEI MORENTI</b>	
<b>Allegato 2: "PRISMA"</b>	
<b>Allegato 3: TABELLE SINOTTICHE</b>	



## **INTRODUZIONE**

L'argomento scelto per il presente elaborato è quello del dolore totale e della tutela della dignità nella persona in Cure Palliative.

L'interesse per questo argomento di tesi è emerso dal vissuto personale di affiancamento di persone di famiglia a causa di malattia oncologica terminale nel percorso di cure palliative. Inoltre l'interesse per tale argomento di tesi si è intensificato durante il percorso di studi universitari e in seguito all'esperienza di tirocinio effettuato nel reparto di Oncologia dell'ospedale di Treviso, dove c'è stato l'onore e allo stesso tempo, a causa della loro condizione clinica, il dispiacere di incontrare delle persone che, nonostante il dolore fisico, psicologico, sociale e culturale, avevano un'incredibile forza interiore e una forte voglia di vivere. Grazie a questa esperienza di tirocinio è stato possibile comprendere che la terapia farmacologica non è sempre la soluzione al dolore ma, sono necessarie anche delle competenze che si basano sull'essere presenti per l'altra persona, sulla comunicazione e sull'ascolto sincero e attivo.

Per i motivi descritti precedentemente è nata la necessità di approfondire le varie dimensioni e le strategie non farmacologiche del dolore totale espresso nella teoria "Total Pain" di Cicely Saunders che può arricchire la competenza infermieristica con una visione nuova rispetto all'assistenza delle persone in fase terminale non solo negli ambiti specifici di Oncologia e Hospice ma come una competenza trasversale al fine di garantire un'assistenza incentrata sulla persona e sulla tutela della dignità nel fine vita.



## CAPITOLO 1

### 1.1 Cicely Saunders e il dolore totale

Il **dolore**, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), è *“un'esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a danno tissutale, in atto o potenziale, o descritta in termini di danno”*<sup>1</sup>.

Nella maggior parte dei casi, quando si parla di dolore, viene considerata solamente la dimensione fisica del dolore mettendolo, così, in un piano secondario rispetto alla patologia di base su cui si rivolge la maggior parte dell'attenzione. Per questo motivo con gli anni sono state pubblicate varie normative, tra cui quella pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana – Serie Generale – n. 149 del 29-06-2000, accordo tra il Ministero della Sanità, le Regioni e le province autonome, che emana le linee guida per la realizzazione dell'Ospedale senza Dolore. Le linee guida raccomandano gli interventi da introdurre nell'ambito dei servizi e dell'assistenza al paziente, con lo scopo di monitorare il livello di dolore e trovare il modo di alleviare le sofferenze causate dalla malattia in corso.

In una persona con una malattia avanzata, il dolore secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)<sup>5</sup>, è il sintomo prevalente nel 60-80% nella “fase terminale” e per questo motivo la presa in carico della persona non si deve limitare alla sola terapia farmacologica, ma implica un trattamento più ampio e diversificato per ogni individuo<sup>5</sup>. Quando si tratta di dolore è importante un approccio interdisciplinare in cui si abbia la presa in cura della persona considerando tutte le sue dimensioni in quanto, secondo Cicely Saunders, quando ci troviamo di fronte ad un paziente nella fase terminale della propria vita il dolore acquisisce un significato diverso<sup>5</sup>.

Cicely Saunders è la professionista che ha dato vita alla diffusione dell'Hospice, sottolineando l'importanza delle cure palliative nella medicina moderna, assistendo le persone malate fino alla fine della loro vita nel modo più confortevole possibile. Per realizzare questo suo progetto Saunders, durante la Seconda Guerra Mondiale, intraprese il lavoro di infermiera che dovette abbandonare a causa di una leggera scoliosi alla colonna vertebrale che le impediva di eseguire in maniera efficace il duro lavoro in corsia. Per non abbandonare la cura dei malati, Saunders decise di intraprendere il ruolo di assistente sociale sanitario presso il Royal Cancer Hospital e, infine nel 1947, entrò a far parte dell'equipe dello St. Thomas's Hospital dove conobbe David Tasma, malato terminale. Cicely Saunders

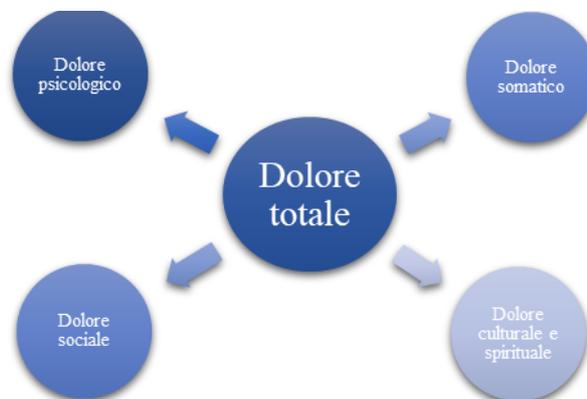
si prese cura di David aiutandolo ad affrontare con serenità la morte. Questo incontro assieme alla sua esperienza al St. Luke fu basilare per il proseguo della sua carriera in quanto iniziò a condurre un'assistenza personalizzata in cui ogni persona vedeva riconosciuti la propria individualità e le proprie emozioni ed affetti<sup>2</sup>.

Cicely Saunders, fondatrice dello St. Christopher's Hospice, definì nella teoria "Total Pain" il "**dolore totale**" come *"un dolore cronico e persistente che destabilizza l'ammalato sia sul piano fisico, psicologico, interpersonale ed esistenziale che sul piano sociale ed economico"*. Il suo approccio di cura si basava non solo sul male fisico della persona malata, ma riguardava tutti gli aspetti che contribuivano ad acutizzarlo.

Attraverso un rigoroso studio, una osservazione clinica e soprattutto attraverso la sua esperienza, Saunders sviluppò una teoria che prevede di somministrare ad intervalli regolari i farmaci antidolorifici così da permettere loro di avere un effetto benefico sui pazienti; quindi, credeva in una gestione del dolore continua nel tempo. Nonostante questa fondamentale scoperta, Cicely Saunders affermò che oltre la singola terapia medica, andava assicurato alla persona un sostegno psicologico, sociale e spirituale per assicurare nella fase terminale della vita una morte dignitosa.

Per questo motivo Cicely Saunders sostenne nella sua teoria che il dolore totale non è mai soltanto un problema fisico ma una serie di bisogni funzionali, psicologici, sociali, spirituali ed esistenziali che vanno riconosciuti e affrontati nella loro complessità e non solo nella fase avanzata terminale di malattia<sup>4</sup>. Quindi bisogna valutare la componente soggettiva e psicologica del dolore che è influenzata dalle esperienze intime e passate della persona esercitando un'influenza sull'atteggiamento dell'individuo<sup>9 10</sup>.

*Figura I: rappresentazione del "dolore totale" secondo Cicely Saunders.*



Cicely Saunders valutando il dolore dal punto di vista psicologico lo definisce non più come sensazione ma come emozione in quanto può essere vissuto come ansia, stato d'angoscia, disturbi dell'umore, depressione, sentimento di solitudine, di incompletezza e d'incapacità nel controllare la situazione.

In questa sfera del dolore le paure, gli stati d'animo, i sentimenti e il carattere stesso di una persona hanno la capacità di influenzare in modo più o meno marcato la percezione del dolore.

La seconda sfera che analizza Cicely Saunders quando parla di dolore totale è l'aspetto culturale e spirituale in quanto spiega che noi persone siamo influenzate dall'educazione, dal contesto sociale e dalle credenze religiose; infatti, il modo in cui viene vissuto il dolore attinge dalla storia culturale dell'essere umano. La sfera che si riferisce al dolore totale dal punto di vista culturale e spirituale, durante la fase terminale della vita, porta la persona a porsi delle domande sulla vita e sul suo significato portandola a manifestare, in certe situazioni, dei sensi di colpa per le occasioni mancate, per le cose non fatte, per le relazioni non concluse provocando così un aggravamento del dolore anche a causa della paura per l'ignoto<sup>3</sup>.

Successivamente viene analizzato l'aspetto sociale in cui la persona, iniziando ad avere una perdita della forza fisica e quindi autonomia, una perdita legata al ruolo sociale (lavoro) e legata al ruolo familiare, si sente angosciato in quanto non riesce a farsi carico delle proprie responsabilità nei confronti dei familiari e questo lo spinge ad una diminuzione o addirittura ad una cessazione delle relazioni sociali.

Inoltre, quando una persona si trova nel fine vita può ritrovarsi a dover affrontare una serie di problemi finanziari e difficoltà burocratiche che rendono ulteriormente complessa e accentuano in questo modo la problematica del dolore e della sofferenza.

Infine, l'aspetto somatico rappresenta il dolore come un fenomeno neurologico in cui si ha uno stimolo sgradevole che crea un impulso trasformando l'informazione in messaggio chimico attraverso l'eccitazione delle cellule nervose. Questo tipo di stimolazione dolorosa può essere diretta, quindi causata dallo stimolo stesso o indiretta, causata dall'intervento di sostanze algogene liberate dallo stimolo. Quindi, il dolore somatico è messaggio doloroso che viene trasmesso verso il midollo spinale al centro cerebrale del dolore, ovvero il talamo

ed infine prosegue verso le zone intelligenti del cervello che catalogano, localizzano e memorizzano il dolore<sup>10</sup>.

L'approccio alla persona terminale deve avvenire attraverso una valutazione multidisciplinare e un approccio multidimensionale che pongano attenzione all'ascolto e alla soluzione delle componenti che causano la sofferenza del malato e della sua famiglia<sup>48</sup>.

Secondo Cicely Saunders, oltre ad agire sul dolore con metodo farmacologico è essenziale utilizzare delle terapie non farmacologiche tra cui:

- Metodi psicologici: interventi di sostegno esistenziale, terapia cognitivo-comportamentale, ipnosi, bio-feedback, visualizzazione e tecniche di rilassamento;
- Metodi fisici: sono interventi di natura fisica o comportamentale che richiedono la consapevole e attiva partecipazione della persona al programma terapeutico (esercizi fisici e l'attività fisica, agopuntura, stimolazioni fisiche e chinesiterapia).

Questa metodologia consente di ridurre la posologia dei farmaci o la frequenza di assunzione, allevia lo stress che accompagna il dolore stesso e aiuta la persona a recuperare la capacità di controllo nella vita di relazione.

Questo approccio alla cura della malattia nel fine vita è stata definita dall'Organizzazione Mondiale per la Sanità nel 2002 come un *“approccio che migliora la qualità di vita dei malati e delle famiglie che si confrontano con i problemi associati a malattie inguaribili, attraverso la prevenzione e il sollievo della sofferenza per mezzo dell'identificazione precoce, dell'approfondita valutazione e del trattamento del dolore e di altri problemi fisici, psicosociali e spirituali”*(World health organization, *National cancer control programmes. Policies and managerial guidelines*, 2002, p. 84).

La legge cardine in tema di cure palliative è la Legge n.38 del 15 Marzo 2010 che definisce le stesse come l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale delle persone malate la cui malattia di base è caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi negativa. La loro azione si concentra sul periodo in cui la cura della malattia non è più ritenuta possibile e quindi, non costituisce più l'obiettivo primario.

In questa legge, viene tutelato il diritto della persona ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore al fine di assicurare il rispetto della dignità e dell'autonomia, il bisogno

di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze; inoltre tutela e promuove la qualità della vita fino al suo termine sostenendolo in ambito sanitario e socio-assistenziale della persona malata e della famiglia<sup>6 7</sup>.

## **1.2 Impatto del dolore totale nella vita degli assistiti e dei caregivers**

Durante il percorso di cura la vita emozionale e psicologica della persona viene fortemente influenzata dalle persone che le stanno accanto e, allo stesso tempo, la sua stessa condizione ha un impatto rilevante sul vissuto dei caregivers. Giungendo alla fase finale del percorso di cura, coloro che sono stati a diretto contatto con il dolore della persona cara, entrano quasi in sovrapposizione con i desideri della persona malata in un tentativo di assecondare e comprendere i suoi bisogni e le sue necessità. Questa prima collusione la si può vedere nella percezione del dolore totale.

Le persone considerano il sollievo dal dolore un desiderio e un diritto e proprio per questo ritengono importante riferire e discutere con i professionisti sanitari e gli stessi caregivers l'entità del loro sintomo così da facilitarne la sua gestione.

Nonostante ciò, la persona, quando si trova in una condizione di malattia, può iniziare a porsi delle domande sulla continuità del sé a causa del dolore. Quest'ultimo può modificare l'immagine di sé stessi in quanto è un sintomo che influenza le attività di vita quotidiana mettendo in ombra la propria identità portando così la persona a raffigurarsi attraverso la sua malattia di base che lo spoglia non solo di abiti e riserbo ma anche del senso di sé. Per questo motivo, secondo Cicely Saunders è necessario tutelare la dignità della persona con dolore totale attraverso la manifestazione della propria spiritualità che fornisce alla persona una fonte di forza e supporto, una speranza di cura oppure l'accettazione della morte.

Un ulteriore sentimento che provano le persone durante la loro malattia è l'essere un peso per gli altri a causa della loro inabilità, della loro dipendenza e del loro stato di bisogno. A mano a mano che le perdite si accumulano e il peso diventa intollerabile alcuni non si sentono più le persone di una volta pensando di non avere più nessuno scopo né funzione.

D'altra parte, i familiari interpretano il dolore come un sintomo preoccupante considerandolo una parte integrante della malattia e come una componente della malattia da affrontare insieme al loro caro cercando degli interventi efficaci per aiutare il loro amato ad

alleviarlo. In questo processo di aiuto i caregivers, nella maggior parte delle volte, esprimono sentimenti di incertezza e paura, un senso di mancanza di controllo, mancato appagamento o soddisfazione, impotenza e insufficienti capacità nel fornire alla persona con dolore conforto e assistenza di fronte al processo di alleviamento della sofferenza.

Una delle difficoltà dei caregivers è legata alla comprensione di come la persona con dolore ha bisogno di un sostegno sociale così da rendere più leggero il lavoro e l'impegno necessario ad alleviare il dolore. Questo ha un significato fondamentale nella cura della sofferenza in quanto si dà alla persona il messaggio *“tu meriti la mia attenzione e il mio sostegno”* implicando un messaggio rassicurante per la persona dandole una conferma della continuità della cura, della dedizione, dell'investimento e dell'amore<sup>8</sup>.

Il ruolo del caregivers non è quello di trovare la cosa giusta da dire in queste situazioni ma l'elemento esistenziale del sostegno sociale è onorato dal semplice fatto di *“essere presenti”* così da trasmettere un messaggio di validazione e di rispetto.

Durante il “dolore totale” della persona, il sentimento che emerge è la **sofferenza**<sup>4</sup>. Quest'ultima oltre ad essere vissuta dalla persona in fine vita è anche vissuta dai caregivers/familiari. La sofferenza la troviamo descritta nel modello della dignità nel malato terminale, all'interno dei “fattori legati alla malattia” in cui emergono due tipologie differenti di sofferenza: la sofferenza fisica e la sofferenza psicologica<sup>16</sup>.

La sofferenza fisica mette a dura prova la persona malata in quanto le fa spostare l'attenzione dagli aspetti della vita alle sensazioni e alle preoccupazioni relative al corpo. Il malessere fisico è sempre accompagnato da una molteplicità di sentimenti e di interrogativi; infatti, a seconda del modo in cui il dolore viene interpretato e di qual è il significato che gli viene assegnato, l'esperienza del dolore può procedere di pari passo con l'angoscia, la depressione e la paura<sup>12</sup>. Queste percezioni tendono a rinforzarsi tra loro portando la persona a non sopportare il dolore riducendo la qualità della vita<sup>16</sup>.

La sofferenza psicologica, invece, è strettamente correlata con la situazione della persona quindi, la depressione, l'angoscia e la paura sono risposte normali a modificazioni effettive o anche solo temute delle condizioni di salute<sup>12</sup>. Questa sofferenza nasce dall'incertezza in quanto le persone temono molto di più quello che non sanno rispetto a quello di cui sono a conoscenza. La paura che nasce dal non sapere può dare luogo all'individuazione di

soluzioni per affrontare ciò che li attende, all'ideazione di strategie di reazione o all'identificazione delle opzioni che ancora restano praticabili<sup>16</sup>.

Anche i familiari provano sofferenza quando acquisiscono la consapevolezza dell'imminenza della perdita e della morte e soprattutto quando vedono il loro familiare soffrire per la condizione di "dolore totale" in cui si trovano. La pena della persona e quella dei familiari si sovrappongono di frequente e le persone amate spesso patiscono in modo vicario le sofferenze della persona malata. Nonostante l'esperienza che vivono i pazienti e quella che vivono i familiari siano certamente diverse, ci sono aree di sovrapposizione, tra cui la perdita è un denominatore comune. Per la persona malata, la perdita di dignità, il senso di sé come persona e la nozione di validazione di sé sono tra loro interconnessi; mentre i familiari soffrono quando percepiscono che i loro cari si sono ridotti a "ciò che hanno" invece di essere considerati ancora "le persone che sono"<sup>45</sup>.

### **1.3 La dignità nella fase avanzata di malattia**

La dignità è un costrutto caratterizzato dalla rappresentazione del sé, del sé dal punto di vista degli altri e dell'interazione dell'individuo con l'ambiente e il contesto sociale<sup>16</sup>. Nella fase avanzata di malattia di una persona, la dignità rappresenta un fattore chiave che può essere compromesso e può portare a sconforto, depressione e perdita del senso di dignità<sup>16</sup><sup>18</sup>. Per questo motivo è stato elaborato un documento dal Comitato Etico presso la Fondazione Floriani nel Maggio 1999<sup>54</sup>. Questo documento, che compone i diritti delle persone in fine vita, è "la carta dei diritti dei morenti" grazie al quale i professionisti sanitari si ricordano di avere davanti a sé una persona con una personalità completa ed integrale, a cui nel poco tempo rimasto a sua disposizione, va data la maggiore possibilità di esprimersi, dando rilievi ai suoi pensieri, alle sue relazioni, ai suoi desideri e alle sue speranze, garantendogli la centralità nel processo di nursing (vedi Allegato 1).

Il concetto di dignità emerge nel Codice Deontologico<sup>13</sup> dell'Infermiere ai seguenti articoli: Art.3 – Rispetto e non discriminazione, Art.4 – Relazione di cura ed infine all'Art.5 – Questioni etiche<sup>13</sup>. Attraverso questi articoli del Codice Deontologico, l'infermiere si impegna a garantire alle persone un adeguato livello di dignità migliorando la qualità della vita della persona.

La dignità, oltre ad essere enunciata e tutelata all'interno del Codice Deontologico, viene tutelata anche all'interno della Costituzione della Repubblica italiana, in dettaglio nell'articolo 3 e nell'articolo 32. Quindi la dignità costituisce uno dei diritti fondamentali e inviolabili della persona che deve essere preservata per garantire un'adeguata qualità di vita risparmiando inutili sofferenze alla persona<sup>35</sup>.

Uno dei massimi esperti di cure palliative è Harvey Max Chochinov che, durante i suoi studi, pone l'attenzione sulla dignità della persona in fine vita, sulla comunicazione corretta, efficace ed onesta e sulla sofferenza esistenziale. Da questi suoi studi nasce la terapia della dignità. Questa terapia è una forma di psicoterapia innovativa destinata a persone che si trovano in condizioni che limitano la durata della vita o la mettono a rischio. Le persone che vi prendono parte sono invitate a dedicarsi a conversazioni in cui affrontano temi o ricordi che giudicano importanti o che vogliono siano registrati a beneficio delle persone amate che sopravvivranno alla loro morte. Il suo fine è la creazione di qualcosa che durerà, qualcosa la cui influenza si estenderà oltre la morte della persona malata così da poter essere letta e ascoltata dalle generazioni successive<sup>29</sup>.

Il fondamento di molti interventi di cure palliative è di ridurre nei pazienti la consapevolezza della sofferenza. La terapia antalgica elimina efficacemente la sensazione dolorosa, mentre la **terapia della dignità** si propone di affrontare il dolore emozionale, si propone di rinforzare la percezione del senso del valore all'interno di un quadro che esprime sostegno, validazione e praticabilità perfino per le persone che sono vicine alla morte. La terapia della dignità si propone di migliorare la qualità della vita, di aumentare il senso di dignità, di modificare il modo in cui i familiari li guardano e li considerano e di essere d'aiuto alle famiglie<sup>19 20 23 24</sup>.

Questa terapia è stata validata attraverso delle ricerche solide e degli studi per le persone con malattie che minacciano la vita o ne limitano la durata. I curanti valuteranno attraverso delle fasi la possibilità di rendere disponibile questo intervento innovativo ai loro pazienti che si avvicinano alla morte<sup>15</sup>. I criteri di ammissione alla terapia sono:

- Chiunque sia in una condizione che mette a rischio la vita o la sua durata.
- Il paziente deve essere interessato alla terapia della dignità.

- Per prendere parte alla terapia della dignità, il paziente, il terapeuta e il trascrizionista devono tutti parlare la stessa lingua.

In molti casi le persone malate che aderiscono alla terapia della dignità ritengono che questa sia un mezzo per potenziare la loro percezione del senso e dello scopo e che meriti l'investimento di una quota del loro tempo prezioso e della loro preziosa energia<sup>16</sup>.

Ma come ogni modalità terapeutica, non tutti hanno bisogno o non tutti traggono benefici dalla terapia della dignità, per questo motivo è importante soffermarsi anche sui pazienti che non devono essere coinvolti attraverso dei criteri di esclusione:

- In condizioni normali, chiunque sia troppo malato e ci si aspetta muoia prima di due settimane non dovrebbe essere preso in considerazione per la terapia.
- Uno dei motivi più importanti per escludere un paziente è il degrado delle sue facoltà cognitive, che limita la capacità del paziente di dare risposte significative e ragionate.

Una volta che sono state definite le persone che possono partecipare alla terapia della dignità, quest'ultima viene presentata formalmente all'assistito e ai familiari. Si tratta di una fase molto delicata che richiede la considerazione del grado di consapevolezza e della disponibilità di parlare della malattia da parte della persona.

Successivamente alla presentazione della terapia la persona malata potrebbe avere poche o molte domande da porre al professionista che dovrà prendersene in carico e dovrà rispondere in maniera esaustiva. È previsto che l'assistito presenti al professionista sanitario alcune domande quali: *“perché pensate che la terapia funzioni? A quale tipo di domande dovrò rispondere? Che tipo di domande mi farà? Cosa succede se comincio e poi non so cosa voglio dire o come continuare? Cosa succede se mi stanco o comincio a sentirmi troppo male per continuare? Perché l'intervista viene registrata? Cosa succede se non mi sento a mio agio con il registratore? Cosa succede se non capisco bene o se mi dimentico qualcosa di importante? E cosa accade se dico qualcosa e poi non mi piace l'effetto che mi fa?”*

Il terapeuta a fronte di queste domande dovrà rassicurare la persona sul fatto che si deve sentire completamente libera di parlare e anche di non affrontare alcuni argomenti. Attraverso la terapia della dignità viene data alle persone l'opportunità di parlare di cose importanti della loro vita e, non di minore importanza, dà ai pazienti la possibilità di

prendersi cura delle persone di cui si preoccupano attraverso la creazione di un documento profondamente intimo che possono decidere di condividere con chiunque loro vogliano. Inoltre permette alle persone di pensare che, qualunque cosa accada, le parole che loro vogliono condividere saranno custodite al sicuro e che non potranno essere intaccate dalla loro malattia. Quindi è importante che la persona malata comprenda il fatto che il ruolo del terapeuta è quello di essere in ogni momento presente per lui/lei, essere un ascoltatore attivo ed estremamente coinvolto e che si impegnerà ad usare tutte le sue capacità e tutte le sue energie per realizzare questo documento nel modo migliore possibile apportando modifiche, cancellando o sistemando nel caso in cui ci fosse qualcosa che non gli piace affinché incontri la sua totale approvazione. Alla fine di questo processo, lo scopo del terapeuta è quello di fare sentire la persona in fine vita sereno/a su quello che ha creato e di far comprendere alla persona che la sua storia non è “banale” e “normale” ma è speciale ed unica in quanto appartiene alla persona che la racconta.

Dopo aver risposto a tutte le domande della persona bisogna darle una copia del protocollo delle domande della terapia della dignità così da aiutarlo ad avere una idea molto più chiara di ciò che implica la terapia e dà anche ai pazienti il tempo di riflettere sulle domande e di decidere qual è il modo in cui vorrebbero rispondere. Queste domande sono state costruite per generare risposte e affrontare argomenti che potrebbero chiamare in causa la percezione di senso e di scopo e connettere le persone ai ricordi e alle riflessioni che si muovono con il loro più intimo senso di sé. Sono domande mirate alle questioni legate più strettamente al senso dell'essere persona, all'essenza o al sé profondo della persona.

La fase successiva inizia quando il paziente ha accettato di partecipare alla terapia della dignità e si deve procedere con la raccolta di tutte le informazioni anagrafiche.

Infine, l'ultima fase, comprende l'organizzazione di un appuntamento con la persona malata, con o senza una persona amica, un familiare o una persona amata per condurre l'intervista della terapia della dignità. Solitamente, in termini di tempo, la seduta è calendarizzata in modo da aver luogo nell'intervallo di tempo compreso tra uno e tre giorni dall'incontro introduttivo così da trasmettere alla persona malata il messaggio che quello che lui/lei ha da dire è importante e che il terapeuta si muoverà con rapidità per fissare i pensieri e le parole così importanti che ha da riferire. L'intervista avrà luogo in un posto in cui la persona si sentirà a suo agio e dove le verrà garantita un'adeguata privacy; inoltre,

l'intervista, verrà registrata in quanto permette ai professionisti di trascrivere la conversazione in maniera realistica così che possa fornire qualcosa di molto profondo, ovvero la possibilità che le sue parole si spingano oltre la morte così da fornire una testimonianza concreta e duratura di pensieri e ricordi importanti, conservati per sempre per coloro che presto lasceranno<sup>16 26</sup>.

Questa modalità terapeutica è una parte essenziale della cura, per questo motivo deve essere condotta con il cuore e deve essere considerata come un “dare spazio a dei problemi della vita, esperienze e sofferenze in modo che sia un incontro prezioso e dignitoso”<sup>28</sup>.



## MATERIALI E METODI

### 2.1 Obiettivi e quesiti di ricerca

L'obiettivo di questa tesi è quello di ricercare attraverso una revisione della letteratura quali sono le strategie non farmacologiche per gestire il dolore totale nella persona in cure palliative e per ridurre il senso di angoscia presente nella fase finale della vita.

A partire dall'obiettivo, si sono declinati alcuni quesiti di ricerca:

- 1) Come identificare il rischio di sviluppare uno stato di dolore totale nella persona in cure palliative?
- 2) Quali strategie non farmacologiche sono efficaci per gestire il dolore totale e ridurre il senso di angoscia?
- 3) Quali sono le competenze dell'infermiere all'interno del team multidisciplinare per tutelare la dignità nella fase avanzata di malattia?

La revisione della letteratura è stata condotta utilizzando i quattro elementi del PICO (Popolazione/Problema, Intervento, Confronto, Risultati) come descritto in **Tabella 1**:

*Tabella 1: PICO relativi ai quesiti di ricerca*

*PICO relativo al quesito 1*

<b>P</b>	Persona con dolore totale
<b>I</b>	Valutazione del rischio
<b>C</b>	/
<b>O</b>	Riduzione dello sviluppo di dolore totale

*PICO relativo al quesito 2*

<b>P</b>	Persona con dolore totale
<b>I</b>	Strategie non farmacologiche
<b>C</b>	/
<b>O</b>	Gestione del dolore totale e del senso di angoscia

### *PICO relativo al quesito 3*

<b>P</b>	Infermiere nel team multidisciplinare
<b>I</b>	Competenze
<b>C</b>	/
<b>O</b>	Tutela della dignità nella fase avanzata di malattia

## **2.2 Fonti dei dati, parole chiave e analisi degli articoli**

Per la realizzazione della revisione di letteratura è stata effettuata una ricerca bibliografica sul database scientifico PubMed.

Le parole chiave utilizzate sono: total pain, nurse, dignity, patient, adult, caregivers, palliative care, non-pharmacological intervention, anxiety, terminally ill, dignity human, risk, risk assessment, predictors of death.

Per la ricerca degli articoli scientifici sono state realizzate le seguenti stringhe di ricerca:

- (((care,palliative[MeSH Terms]) ) AND (risk)) AND (anxiety[MeSH Terms])
- ((total pain) AND (care, palliative[MeSH Terms])) AND (risk assessment)
- (palliative care[MeSH Terms]) AND (predictors of death anxiety)
- ((care, palliative[MeSH Terms]) AND (anxiety) AND (non-pharmacological interventions)
- (palliative care[MeSH Terms] AND (non-pharmacological interventions) AND total pain
- ((dignity[MeSH Terms]) AND (care,palliative [MeSH Terms])) AND (patient)
- (dignity human[MeSH Term]) AND (terminally ill)
- ((dignity[MeSH Terms]) AND (nurse)) AND (palliative care)

Dalla ricerca tramite le stringhe sopra citate, sono stati reperiti 336 articoli. Sono stati considerati per cinque stringhe solo gli studi compresi tra il 2017 e il 2022, in lingua inglese e italiana; mentre per una stringa di ricerca gli studi sono compresi tra il 2019 e il 2022 in quanto precedentemente non erano presenti articoli riguardanti tale argomento.

La selezione degli articoli è stata eseguita secondo il metodo PRISMA (vedi ALLEGATO 2).

La prima selezione dei risultati è avvenuta per mezzo dell'analisi dei titoli. Sono stati esclusi i titoli non contenenti le parole chiave individuate, non pertinenti all'assistenza al fine vita e alle cure palliative, quelli non pertinenti alle strategie non farmacologiche per alleviare lo stato d'angoscia dell'assistito, quelli non pertinenti al concetto di dignità, quelli riferiti all'area pediatrica e al COVID-19. Successivamente sono stati esaminati gli abstract. Tale selezione ha permesso di individuare 36 studi, con l'esclusione dei duplicati che sono stati considerati solamente nella prima ricerca effettuata.

I risultati della ricerca sono stati descritti nella seguente tabella (Tabella II):

*Tabella II: risultati della ricerca.*

<b>Stringhe di ricerca</b>	<b>Motore</b>	<b>Limiti</b>	<b>Articoli trovati</b>	<b>Articoli selezionati</b>
“(((care,palliative[MeSH Terms]) ) AND (risk)) AND (anxiety[MeSH Terms])”	PubMed	Articoli degli ultimi 5 anni (2022-2017)	26	3
“((total pain) AND (care, palliative[MeSH Terms])) AND (risk assessment)”	PubMed	No limiti	47	1
“(palliative care[MeSH Terms]) AND (predictors of death anxiety)”	PubMed	No limiti	23	6
“((care, palliative[MeSH Terms]) AND (anxiety) AND (non-pharmacological interventions)”	Pubmed	Articoli degli ultimi 5 anni (2022-2017)	9	4
“((palliative care[MeSH Terms]) AND (non-pharmacological interventions)) AND (total pain)”	Pubmed	Articoli degli ultimi 5 anni (2022-2017)	2	2

“((dignity [MeSH Terms]) AND (care,palliative[MeSH Terms])) AND (patient)”	Pubmed	Articoli degli ultimi 5 anni (2022-2017)	47	8
“(dignity human[MeSH Terms]) AND (terminally ill)”	Pubmed	Articoli degli ultimi 5 anni (2022-2017)	124	2
“((dignity[MeSH Terms]) AND (nurse)) AND (palliative care)”	Pubmed	Articoli degli ultimi 3 anni (2022-2019)	13	5
Ricerca libera (Pubmed, Letteratura Grigia)		No limiti	45	5
<b>Totale (esclusi doppi)</b>				<b>36</b>

## RISULTATI

Gli articoli selezionati dopo analisi full text sono 36, rispettivamente 7 studi trasversali, 11 revisioni della letteratura, 2 revisioni sistematiche e meta-analisi, 2 revisioni sistematiche, 1 studio di coorte retrospettivo, 9 studi osservazionali, 2 studi qualitativo descrittivo, 1 studio prospettico, trasversale e multicentrico, 1 studio osservazione e trasversale. Per l'analisi degli articoli è stata redatta una tabella sinottica rappresentativa (Allegato 3).

### 3.1 Valutazione del rischio di sviluppare uno stato di dolore totale

La persona in cure palliative durante il decorso della sua malattia può manifestare un numero elevato di sintomi tra cui: dolore totale, lutto preparatorio, stato d'angoscia, ansia e depressione. Per questo motivo è di fondamentale importanza comprenderne l'entità e identificare i fattori predittivi per erogare un'assistenza adeguata<sup>62</sup>.

Dalla revisione è emersa la presenza di diversi questionari<sup>61 62 63 64 65 67 68 70</sup> rappresentati nella Tabella III.

*Tabella III: scale per la valutazione del rischio di sviluppare uno stato di dolore totale o uno stato d'angoscia nella persona in cure palliative.*

Questionari	
Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS)	Scala analogica dei sintomi: dolore, attività, nausea, depressione, ansia, rabbia/nervosismo, stanchezza, mancanza di appetito, benessere e mancanza del respiro.
Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	Scala che misura l'ansia e la depressione.
Preparatory Grief in Advanced Cancer (PGAC)	Lo scopo di questa scala è di valutare il lutto preparatorio. Si compone di sette sottoscale: autoscienza, adattamento alla malattia, tristezza, rabbia, conforto religioso, sintomi somatici e sostegno sociale percepito.
Terminally III Grief or Depression Scale (TIGDS)	Scala che misura e distingue la preparazione al lutto e la depressione.

Dalla letteratura<sup>62</sup> emerge che eseguire uno screening di routine dei sintomi della persona in cure palliative migliora la qualità della vita, allevia la sofferenza e assicura un'assistenza

incentrata sulla persona. Dal 2010 tutti i centri oncologici regionali in Canada attuano lo screening dei sintomi delle persone attraverso l'Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) in cui hanno valutato come sia fondamentale il comprendere la prevalenza dei sintomi gravi e determinare i loro fattori di rischio negli ultimi sei mesi di vita. Questa scala è composta da 10 quesiti che indagano le diverse dimensioni già indicate in Tabella II e ha un punteggio compreso tra 0 e 100. La scala viene utilizzata per valutare se ci sono dei cambiamenti nella persona rispetto al suo stato emotivo e fisico nell'evoluzione della malattia<sup>62</sup>. Compilata la scala, quest'ultima viene fornita al team multidisciplinare di cura per poterne discutere con la persona. In questo studio si evidenzia che nell'arco degli ultimi sei mesi di vita, negli ultimi tre mesi c'è stato un marcato aumento della prevalenza di punteggi gravi per tutti i sintomi, soprattutto quelli associati alla progressione di malattia. Tuttavia, questo aggravamento dei sintomi, è peggiorato ulteriormente da fattori di rischio che comprendono il vivere nelle aree rurali e quindi l'avere difficoltà ad accedere a cure oncologiche di qualità, i fattori socioeconomici e la disuguaglianza nell'erogazione delle cure. Questo screening si è rivelato di fondamentale importanza nel processo di cura della persona in quanto, solitamente, il 50% dei sintomi passano inosservati ai professionisti sanitari, mentre con l'applicazione di questa scala si può agire in maniera tempestiva con una terapia di supporto e un follow-up costante<sup>62 69</sup>.

In un altro studio, in cui lo scopo era di indagare la prevalenza dello stato d'angoscia e dell'ansia e i suoi rispettivi fattori di rischio, è stata utilizzata l'Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Questa scala è una misura di autovalutazione a 14 voci: 7 elementi sono legati all'ansia e 7 alla depressione<sup>64</sup>. Uno dei fattori che influisce sul senso di ansia delle persone sono i "pensieri preoccupanti"; mentre, a differenza di altri studi analizzati, le persone in fine vita non avevano un incremento dello stato ansioso quando si avvicinavano alla morte e quindi non c'era un'associazione tra ansia e grado di malattia. Per quando riguarda la depressione, invece, si aveva un suo aumento quando le persone si avvicinavano al fine vita. Per la gestione dell'ansia, la letteratura indica il supporto sociale, l'uso di farmaci psicotropi e la spiritualità e religiosità<sup>64</sup>. Un altro studio che utilizza la scala HADS ha rilevato associazioni statisticamente significative tra ansia, depressione, funzione fisica, funzione emotiva e alcuni sintomi (nausea e vomito) ed inoltre la presenza di ansia e depressione nella persona contribuiscono a ridurre la qualità della vita<sup>61</sup>.

Nello studio trasversale comprendente un campione di 221 persone con una prognosi di malattia terminale sono stati utilizzati i questionari ESAS e HADS per indagare la relazione tra Medicine Complementari e Alternative (CAM) e i sintomi psicosomatici nelle persone terminali<sup>65</sup>. Infine, l'ultimo questionario utilizzato comprendeva 10 domande sull'uso di alcuni tipi di CAM (medicinali a base di erbe, coppettazione umida, coppettazione asciutta, massaggio, agopuntura, digitopressione, omeopatia e tecniche di rilassamento) affinché si potesse valutare la loro efficacia nel miglioramento della qualità della vita e nella riduzione dello stress<sup>65</sup>. In questo studio, secondo il questionario ESAS, il livello della percezione dei sintomi fisici nelle persone che utilizzavano la medicina complementare e alternativa, rispetto alle persone che non utilizzavano i metodi CAM, era basso, inoltre la minoranza delle persone ha riferito di avere ansia o depressione da lieve a moderata<sup>65</sup>.

In 3 articoli<sup>67 68 70</sup> emerge come uno dei sintomi maggiormente presente nelle cure palliative è il lutto preparatorio. Il lutto preparatorio è compreso nella sfera psicologica del dolore totale e si riferisce al dolore vissuto dalle persone in fine vita che stanno affrontando la loro morte imminente. Attraverso il lutto preparatorio la persona in fine vita soffre per la perdita di capacità fisiche e cognitive, la propria indipendenza, la perdita di privacy, di dignità e la perdita del proprio ruolo nella famiglia<sup>67 68</sup>. Per misurare l'esperienza del lutto preparatorio sono state utilizzate diverse scale tra cui l'Inventory of Complicated Grief (ICG-R) che è stata progettata per misurare il dolore degli operatori sanitari dopo la morte della persona in cura e, successivamente, è stata modificata per essere utilizzata nelle persone con una diagnosi di malattia terminale. Attraverso la sua applicazione, si è evidenziato che il lutto preparatorio aumenta il rischio di desiderio di morire, aumenta l'uso di servizi di salute mentale e a un comportamento religioso negativo<sup>67</sup>. La Terminally III Grief or Depression Scale (TIGDS) possiede sia una parte riferita al lutto preparatorio, sia una parte riguardante la depressione così da distinguerle tra di loro<sup>67</sup>. Infine è stato utilizzato lo strumento Preparatory Grief in Advanced Cancer (PGAC) che misura attraverso una scala numerica crescente l'incremento del lutto preparatorio per una persona terminale<sup>67 68 70</sup>. Punteggi alti dello strumento PGAC hanno mostrato significative associazioni con lo stato d'angoscia<sup>67</sup>, con disperazione e disagio psicologico (ansia e depressione)<sup>70</sup>; tutti questi sono indicatori importanti da riconoscere e trattare per l'influenza del lutto preparatorio sull'adattamento alla malattia. Infine, emerge che il lutto preparatorio, il disagio psicologico e i sintomi fisici hanno associazioni significative con la percezione della dignità tra i pazienti con cancro

avanzato. Per questo motivo l'infermiere e i professionisti sanitari dovrebbero valutare e occuparsi dei fattori che mettono a rischio la dignità nella cura dei pazienti con malattia terminale<sup>68</sup>. Nella pratica clinica la PGAC è uno strumento valido in quanto aiuta l'infermiere e i professionisti sanitari a identificare le persone che necessitano di un trattamento di supporto specializzato<sup>67 68 70</sup>.

### **3.2 Strategie non farmacologiche per la gestione dello stato d'angoscia dell'assistito e del dolore totale**

L'importanza e la necessità di integrare delle strategie non farmacologiche con le strategie farmacologiche per la gestione dello stato d'angoscia e per il dolore totale emerge in 9 dei 36 studi selezionati.

Dei 9 articoli presi in considerazione 5 propongono delle strategie non farmacologiche per gestire lo stato d'angoscia, l'ansia e la depressione e 4 si focalizzano sulle strategie non farmacologiche adottate nella pratica clinica per gestire il dolore totale (vedi Figura II).

*Figura II: strategie non farmacologiche per la gestione dello stato d'angoscia e del dolore totale dell'assistito.*



In una ricerca trasversale su un campione di 980 medici che lavorano in cure palliative specialistiche nel Regno Unito, è stata esplorata e valutata la gestione dell'ansia nelle persone di cure palliative. L'ansia, comune nelle persone con malattia avanzata, influisce negativamente sulla qualità della vita, sulle relazioni sociali e sulle attività quotidiane impedendo alla persona di affrontare la propria malattia, riducendo la compliance al trattamento, rendendo i sintomi fisici difficili da gestire ed inoltre comporta una diminuzione della fiducia nei confronti del professionista sanitario. Secondo la maggior percentuale di medici, per la gestione dell'ansia viene consigliato un modello di intervento personalizzato e graduale, che prevede la combinazione di trattamenti psicologici/non farmacologici e trattamenti farmacologici in quanto una loro combinazione viene ritenuta più efficace rispetto ai trattamenti singoli. Tra i trattamenti non farmacologici, suggeriti da questa ricerca, per la gestione dell'ansia e dello stato d'angoscia, sono compresi la terapia cognitivo comportamentale (CBT), il supporto di gruppo, la terapia psicologica, la consulenza e alcune terapie complementari e alternative. La terapia cognitivo comportamentale (CBT) si propone di aiutare le persone ad individuare pensieri ricorrenti o ragionamenti disfunzionali e d'interpretazione della realtà, al fine di sostituirli o integrarli con convinzioni realistiche. Un altro ambito di intervento infermieristico non farmacologico per la persona in cure palliative è quello delle terapie complementari e alternative (CAM): si tratta di diverse discipline che spaziano dall'uso di esercizi fisici ed attività fisica, stimolazioni fisiche, chinesiterapia, yoga, tecniche di rilassamento e visualizzazione attraverso immagini, uso della respirazione, approccio mindfulness e molto altro. Queste strategie sono in grado di distogliere l'attenzione della persona dal dolore, ansia e stato d'angoscia aiutandole a rafforzare la loro autostima, il senso di fiducia nei trattamenti e il controllo sul dolore totale. In combinazione con questi trattamenti possono essere somministrate delle terapie farmacologiche come le benzodiazepine (lorazepam, diazepam, midazolam) come farmaci ansiolitici di prima linea in quanto ritenuti statisticamente significativi rispetto agli antidepressivi. Mentre la maggior parte degli intervistati, quando le persone avevano una prognosi di mesi, hanno utilizzato un regime farmacologico impostato sugli antidepressivi come farmaci ansiolitici di prima linea. Nell'articolo si sostiene che i medici di cure palliative hanno difficoltà a gestire l'ansia e lo stato d'angoscia della persona con una malattia terminale in quanto c'è una mancanza di accesso a terapie tempestive non farmacologiche, soprattutto dai servizi di psicologia e psichiatria ed inoltre

si evince il bisogno che tutti i componenti del team di cure palliative abbiano accesso a un'adeguata formazione nel gestire un supporto psicologico<sup>41</sup>.

In un altro articolo sono stati esaminati degli studi randomizzati e controllati per valutare l'effetto degli interventi non farmacologici sulla qualità della vita delle persone in cure palliative. Le cure palliative in questo studio sono considerate una filosofia di cura incentrata sul miglioramento della qualità di vita della persona malata e dei loro familiari nel processo di accettazione della morte<sup>40 44</sup>. Il miglioramento della qualità della vita richiede un approccio olistico basato sia sulle tecniche farmacologiche che sono in grado di gestire i sintomi fisici, sia sulle tecniche non farmacologiche che vanno oltre al sollievo dei sintomi fisici cercando di rafforzare la sfera psicologica, sociale e culturale affinché si possa garantire un maggiore comfort alla persona e una maggiore soddisfazione per le cure di fine vita. Nonostante nell'articolo si sostenga che il coinvolgimento delle cure primarie con interventi non farmacologici siano efficaci ed essenziali per il miglioramento della qualità di vita affinché non insorgano nella persona sentimenti come stato d'angoscia, depressione e ansia, nessuno degli articoli presi in considerazione in questo studio riassume gli interventi necessari per un'adeguata gestione della persona delle cure palliative<sup>40</sup>.

In un altro articolo, in cui si prende in considerazione la Cina e la Svezia, le strategie non farmacologiche utilizzate nel primo paese per migliorare la qualità della vita sono la musicoterapia, l'agopuntura e la fitoterapia cinese (CHM) che alleviano il dolore e i sintomi psicologici come ansia e depressione. In Svezia, invece, gli interventi non farmacologici includevano un'equipe di assistenza domiciliare palliativa, una gestione dei sintomi con trattamento del dolore, massaggio dei tessuti molli, attività di caregiver non farmacologiche, pet therapy e medicina complementare e alternativa (CAM). La Pet Therapy è una strategia non farmacologica che aiuta a migliorare la qualità della vita, lo stato di salute e stimola una partecipazione attiva della persona nel percorso di cura. Secondo lo studio preso in considerazione la conoscenza e la consapevolezza della cultura sono una necessità per i professionisti delle cure palliative per soddisfare i bisogni delle persone in fine vita, soprattutto in Cina in quanto il potere dei familiari è più importante dell'autonomia della persona stessa a differenza della Svezia in cui la persona malata necessita di sentirsi partecipe delle decisioni nella fase avanzata di malattia. Un'altra differenza è il ruolo fondamentale che ha la comunicazione nelle cure palliative: in Cina la morte è un argomento tabù che genera paura evitando in questo modo la comunicazione sulla morte da parte del

personale sanitario e dei familiari. Questo causa un fraintendimento della loro malattia e della loro prognosi negandogli la possibilità di un ultimo addio; mentre in Svezia l'obiettivo delle cure palliative è di creare una comunicazione sensibile, onesta e sicura. Tale studio aiuta a comprendere l'importanza della collaborazione internazionale al fine di consentire agli operatori sanitari di rispondere nei migliori dei modi alla diversità culturale nella pratica basata sull'evidenza<sup>44</sup>.

Nella revisione di McInnerney, D. et al. il supporto psicologico costituisce un elemento fondamentale nell'approccio olistico delle cure palliative<sup>42</sup>. Tuttavia, a livello mondiale i servizi psicologici sono inadeguati a causa delle limitazioni finanziarie e, per questo motivo, in questo articolo viene offerta come soluzione la divulgazione emotiva che consiste nell'incoraggiare la persona ad esprimere o a discutere le sue emozioni o sentimenti per migliorare il proprio benessere. La maggior parte degli studi analizzati hanno riportato un effetto benefico della divulgazione emotiva in quanto, attraverso l'esprimere sentimenti su una combinazione di argomenti differenti tra loro, migliorava significativamente la qualità della vita, il benessere psicologico, il benessere esistenziale, il benessere fisico, la sofferenza, il dolore e le relazioni interpersonali. In questi studi la divulgazione emotiva poteva essere espressa verbalmente, scritta oppure attraverso la combinazione delle precedenti modalità<sup>42</sup>. Nella revisione sono stati identificati cinque temi essenziali per un'efficace attuazione della strategia non farmacologica presa in considerazione. Il primo fattore importante da considerare è l'impatto dello stadio e del tipo di malattia, infatti alcuni studi hanno suggerito che la divulgazione emotiva potrebbe essere adatta a persone nella prima fase di malattia avanzata in quanto potrebbe essere fisicamente più in grado per completare l'intervento<sup>42</sup>. Un altro fattore importante è il garantire un ambiente sicuro dove la persona possa sentirsi a proprio agio nel condividere i propri sentimenti (abitazione della persona o stanza privata) ed inoltre è possibile suggerire la presenza di un familiare in quanto fa sentire la persona al sicuro e supportata. Quando la persona si trova in uno stato avanzato di malattia è fondamentale offrire flessibilità per quanto riguarda le tempistiche e il luogo ed inoltre è importante essere onesti e quindi fornire alla persona chiarezza delle istruzioni per garantire l'aderenza all'intervento non farmacologico. L'ultimo fattore che viene considerato in questo studio è il coinvolgimento e la formazione del personale sanitario affinché ci sia una comunicazione chiara e le abilità adeguate per rispondere e placare le paure della persona<sup>42</sup>.

In quattro degli articoli selezionati uno dei sintomi che colpisce maggiormente le persone in fine vita è il dolore. Quest'ultimo è un sintomo soggettivo che non è influenzato solamente dalla variazione genetica nella percezione del dolore ma è anche influenzato dalle componenti emotive e spirituali<sup>43 57 58 63</sup>. Nel primo articolo, uno studio trasversale che prese in considerazione un campione di 285 soggetti attraverso l'utilizzo delle loro cartelle cliniche in ambito delle cure palliative, considerò efficace la gestione del dolore totale mediante la combinazione della terapia farmacologica e non. La terapia non farmacologica attraverso l'utilizzo di terapie spirituali, psicosociali e culturali è considerata efficace nel ridurre la sofferenza dovuta ai sintomi fisici in quanto possono diminuire emozioni negative come la depressione che influenza significativamente il grado di dolore, mentre, da questo studio, l'ansia e i disturbi del sonno non influenzano significativamente l'aggravarsi del dolore<sup>58</sup>. Nel secondo articolo si analizza l'efficacia della musicoterapia come strategia non farmacologica utilizzata nelle cure palliative in Cina in combinazione con le strategie farmacologiche. Questa combinazione tiene in considerazione oltre alle componenti fisiologiche, anche le componenti del funzionamento umano tra cui personalità, umore, comportamento e relazioni sociali che svolgono un ruolo importante nella gestione del dolore. In questo studio le cure palliative sono essenziali per fornire una migliore gestione del dolore e controllo dei sintomi per le persone con malattia avanzata<sup>43 57 63</sup>.

### **3.3 Tutela della dignità nella fase avanzata di malattia**

Durante la fase avanzata di malattia, un obiettivo fondamentale degli infermieri e del personale sanitario è quello di garantire alle persone in fine vita una "buona morte", con dignità<sup>51 68</sup>. La dignità percepita dalla persona in fase avanzata di malattia può essere un fattore che migliora la qualità di vita oppure un fattore che la peggiora causando una serie di sentimenti come: depressione, ansia, paura, perdita del senso di scopo.

Morire con dignità è un diritto umano fondamentale che deve essere concesso egualmente alle persone e non può essere né tolto né perso<sup>11 22 30 49 59</sup>. Da questo possiamo dedurre che la dignità è un'esperienza soggettiva che può essere influenzata da persone estranee o dalle persone amate e, la sua percezione, cambia con l'avanzare della malattia.

*Tabella IV: competenze e strategie infermieristiche nel team multidisciplinare.*

Competenze e strategie per mantenere integra la dignità della persona
Dignità come diritto umano
Mantenere l'autonomia e l'indipendenza della persona
Alleviare la sintomatologia della persona
Porsi alla persona con rispetto
Avere una visione della persona come "essere umano ed essere sé stessi"
Mantenere delle relazioni significative
Erogare un trattamento e una cura dignitosa
Mantenere una soddisfazione esistenziale/spirituale nella persona
Garantire un'adeguata privacy e un ambiente sicuro e tranquillo
Mantenere la speranza

Secondo 13 articoli selezionati dalla ricerca bibliografica, il modo in cui le persone vedono sé stesse è influenzato dalle attività che esse sono in grado di fare. L'autonomia e l'indipendenza si riferiscono rispettivamente alla misura in cui le persone hanno un senso di controllo sulle loro azioni di vita quotidiana e al grado di dipendenza che la persona ha dagli altri; la capacità di mantenere queste funzioni aumenta l'integrità fisica e psicologica garantendo la dignità nelle persone in fine vita<sup>11 22 25 30 31 32 46 47 49 50 53 56 59</sup>.

Un altro importante aspetto da controllare nella fase avanzata di malattia è la sintomatologia in quanto il sollievo dal disagio dei sintomi fisici, soprattutto il dolore, i cambiamenti dello stato funzionale e i cambiamenti legati all'aspetto fisico, diminuiscono il disagio e l'angoscia legati al progredire della propria malattia<sup>30 31 32 49 50 53 59</sup>.

Nel definire la dignità, il rispetto è spesso una caratteristica principale per le persone, i familiari e i caregivers. In questa fase della malattia avere un atteggiamento rispettoso ed adeguato aiuta la persona ad avere un'immagine positiva di sé mostrando rispetto, non solo

per lui come persona ma anche verso la sua identità, i suoi pensieri, i suoi valori, la sua privacy, le sue scelte e le sue esigenze. Questo aiuta le persone in fine vita a vedersi come “esseri umani” e come “essere sé stessi”, degni di rispetto e valori, stima e diritti e non oggetti o una malattia; indica la continuità del sé individuale attraverso la conservazione del ruolo e il riconoscimento della propria individualità e della propria personalità<sup>11 22 25 30 32 46 47 49 50 53 59</sup>.

L’infermiere e i familiari/caregivers, avendo rispetto per la persona, riusciranno a creare una relazione di cura basata sull’ascolto, sulla comprensione e sulla fiducia. Questa relazione aiuterà la persona malata a considerare il percorso verso la morte come un momento dignitoso se le persone care a lui sapranno donargli amore, renderlo partecipe nel processo decisionale, non sentirsi un peso per la famiglia e soprattutto se quest’ultimi saranno presenti e attivi nell’ascoltare i suoi ultimi pensieri e preoccupazioni. Oltre alle relazioni familiari è importante mantenere una relazione con i professionisti sanitari in quanto migliorano la dignità grazie al loro essere premurosi, attenti, calmi e onesti. Un altro aspetto importante quando si parla di relazione è quella paziente-infermiere attraverso la comunicazione onesta, ovvero fornire e dare informazioni alla persona per farlo sentire apprezzato e di avere ancora il controllo sulla sua vita<sup>22 25 30 32 46 47 49 50 59</sup>.

Nonostante ciò, non bisogna mai togliere alla persona la speranza di poter perlomeno star meglio e di poter vivere più a lungo possibile. Infatti, bisogna far apparire alla persona la vita come duratura, con un significato e uno scopo<sup>22 30 47 52</sup>.

Infine, per mantenere un adeguato ed efficace senso di dignità nella persona in fase avanzata di malattia, è importante limitare interventi invasivi e garantire la privacy del corpo della persona, dello spazio personale e della riservatezza delle informazioni in un ambiente calmo e sicuro<sup>11 22 25 30 31 32 49 53 56 59</sup>.

In uno studio in cui lo scopo era esplorare il significato della dignità della persona in fase avanzata di malattia nella cultura tradizionale cinese emergono quattro temi differenti di dignità sensibile alla loro cultura. La prima è la dignità specifica della cultura e comprende: il “senza stigma”, ovvero la diagnosi di una malattia terminale dai cinesi è considerata una “cosa negativa”, inquietante e causa vergogna nella persona e nella famiglia; i “tratti morali” che sono considerati una componente importante nella cultura tradizionale cinese in quanto delineano come e secondo quali valori ha vissuto e il “volto” per loro inteso come dignità

in quanto indica la reputazione dall'autostima di una persona. Il secondo tema è la dignità a sé stante che comprende tutte le componenti che si riferiscono ai fattori rilevanti per le persone stesse a trovare il loro senso di dignità, tra cui: rimanere sani e vivi, vivere una vita normale come persone normali, pace spirituale, valore della persona e privacy. Il terzo tema è la dignità familiare, ovvero le persone nella lotta contro la malattia cercano di rimanere in vita per poter essere di supporto ai membri della loro famiglia e per evitare loro gravi preoccupazioni. L'ultimo tema riguarda la dignità correlata alla cura e al trattamento dove i professionisti sanitari devono mostrarsi empatici, erogare servizi di alta qualità e tenere in considerazione le opinioni della persona riguardo alle procedure mediche, in quanto questo aumenta in loro il senso di dignità. Rispetto alla cultura occidentale, la cultura cinese tiene maggiormente in considerazione l'armonia e il sostegno familiare ed inoltre in questo studio si evidenzia l'importanza del tenere in considerazione la cultura per poter erogare in maniera adeguata ed efficace l'assistenza alla persona con malattia avanzata<sup>49</sup>.

In 4 articoli selezionati dalla ricerca bibliografica, un ulteriore intervento fondamentale preso in considerazione per il mantenimento della dignità è la Terapia della Dignità. Quest'ultimo è un intervento a breve termine volto a migliorare il senso dello scopo, l'autostima e a ridurre il disagio esistenziale della persona con malattia avanzata. La maggioranza degli studi analizzati in questi due articoli ha riferito che la terapia della dignità li ha aiutati ad accettare il loro stato di malattia, ad aumentare il loro senso di dignità, ad occuparsi delle questioni in sospeso, ad aiutare le proprie famiglie nell'accettare il futuro lutto della persona amata, nel ridurre la sofferenza, la depressione o la tristezza, la sensazione di essere un peso per gli altri e infine ha migliorato la qualità della vita e il benessere spirituale<sup>24 28 29 49 52</sup>. Quest'ultimo può essere migliorato grazie al ruolo della religione e della spiritualità che aiuta la persona e la sua famiglia ad alleviare il dolore<sup>25 51</sup>. La Terapia della Dignità si potrebbe estendere anche alle persone nelle prime fasi della malattia in quanto i risultati forniscono maggiori benefici rispetto alle cure abituali erogate durante l'ospedalizzazione<sup>24 29 51 53</sup>.

Attraverso questa ricerca bibliografica si è visto che con l'avvicinarsi della morte, il mantenimento della dignità e la percezione della dignità della persona in fase avanzata di malattia, necessita un approccio olistico o globale mostrando empatia attraverso un'assistenza individualizzata che metta in primo piano i bisogni, le speranze e i desideri della persona<sup>11 29 30 32 46 51 59</sup>.



## **DISCUSSIONE**

I risultati hanno evidenziato che esistono degli aspetti fondamentali per erogare un'assistenza infermieristica efficace ed adeguata nelle cure palliative rispetto alla dimensione del dolore totale e dello stato di angoscia che spesso accompagna questa fase della vita della persona. Il primo di questi aspetti fondamentali è quello di eseguire uno screening di routine riguardo ai sintomi delle persone. La valutazione del rischio di sviluppare uno stato di dolore totale rappresenterebbe uno strumento efficace per permettere all'infermiere di erogare un'assistenza centrata sulla persona, sull'alleviare la sofferenza e sul mantenimento della qualità della vita. Come sostenne Cicely Saunders nella sua teoria, nei risultati emerge che uno degli strumenti utilizzati per migliorare la qualità della vita delle persone nelle cure palliative è la combinazione di strategie farmacologiche e non, in quanto ritenuta più efficace rispetto ai trattamenti singoli. Con le strategie non farmacologiche l'infermiere gestisce l'ansia, lo stato d'angoscia, il lutto preparatorio e il dolore totale attraverso un supporto psicologico, sociale e spirituale per assicurare alla persona nella fase terminale della vita una morte dignitosa. Per poter acquisire queste competenze, si deve prediligere una formazione ad hoc che consenta ai professionisti sanitari di divenire consapevoli del proprio sapere. Inoltre, alcune strategie non farmacologiche, non sono tecniche di approccio infermieristico ma nonostante ciò è importante che quest'ultimo le conosca per essere in grado di proporle alla persona in Cure Palliative.

La persona con una diagnosi di malattia terminale ha il diritto di ricevere un'assistenza che, qualitativamente, pone al centro la persona. L'infermiere in questa fase delicata deve saper stare al fianco della persona e della famiglia comprendendo la loro sofferenza, rispettando la persona, i suoi desideri e le sue emozioni, mantenere un'adeguata privacy, mantenere un ambiente sicuro e tranquillo, mantenere la speranza, alleviare la sintomatologia per poter permettere alla persona di essere autonomo e indipendente e infine avere una relazione di fiducia significativa paziente-infermiere-famiglia.

La competenza infermieristica nel gestire il dolore totale e nella tutela della dignità si è dimostrata essenziale nelle cure palliative in quanto porta ad un miglioramento della qualità della vita, delle emozioni della persona e della famiglia. Queste competenze sviluppate dall'infermiere sarebbero uno strumento che potrebbero migliorare sia la fase avanzata di

malattia sia la fase terminale della vita della persona non solo in ambito oncologico ma anche a livello di altre realtà ospedaliere e domiciliari.

Nella pratica clinica, per alleviare il dolore totale, la comunicazione e la relazione paziente-infermiere risultano fondamentali quando sono oneste, sincere e sensibili in quanto si viene a creare un rapporto di fiducia reciproco che porta la persona a raccontarsi nella propria intimità senza avere paura di essere giudicato o criticato. La persona malata guarda il professionista sanitario come uno specchio in cui colgono riflessa l'essenza di ciò che essi sono e non soltanto di "quale malattia essi hanno". Per questo motivo, quando parliamo di dolore, nonostante il medico sia l'esperto del trattamento, bisogna sempre riconoscere la persona malata come esperta del proprio corpo, dei suoi desideri, dei suoi valori e della sua storia.

Il dolore totale fino a poco tempo fa era considerato un argomento tabù, di cui non si conosceva e non si teneva in considerazione durante il processo terapeutico e di cura della persona malata. Con gli anni è stato studiato e analizzato in quanto si è notato che la persona con una diagnosi di malattia terminale non presentava solamente un dolore fisico trattabile con strategie farmacologiche, ma presentava uno stato di sofferenza psicologica, fisica, sociale e culturale che influenzavano la qualità della vita e la dignità della persona. Da questo elaborato si può comprendere l'importanza di erogare delle cure olistiche alla persona non solo nelle cure palliative e, per questo motivo, sarebbe importante studiare i possibili effetti benefici delle competenze dell'infermiere nella gestione del dolore totale e della tutela della dignità nell'ambito delle abituali cure ospedaliere per dare diritto a qualsiasi persona di avere una "buona morte".

Inoltre, attraverso vari studi che hanno confermato l'efficacia delle cure palliative, si è ritenuto di evidenziare l'importanza di iniziare il percorso di supporto alla persona e alla famiglia non solo negli ultimi mesi di vita ma fin dalle prime settimane in cui il medico riferisce la diagnosi di malattia terminale alla persona per permettere l'accettazione della stessa e un controllo adeguato del dolore per far comprendere alla persona e alla famiglia che l'infermiere è accanto a loro in questa fase delicata della vita.

## CONCLUSIONE

Con il presente elaborato di tesi si sono indagate le valutazioni del rischio di sviluppare dolore totale nella persona, le strategie non farmacologiche per gestire il dolore totale e lo stato d'angoscia e le competenze dell'infermiere per tutelare la dignità della persona nella fase avanzata di malattia.

È emerso che l'assistenza infermieristica nelle cure palliative è contraddistinta non solo dalla gestione dei sintomi fisici del dolore ma principalmente dalla gestione delle emozioni, sensazioni, preoccupazioni e paure attraverso l'utilizzo di strategie non farmacologiche tra cui il supporto di gruppo, il supporto psicologico, le terapie complementari e alternative (CAM), la terapia cognitivo comportamentale (CBT), la pet therapy, il massaggio dei tessuti molli, la fitoterapia cinese (CHM), l'agopuntura e la divulgazione emotiva. Tutte queste strategie si basano su un'assistenza incentrata sull'aspetto relazionale caratterizzata dall'ascolto attivo, dall'empatia, dall'osservazione e dall'etica professionale.

L'infermiere quindi dovrebbe essere formato al fine di acquisire queste competenze che andranno poi modulate e adattate ai bisogni e alle richieste/desideri della persona.

Con tale revisione della letteratura si è messa in rilevanza l'importanza della valutazione del rischio di sviluppare il dolore totale e lo stato d'angoscia che ne deriva, l'esigenza di ridurlo con strategie non farmacologiche e l'importanza di tutelare la dignità per migliorare la qualità della vita della persona e per ridurre il dolore totale in fase avanzata di malattia.

Inoltre, da questo elaborato è emersa la carenza di letteratura soprattutto nell'ambito italiano, indicando come potrebbe essere necessario istruire il personale sanitario sull'applicazione di scale di valutazione per rilevare il rischio di sviluppare dolore totale e attraverso strategie non farmacologiche e alla tutela della dignità, alleviare questo stato di dolore non solo fisico ma anche spirituale, sociale e culturale al fine di erogare delle cure palliative olistiche incentrate sulla persona e non soltanto sulla malattia.



## BIBLIOGRAFIA

<sup>1</sup>Definizione del dolore secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità(OMS). Disponibile nel sito del Ministero della Salute: <http://www.salute.gov.it>

<sup>2</sup> Wood J. (2021). Cicely Saunders, 'Total Pain' and emotional evidence at the end of life. *Medical humanities*, medhum-2020-012107. Advance online publication. <https://doi.org/10.1136/medhum-2020-012107>

<sup>3</sup> Miccinesi, G., Caraceni, A., Garetto, F., Zaninetta, G., Bertè, R., Broglia, C. M., Farci, B., Aprile, P. L., Luzzani, M., Marzi, A. M., Mercadante, S., Montanari, L., Moroni, M., Piazza, E., Pittureri, C., Tassinari, D., Trentin, L., Turriziani, A., Zagonel, V., & Maltoni, M. (2020). The Path of Cicely Saunders: The "Peculiar Beauty" of Palliative Care. *Journal of palliative care*, 35(1), 3–7. <https://doi.org/10.1177/0825859719833659>

<sup>4</sup> Streeck N. (2020). Death without distress? The taboo of suffering in palliative care. *Medicine, health care, and philosophy*, 23(3), 343–351. <https://doi.org/10.1007/s11019-019-09921-7>

<sup>5</sup> Il dolore cronico in medicina generale. Ministero della Salute, 2010. Disponibile in: [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1257\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1257_allegato.pdf)

<sup>6</sup> Legge 15 Marzo 2010, n.38. Disponibile in: <https://www.parlamento.it/parlam/leggi/100381.htm>

<sup>7</sup> Fanelli, G., Gensini, G., Canonico, P. L., Delle Fave, G., Lora Aprile, P., Mandelli, A., & Nicolosi, G. (2012). Dolore in Italia. Analisi della situazione. Proposte operative [Pain in Italy. Background examination. Operative proposals]. *Recenti progressi in medicina*, 103(4), 133–141. <https://doi.org/10.1701/1068.11703>

<sup>8</sup> Dittborn, M., Turrillas, P., Maddocks, M., & Leniz, J. (2021). Attitudes and preferences towards palliative and end of life care in patients with advanced illness and their family caregivers in Latin America: A mixed studies systematic review. *Palliative medicine*, 35(8), 1434–1451. <https://doi.org/10.1177/02692163211029514>

<sup>9</sup> Dolore totale. Disponibile in: <https://www.fedcp.org/cure-palliative/glossario/dolore-totale>

- <sup>10</sup> Dolore totale. Servizio cure palliative. Disponibile in: <https://www.eoc.ch/dms/site-eoc/documenti/pallclick/sintomi/i2Dcurpal2D015.pdf>
- <sup>11</sup> Chua, K., Quah, E., Lim, Y. X., Goh, C. K., Lim, J., Wan, D., Ong, S. M., Chong, C. S., Yeo, K., Goh, L., See, R. M., Lee, A., Ong, Y. T., Chiam, M., Ong, E. K., Zhou, J. X., Lim, C., Ong, S., & Krishna, L. (2022). A systematic scoping review on patients' perceptions of dignity. *BMC palliative care*, 21(1), 118. <https://doi.org/10.1186/s12904-022-01004-4>
- <sup>12</sup> Hartogh, G.d. Soffrire e morire bene: sul giusto scopo delle cure palliative. *Med Health Care e Philos* 20, 413-424 (2017). <https://doi.org/10.1007/s11019-017-9764-3>
- <sup>13</sup> Federazione Nazionale Collegi Infermieri “Nuovo Codice Deontologico dell’infermiere”, capo IV: rapporti con le persone assistite. Disponibile in: <https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2020/06/Commentario-CD-.pdf>
- <sup>14</sup> DM 739/94: “Profilo professionale dell’infermiere”. Gazzetta Ufficiale, 9 Gennaio 1995, n.6. Disponibile in: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1995/01/09/095G0001/sg>
- <sup>15</sup> Vuksanovic, D., Green, H., Morrissey, S., & Smith, S. (2017). Dignity Therapy and Life Review for Palliative Care Patients: A Qualitative Study. *Journal of pain and symptom management*, 54(4), 530–537.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.07.016>
- <sup>16</sup> Harvey Max Chochinov. Terapia della dignità. Parole per il tempo che rimane.
- <sup>17</sup> Chochinov, H. M., Hack, T., McClement, S., Kristjanson, L., & Harlos, M. (2002). Dignity in the terminally ill: a developing empirical model. *Social science & medicine* (1982), 54(3), 433–443. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(01\)00084-3](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(01)00084-3)
- <sup>18</sup> Chochinov H. M. (2002). Cure che preservano la dignità - un nuovo modello per le cure palliative: aiutare il paziente a sentirsi apprezzato. *JAMA*, 287(17), 2253–2260. <https://doi.org/10.1001/jama.287.17.2253>
- <sup>19</sup> Chochinov, H. M., Hack, T., Hassard, T., Kristjanson, L. J., McClement, S., & Harlos, M. (2005). Dignity therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 23(24), 5520–5525. <https://doi.org/10.1200/JCO.2005.08.391>

- <sup>20</sup> McClement, S., Chochinov, H. M., Hack, T., Hassard, T., Kristjanson, L. J., & Harlos, M. (2007). Dignity therapy: family member perspectives. *Journal of palliative medicine*, *10*(5), 1076–1082. <https://doi.org/10.1089/jpm.2007.0002>
- <sup>21</sup> Sinclair, S., Beamer, K., Hack, T. F., McClement, S., Raffin Bouchal, S., Chochinov, H. M., & Hagen, N. A. (2017). Sympathy, empathy, and compassion: A grounded theory study of palliative care patients' understandings, experiences, and preferences. *Palliative medicine*, *31*(5), 437–447. <https://doi.org/10.1177/0269216316663499>
- <sup>22</sup> Dakessian Sailian, S., Salifu, Y., Saad, R., & Preston, N. (2021). Dignity of patients with palliative needs in the Middle East: an integrative review. *BMC palliative care*, *20*(1), 112. <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00791-6>
- <sup>23</sup> Chochinov, H. M., Kristjanson, L. J., Breitbart, W., McClement, S., Hack, T. F., Hassard, T., & Harlos, M. (2011). Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: a randomised controlled trial. *The Lancet. Oncology*, *12*(8), 753–762. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(11\)70153-X](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(11)70153-X)
- <sup>24</sup> Scarton, L., Oh, S., Sylvera, A., Lamonge, R., Yao, Y., Chochinov, H., Fitchett, G., Handzo, G., Emanuel, L., & Wilkie, D. (2018). Dignity Impact as a Primary Outcome Measure for Dignity Therapy. *The American journal of hospice & palliative care*, *35*(11), 1417–1420. <https://doi.org/10.1177/1049909118777987>
- <sup>25</sup> Harståde, C. W., Blomberg, K., Benzein, E., & Östlund, U. (2018). Dignity-conserving care actions in palliative care: an integrative review of Swedish research. *Scandinavian journal of caring sciences*, *32*(1), 8–23. <https://doi.org/10.1111/scs.12433>
- <sup>26</sup> Svala Berglind Robertson, Elísabet Hjörleifsdóttir, Þórhalla Sigurðardóttir. (2021). Family caregivers' experiences of end-of-life care in the acute hospital setting. A qualitative study, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *36*(3), 686-698. <https://doi.org/10.1111/scs.13025>
- <sup>27</sup> Stievano, A., Sabatino, L., Affonso, D., Olsen, D., Skinner, I., & Rocco, G. (2019). Nursing's professional dignity in palliative care: Exploration of an Italian context. *Journal of clinical nursing*, *28*(9-10), 1633–1642. <https://doi.org/10.1111/jocn.14753>

- <sup>28</sup> Mai, S. S., Goebel, S., Jentschke, E., van Oorschot, B., Renner, K. H., & Weber, M. (2018). Feasibility, acceptability and adaption of dignity therapy: a mixed methods study achieving 360° feedback. *BMC palliative care*, *17*(1), 73. <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0326-0>
- <sup>29</sup> Nunziante, F., Tanzi, S., Alquati, S., Autelitano, C., Bedeschi, E., Bertocchi, E., Dragani, M., Simonazzi, D., Turola, E., Braglia, L., Masini, L., & Di Leo, S. (2021). Providing dignity therapy to patients with advanced cancer: a feasibility study within the setting of a hospital palliative care unit. *BMC palliative care*, *20*(1), 129. <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00821-3>
- <sup>30</sup> Östlund, U., Blomberg, K., Söderman, A., & Werkander Harstäde, C. (2019). How to conserve dignity in palliative care: suggestions from older patients, significant others, and healthcare professionals in Swedish municipal care. *BMC palliative care*, *18*(1), 10. <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0393-x>
- <sup>31</sup> Bovero, A., Sedghi, N. A., Botto, R., Tosi, C., Ieraci, V., & Torta, R. (2018). Dignity in cancer patients with a life expectancy of a few weeks. Implementation of the factor structure of the Patient Dignity Inventory and dignity assessment for a patient-centered clinical intervention: A cross-sectional study. *Palliative & supportive care*, *16*(6), 648–655. <https://doi.org/10.1017/S147895151700102X>
- <sup>32</sup> Bovero, A., Tosi, C., Botto, R., Cito, A., Malerba, V., Molfetta, V., Ieraci, V., & Torta, R. (2020). The Health Care Providers' Perspectives on End-of-Life Patients' Sense of Dignity. A Comparison Among Four Different Professionals' Categories. *Journal of cancer education : the official journal of the American Association for Cancer Education*, *35*(6), 1184–1192. <https://doi.org/10.1007/s13187-019-01577-4>
- <sup>33</sup> Scarton, L. J., Boyken, L., Lucero, R. J., Fitchett, G., Handzo, G., Emanuel, L., & Wilkie, D. J. (2018). Effects of Dignity Therapy on Family Members: A Systematic Review. *Journal of hospice and palliative nursing : JHPN : the official journal of the Hospice and Palliative Nurses Association*, *20*(6), 542–547. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000469>
- <sup>34</sup> Nakano, K., Sato, K., Katayama, H., & Miyashita, M. (2013). Living with pleasure in daily life at the end of life: recommended care strategy for cancer patients from the

perspective of physicians and nurses. *Palliative & supportive care*, 11(5), 405–413. <https://doi.org/10.1017/S1478951512000442>

<sup>35</sup> Jacobs B. B. (2001). Respect for human dignity: a central phenomenon to philosophically unite nursing theory and practice through consilience of knowledge. *ANS. Advances in nursing science*, 24(1), 17–35. <https://doi.org/10.1097/00012272-200109000-00005>

<sup>36</sup> Rantanen, P., Chochinov, H. M., Emanuel, L. L., Handzo, G., Wilkie, D. J., Yao, Y., & Fitchett, G. (2022). Existential Quality of Life and Associated Factors in Cancer Patients Receiving Palliative Care. *Journal of pain and symptom management*, 63(1), 61–70. <https://doi.org/10.1016>

<sup>37</sup> Hemberg, J., & Bergdahl, E. (2020). Ethical sensitivity and perceptiveness in palliative home care through co-creation. *Nursing ethics*, 27(2), 446–460. <https://doi.org/10.1177/0969733019849464>

<sup>38</sup>Grijó, L., Tojal, C., & Rego, F. (2021). Effects of dignity therapy on palliative patients' family members: A systematic review. *Palliative & supportive care*, 19(5), 605–614. <https://doi.org/10.1017/S147895152100033X>

<sup>39</sup> Akin Korhan, E., Üstün, Ç., & Uzelli Yilmaz, D. (2018). Practices in Human Dignity in Palliative Care: A Qualitative Study. *Holistic nursing practice*, 32(2), 71–80. <https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000252>

<sup>40</sup> Seiça Cardoso, C., Monteiro-Soares, M., Rita Matos, J., Prazeres, F., Martins, C., & Gomes, B. (2022). Non-pharmacological interventions in primary care to improve the quality of life of older patients with palliative care needs: a systematic review protocol. *BMJ open*, 12(5), e060517. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-060517>

<sup>41</sup> Atkin, N., Vickerstaff, V., & Candy, B. (2017). 'Worried to death': the assessment and management of anxiety in patients with advanced life-limiting disease, a national survey of palliative medicine physicians. *BMC palliative care*, 16(1), 69. <https://doi.org/10.1186/s12904-017-0245-5>

<sup>42</sup> McInnerney, D., Kupeli, N., Stone, P., Anantapong, K., Chan, J., Flemming, K., Troop, N., & Candy, B. (2021). Emotional disclosure in palliative care: A scoping review of

intervention characteristics and implementation factors. *Palliative medicine*, 35(7), 1323–1343. <https://doi.org/10.1177/02692163211013248>

<sup>43</sup> Zhao, X. X., Cui, M., Geng, Y. H., & Yang, Y. L. (2019). A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of palliative care for pain among Chinese adults with cancer. *BMC palliative care*, 18(1), 69. <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0456-z>

<sup>44</sup> Ahlström, G., Huang, H., Luo, Y., Bökberg, C., Rasmussen, B. H., Persson, E. I., Xue, L., Cai, L., Tang, P., Persson, M., & Huang, J. (2022). Similarities and differences between China and Sweden regarding the core features of palliative care for people aged 60 or older: a systematic scoping review. *BMC palliative care*, 21(1), 35. <https://doi.org/10.1186/s12904-022-00906-7>

<sup>45</sup> Yang, Y. L., Sui, G. Y., Liu, G. C., Huang, D. S., Wang, S. M., & Wang, L. (2014). The effects of psychological interventions on depression and anxiety among Chinese adults with cancer: a meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC cancer*, 14, 956. <https://doi.org/10.1186/1471-2407-14-956>

<sup>46</sup> Viftrup, D. T., Hvidt, N. C., & Prinds, C. (2021). Dignity in end-of-life care at hospice: An Action Research Study. *Scandinavian journal of caring sciences*, 35(2), 420–429. <https://doi.org/10.1111/scs.12872>

<sup>47</sup> Xiao, J., Ng, M., Yan, T., Chow, K. M., & Chan, C. (2021). How patients with cancer experience dignity: An integrative review. *Psycho-oncology*, 30(8), 1220–1231. <https://doi.org/10.1002/pon.5687>

<sup>48</sup> Chua, K., Quah, E., Lim, Y. X., Goh, C. K., Lim, J., Wan, D., Ong, S. M., Chong, C. S., Yeo, K., Goh, L., See, R. M., Lee, A., Ong, Y. T., Chiam, M., Ong, E. K., Zhou, J. X., Lim, C., Ong, S., & Krishna, L. (2022). A systematic scoping review on patients' perceptions of dignity. *BMC palliative care*, 21(1), 118. <https://doi.org/10.1186/s12904-022-01004-4>

<sup>49</sup> Liu, L., Ma, L., Chen, Z., Geng, H., Xi, L., McClement, S., & Guo, Q. (2021). Dignity at the end of life in traditional Chinese culture: Perspectives of advanced cancer patients and family members. *European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society*, 54, 102017. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2021.102017>

- <sup>50</sup> Bovero, A., Sedghi, N. A., Opezzo, M., Botto, R., Pinto, M., Ieraci, V., & Torta, R. (2018). Dignity-related existential distress in end-of-life cancer patients: Prevalence, underlying factors, and associated coping strategies. *Psycho-oncology*, 27(11), 2631–2637. <https://doi.org/10.1002/pon.4884>
- <sup>51</sup> Hayden, L., & Dunne, S. (2022). "Dying With Dignity": A Qualitative Study With Caregivers on the Care of Individuals With Terminal Cancer. *Omega*, 84(4), 1122–1145. <https://doi.org/10.1177/0030222820930135>
- <sup>52</sup> Zhang, Y., Li, J., & Hu, X. (2022). The effectiveness of dignity therapy on hope, quality of life, anxiety, and depression in cancer patients: A meta-analysis of randomized controlled trials. *International journal of nursing studies*, 132, 104273. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104273>
- <sup>53</sup> Obispo, B., Cruz-Castellanos, P., Hernandez, R., Gil-Raga, M., González-Moya, M., Rogado, J., López-Ceballos, H., García-Carrasco, M., Jiménez-Fonseca, P., & Calderon, C. (2022). Perceived Dignity of Advanced Cancer Patients and Its Relationship to Sociodemographic, Clinical, and Psychological Factors. *Frontiers in psychology*, 13, 855704. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.855704>
- <sup>54</sup> Carta dei diritti dei morenti. Fondazione Floriani. [https://fondazionefloriani.eu/wpcontent/uploads/docs/PDF/pubblicazioni%20ff/Carta%20Diritti%20Morenti\\_rev.pdf](https://fondazionefloriani.eu/wpcontent/uploads/docs/PDF/pubblicazioni%20ff/Carta%20Diritti%20Morenti_rev.pdf)
- <sup>55</sup> Robinson, K. L., Connelly, C. D., & Georges, J. M. (2022). Pain and Spiritual Distress at End of Life: A Correlational Study. *Journal of palliative care*, 37(4), 526–534. <https://doi.org/10.1177/08258597221090482>
- <sup>56</sup> Duijn, J. M., Zweers, D., Kars, M. C., de Graeff, A., & Teunissen, S. (2021). Anxiety in Hospice Inpatients With Advanced Cancer, From the Perspective of Their Informal Caregivers: A Qualitative Study. *Journal of hospice and palliative nursing : JHPN : the official journal of the Hospice and Palliative Nurses Association*, 23(2), 155–161. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000729>
- <sup>57</sup> Bovero, A., Digiovanni, Y., Botto, R., & Leombruni, P. (2022). End-of-life cancer patients' total pain: the necessity to supplement pharmacology with psycho-socio-spiritual

treatments. *Pain management*, 10.2217/pmt-2022-0015. Advance online publication. <https://doi.org/10.2217/pmt-2022-0015>

<sup>58</sup> Shatri, H., Putranto, R., Irawan, C., Adli, M., Agung, R. A., Abdullah, V., & Elita, D. (2019). Factors Associated with Pain in Palliative Patients and the Role of Spiritual Services in Pain Management. *Acta medica Indonesiana*, 51(4), 296–302.

<sup>59</sup> Guo, Q., & Jacelon, C. S. (2014). An integrative review of dignity in end-of-life care. *Palliative medicine*, 28(7), 931–940. <https://doi.org/10.1177/0269216314528399>

<sup>60</sup> Yang, Y. L., Sui, G. Y., Liu, G. C., Huang, D. S., Wang, S. M., & Wang, L. (2014). The effects of psychological interventions on depression and anxiety among Chinese adults with cancer: a meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC cancer*, 14, 956. <https://doi.org/10.1186/1471-2407-14-956>

<sup>61</sup> Bužgová, R., Jarošová, D., & Hajnová, E. (2015). Assessing anxiety and depression with respect to the quality of life in cancer inpatients receiving palliative care. *European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society*, 19(6), 667–672. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.04.006>

<sup>62</sup> Bubis, L. D., Davis, L. E., Canaj, H., Gupta, V., Jeong, Y., Barbera, L., Li, Q., Moody, L., Karanicolas, P. J., Sutradhar, R., Coburn, N. G., & Mahar, A. L. (2020). Patient-Reported Symptom Severity Among 22,650 Cancer Outpatients in the Last Six Months of Life. *Journal of pain and symptom management*, 59(1), 58–66.e4. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.08.016>

<sup>63</sup> Kako, J., Kobayashi, M., Kanno, Y., Kajiwara, K., Nakano, K., Morikawa, M., Matsuda, Y., Shimizu, Y., Hori, M., Niino, M., Suzuki, M., & Shimazu, T. (2022). Nursing support for symptoms in patients with cancer and caregiver burdens: a scoping review protocol. *BMJ open*, 12(9), e061866. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-061866>

<sup>64</sup> Kolva, E., Rosenfeld, B., Pessin, H., Breitbart, W., & Brescia, R. (2011). Anxiety in terminally ill cancer patients. *Journal of pain and symptom management*, 42(5), 691–701. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.01.013>

<sup>65</sup> Dehghan, M., Hoseini, F. S., & Zakeri, M. A. (2022). Psychosomatic Symptoms in Terminally Ill Cancer Patients and Its Relation With Using Complementary and Alternative

Medicines: A Cross-Sectional Study in Southeast Iran. *Frontiers in psychiatry*, 13, 871917. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.871917>

<sup>66</sup> Dehghan, M., Hoseini, F. S., Mohammadi Akbarabadi, F., Fooladi, Z., & Zakeri, M. A. (2022). Quality of life in terminally ill cancer patients: what is the role of using complementary and alternative medicines?. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 1–12. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s00520-022-07301-1>

<sup>67</sup> Vergo, M. T., Whyman, J., Li, Z., Kestel, J., James, S. L., Rector, C., & Salsman, J. M. (2017). Assessing Preparatory Grief in Advanced Cancer Patients as an Independent Predictor of Distress in an American Population. *Journal of palliative medicine*, 20(1), 48–52. <https://doi.org/10.1089/jpm.2016.0136>

<sup>68</sup> Kostopoulou, S., Parpa, E., Tsilika, E., Katsaragakis, S., Papazoglou, I., Zygianni, A., Galanos, A., & Mystakidou, K. (2018). Advanced Cancer Patients' Perceptions of Dignity: The Impact of Psychologically Distressing Symptoms and Preparatory Grief. *Journal of palliative care*, 33(2), 88–94. <https://doi.org/10.1177/0825859718759882>

<sup>69</sup> Tsehay, M., Belete, A., & Necho, M. (2022). Epidemiology and associated factors of depression among cancer patients in Ethiopia: protocol for systematic review and meta-analysis. *International journal of mental health systems*, 16(1), 46. <https://doi.org/10.1186/s13033-022-00556-5>

<sup>70</sup> Mystakidou, K., Parpa, E., Tsilika, E., Athanasouli, P., Pathiaki, M., Galanos, A., Pagoropoulou, A., & Vlahos, L. (2008). Preparatory grief, psychological distress and hopelessness in advanced cancer patients. *European journal of cancer care*, 17(2), 145–151. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2007.00825.x>

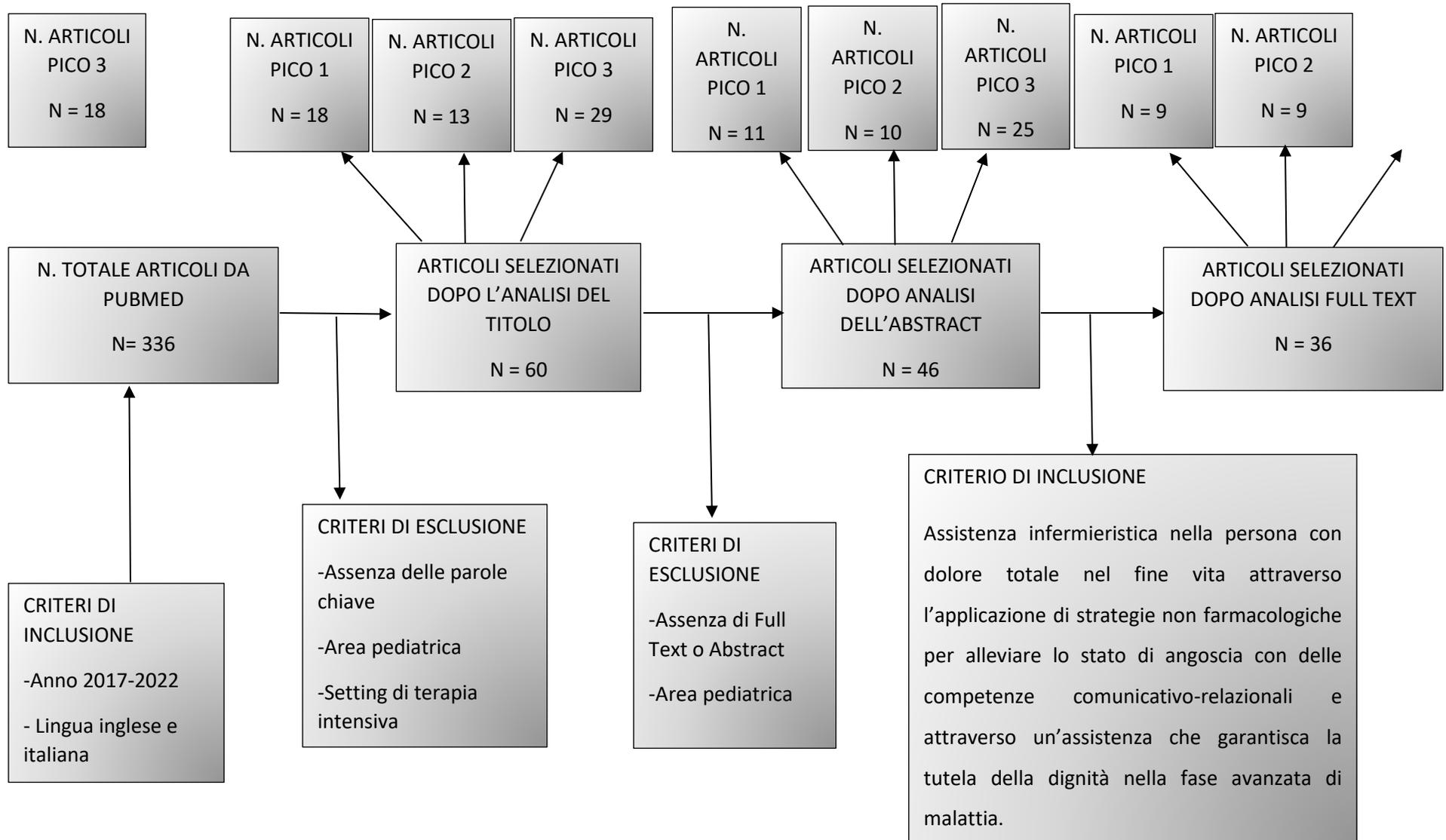
# **ALLEGATI**

## **ALLEGATO 1: CARTA DEI DIRITTI DEI MORENTI**

La “carta dei diritti dei morenti” esprime i diritti delle persone in fine vita:

1. Essere considerato come persona fino alla morte
2. Essere informato sulle sue condizioni, sempre che la persona lo desideri
3. Non essere ingannato e ricevere delle risposte veritiere
4. Partecipare alle decisioni che lo riguardano e rispettare la sua volontà
5. Sollievo dal dolore e dalla sofferenza
6. Cure ed assistenza continue nel luogo in cui desiderano loro
7. Non subire interventi che prolunghino il morire
8. Esprimere le proprie emozioni
9. Ricevere aiuto psicologico e conforto spirituale, secondo le sue convinzioni e la sua fede
10. Avere la vicinanza dei familiari
11. Non morire nell'isolamento e in solitudine
12. Morire in pace e con dignità

## ALLEGATO 2: PRISMA



### ALLEGATO 3: TABELLE SINOTTICHE

((total pain) AND (care, palliative[MeSH Terms])) AND (risk assessment)

N. articolo	Autore/Anno/Rivista	Tipo di studio/Campione	Obiettivo	Risultati principali	Conclusioni
1	Bužgová, R., Jarošová, D., & Hajnová, E. (2015). <b>Assessing anxiety and depression with respect to the quality of life in cancer inpatients receiving palliative care.</b> <i>European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society</i> , 19(6), 667–672.	Studio trasversale. Il campione comprendeva 225 pazienti ricoverati per cancro avanzato.	Lo scopo di questo studio mirava a valutare la presenza di ansia e depressione nei pazienti oncologici che ricevono cure palliative presso un reparto di oncologia utilizzando la Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) e determinare se l'ansia e la depressione contribuiscono a una minore qualità della vita controllata per dolore e gravità della malattia.	L'ansia (HADS-a $\geq 8$ ) è stata riscontrata nel 33,9% e la depressione (HADS-d $\geq 8$ ) nel 47,6% dei pazienti. Punteggi di ansia più elevati sono stati osservati nei pazienti che vivevano con un partner (p = 0,042) e nei pazienti non religiosi (p = 0,045). Sono state trovate correlazioni tra ansia, depressione e tutte le dimensioni della qualità della vita (r = 0,31-0,63). L'analisi di regressione multipla ha mostrato che l'ansia e la depressione contribuiscono a ridurre il funzionamento fisico ed emotivo. I pazienti con ansia (HADS-a $\geq 8$ ) e depressione (HADS-d $\geq 8$ ) hanno	La gestione dell'ansia e della depressione nei pazienti oncologici che ricevono cure palliative può contribuire al miglioramento di alcune dimensioni della qualità della vita.

				riportato una qualità totale della vita inferiore (p <0,01).	
--	--	--	--	--------------------------------------------------------------	--

((care,palliative[MeSH Terms]) AND (risk)) AND (anxiety[MeSH Terms])

N. articolo	Autore/Anno/Rivista	Tipo di studio/Campione	Obiettivo	Risultati principali	Conclusioni
1	Bubis, L. D., Davis, L. E., Canaj, H., Gupta, V., Jeong, Y., Barbera, L., Li, Q., Moody, L., Karanicolas, P. J., Sutradhar, R., Coburn, N. G., & Mahar, A. L. (2020). <b>Patient-Reported Symptom Severity Among 22,650 Cancer Outpatients in the Last Six Months of Life.</b> <i>Journal of pain and symptom management</i> , 59(1), 58–66.e4.	Questo è stato uno studio di coorte retrospettivo sui deceduti oncologici presso i centri oncologici regionali dal 2010 al 2016.	Abbiamo mirato a stimare la prevalenza di sintomi gravi segnalati dai pazienti tra i pazienti oncologici ambulatoriali durante i sei mesi prima della morte e ad identificare i gruppi di pazienti a più alto rischio di riportare sintomi gravi.	Su 39.084 deceduti per cancro, 22.650 hanno avuto una o più valutazioni dei sintomi registrate negli ultimi sei mesi di vita, risultando in 92.757 valutazioni ESAS. I punteggi più alti erano più alti per stanchezza (56%), mancanza di appetito (46%) e benessere alterato (45%). La percentuale di pazienti che riportavano punteggi di sintomi gravi era stabile prima di aumentare progressivamente a tre mesi prima della morte. Anziani, donne, pazienti con comorbidità elevata, immigrati e residenti in	Nonostante un programma integrato di screening dei sintomi, i tassi di punteggio dei sintomi gravi segnalati dai pazienti prima della morte erano elevati per i pazienti ambulatoriali con cancro. I sottogruppi di pazienti ad aumentato rischio di grave sintomatologia possono beneficiare di interventi mirati. La revisione continua dei dati sui sintomi raccolti

				aree urbane o con elevata deprivazione materiale avevano un rischio maggiore di riportare punteggi gravi.	di routine può essere utilizzata per valutare i bisogni di cure di supporto e guidare interventi mirati a livello di sistema sanitario.
2	Kako, J., Kobayashi, M., Kanno, Y., Kajiwara, K., Nakano, K., Morikawa, M., Matsuda, Y., Shimizu, Y., Hori, M., Niino, M., Suzuki, M., & Shimazu, T. (2022). <b>Nursing support for symptoms in patients with cancer and caregiver burdens: a scoping review protocol.</b> <i>BMJ open</i> , 12(9), e061866.	Revisione della letteratura, Tutti gli articoli pubblicati disponibili dall'inizio del database al 31 gennaio 2022 verranno sistematicamente ricercati utilizzando i seguenti database elettronici: PubMed, CINAHL, CENTRAL nella Cochrane Library e Ichushi-Web dei database della Japan Medical Abstract Society.	Lo scopo di questo studio mirava a classificare la fattibilità del supporto infermieristico dalla fase iniziale a quella terminale nella traiettoria della cura del cancro.		

3	<p>Tsehay, M., Belete, A., &amp; Necho, M. (2022). <b>Epidemiology and associated factors of depression among cancer patients in Ethiopia: protocol for systematic review and meta-analysis.</b> <i>International journal of mental health systems</i>, 16(1), 46.</p>	<p>Revisione sistematica e meta-analisi. In questo studio è stata effettuata una ricerca bibliografica sistematica computerizzata in MEDLINE, Scopus, PubMed, Science Direct e Google Scholar. Ogni database è stato cercato dalla data di inizio fino a giugno 2020. Inoltre aggiungeremo anche studiosi e consultazioni di letteratura grigia. Tutti gli articoli saranno inclusi se pubblicati in inglese, che hanno valutato la prevalenza e i fattori associati alla depressione tra i malati di cancro in Etiopia. Le</p>	<p>Lo scopo di questo studio mirava a esaminare la prevalenza e i fattori associati della depressione tra i malati di cancro in Etiopia.</p>		
---	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

		<p>stime aggregate con un intervallo di confidenza (CI) del 95% sono state calcolate con il modello a effetti casuali di DerSimonian-Laird. La distorsione della pubblicazione è stata valutata mediante l'ispezione di grafici a imbuto e test statistici.</p>			
--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

**(palliative care[MeSH Terms]) AND (predictors of death anxiety)**

<b>N. articolo</b>	<b>Autore/Anno/Rivista</b>	<b>Tipo di studio/Campione</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Risultati principali</b>	<b>Conclusioni</b>
1	Kolva, E., Rosenfeld, B., Pessin, H., Breitbart, W., & Brescia, R. (2011). <b>Anxiety in terminally ill cancer patients.</b> <i>Journal of pain and symptom management</i> , 42(5), 691–701.	Studio osservazionale. I partecipanti erano 194 pazienti con cancro terminale. Circa la metà (n=103) riceveva cure ospedaliere in una struttura di cure	Lo scopo di questo studio mirava ad esaminare l'ansia nei malati terminali di cancro, compresa la prevalenza dei sintomi di ansia, la relazione tra ansia e	Sintomi di ansia moderatamente elevati sono stati trovati nel 18,6% dei partecipanti (n=36) e il 12,4% (n=24) presentava sintomi di ansia clinicamente significativi. Il livello di ansia non differiva tra le due	La gravità dei sintomi dell'ansia non differiva tra i siti dello studio, suggerendo che l'ansia può differire dalla depressione e dal desiderio di morte

		palliative e metà (n=91) riceveva cure ambulatoriali in un centro oncologico di cure terziarie.	depressione, le differenze di ansia tra i partecipanti che ricevono cure palliative ospedaliere e quelli che ricevono cure ambulatoriali e le caratteristiche che distinguono altamente ansioso da meno ansioso i pazienti.	impostazioni di trattamento. Tuttavia, i partecipanti che hanno ricevuto cure palliative hanno riportato livelli significativamente più elevati di depressione e desiderio di morte affrettata. Un modello di previsione multivariato indicava che la fede nell'aldilà, il supporto sociale e l'uso di ansiolitici e antidepressivi erano predittori unici e significativi dell'ansia.	affrettata nel corso della durata del cancro terminale.
2	Mystakidou, K., Parpa, E., Tsilika, E., Athanasouli, P., Pathiaki, M., Galanos, A., Pagoropoulou, A., & Vlahos, L. (2008). <b>Preparatory grief, psychological distress and hopelessness in advanced cancer patients.</b> <i>European journal of cancer care, 17</i> (2), 145–151.	Studio osservazionale. Il campione comprendeva 94 pazienti con cancro avanzato trattati in un'Unità di cura del dolore e cure palliative hanno completato la scala Preparatory Grief in Advanced Cancer Patients (PGAC), la scala Greek Hospital	Lo scopo di questo studio mirava a per valutare il processo preparatorio del lutto nei pazienti con cancro avanzato e la sua relazione con la disperazione, la depressione e l'ansia.	La correlazione più forte è stata trovata tra dolore e disperazione ( $r = 0,63$ , $P < 0,0005$ ) e 'autocoscienza' PGAC-1 ( $r = 0,54$ , $P < 0,0005$ ). Allo stesso modo, sono state rilevate forti associazioni tra PGAC totale con ansia (HAD-D) e depressione (HAD-D) ( $P < 0,0005$ ). Sono state rappresentate associazioni significative tra disperazione, depressione e ansia con PGAC-	Depressione, disperazione, ansia e metastasi dei malati terminali contribuiscono alla previsione del lutto preparatorio in questa popolazione.

		Anxiety and Depression (G-HAD) e una misura di disperazione la Beck Hopelessness Scala.		totale così come con i suoi componenti. Sono state ottenute anche associazioni statisticamente significative tra lutto, metastasi (P = 0,073) e istruzione (P = 0,043). Nell'analisi di regressione multipla (metodo invio), l'ansia (P <0,0005) era il più forte predittore di lutto preparatorio seguito da disperazione (P = 0,002), presenza di metastasi (P = 0,004) e depressione (P = 0,033).	
3	Dehghan, M., Hoseini, F. S., & Zakeri, M. A. (2022). <b>Psychosomatic Symptoms in Terminally Ill Cancer Patients and Its Relation With Using Complementary and Alternative Medicines: A Cross-Sectional Study in Southeast Iran.</b> <i>Frontiers in psychiatry</i> , 13, 871917.	Studio trasversale. Lo studio è stato condotto su 221 malati terminali di cancro (basato sullo stadio metastatico e secondo la diagnosi di fisicina) nell'Iran sudorientale.	Lo scopo di questo studio era di indagare la relazione tra medicine complementari e alternative (CAM) e sintomi psicosomatici nei malati terminali di cancro.	L'età media dei partecipanti era 51,66 ± 13,34 anni. La maggior parte dei campioni erano donne, sposate, istruite e disoccupate. Il punteggio medio per i sintomi fisici dei partecipanti secondo ESAS era 22,25 ± 17,57, che era inferiore al punto medio della scala (il possibile punteggio di ESAS era 0-100). Solo il 2,7% (n	Le persone con cancro hanno un livello relativamente basso di sintomi psicosomatici e il motivo principale per l'utilizzo della CAM era alleviare lo stress e l'ansia associati al cancro e curarlo. Tuttavia, i sintomi psicosomatici

				<p>= 6) e lo 0,9% (n = 2) dei partecipanti presentava ansia lieve e moderata, rispettivamente, e i livelli di ansia degli altri partecipanti erano normali. Solo il 7,7% (n = 17) e il 4,1% (n = 9) dei partecipanti presentava rispettivamente una depressione lieve e moderata e i livelli di depressione degli altri partecipanti erano normali. L'anno scorso, l'87,3% dei partecipanti ha utilizzato almeno un tipo di CAM. A parte la preghiera, il 42,1% dei partecipanti ha utilizzato almeno un tipo di CAM nell'ultimo anno. La preghiera è stata utilizzata dall'83,7% dei partecipanti, le piante medicinali dal 35,8%, il massaggio dal 9,5%, gli integratori alimentari dal 3,6%, la coppettazione umida dal 3,2%,</p>	<p>erano gli stessi per gli utenti CAM e non CAM. Poiché così tante persone con cancro usano la CAM, gli studi futuri dovrebbero esaminare perché e come viene utilizzata la CAM.</p>
--	--	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

				<p>il rilassamento e la meditazione dal 2,7%, la coppettazione secca dal 2,4% e l'agopuntura dallo 0,5%. Il motivo comune per l'utilizzo della CAM era ridurre lo stress e l'ansia causati dal cancro e curarlo. Non ci sono state differenze significative nei sintomi fisici e psicologici tra gli utenti CAM e gli utenti non CAM.</p>	
4	<p>Dehghan, M., Hoseini, F. S., Mohammadi Akbarabadi, F., Fooladi, Z., &amp; Zakeri, M. A. (2022). <b>Quality of life in terminally ill cancer patients: what is the role of using complementary and alternative medicines?</b>. <i>Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer</i>, 1–12. Advance online publication.</p>	<p>Studio trasversale. Nell'Iran meridionale, 238 persone con cancro avanzato sono state studiate nei centri di oncologia e negli studi medici. Durante i mesi da gennaio ad agosto 2021, i pazienti sono stati selezionati utilizzando il campionamento di convenienza. Per</p>	<p>Lo scopo del presente studio era di valutare la correlazione tra la qualità della vita e l'uso di diversi metodi CAM nei malati terminali di cancro.</p>	<p>I risultati hanno mostrato che i malati terminali di cancro avevano una buona qualità di vita. L'anno scorso, l'85,7% dei partecipanti ha utilizzato almeno un tipo di CAM. Inoltre, il 45,4% dei partecipanti ha utilizzato solo una forma di CAM, il 30,3% ha utilizzato due tipi di CAM, il 6,7% ha utilizzato tre tipi di CAM e il 3,4% ha utilizzato da quattro a cinque tipi di CAM. Quando tutti gli utenti CAM</p>	<p>Lo studio attuale ha scoperto che l'uso della CAM potrebbe influenzare diversi aspetti della QOL nei malati terminali di cancro. Di conseguenza, è possibile che l'uso della CAM possa aiutare queste persone a migliorare la propria salute e la qualità della vita.</p>

		<p>raccogliere i dati sono stati utilizzati un questionario sulle informazioni demografiche, il questionario di base EORTC sulla qualità della vita e il questionario CAM.</p>		<p>sono stati confrontati con utenti non CAM, gli utenti CAM avevano una QOL sociale e una qualità della vita complessiva significativamente più elevate. Due sottoscale dei sintomi e della funzione della QOL erano correlate con la storia del cancro, il reddito e l'uso delle CAM e i punteggi dei sintomi e della funzione della QOL erano maggiori negli utenti di CAM rispetto agli utenti non CAM. Tra tutte le variabili dello studio, solo l'uso della CAM era correlato alla QOL complessiva tra i malati terminali di cancro.</p>	
5	<p>Vergo, M. T., Whyman, J., Li, Z., Kestel, J., James, S. L., Rector, C., &amp; Salsman, J. M. (2017). <b>Assessing Preparatory Grief in Advanced Cancer Patients as an Independent Predictor of Distress in an American</b></p>	<p>Studio trasversale. Il campione era costituito da cinquantatre pazienti adulti ambulatoriali e ricoverati con neoplasie</p>	<p>Lo scopo di questo studio era di utilizzare lo strumento PGAC in una popolazione americana di pazienti oncologici avanzati per esplorare fattori demografici,</p>	<p>Il punteggio medio PGAC era 26,9 (range 0-70) ed era correlato solo con DT nell'analisi multivariata.</p>	<p>Il lutto preparatorio è stata un'esperienza comune e un quarto dei nostri partecipanti campione ha avuto un lutto significativo. L'angoscia era l'unico</p>

	<b>Population.</b> <i>Journal of palliative medicine</i> , 20(1), 48–52.	solide incurabili di Chicago, IL.	clinici e psicologici che possono predire un maggiore lutto preparatorio.		fattore indipendente (inclusi fattori psicologici, fisici, clinici o demografici) correlato a punteggi più alti del lutto preparatorio.
6	Kostopoulou, S., Parpa, E., Tsilika, E., Katsaragakis, S., Papazoglou, I., Zygogianni, A., Galanos, A., & Mystakidou, K. (2018). <b>Advanced Cancer Patients' Perceptions of Dignity: The Impact of Psychologically Distressing Symptoms and Preparatory Grief.</b> <i>Journal of palliative care</i> , 33(2), 88–94.	Il campione era composto da 120 pazienti con cancro avanzato. I questionari autosomministrati erano i seguenti: il Preparatory Grief in Advanced Cancer Patients (PGAC), il Patient Dignity Inventory-Greek (PDI-Gr), il Greek Schedule for Attitudes to Hastened Death (G-SAHD) e la versione greca della scala dell'ansia e della	Lo scopo di questo studio mirava a valutare la relazione tra la dignità del paziente nel cancro avanzato e le seguenti variabili: disagio psicologico, lutto preparatorio e caratteristiche sociodemografiche e cliniche.	In questo studio sono state trovate correlazioni statisticamente significative da moderate a forti tra le 4 sottoscale di PDI-Gr (stress psicologico, immagine corporea e identità di ruolo, autostima e supporto sociale) con G-HADS, G-SAHD e PGAC ( $P < .005$ ), mentre il disagio fisico e la dipendenza erano moderatamente correlati alla depressione. Le analisi multifattoriali hanno mostrato che il lutto preparatorio, la depressione e l'età influenzavano il disagio psicologico, mentre il lutto preparatorio, la depressione	Il dolore preparatorio, il disagio psicologico e i sintomi fisici avevano associazioni significative con la percezione della dignità tra i pazienti con cancro avanzato. I medici dovrebbero valutare e occuparsi dei fattori che angosciano la dignità nella cura dei pazienti con cancro avanzato.

		depressione ospedaliera (G-HADS).		e lo stato delle prestazioni influenzavano l'immagine corporea e l'identità di ruolo.	
--	--	-----------------------------------	--	---------------------------------------------------------------------------------------	--

**((care, palliative[MeSH Terms]) AND (anxiety) AND (non-pharmacological interventions))**

<b>N. articolo</b>	<b>Autore/Anno/Rivista</b>	<b>Tipo di studio/Campione</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Risultati principali</b>	<b>Conclusioni</b>
1	Seiça Cardoso, C., Monteiro-Soares, M., Rita Matos, J., Prazeres, F., Martins, C., & Gomes, B. (2022). <b>Non-pharmacological interventions in primary care to improve the quality of life of older patients with palliative care needs: a systematic review protocol.</b> <i>BMJ open</i> , 12(5), e060517.	Questo studio è una revisione sistematica e una guida alla meta-analisi.	Lo scopo di questo studio è di valutare l'effetto degli interventi di cure primarie non farmacologiche sulla qualità della vita dei pazienti più anziani (≥65 anni) con necessità di cure palliative.	Considerando una definizione olistica di cure palliative, il coinvolgimento delle cure primarie è essenziale e i suoi professionisti devono essere dotati delle migliori prove scientifiche per fornire cure di buona qualità ai loro pazienti. Pubblicando il protocollo di ricerca, rafforziamo la chiarezza della strategia e minimizziamo il	I risultati della revisione possono essere preziosi e saranno diffusi per aiutare a informare le politiche, gli sviluppi dei servizi e la formazione professionale, al fine di migliorare l'assistenza e quindi la QoL dei

				rischio di bias, in particolare sulla segnalazione selettiva degli esiti.	pazienti e delle loro famiglie.
2	Atkin, N., Vickerstaff, V., & Candy, B. (2017). <b>'Worried to death': the assessment and management of anxiety in patients with advanced life-limiting disease, a national survey of palliative medicine physicians.</b> <i>BMC palliative care</i> , 16(1), 69.	Studio trasversale di tutti i medici che lavorano in cure palliative specialistiche nel Regno Unito e che erano membri dell'Associazione per la medicina palliativa. Questo è stato condotto nel febbraio 2014 utilizzando un questionario online.	Questo studio ha lo scopo di esplorare come i medici di cure palliative valutano e gestiscono l'ansia nei loro pazienti e di identificare le barriere che incontrano.	In questo studio il tasso di risposta è stato del 23% (230/980) e il 61% degli intervistati erano consulenti. La maggior parte non ha utilizzato strumenti per lo screening dell'ansia (87%) e quasi tutti hanno utilizzato il colloquio clinico per diagnosticare l'ansia (99%). Solo l'8% utilizzava criteri psichiatrici. La maggior parte dei medici ha segnalato difficoltà a gestire l'ansia (93%). Solo il 33% pensava di avere una formazione adeguata in questo settore. La maggior parte ha avuto difficoltà ad accedere ai servizi psicologici e/o psichiatrici (71%, 64% rispettivamente). La maggior parte ha utilizzato una combinazione di trattamenti farmacologici e non farmacologici per l'ansia. I	Questa è la prima indagine nazionale sulla valutazione e la gestione dell'ansia nelle cure palliative. I risultati dimostrano l'uso raro di strumenti di screening, la variazione nella pratica di prescrizione, l'uso potenzialmente inappropriato delle benzodiazepine per i pazienti con una prognosi di mesi, lacune formative e scarso accesso ai servizi psicologici e psichiatrici nel Regno Unito. Ciò evidenzia la necessità di una formazione formale,

				<p>farmaci di prima linea più frequentemente prescritti per i pazienti con prognosi da giorni a settimane erano le benzodiazepine (93%), di solito il lorazepam. L'uso delle benzodiazepine rispetto agli antidepressivi era statisticamente significativo (<math>p &lt; 0,001</math>). Per i pazienti con prognosi di mesi, gli antidepressivi sono stati più frequentemente prescritti in prima linea (60%), significativamente più delle benzodiazepine (<math>p &lt; 0,001</math>). Tuttavia, l'uso di benzodiazepine era ancora comune in questo gruppo prognostico con il 47% che le prescriveva in prima linea, a volte in combinazione con un antidepressivo.</p>	<p>ulteriori ricerche sulla gestione farmacologica dell'ansia in questa popolazione e una guida nazionale basata sull'evidenza per supportare il processo decisionale clinico e lo sviluppo dei servizi.</p>
3	McInnerney, D., Kupeli, N., Stone, P., Anantapong, K.,	Questo studio è una revisione che si basa	Lo scopo di questo studio è quello di ottenere una	In questo studio sono stati esaminati	Questo approccio di revisione ha facilitato

	<p>Chan, J., Flemming, K., Troop, N., &amp; Candy, B. (2021). <b>Emotional disclosure in palliative care: A scoping review of intervention characteristics and implementation factors.</b> <i>Palliative medicine</i>, 35(7), 1323–1343.</p>	<p>sull'analisi delle componenti di intervento per combinare le prove dei metodi, dei risultati e dei risultati degli studi sezioni di discussione.</p>	<p>maggior comprensione delle caratteristiche degli interventi basati sulla divulgazione emotiva potenzialmente efficaci in cure palliative da parte di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sviluppare una tassonomia di interventi basati sulla divulgazione emotiva testati in persone con malattia avanzata;</li> <li>- Mappatura e collegamento di obiettivi, risultati, meccanismi sottostanti e fattori di attuazione.</li> </ul>	<p>settemilasettecentonovantadue record unici, di cui sono stati inclusi 25 studi primari.</p> <p>Le caratteristiche dell'intervento sono state raggruppate in classi all'interno di tre domini:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-argomento della divulgazione;</li> <li>- formato;</li> <li>-dose.</li> </ul> <p>La prova non era disponibile per determinare quale delle caratteristiche sia più efficace. La sintesi tematica dell'evidenza da metodi e le sezioni di discussione hanno identificato i fattori da considerare per adattare un intervento basato sulla divulgazione emotiva a questo contesto, tra cui:</p> <p>caratteristiche della popolazione (ad es. tempo trascorso dalla diagnosi), fornendo un ambiente sicuro e flessibilità nel formato.</p>	<p>una comprensione più chiara dei fattori che possono essere fondamentali nello sviluppo emotivo interventi basati sulla divulgazione per le popolazioni palliative.</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

4	<p>Shatri, H., Putranto, R., Irawan, C., Adli, M., Agung, R. A., Abdullah, V., &amp; Elita, D. (2019). <b>Factors Associated with Pain in Palliative Patients and the Role of Spiritual Services in Pain Management.</b> <i>Acta medica Indonesiana</i>, 51(4), 296–302.</p>	<p>In questa revisione della letteratura sono stati utilizzati studi trasversali e sono stati ottenuti dati secondari da cartelle cliniche di 285 pazienti palliativi presso il Dr. Cipto Mangunkusumo Hospital, Jakarta, Indonesia. I dati sono stati elaborati per determinare le caratteristiche psico-socio-demografiche, le relazioni reciproche degli aspetti psicologici e del dolore, e il rapporto tra terapia farmacologica (oppioidi), terapia non farmacologica (servizi spirituali) e</p>	<p>Lo scopo di questo studio è quello di determinare i fattori associati al dolore nei pazienti palliativi e valutare anche se esiste una relazione bidirezionale tra fattori psicologici e dolore. Inoltre questo studio ha lo scopo di valutare se i servizi spirituali svolgono un ruolo nell'alleviare dolore.</p>	<p>La gravità del dolore è risultata significativa nei pazienti con sintomi depressivi (<math>p=0,045</math>), mentre i pazienti con sintomi di ansia (<math>p=0,155</math>) e disturbi del sonno (<math>p=0,619</math>) non aveva alcuna relazione significativa. Il dolore sperimentato dai pazienti palliativi non era statisticamente significativo nel causare depressione (<math>p=0,058</math>), ansia (<math>p=0,107</math>) e disturbi del sonno (<math>p=0,639</math>). Inoltre, la gestione del dolore con oppioidi, i servizi spirituali, o una loro combinazione, si sono rivelati risultati significativi (<math>p=0,022</math>).</p>	<p>Il dolore nei pazienti palliativi è sperimentato principalmente dai malati di cancro e dagli anziani. I fattori psicologici influenzano la condizione del dolore, quindi la gestione che include l'aspetto biopsicosociale sarà in grado di ridurre il dolore in modo significativo</p>
---	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		combinazione di entrambe le terapie nella gestione del dolore.			
--	--	----------------------------------------------------------------	--	--	--

**((palliative care[MeSH Terms]) AND (non-pharmacological interventions)) AND (total pain)**

<b>N. articoli</b>	<b>Autore/Anno/Rivista</b>	<b>Tipo di Studio/Campione</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Risultati principali</b>	<b>Conclusioni</b>
1	Zhao, X. X., Cui, M., Geng, Y. H., & Yang, Y. L. (2019). <b>A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of palliative care for pain among Chinese adults with cancer.</b> <i>BMC palliative care</i> , 18(1), 69.	Studio di tipo meta-analisi. sono state ricercate le quattro banche dati accademiche cinesi più complete, CNKI, Wanfang, Vip e CBM, dal loro inizio fino a luglio 2019. Sono state anche ricercate Medline/PubMed, Web of Science, EBSCO e ricerca su Internet	Lo scopo di questo studio mirava a valutare gli effetti delle cure palliative sul dolore oncologico in Cina.	La presente meta-analisi ha incluso 18 studi con un totale di 1370 pazienti. Il modello a effetti casuali ha mostrato una dimensione dell'effetto significativo delle cure palliative sul dolore oncologico (SMD = 1,475, p <0,001; IC 95% = 1,071-1,878). L'età, le strategie farmacologiche/non farmacologiche e la data di pubblicazione potrebbero, in una	Le cure palliative sono state ampiamente efficaci per alleviare il dolore tra gli adulti cinesi malati di cancro, indicando che un sistema adeguato dovrebbe essere istituito urgentemente per fornire cure palliative ai malati di cancro nelle strutture mediche cinesi.

		(Google e Google Scholar). Sono stati analizzati studi randomizzati e controllati per valutare gli effetti delle cure palliative sul dolore oncologico. Sono state calcolate le stime aggregate degli effetti casuali della differenza media standardizzata (SMD) e degli intervalli di confidenza (CI) al 95%. L'analisi dei sottogruppi è stata condotta moderando i fattori di eterogeneità.		certa misura, spiegare l'eterogeneità attraverso l'analisi dei sottogruppi.	Tuttavia, data l'entità dell'eterogeneità, i nostri risultati dovrebbero essere interpretati con cautela.
2	Ahlström, G., Huang, H., Luo, Y., Bökberg, C., Rasmussen, B. H., Persson, E. I., Xue, L., Cai, L., Tang, P., Persson, M., & Huang, J. (2022). <b>Similarities and</b>	In questa revisione sistematica della letteratura sono state utilizzate le linee guida PRISMA (Preferred Reporting Items for	Lo scopo di questa revisione sistematica di scoping era identificare le caratteristiche del corpo della letteratura ed esaminare le lacune di conoscenza riguardanti la	Dei 15 studi, quattro provenivano dalla Cina continentale e 11 dalla Svezia. Entrambi i paesi includevano pazienti anziani con cancro, ma anche altre malattie allo stadio terminale come	Nonostante l'età elevata dei pazienti partecipanti, non c'era alcun focus su una prospettiva dell'invecchiamento

	<p><b>differences between China and Sweden regarding the core features of palliative care for people aged 60 or older: a systematic scoping review.</b> <i>BMC palliative care</i>, 21(1), 35.</p>	<p>Systematic Reviews) e PICOS (Paziente/popolazione, Intervento, Confronto/controllo e Risultato). Sono stati inclusi studi empirici su pazienti di età pari o superiore a 60 anni, parenti stretti o personale che partecipava a un intervento o a un contesto di cure palliative. Sono stati condotti nella Cina continentale o in Svezia nel periodo 2007-2019.</p>	<p>ricerca sulle Cure Palliative per le persone anziane (&gt; 60 anni) in due sistemi sanitari e culture, Cina continentale e Svezia.</p>	<p>insufficienza cardiaca e demenza. Gli studi differivano per design, metodo e contenuto degli interventi. Lo studio in Cina basato sulla medicina tradizionale cinese riguarda la musica popolare cinese tradizionale. I sei studi qualitativi dalla Svezia erano valutazioni di cinque interventi.</p>	<p>per quanto riguarda le cure palliative. Per adattarsi ai cambiamenti in atto nella maggior parte delle società, la ricerca futura dovrebbe concentrarsi maggiormente sul bisogno di cure palliative degli anziani e dovrebbe tenere conto delle questioni riguardanti l'etica della ricerca, l'etnia e la cultura.</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**((dignity[MeSH Terms]) AND (care,palliative[MeSH Terms])) AND (patient)**

N. articoli	Autore/Anno/Rivista	Tipo di Studio/Campione	Obiettivo	Risultati principali	Conclusioni
-------------	---------------------	-------------------------	-----------	----------------------	-------------

1	<p>Viftrup, D. T., Hvidt, N. C., &amp; Prinds, C. (2021). <b>Dignity in end-of-life care at hospice: An Action Research Study.</b> <i>Scandinavian journal of caring sciences</i>, 35(2), 420–429.</p>	<p>In questo studio è stato applicato un metodo di ricerca-azione con riflessione sulla prassi e azione nella prassi. È stato combinato con metodi di interviste individuali semi-strutturate con dodici pazienti, cinque interviste con il personale e nove interviste di focus group con il personale.</p>	<p>L'obiettivo di questo studio era esplorare e migliorare la dignità nell'assistenza attraverso uno studio di ricerca-azione con pazienti e personale dell'hospice in due diversi hospice in Danimarca.</p>	<p>Dall'analisi dei dati sono emersi tre temi. I temi erano i seguenti: (1) comprensione, (2) contributo e (3) cura olistica. Un'analisi più approfondita ha indicato che la comprensione della dignità da parte del personale si è concentrata principalmente sulla conservazione dell'autonomia dei pazienti, mentre i pazienti hanno espresso il bisogno di aspetti relazionali e spirituali della dignità. Il personale era principalmente preoccupato di preservare l'autonomia dei pazienti nel fornire dignità nelle cure, tuttavia, attraverso l'azione pratica, ha aumentato la consapevolezza della propria prassi e dei bisogni dei pazienti e la comprensione della dignità.</p>	<p>Il modello teorico sulla dignità presentato nello studio ha funzionato anche come mappa per guidare le riflessioni del personale sulla dignità nella prassi e ha facilitato una più ampia focalizzazione sul sostegno e la cura della dignità dei pazienti in cura. Riteniamo che questo studio abbia migliorato la dignità delle cure presso i due hospice coinvolti nello studio.</p>
2	<p>Xiao, J., Ng, M., Yan, T., Chow, K. M., &amp; Chan, C. (2021). <b>How patients with</b></p>	<p>Lo studio è una revisione integrativa. È stata condotta una ricerca</p>	<p>Lo scopo di questo studio è di riassumere e sintetizzare la letteratura empirica</p>	<p>In questo studio nove studi qualitativi e tredici studi quantitativi hanno soddisfatto i</p>	<p>In conclusione l'assistenza che conserva la dignità</p>

	<p><b>cancer experience dignity: An integrative review.</b>  <i>Psycho-oncology</i>, 30(8), 1220–1231.</p>	<p>bibliografica in 11 database utilizzando i termini di ricerca "dignità" OPPURE "esistenzialismo" OPPURE "esistenzialismo" combinati con "cancro".          Lo strumento di valutazione dei metodi misti.</p>	<p>disponibile sull'esperienza della dignità nei pazienti oncologici per quanto riguarda sia la percezione della dignità che i fattori associati.</p>	<p>criteri di selezione e sono stati inclusi nella revisione. I modi in cui i pazienti affetti da cancro hanno percepito la dignità includono autonomia/controllo, rispetto, autostima, connessione familiare, accettazione, speranza/futuro e Dio/religioso. I fattori associati alla dignità includono i dati demografici, il disagio fisico e psicosociale, le esperienze di sofferenza e le strategie di coping.</p>	<p>dovrebbe rispettare l'autonomia umana dei pazienti per rafforzare il loro senso di autostima, accettazione, speranza, rafforzare la connessione familiare e promuovere strategie di coping per controllare i fattori fisici e psicosociali e l'esperienza delle sofferenze che minacciano il loro senso di dignità .</p>
3	<p>Chua, K., Quah, E., Lim, Y. X., Goh, C. K., Lim, J., Wan, D., Ong, S. M., Chong, C. S., Yeo, K., Goh, L., See, R. M., Lee, A., Ong, Y. T., Chiam, M., Ong, E. K., Zhou, J. X., Lim, C., Ong, S., &amp; Krishna, L.</p>	<p>Questo studio è una revisione della letteratura attraverso una ricerca strutturata di PubMed, Embase, PsycINFO, Scopus, CINAHL e Cochrane Database</p>	<p>Lo scopo di questo studio è di eseguire una revisione degli attuali concetti di dignità per migliorare la dignità conservando l'assistenza di fine vita.</p>	<p>Settantottomilacinquecentosettantacinque abstract sono stati identificati, sono stati esaminati 645 articoli e sono stati inclusi 127 articoli. I tre domini identificati erano le definizioni di dignità, le influenze sulla percezione della</p>	<p>In conclusione si afferma che la dignità è intimamente intrecciata con i concetti di personalità di sé e che le misure efficaci di conservazione della dignità alla fine della</p>

	(2022). <b>A systematic scoping review on patients' perceptions of dignity.</b> <i>BMC palliative care</i> , 21(1), 118.	utilizzando analisi tematiche e di contenuto.		dignità e la cura della conservazione della dignità.	vita devono essere guidate dal concetto di dignità del paziente. Questo SSR in SEBA presuppone che tale supporto personalizzato culturalmente sensibile e tempestivo ai pazienti, alla loro famiglia e ai propri cari possa essere possibile attraverso l'applicazione precoce e longitudinale di uno strumento basato sulla teoria dell'anello della personalità.
4	Dakessian Sailian, S., Salifu, Y., Saad, R., & Preston, N. (2021). <b>Dignity of patients with palliative needs in the Middle East: an integrative review.</b>	Lo studio utilizza una revisione integrativa, in cui vengono cercati in quattro database (EMBASE, Psych-Info, CINAHL e PubMed)	Lo scopo di questa rassegna è 1) esplorare la comprensione della dignità e come la dignità viene preservata nei pazienti adulti	Dei 5113 studi recuperati, sono stati valutati 294 testi completi. Sedici studi sono stati inclusi per la sintesi di cui quattordici sono stati pubblicati in Iran. Sette temi sono	I risultati sono compatibili con l'evidenza esistente dal Modello Dignità che accerta che la dignità

	<i>BMC palliative care</i> , 20(1), 112.	un'ampia letteratura sulle cure palliative e sono spesso scelti in altre revisioni. Per migliorare la strategia di ricerca, sono state perquisite manualmente tre riviste online, scansionati elenchi di riferimento di articoli di revisione, e citazioni anticipate cercate. Non sono stati applicati limiti di tempo. I documenti recuperati sono stati valutati in modo indipendente da due autori, inclusa la valutazione della qualità utilizzando lo strumento di valutazione di Hawker.	con bisogni di cure palliative in Medio Oriente 2) valutare criticamente i risultati rispetto al Modello Dignità dominante in letteratura occidentale.	stati sviluppati dopo l'analisi dei dati: Mantenere la privacy e Segretezza; Comunicazione gentile con un dialogo che preserva la speranza invece di dire la verità schietta; Abbondanza caratterizzato da accessibilità alle forniture mediche e stabilità finanziaria; Sostegno familiare soprattutto che quest'ultimi eseguano un'adeguata assistenza nella cura; Idoneità fisica; Assistenza sanitaria affidabile e giustizia sociale che promuova la parità di cure per tutti.	è socialmente mediata e influenzata dalle interazioni e dalla forma fisica. Tuttavia, la dignità del paziente è plasmata anche dalle condizioni socio-politiche, culturali ed economiche del Paese in cui si trova la famiglia di supporto, comunicazione gentile e assistenza sanitaria accessibile sono elementi essenziali.
5	Nunziante, F., Tanzi, S., Alquati, S., Autelitano, C.,	Questo è uno studio a metodo misto che utilizza	Lo scopo di questo studio era di valutare la fattibilità	Sono stati arruolati in totale 37/50 pazienti (74,0%), di cui 28	I risultati del nostro studio supportano

	<p>Bedeschi, E., Bertocchi, E., Dragani, M., Simonazzi, D., Turola, E., Braglia, L., Masini, L., &amp; Di Leo, S. (2021). <b>Providing dignity therapy to patients with advanced cancer: a feasibility study within the setting of a hospital palliative care unit.</b> <i>BMC palliative care</i>, 20(1),</p>	<p>prima e dopo la valutazione e interviste semistrutturate. Cancro i pazienti inviati a un'unità di cure palliative ospedaliere sono stati reclutati e forniti di DT. La durata delle sessioni e sono stati registrati i tempi relativi a ciascuna fase dello studio e sono state eseguite analisi statistiche descrittive. Il disagio relativo alla dignità dei pazienti e il feedback verso l'intervento sono stati valutati attraverso la Dignità del paziente Inventario e Questionario di feedback del paziente sulla terapia Dignity, rispettivamente. Sono</p>	<p>e l'accettabilità di un intervento DT guidato dall'infermiere nel cancro avanzato pazienti che ricevono cure palliative.</p>	<p>(75,7%) hanno completato la valutazione. Nel 76,7% di casi, i pazienti hanno completato l'intervento nel limite di tempo previsto nello studio. Nessuna riduzione statisticamente significativa zione nei punteggi del Patient Dignity Inventory è stata osservata al termine dell'intervento; la maggior parte dei pazienti ha ritenuto che DT fosse utile e soddisfacente. Costruire opportunità di crescita personale e fornire assistenza olistica è emersa tra i facilitatori all'implementazione del DT. Gli infermieri hanno anche evidenziato un impegno di tempo troppo grande e una collaborazione difficile. zione con i colleghi di reparto tra le barriere.</p>	<p>fortemente l'accettabilità della Terapia della Dignità guidata dall'infermiere nelle persone con un cancro avanzato in ambiente ospedaliero. La Terapia della Dignità ha aiutato i pazienti a trovare uno scopo, a trovare l'identità di sé e connessione con la propria famiglia. È semplice la menzione da parte di infermieri qualificati potrebbe promuovere sia la loro crescita personale e professionale, e potenzialmente</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>state intervistate tre infermiere la loro esperienza nella realizzazione dell'intervento e i dati sono stati analizzati qualitativamente.</p>			<p>migliorare la qualità dell'assistenza fornita ai pazienti, con riferimento all'approccio olistico alla base del protocollo della Terapia della Dignità. Tuttavia, la fattibilità è limitata dalla professionalità, i limiti di tempo dei professionisti e la mancanza di riconoscimento. Sono necessarie ulteriori ricerche per nascondere il tempo vincoli e la mancanza di risorse, con la possibilità di trasferire i potenziali benefici della DT in clinica la pratica.</p>
--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

6	<p>Scarton, L., Oh, S., Sylvera, A., Lamonge, R., Yao, Y., Chochinov, H., Fitchett, G., Handzo, G., Emanuel, L., &amp; Wilkie, D. (2018). <b>Dignity Impact as a Primary Outcome Measure for Dignity Therapy.</b> <i>The American journal of hospice &amp; palliative care</i>, 35(11), 1417–1420.</p>	<p>In questo studio è stato utilizzato il Dignity Impact Scale (DIS), conducendo una rianalisi dei dati post-test da a ampio studio randomizzato controllato(RCT) multisito a 3 bracci. I partecipanti stavano ricevendo un hospice/cure palliative (n ¼ 326, 50,6% femmine, età media ¼ 65,1 anni, 89,3% bianchi, tutti con una malattia terminale con 6 mesi o meno di aspettativa di vita). Sono stati randomizzati a cure palliative standard (n = 111), cure centrate sul</p>	<p>Lo scopo di questo studio di analisi secondaria era quello di esaminare le proprietà di una nuova misura di impatto sulla dignità.</p>	<p>Il punteggio Dignity Impact Scale medio del gruppo della Dignity Therapy era significativamente più alto rispetto al punteggio medio delle cure abituali e delle cure incentrate sulla persona.</p>	<p>Abbiamo scoperto che, rispetto ad entrambi gli altri gruppi, i pazienti che hanno ricevuto DT hanno riportato un DIS significativamente più alto. Il DT aiuta le persone in fine vita sulla creazione di significato, sulla preparazione alla morte e sui compiti di completamento della vita. Proponiamo che il DIS sia utilizzato come misura di esito primario nella valutazione degli effetti del DT.</p>
---	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>cliente (n = 107) o DT (n = 108). Misura: Il 7-item DIS è stato derivato da elementi selezionati in un questionario di feedback del paziente DT post-test. Il DIS aveva una forte consistenza interna.</p>			
7	<p>Liu, L., Ma, L., Chen, Z., Geng, H., Xi, L., McClement, S., &amp; Guo, Q. (2021). <b>Dignity at the end of life in traditional Chinese culture: Perspectives of advanced cancer patients and family members.</b> <i>European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society</i>, 54, 102017.</p>	<p>Questo studio qualitativo è stato condotto tra marzo e luglio 2019 con 15 pazienti oncologici avanzati e 10 membri della famiglia in un ospedale terziario a Pechino, in Cina.</p>	<p>Lo scopo di questo studio mirava a esplorare il significato della dignità del paziente alla fine della vita nella cultura tradizionale cinese dal punto di vista dei malati di cancro avanzato e dei loro familiari.</p>	<p>I risultati di questo studio dicono che la dignità alla fine della vita nella cultura tradizionale cinese è stata classificata in quattro categorie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- dignità culturale specifica, compresi i temi dell'assenza di stigma, tratti morali e "volto";</li> <li>- dignità personale, compresi i temi del rimanere in salute e in vita, vivere una vita normale come persona normale, pace spirituale, valore personale e privacy;</li> </ul>	<p>In conclusione la dignità del paziente alla fine della vita nella cultura tradizionale cinese era rilevante per la cultura, gli individui, la loro famiglia e le cure e le cure che ricevevano. La dignità del paziente dovrebbe essere supportata dagli sforzi collaborativi della famiglia e degli operatori sanitari, e nel frattempo tenendo conto del background</p>

				<ul style="list-style-type: none"> <li>- la dignità relativa alla famiglia, compresi i temi che riguardano la famiglia, il non essere un peso per la famiglia e il sostegno familiare;</li> <li>- dignità correlata all'assistenza e al trattamento, compresi i temi del rispetto, del servizio di alta qualità e della divulgazione di informazioni e del processo decisionale basato sul consenso.</li> </ul>	culturale del paziente, dei desideri e dei valori personali.
8	Bovero, A., Sedghi, N. A., Opezzo, M., Botto, R., Pinto, M., Ieraci, V., & Torta, R. (2018). <b>Dignity-related existential distress in end-of-life cancer patients: Prevalence, underlying factors, and</b>	Studio trasversale. Il campione era composto da duecentosette pazienti oncologici con un Performance Status di Karnofsky $\leq 50$ e un'aspettativa di vita di 4 mesi o meno sono stati	Lo scopo di questo studio era di valutare la prevalenza del disagio esistenziale correlato alla dignità (DR-ED) in un campione di pazienti oncologici in fine vita e ad esplorare il "distress	Da questo studio si può osservare che il disagio esistenziale, correlato alla dignità, era un problema/problema principale per il 18,8% dei pazienti, specialmente per i più giovani e per le persone più demoralizzate. L'analisi fattoriale ha supportato 2	Questo studio ha mostrato come la DR-ED sia un problema rilevante per i pazienti prossimi alla morte e ha inoltre evidenziato 2 fattori sottostanti. Inoltre, questo studio

	<p><b>associated coping strategies.</b> <i>Psychoncology</i>, 27(11), 2631–2637.</p>	<p>esaminati con le seguenti misure di autovalutazione: PDI-IT, Demoralizzazione Scale (DS-IT) e Brief Coping Orientation to Problema riscontrato (Brief-COPE).</p>	<p>esistenziale" attraverso il Patient Dignity Inventory (PDI-IT) struttura interna sottoscala e sue associazioni con diverse strategie di coping.</p>	<p>dimensioni etichettate "auto-discontinuità" e "perdita di autonomia personale", che rappresentano il 58% della varianza. Gli stili di coping con reframing positivo (<math>\beta = -0,146</math>, <math>P &lt; 0,05</math>) e auto-colpa (<math>\beta = 0,247</math>, <math>P &lt; 0,001</math>) sono emersi come predittori significativi di DR-ED.</p>	<p>può aiutare gli operatori sanitari in oncologia e cure palliative a valutare la DE nella loro valutazione multidimensionale, per preservare il benessere esistenziale dei pazienti e promuovere una migliore qualità della morte. Questo approccio può essere applicato a pazienti affetti non solo da cancro, ma anche da malattie che limitano la vita o mettono a rischio la vita in generale.</p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**(human dignity[MeSH Term]) AND (terminally ill)**

N. articoli	Autore/Anno/Rivista	Tipo di Studio/Campione	Obiettivo	Risultati principali	Conclusioni
1	Hayden, L., & Dunne, S. (2022). <b>"Dying With Dignity": A Qualitative Study With Caregivers on the Care of Individuals With Terminal Cancer.</b> <i>Omega</i> , 84(4), 1122–1145. <a href="https://doi.org/10.1177/003022820930135">https://doi.org/10.1177/003022820930135</a>		Lo scopo di questo studio era quello di esaminare gli atteggiamenti e le percezioni dei membri della famiglia riguardo alla loro scelta di cura in caso di malattia terminale, sulla base della loro esperienza nel ruolo di caregiver, mentre una persona cara era malata terminale.		
2	Zhang, Y., Li, J., & Hu, X. (2022). <b>The effectiveness of dignity therapy on hope, quality of life, anxiety, and depression in cancer patients: A meta-analysis of randomized controlled trials.</b>	Studio di meta-analisi di studi randomizzati e controllati.	Lo scopo di questo meta-analisi studio era di identificare l'efficacia della terapia della dignità sulla speranza, la qualità della vita, l'ansia e la depressione nei pazienti oncologici.	In questo studio sono stati inclusi quattordici studi randomizzati controllati pubblicati tra il 2011 e il 2021. La maggior parte degli studi è stata valutata con alcune preoccupazioni. La certezza dell'evidenza in questa revisione variava da bassa ad alta tra i	La terapia della dignità può essere efficace per migliorare la speranza, l'ansia e la depressione tra i malati di cancro adulti, ma l'effetto sulla qualità della vita non è significativo. La

	<p><i>International journal of nursing studies, 132, 104273.</i></p>			<p>risultati. La meta-analisi ha mostrato effetti statisticamente significativi della terapia della dignità sulla speranza, ansia e depressione al post-intervento dopo la Terapia della Dignità. L'analisi ha rivelato che la terapia della dignità aveva un effetto sostenibile sull'ansia e depressione a un mese dopo l'intervento. Tuttavia, nel nostro studio non è stato riscontrato alcun effetto statisticamente significativo sulla qualità della vita.</p>	<p>terapia della dignità su misura per la cultura dovrebbe essere ulteriormente focalizzata ed esplorata. Ulteriori studi randomizzati e controllati con campioni di dimensioni maggiori, tempi di follow-up multipli e disegni di studio rigorosi dovrebbero essere ulteriormente condotti per identificare l'effetto della terapia della dignità sui pazienti oncologici.</p>
--	----------------------------------------------------------------------	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

((dignity[MeSH Terms]) AND (nurse)) AND (palliative care)

N. articoli	Autore/Anno/Rivista	Tipo di Studio/Campione	Obiettivo	Risultati principali	Conclusioni
1	Harståde, C. W., Blomberg, K., Benzein, E., & Östlund, U. (2018). <b>Dignity-conserving care actions in palliative care: an integrative review of Swedish research.</b> <i>Scandinavian journal of caring sciences</i> , 32(1), 8–23.	È stata condotta una revisione integrativa della letteratura utilizzando i database SwePub e SweMed+. Gli articoli pubblicati dal 2006 al 2015 e le tesi pubblicate dal 2000 al 2015 sono stati ricercati utilizzando i termini “dignità” e “cure palliative”. Le sezioni dei risultati di articoli e tesi sono state riviste per le azioni di cura di conservazione della dignità sintetizzate dall'analisi tematica e classificate in temi e sottotemi nel modello di dignità di Chochinov.	Lo scopo di questa revisione integrativa mirava a trovare suggerimenti dalla letteratura di ricerca svedese su quale tipo di azioni di cura possono preservare la dignità.	A seguito della revisione dell'articolo sono state suggerite delle azioni di cura del modello della dignità tra cui: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ascolto</li> <li>- Comunicazione</li> <li>- Informazione</li> <li>- Il controllo dei sintomi</li> <li>- Agevolazione della vita quotidiana</li> <li>- Inclusione della persona nel processo decisionale.</li> </ul> <p>Inoltre, la percettività degli infermieri nei confronti della persona</p>	Da questo studio emergono suggerimenti culturalmente rilevanti su come affrontare specifiche preoccupazioni relative alla dignità. Il Dignity Care Intervention adattato sarà un modo per gli infermieri svedesi di fornire cure palliative incentrate sulla persona che conserveranno la dignità dei pazienti.

				viene considerato un approccio fondamentale.	
2	Östlund, U., Blomberg, K., Söderman, A., & Werkander Harstäde, C. (2019). <b>How to conserve dignity in palliative care: suggestions from older patients, significant others, and healthcare professionals in Swedish municipal care.</b> <i>BMC palliative care</i> , 18(1), 10.	Questo studio ha utilizzato un disegno descrittivo con un approccio qualitativo. I dati di 20 partecipanti sono stati raccolti attraverso interviste individuali semi-strutturate con pazienti (n = 3), SO (n = 4), due focus group con infermieri (n = 9) e un focus group con medici (n = 4) in due Comuni svedesi. Questi dati sono stati analizzati in modo deduttivo utilizzando l'analisi qualitativa del contenuto con il modello della dignità di Chochinov come struttura.	Lo scopo di questo studio era di suggerire azioni di cura per la conservazione della dignità nelle cure palliative dal punto di vista dei pazienti, degli altri significativi (SO) e degli operatori sanitari (HP) nell'assistenza municipale in Svezia.	Con il modello di dignità di Chochinov come quadro, le azioni di cura basate sui suggerimenti delle persone sono state identificate e presentate in tre temi: preoccupazioni relative alla malattia, repertorio di conservazione della dignità e inventario della dignità sociale. Lo studio ha trovato sia azioni di cura concrete specifiche che approcci più generali. Tali approcci generali si sono rivelati rilevanti per diverse questioni relative alla dignità, come atteggiamenti e comportamenti	Quello che emerge da questo studio è che l'adattamento di un DCI da un contesto scozzese a uno svedese ha aggiunto azioni di cura rilevanti per la pianificazione collaborativa dell'assistenza individualizzata nei dialoghi reciproci tra gli infermieri e coloro di cui si prendono cura. L'intervento adattato, DCI-SWE, ha il potenziale per aiutare gli infermieri a fornire cure palliative di qualità basata sull'evidenza.

				<p>onnicomprensivi.</p> <p>Tuttavia, questi approcci generali potrebbero anche essere rilevanti come azioni di cura specifiche per preservare la dignità in relazione a determinati problemi. Anche le azioni di cura sono collegate tra loro, mostrando l'importanza di una prospettiva olistica nella conservazione della dignità.</p>	
3	<p>Obispo, B., Cruz-Castellanos, P., Hernandez, R., Gil-Raga, M., González-Moya, M., Rogado, J., López-Ceballos, H., García-Carrasco, M., Jiménez-Fonseca, P., &amp; Calderon, C. (2022). <b>Perceived Dignity of Advanced Cancer Patients and Its Relationship to</b></p>	<p>Studio prospettico, trasversale e multicentrico è stato condotto in 15 dipartimenti di oncologia in Spagna. Sono stati inclusi i pazienti con cancro localmente avanzato, non resecabile o metastatico candidati al trattamento sistemico.</p>	<p>Lo scopo di questo studio è quello di analizzare la dignità percepita dei pazienti con cancro avanzato sottoposti a trattamento sistemico e la loro relazione con fattori sociodemografici, clinici e psicologici.</p>	<p>n totale di 508 pazienti sono stati reclutati tra febbraio 2020 e ottobre 2021. La maggior parte erano maschi, di età &gt; 65 anni, con tumori digestivi (41%) e malattia metastatica alla diagnosi. I soggetti sono stati classificati come aventi</p>	<p>La dignità auto-percepita nei pazienti oncologici in fase avanzata è significativamente associata a fattori psicologici, disagio psicologico, incertezza, minore supporto sociale. La conoscenza di queste interazioni specifiche è</p>

	<p><b>Sociodemographic, Clinical, and Psychological Factors.</b>  <i>Frontiers in psychology, 13,</i>  855704.</p>			<p>una dignità percepita bassa (56%, N = 283) o alta (44%, N = 225). I pazienti di età <math>\geq 65</math> anni, con uno stato basale peggiore (ECOG <math>\geq 1</math>) e una sopravvivenza stimata a 18 mesi peggiore avevano livelli più bassi di dignità percepita. Le persone con una dignità percepita inferiore hanno ottenuto punteggi più alti per preoccupazione ansiosa e disperazione e più bassi per atteggiamento positivo. Hanno anche mostrato livelli più elevati di ansia, depressione e sintomi somatici, maggiore incertezza e minore supporto sociale.</p>	<p>importante per cure palliative adeguate e complete.</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------

4	<p>Bovero, A., Tosi, C., Botto, R., Cito, A., Malerba, V., Molfetta, V., Ieraci, V., &amp; Torta, R. (2020). <b>The Health Care Providers' Perspectives on End-of-Life Patients' Sense of Dignity. A Comparison Among Four Different Professionals' Categories.</b> <i>Journal of cancer education : the official journal of the American Association for Cancer Education</i>, 35(6), 1184–1192.</p>	<p>Un campione di 306 operatori sanitari ha completato il Patient Dignity Inventory-Italian Version (PDI-IT) adattato per loro e un colloquio scritto semi-strutturato ad hoc. Le loro risposte sono state quindi analizzate utilizzando le frequenze delle risposte al PDI-IT, un'analisi multivariata della varianza, l'indice di correlazione di Pearson, ttest e analisi dei contenuti. Tutti gli operatori sanitari hanno valutato molto la rilevanza per gli aspetti fisici legati alla dignità, seguita dal disagio psicologico.</p>	<p>Questo studio mirava a indagare le prospettive sul senso di dignità dei pazienti in fine vita tra quattro diverse categorie di professionisti: assistenti infermieri, infermieri, psicologi e medici</p>	<p>Gli assistenti infermieristici e gli infermieri hanno fornito punteggi più alti nelle sotto scale PDI psicologiche, esistenziali e spirituali rispetto agli altri gruppi di operatori sanitari. La sfera sociale è stata valutata come la meno saliente per il senso di dignità dei pazienti. I medici che hanno frequentato un corso sulla dignità hanno considerato maggiormente le dimensioni della dignità psicologica ed esistenziale. Le differenze di ruolo e di competenze potrebbero portare a diverse prospettive degli</p>	<p>Questo studio contribuisce ulteriormente all'indagine delle prospettive degli operatori sanitari sulla dignità nell'assistenza EOL e mira ad aprire una conversazione sulla questione cruciale della dignità del paziente, una questione che è della massima importanza da gestire efficacemente nelle persone nel fine vita. Le differenze emerse nelle prospettive e nelle sensibilità verso la dignità dei pazienti tra gli operatori sanitari sottolineano l'importanza di incoraggiare lo scambio e il dibattito degli</p>
---	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

				operatori sanitari sulla dignità, mentre il lavoro multidisciplinare potrebbe favorire il loro allineamento. Pertanto, è essenziale incoraggiare lo scambio comunicativo e la consapevolezza riflessiva degli operatori sanitari attraverso la formazione, ad esempio corsi, seminari e focus group.	operatori sanitari sulla dignità nella pratica clinica quotidiana. Ciò potrebbe favorire l'integrazione di diverse riflessioni che portino a un ragionamento più approfondito di una "scelta terapeutica dignitosa" centrata sul paziente che valorizzi adeguatamente i bisogni personali specifici di ciascun paziente.
5	Mai, S. S., Goebel, S., Jentschke, E., van Oorschot, B., Renner, K. H., & Weber, M. (2018). <b>Feasibility, acceptability and adaption of dignity therapy: a mixed methods study achieving 360° feedback.</b> <i>BMC palliative care</i> , 17(1), 73.	Si tratta di uno studio clinico multicentrico con metodi misti, in cui pazienti e parenti hanno fornito dati quantitativi (questionari di feedback) e qualitativi (interviste cognitive) sull'intervento DT. Lo studio si è svolto presso due PCU tedesche (Magonza e Würzburg). Gli operatori sanitari partecipanti erano medici,	Lo scopo di questa ricerca era quello di condurre uno studio a metodi misti presso due PCU tedesche, a Magonza (M) e Würzburg (W). Gli obiettivi del nostro studio erano: tradurre il DTQP e, se necessario,	Dall'analisi dell'articolo è emerso che la Dignity Therapy potrebbe essere una parte essenziale della cura interdisciplinare per le persone in fine vita se condotta con il cuore e dando spazio a problemi di vita, esperienze e	La Dignity Therapy appare come un intervento fattibile e promettente in Germania per le persone che si avvicinano alla fine della vita.

		psicologi, infermieri e cappellani. I pazienti ricoverati alle PCU potevano partecipare se avevano una malattia terminale e un'aspettativa di vita compresa tra 2 settimane e 12 mesi.	adattare il quadro delle domande e testare la fattibilità e l'accettabilità della Dignity Therapy in un ambiente ospedaliero.	sofferenze rendendo il fine vita dignitoso.	
--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------	--

**Ricerca libera (Pubmed, letteratura grigia)**

<b>N. articolo</b>	<b>Autore/Anno/Rivista</b>	<b>Tipo di studio/Campione</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Risultati principali</b>	<b>Conclusioni</b>
1	Guo, Q., & Jacelon, C. S. (2014). <b>An integrative review of dignity in end-of-life care.</b> <i>Palliative medicine</i> , 28(7), 931–940.	Questo studio è un articolo di revisione integrativa. Per condurre l'analisi dei dati sono state seguite strategie metodologiche specifiche del metodo di revisione integrativa proposto da Whittemore e Knafl.	Lo scopo di questo studio era quello di sintetizzare il significato di morire con dignità e identificare aspetti comuni della dignità nelle cure di fine vita.	I temi del morire con dignità sono i seguenti: diritto umano, autonomia e indipendenza, sollievo dal disagio dei sintomi, rispetto, essere umani ed essere sé stessi, relazioni significative, trattamento e cura dignitosi,	Questa revisione ha chiarito il significato di morire con dignità e sintetizzato aspetti comuni della dignità nell'assistenza di fine vita. Sono

				<p>soddisfazione esistenziale, privacy e ambiente calmo. I fattori che influenzano la dignità includono fattori demografici, correlati alla malattia e al trattamento/assistenza, oltre alla comunicazione. Sono stati segnalati modelli di dignità nelle cure di fine vita e strumenti per misurare la dignità. Gli interventi a sostegno della dignità hanno sottolineato il supporto fisico, psicologico e spirituale non solo ai pazienti morenti ma anche ai familiari.</p>	<p>necessarie ulteriori ricerche per valutare il significato di morire con dignità attraverso le culture e per esplorare l'assistenza individualizzata basata sulla dignità.</p>
2	<p>Bovero, A., Sedghi, N. A., Botto, R., Tosi, C., Ieraci, V., &amp; Torta, R. (2018). <b>Dignity in cancer patients with a life expectancy of a few weeks. Implementation of</b></p>	<p>Studio trasversale. I pazienti sono stati reclutati presso l'ospizio "Vittorio Valletta" di Torino tra ottobre 2015 e ottobre 2016. A tutti i partecipanti è stato diagnosticato un cancro, avevano</p>	<p>Lo studio mirava a indagare la dignità tra i malati di cancro in fine vita, esaminando la versione italiana della struttura del fattore PDI e valutando la</p>	<p>I risultati sottolineano la validità interculturale della PDI e consentire un rilevamento accurato delle fonti di disagio legate alla dignità nella pratica clinica</p>	<p>La valutazione del senso di dignità potrebbe essere utilizzata come criterio importante negli studi</p>

	<p><b>the factor structure of the Patient Dignity Inventory and dignity assessment for a patient-centered clinical intervention: A cross-sectional study.</b> <i>Palliative &amp; supportive care</i>, 16(6), 648–655.</p>	<p>un'aspettativa di vita di poche settimane e hanno ottenuto un punteggio di 40 o meno sul KPS. Per essere idonei a partecipare allo studio, ai pazienti è stato chiesto di completare il Mini-Mental State Examination (Folstein et al., Reference Folstein, Folstein e McHugh1975). I pazienti che hanno ottenuto un punteggio <math>\leq 19</math> sono stati esclusi perché potrebbero non essere in grado di fornire consapevolmente il consenso informato o fornire risposte accurate ai test utilizzati nello studio. Sono stati esclusi dallo studio anche coloro che non erano in grado di parlare correntemente l'italiano. Tutti i partecipanti hanno fornito il consenso informato scritto.</p>	<p>relazione tra la dignità e le variabili psicosociali e spirituali degli altri pazienti per migliorare una pratica clinica centrata sul paziente.</p>	<p>quotidiana. I tratti della personalità sembrano avere un ruolo attivo nella perdita della dignità, mentre la spiritualità si conferma positivamente coinvolta nella valorizzazione della dignità.</p>	<p>interventistici sulle malattie potenzialmente letali e sul fine vita. Infine, questi risultati hanno sottolineato l'importanza degli interventi psicosociali legati alla dignità, che migliorano o mantengono il senso di dignità dei pazienti. Ulteriori studi dovrebbero essere effettuati per migliorare le conoscenze sulla natura delle relazioni tra la dignità e altri domini esplorati in questo studio.</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

					Inoltre, potrebbe essere interessante analizzare campioni con altre caratteristiche cliniche specifiche.
3	Duijn, J. M., Zweers, D., Kars, M. C., de Graeff, A., & Teunissen, S. (2021). <b>Anxiety in Hospice Inpatients With Advanced Cancer, From the Perspective of Their Informal Caregivers: A Qualitative Study.</b> <i>Journal of hospice and palliative nursing : JHPN : the official journal of the Hospice and Palliative Nurses Association</i> , 23(2), 155–161. <a href="https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000729">https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000729</a>	Studio qualitativo. Sono stati intervistati quattordici caregiver; Il 64% erano donne e l'età media era di 55 anni.	Lo scopo di questo studio era di esplorare l'ansia nei pazienti ricoverati in hospice con cancro avanzato dal punto di vista dei loro caregiver.	I caregiver hanno valutato l'ansia dei pazienti da moderata a grave e hanno identificato un impatto negativo dell'ansia sulle dimensioni fisiche, psicologiche, sociali e spirituali della vita dei pazienti. Hanno indicato una varietà di espressioni di ansia e hanno menzionato il deterioramento fisico e mentale come un'importante fonte di ansia.	Secondo questo studio i caregiver dovrebbero essere maggiormente coinvolti nella cura dei pazienti ansiosi per migliorare il riconoscimento precoce dell'ansia e per migliorare la gestione dell'ansia per questa popolazione di pazienti vulnerabile.

				<p>I caregiver hanno riconosciuto le esigenze dei pazienti come la presenza di un ambiente sicuro, la presenza di persone intorno e un senso di controllo sulla situazione.</p> <p>Sebbene la prospettiva dei pazienti sia il gold standard, i caregiver possono essere una preziosa fonte di informazioni per identificare l'ansia e fornire un supporto personalizzato.</p>	
4	<p>Bovero, A., Digiovanni, Y., Botto, R., &amp; Leombruni, P. (2022). <b>End-of-life cancer patients' total pain: the necessity to supplement pharmacology with psycho-socio-spiritual treatments.</b> <i>Pain management,</i></p>	<p>Lo studio è stato trasversale. Alla ricerca hanno partecipato un totale di 376 pazienti ricoverati per cancro in fine vita.</p>	<p>Lo scopo di questo studio è quello di analizzare il dolore considerando le sue diverse manifestazioni bio-psico-sociali-spirituali e valutare l'efficacia dei trattamenti analgesici nei pazienti oncologici in fine vita.</p>	<p>I risultati mostrano che il dolore fisico è stato ben gestito per quasi tutti i pazienti. Tuttavia, la maggioranza ha mostrato livelli clinicamente significativi di disagio psicologico.</p>	<p>Trattare il dolore significa prendersi cura di tutte le sue possibili manifestazioni comprese i sintomi psicologici e il ridotto benessere. Pertanto,</p>

	10.2217/pmt-2022-0015. Advance online publication.				l'integrazione del trattamento farmacologico con gli interventi psico-socio-spirituali, in altre parole il supporto psicologico, sociale e spirituale, potrebbe essere efficace e auspicabile.
5	Yang, Y. L., Sui, G. Y., Liu, G. C., Huang, D. S., Wang, S. M., & Wang, L. (2014). <b>The effects of psychological interventions on depression and anxiety among Chinese adults with cancer: a meta-analysis of randomized controlled studies.</b> <i>BMC cancer, 14</i> , 956.	Revisione della letteratura. Il campione comprende i quattro database accademici cinesi più completi - i database CNKI, Wanfang, Vip e CBM - sono stati cercati dall'inizio fino a gennaio 2014. Anche PubMed e Web of Science (SCIE) sono stati cercati dall'inizio fino a gennaio 2014 senza restrizioni linguistiche e è stata utilizzata una ricerca su Internet.	Lo scopo di questo studio mirava a condurre una meta-analisi al fine di valutare gli effetti degli interventi psicologici sulla depressione e l'ansia negli adulti cinesi malati di cancro.	Abbiamo recuperato 147 studi (che coprono 14.039 pazienti) che hanno riportato 253 confronti sperimentale-controllo. Il modello a effetti casuali ha mostrato una significativa dimensione dell'effetto di grandi dimensioni per la depressione (SMD = 1,199, p <0,001; IC 95% = 1,095-1,303) e ansia (SMD =	Abbiamo concluso che gli interventi psicologici nei pazienti oncologici cinesi hanno grandi effetti sulla depressione e sull'ansia. I risultati supportano che dovrebbe essere istituito un sistema adeguato per

				<p>1,298, <math>p &lt; 0,001</math>; IC 95% = 1,187-1,408). La meta-analisi cumulativa ha indicato che dal 2000 al 2001 si erano accumulate prove sufficienti per confermare l'efficacia statisticamente significativa degli interventi psicologici sulla depressione e l'ansia nei malati di cancro cinesi. Sono stati trovati effetti moderatori per il tipo di cancro, la selezione dei pazienti, il formato dell'intervento e i questionari utilizzati. Negli studi che includevano il cancro del polmone, pazienti preselezionati con chiari segni di depressione/ansia, adottato un intervento individuale e</p>	<p>fornire interventi psicologici di routine per i malati di cancro nelle strutture mediche cinesi. Tuttavia, a causa di alcune chiare limitazioni (eterogeneità e bias di pubblicazione), questi risultati dovrebbero essere interpretati con cautela.</p>
--	--	--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

				utilizzato State-Trait Anxiety Inventory (STAI), le dimensioni dell'effetto erano maggiori.	
--	--	--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------	--