



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

TESI di LAUREA

**“La nudità del corpo: interventi infermieristici
perioperatori a tutela della dignità umana”**

Relatore:
Prof.ssa a c. Elsa Labelli

Laureando:
Pasini Aurora
Matricola n.1228503

Anno Accademico 2021/2022

ABSTRACT

PROBLEMA: Generalmente, il concetto di dignità del paziente viene preso in esame prevalentemente in contesti di cure palliative. Non vi sono al momento studi o teorie che riguardino il contesto perioperatorio, nel quale il paziente può percepire la propria dignità sminuita o annullata a causa dell'esposizione del corpo e l'invasione dello stesso, e dell'utilizzo di sedativi ed anestetici che causa al paziente la perdita del controllo sulla propria mente e sul proprio corpo e lo costringono ad affidarsi completamente a persone estranee (Baillie et al., 2010). Nelle realtà operative degli ambienti sanitari, infatti, la dignità percepita dalle persone assistite, non sempre soddisfa gli standard attesi dai pazienti (Matiti et al., 2008).

OBIETTIVO: Valutare se la teoria di Chochinov: *ABC and D of dignity conserving care*, sia applicabile anche al contesto perioperatorio per garantire tutela della dignità della persona e del corpo. Analizzare quanto gli interventi infermieristici perioperatori, che prevedono o condizionano la nudità del paziente, garantiscano dignità alla persona.

CAMPIONE: pazienti adulti candidati e sottoposti ad intervento chirurgico e ricoverati in una Unità Operativa (U.O.) chirurgica per il processo perioperatorio.

METODI E STRUMENTI: sono stati consultati i seguenti *database* elettronici: PubMed, EBN Guidelines, Medline, Cinahl, Google Scholar, durante il mese di agosto 2022. Gli articoli inclusi sono stati pubblicati negli ultimi 13 anni, nel contesto internazionale (contesto italiano assente).

RISULTATI: 10 articoli sono stati inclusi per l'elaborazione della presente revisione, questi comprendono: n. 1 revisione sistematica; n. 1 studio qualitativo triangolato caso singolo con casi incorporati; n. 1 studio pilota descrittivo; n. 1 studio descrittivo trasversale semiquantitativo; n. 2 studi descrittivi qualitativi; n. 4 studi descrittivi. Gli studi analizzati sono stati, per la maggior parte, svolti in Svezia e/o Norvegia, vi sono poi due studi provenienti dal Regno Unito, uno dalla Danimarca e uno dalla Turchia. La popolazione oggetto degli studi presi in esame coinvolge pazienti chirurgici di età non sempre specificata, ricoverati in diverse realtà ospedaliere per il processo perioperatorio e infermieri con esperienza lavorativa pregressa o attuale presso Unità Operative chirurgiche.

DISCUSSIONE: Gli infermieri non sempre risultano essere del tutto consapevoli delle necessità che i propri pazienti hanno riguardo il rispetto della dignità. L'area maggiormente attenzionata dagli infermieri, infatti, è quella dei comportamenti. Essi risultano essere attenti a quei comportamenti che rischiano di minacciare la *privacy* dei pazienti, ponendo particolare interesse alla riservatezza del corpo. Questo convincimento però, non risulta essere del tutto in linea con l'opinione dei pazienti, i quali rivolgono maggiormente la propria attenzione agli aspetti relazionali e comunicativi che mette in gioco l'infermiere durante l'assistenza.

CONCLUSIONE: Dallo studio si conclude come l'attuale agire dell'infermiere, nel contesto chirurgico, non sia sempre garanzia di rispetto della dignità del paziente per quanto concerne soprattutto il rispetto del paziente come persona, il rispetto delle sue emozioni e volontà, il coinvolgimento del paziente nel processo assistenziale e la sua informazione. Data la mancanza di un modello da utilizzare come riferimento per guidare l'agire degli infermieri all'attuazione di comportamenti più consapevoli del rispetto della dignità e della nudità del paziente nel perioperatorio, il presente elaborato conferma come il modello *ABC and D of dignity conserving care* sia applicabile alla pratica clinica. Risulta essere un riferimento valido da poter seguire e da poter utilizzare per valutare e misurare la qualità dell'assistenza sulla base di definiti criteri che cercano di oggettivare e descrivere il concetto di dignità del paziente ricoverato in ambito chirurgico.

KEYWORDS (PAROLE CHIAVE): *Dignity* (dignità), *Conserving dignity* (preservare la dignità), *Perioperative practice* (pratica perioperatorio), *Nurse* (infermiere), *Nursing* (assistenza infermieristica), *Body* (corpo), *Surgical patients* (pazienti chirurgici), *Surgery* (chirurgia), *Privacy* (riservatezza), *Respect* (rispetto), *Care* (cura).

INDICE

ABSTRACT

INTRODUZIONE 3

CAPITOLO I: PRESENTAZIONE DEL PROBLEMA

1.1 Sintesi degli elementi fondamentali e dichiarazione del problema 5

1.2 Obiettivo dello studio 6

1.3 Quesiti di ricerca 7

CAPITOLO II: TEORIA E CONCETTI DI RIFERIMENTO

2.1 Dignità: definizione 9

2.1.1 Dignità nella cura 10

2.2 La teoria di Chochinov: *ABC and D of dignity conserving care* 11

2.3 Principio deontologico di “*Advocacy*” nella professione infermieristica 12

2.4 Il corpo nel Nursing 13

2.5 Interventi infermieristici perioperatori secondo *Evidence Based Practice* (EBP) che prevedono o condizionano la nudità 14

CAPITOLO III: MATERIALI E METODI

3.1 Criteri di selezione degli studi 17

3.2 Strategia di ricerca per individuare gli studi 17

3.3 Selezione degli studi 18

3.4 Descrizione degli studi inclusi nella revisione 19

3.5 Descrizione degli studi esclusi dalla revisione 21

CAPITOLO IV: RISULTATI

4.1 Confronto tra studi selezionati in relazione ai quesiti 23

4.2 Qualità metodologica degli studi	29
--------------------------------------	----

CAPITOLO V: DISCUSSIONE

5.1 Discussione	31
-----------------	----

5.2 Limiti dello studio	33
-------------------------	----

CAPITOLO VI: CONCLUSIONI

6.1 Implicazioni per la pratica	35
---------------------------------	----

6.2 Implicazioni per la ricerca	35
---------------------------------	----

BIBLIOGRAFIA

SITOGRAFIA

ALLEGATI

Allegato n. 1 - Diagramma di flusso del processo di selezione degli articoli reclutati ed esclusi dalla revisione della letteratura

INTRODUZIONE

L'interesse per lo sviluppo del presente elaborato di tesi è sorto a partire da due particolari esperienze vissute durante il tirocinio clinico del secondo anno del Corso di Laurea, nello specifico presso le Unità Operative Complesse (U.O.C.) di Area Omogenea Chirurgica e Sala Operatoria del Presidio Ospedaliero (P.O.) di San Donà di Piave, dell'Azienda Unità Locale Socio-Sanitaria n. 4 "Veneto Orientale".

I due contesti sopraccitati mi hanno portata ad una riflessione riguardante l'approccio dell'infermiere alla nudità del corpo, in quanto, durante la pratica professionale, spesso l'infermiere viene a contatto con la nudità delle persone assistite. Questo mi ha condotto ad un ragionamento che vede il rispetto della nudità del corpo del paziente come parte integrante del mantenimento della dignità delle persone nei contesti di cura, dignità che l'infermiere ha il compito di garantire. L'articolo 3 del capo I del Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche del 2019, infatti, recita: *"L'Infermiere cura e si prende cura della persona assistita, nel rispetto della **dignità**, della libertà, dell'eguaglianza, delle sue scelte di vita e concezione di salute e benessere, senza alcuna distinzione sociale, di genere, di orientamento della sessualità, etnica, religiosa e culturale."* In relazione a ciò è spontaneo interrogarsi su come sia possibile misurare la dignità per poterne garantire il rispetto, soprattutto nell'ambito chirurgico, contesto clinico di mio interesse.

Ho preso quindi in considerazione le fasi pre- intra- e postoperatorie in quanto, nel contesto chirurgico, l'infermiere è in molteplici situazioni a contatto con la nudità del paziente, il quale, nella fase intraoperatoria è, in aggiunta, privo di coscienza e quindi incapace di difendere il proprio corpo e la propria dignità, ritrovandosi costretto ad affidarsi ai professionisti che lo hanno preso in carico.

Inoltre, la dignità del paziente per quanto concerne la nudità, è un argomento che, nell'ambito chirurgico, non è ancora stato del tutto approfondito in letteratura.

Essendo l'infermiere il professionista che maggiormente si trova al fianco del paziente durante il processo assistenziale perioperatorio, ho ritenuto opportuno svolgere una ricerca per individuare quali possano essere gli interventi che l'infermiere attua per garantire dignità alla persona assistita, di fronte alla nudità del corpo.

CAPITOLO I: PRESENTAZIONE DEL PROBLEMA

1.1 Sintesi degli elementi fondamentali e dichiarazione del problema

L'esposizione del corpo dei pazienti è una componente spesso necessaria durante l'assistenza infermieristica, ma che allo stesso tempo può provocare disagio, imbarazzo ed umiliazione alla persona e talvolta, la nudità viene percepita come una vera e propria compromissione della dignità (Fumagalli et al., 2012). L'infermiere si rivela, in questo ambito, il professionista che ha il potere di far percepire all'assistito l'integrità della propria dignità (Fumagalli et al., 2012).

La dignità, pur essendo un concetto astratto complesso da identificare, può essere definita come dignità umana e dignità sociale. La prima è il valore intrinseco di ogni persona in virtù del proprio "*essere umano*"; la seconda è la conseguenza del riconoscimento della dignità umana collegato alle interazioni nei contesti sociali, come ad esempio quello sanitario (Jacobson, 2007).

Nelle realtà operative degli ambienti sanitari, la dignità percepita dalle persone assistite, non sempre soddisfa gli standard attesi dai pazienti (Matiti et al., 2008) i quali saranno di seguito esposti. Alcuni studi hanno dimostrato che, i criteri maggiormente citati dagli assistiti, per definire la percezione che hanno della tutela della propria dignità all'interno dei contesti di cura, sono: il rispetto da parte dei professionisti sanitari delle proprie emozioni e volontà; la libertà di scelta e il coinvolgimento nelle cure; la corretta informazione; l'essere trattati dai professionisti sanitari come "*persona*", non come "*malattia*"; l'espressione di un atteggiamento di advocacy da parte dei professionisti sanitari; il garantire la *privacy* e il rispetto dell'esposizione del proprio corpo (Baillie, 2009; Matiti et al. 2008; Aydin Er et al., 2018; Walsh et al., 2002). La tendenza però, in particolare riguardo il concetto di "*esposizione del corpo*", è quella di banalizzare ed oggettivare il corpo, con il quale l'infermiere viene quotidianamente a contatto, a causa dell'eccesso di stress dato dalla tipologia stessa di lavoro, dal continuo approccio alla malattia o da turni frenetici, dimenticando di considerare la persona da una prospettiva olistica (Mencattelli et al., 2012). Ciò viene

confermato dall'opinione degli infermieri stessi che, nonostante sottolineino l'importanza di tutelare la dignità degli assistiti garantendo loro la privacy del corpo e delle informazioni, il comfort e rispettando ogni paziente come persona prima che come corpo malato, affermano di essere consapevoli di quelle situazioni in cui, a causa di scarsa comprensione della percezione e dei bisogni del paziente, pressioni lavorative date dal tempo o dalle risorse disponibili e pazienti o familiari poco collaboranti, viene posta in secondo piano l'attenzione alla dignità della persona assistita (Walsh et al., 2002; Aydin Er et al., 2018).

La maggior parte della letteratura scientifica prende in considerazione la dignità del paziente prevalentemente terminale o in contesti di cure palliative. A partire da questa tipologia di pazienti sono state formulate varie teorie che aiutano il personale sanitario a mettere in atto i corretti comportamenti per la promozione della dignità dei pazienti (Mazzon, 2015). Non vi sono, però, al momento teorie simili che riguardino il contesto perioperatorio, nel quale il paziente può percepire la propria dignità sminuita o annullata a causa dell'esposizione del corpo e l'invasione dello stesso, e dell'utilizzo di sedativi ed anestetici che causa al paziente la perdita del controllo sulla propria mente e sul proprio corpo e lo costringono ad affidarsi completamente a persone estranee (Baillie et al., 2010).

Pertanto, secondo una logica di parallelismo, si vorrebbe capire come tali teorie possano trovare una applicazione in tale campo.

1.2 Obiettivo dello studio

Il presente studio si pone come obiettivo quello di valutare se la teoria di Chochinov: *ABC and D of dignity conserving care*, sia applicabile anche al contesto perioperatorio per garantire tutela della dignità della persona e del corpo tramite interventi infermieristici adeguati e consapevoli.

Inoltre, lo studio si propone di analizzare quanto gli interventi infermieristici che prevedono o condizionano la nudità del paziente, e che vengono attuati nel processo perioperatorio dall'infermiere, garantiscano dignità alla persona per quanto concerne la privacy, l'esposizione del corpo, il principio deontologico di advocacy, il rispetto

del paziente come persona e delle sue emozioni e volontà, il coinvolgimento dei pazienti nell'assistenza e la loro informazione.

1.3 Quesiti di ricerca

Il presente elaborato di tesi, rispetto agli obiettivi posti, intende rispondere ai seguenti quesiti:

1. I comportamenti degli infermieri garantiscono rispetto della dignità dell'assistito, nel processo perioperatorio, rispetto ai criteri di dignità definiti dai pazienti e categorizzati secondo la teoria di Chochinov?
2. È sempre possibile soddisfare le aspettative dei pazienti, riguardo la tutela della dignità nei contesti di cura dell'ambito chirurgico, nello specifico, durante l'assistenza infermieristica pre-, intra- e postoperatoria?
3. L'applicazione della teoria di Chochinov generalmente utilizzata nei contesti di cure palliative, se adattata al contesto assistenziale chirurgico, può aiutare a migliorare i comportamenti degli infermieri allo scopo di tutelare la dignità dell'assistito durante il processo perioperatorio?
4. È misurabile e controllabile in ambito chirurgico, il rispetto della dignità umana e sociale, da parte degli infermieri, secondo precisi criteri comportamentali?
5. È identificabile il livello di consapevolezza degli infermieri di area chirurgica delle necessità degli assistiti di rispetto della loro dignità?
6. Sono consapevoli gli infermieri di area chirurgica di quali interventi infermieristici siano a rischio di compromissione della dignità dell'assistito?

CAPITOLO II: TEORIA E CONCETTI DI RIFERIMENTO

2.1 Dignità: definizione

Il termine “*dignità*” deriva dal latino “*dignitas*”, e sta ad indicare un valore intrinseco dell’essere umano, per il quale quest’ultimo è tenuto a rispettare sé stesso e per il quale merita il rispetto altrui. Inoltre, questo termine assume anche il significato di un valore che viene acquisito e conquistato, che dunque non è intrinseco della natura umana, ma che si ottiene grazie alla coerenza dei propri comportamenti con alcuni principi (Treccani, n.d.). Prendendo in esame la letteratura che tratta il tema della dignità, si evince come ancora vi sia poca chiarezza per quanto riguarda il significato e l’interpretazione del concetto. La dignità, infatti, ha un’accezione multivalente, complessa, spesso contraddittoria e soggettiva, che non permette di definirla in modo rigoroso (Jacobson, 2007). Emerge però, da alcune analisi, che è possibile fare una distinzione tra la dignità umana e la dignità sociale.

La dignità umana è il valore proprio dell’essere umano, che ha la caratteristica di essere inalienabile e intrinseco di ogni individuo e di ogni gruppo (Jacobson, 2007). Attraverso questa visione, la dignità è una dote che l’uomo ha per natura, che dunque non è determinata o influenzata da fattori esterni e non può essere in alcun modo separata dal concetto di “essere umano” (Cembrani, 2016).

La dignità sociale, invece, strettamente correlata alla dignità umana, è una diretta conseguenza della legittimazione di quest’ultima all’interno della società. La dignità sociale è dunque dipendente dalla relazione tra l’uomo e la collettività, risultando pertanto transitoria e mutevole. Essa, infatti, può essere conquistata o perduta in base ai comportamenti, alla posizione sociale, ma anche a seconda dei contesti e delle culture con cui l’individuo entra in contatto (Jacobson, 2007).

La poca chiarezza che permane attorno al significato di “*dignità*” può essere attribuibile alla difficoltà di individuare, nei casi specifici, quale tipologia di concetto si sta prendendo in considerazione: se la dignità umana o la dignità sociale.

2.1.1 Dignità nella cura

La dignità nell'ambito della cura e della salute ha iniziato ad essere oggetto di studio a partire dai contesti di cure palliative, hospice o di assistenza al fine vita (Jacobson, 2007). Nonostante ciò, è stato possibile constatare che, nell'ultimo ventennio, la consapevolezza e l'attenzione riguardo la dignità del paziente all'interno dei contesti sanitari, e in particolare nell'ambito infermieristico, siano considerevolmente aumentate (Whitehead et al., 2008).

Quando si parla di dignità del paziente, si vanno a prendere in esame quelle che sono le interazioni sociali che definiscono, nel contesto sanitario, la dignità sociale; in quanto, il mantenimento della dignità della persona malata dipende dal comportamento degli esercenti le cure cliniche e l'assistenza sanitaria (Jacobson, 2007). *“Prendersi cura”* del paziente è la principale responsabilità dell'infermiere, e l'etica della cura si fonda proprio sul valore della dignità. Per questo motivo, l'infermiere, in qualità di professionista sanitario responsabile dell'assistenza generale infermieristica (D.M. 739/1994) ed essendo la figura che maggiormente entra in contatto con il paziente durante il processo di presa in carico e durante le fasi assistenziali, acquisisce un ruolo fondamentale nel mantenimento e nella promozione della dignità delle persone assistite, nonostante si esponga continuamente al rischio di comprometterla (Aydin Er et al., 2018; Casumaro, 2016). Svariati codici etici di differenti specialità cliniche includono il dovere dei professionisti sanitari di mantenere la dignità dei pazienti durante i processi di assistenza. L'attenzione alla dignità durante gli interventi clinici, infatti, enfatizza e sottolinea quella che è la tendenza che il concetto di *“cura”* dovrebbe assumere nei contesti sanitari per poter perseguire lo scopo di provvedere al rispetto della persona assistita (Jacobson, 2007).

La teoria di Chochinov: *“ABC and D of dignity conserving care”*, è una tra le più rappresentative, presenti in letteratura, del modello di cura orientato alla dignità (Jacobson, 2007).

2.2 La teoria di Chochinov: *ABC and D of dignity conserving care*

Harvey Chochinov è un medico psichiatra canadese che nella sua carriera si è specializzato nelle cure palliative. A partire proprio da tale ambito, e iniziando a trattare il “*fine vita*” nei pazienti oncologici terminali, egli ha elaborato una teoria applicabile a tutti gli ambiti della medicina. Si tratta, infatti, di una teoria che vede la dignità del paziente al centro del processo di cura, indipendentemente dalla tipologia di persona che si ha in carico: “*i valori fondamentali di gentilezza, rispetto e dignità sono indispensabili*” (Chochinov, 2007).

La “regola dell’ABC”, acronimo di *Airways, Breathing, Circulation*, è divenuta di utilizzo comune nell’ambito dell’urgenza-emergenza per la gestione delle fasi preliminari del *Basic Life Support* (BLS). A partire da questo acronimo facile da ricordare, Chochinov ha sviluppato la propria teoria chiamata “*ABC and D of dignity conserving care*”, con lo scopo di fornire ai professionisti un ausilio mnemonico che li possa guidare nella pratica clinica a garantire un’assistenza che promuova la dignità (Mazzon, 2015).

La teoria “*ABC and D of dignity conserving care*” è strutturata come di seguito:

- *A: attitude* – “*atteggiamento*”, sta ad indicare l’importanza, per ogni operatore sanitario, di considerare primariamente i propri atteggiamenti nei confronti delle persone assistite, in quanto, spesso questi ultimi sono influenzati da impressioni e intuizioni che possono non essere coerenti con la verità dei pazienti.
- *B: behaviour* – “*comportamento*”, deriva da quanto scritto precedentemente, in quanto, una volta presa consapevolezza dei propri atteggiamenti, i professionisti sanitari dovrebbero attuare comportamenti differenti, finalizzati a garantire rispetto e guidati dalla gentilezza.
- *C: compassion* – “*compassione*”, a differenza dell’atteggiamento e del comportamento, in questo caso si sta facendo riferimento al piano emotivo dell’operatore sanitario. La compassione deriva dal vissuto del professionista quando entra in contatto con il paziente. Tale contatto lo porta ad avere una

visione della “cura” differente, a comprendere in modo più profondo la sofferenza delle persone che assiste.

- D: *dialogue* – “dialogo”, l’elemento che deve portare i professionisti sanitari a riconoscere la persona dietro la malattia. Il dialogo permette di informare la persona in modo aperto, unendo le informazioni sanitarie con quelle personali al fine di instaurare un rapporto di fiducia reciproca tra curante e paziente.

L’essenza della medicina, secondo Chochinov, risiede proprio nel dovere dei professionisti sanitari di preservare e difendere la dignità delle persone che necessitano di cure, in qualunque fase della vita esse si trovino. Tale ragionamento è di fondamentale importanza per la professione infermieristica, in quanto, rimanda alla “posizione di protezione” (*Advocacy*), caposaldo della deontologia che guida l’infermiere.

2.3 Principio deontologico di “Advocacy” nella professione infermieristica

Secondo quanto rilevato dagli studi presenti in letteratura, uno dei fattori fondamentali per il mantenimento e la protezione della dignità della persona assistita in un contesto di cura, è l’*Advocacy* (Matiti et al. 2008; Aydin et al., 2018; Walsh et al., 2002). Il termine “*Advocacy*” indica l’atto di rendersi pubblicamente protettore e sostenitore di qualcuno (Ventimiglia, 2017). L’infermiere, in quanto protagonista e responsabile dell’assistenza infermieristica, ha il dovere di farsi “*avvocato*” delle persone di cui si prende cura. Il principio di *Advocacy*, infatti, è uno dei fondamenti del Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche. Il Codice Deontologico, approvato dal Comitato Centrale della Federazione e dal Consiglio Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche il 13 aprile 2019, è uno strumento che detta le regole di condotta che devono necessariamente essere rispettate durante l’esercizio professionale infermieristico ed inoltre, definisce una guida etica da seguire per la professione. All’interno di quest’ultimo il principio di *Advocacy* viene esplicitato principalmente attraverso l’articolo 14 del capo III, dal quale è possibile evincere come l’infermiere debba mantenere una posizione di protezione nei confronti delle persone che assiste, ma in modo più estensivo, anche di sé stesso e di tutta la professione

infermieristica (Aceti et al., 2020). La relazione terapeutica che si instaura tra infermiere e paziente è fondata proprio sulla difesa del paziente, sulla tutela dei diritti umani, sul rispetto dei valori e della persona.

2.4 Il corpo nel Nursing

Il contatto con il corpo umano è uno dei fondamenti dell'agire pratico dell'assistenza infermieristica, ma pur essendo di centrale importanza, il rapporto dell'infermiere con la dimensione corporea del paziente può creare difficoltà sul piano relazionale, in quanto, nonostante prendersi cura e curare il corpo degli assistiti sia una fonte di soddisfazione dal punto di vista lavorativo, la relazione con quel corpo è spesso fattore scatenante di rifiuto e strategie di difesa da parte degli infermieri (Mencattelli et al., 2012; Picco et al., 2010). L'infermiere, infatti, entra costantemente in contatto con corpi sofferenti e malati, addentrandosi, in questo modo, nella sfera più intima delle persone, in genere mantenuta privata. Proprio questo contatto con l'intimità determina l'inizio della relazione di aiuto tra infermiere e paziente, relazione che presuppone fiducia e rispetto (Tarantino et al., 2018). Per poter garantire il rispetto del corpo umano, è fondamentale che l'infermiere, nel suo agire, riconosca sempre la persona che sta dietro al corpo malato. Il corpo, infatti, è la presenza della persona nella sua interezza, che si concretizza nella relazione con l'esterno (Mencattelli et al., 2012). L'uomo sperimenta, conosce e percepisce il mondo esterno attraverso il proprio corpo, che diviene strumento sul quale si basa l'esperienza personale. Se il corpo non viene valorizzato in modo adeguato e non viene riconosciuta la sua importanza, ad esempio all'interno dei contesti di cura, vi è il rischio di annullare quella che è la fonte primaria di percezioni e informazioni della persona (Picco et al., 2010). La cura e la considerazione che ognuno ha del corpo umano sono però fortemente influenzate dal *background* culturale. In diverse culture, infatti, alcune parti del corpo sono socialmente toccabili a differenza di altre che invece non lo sono. Nella pratica infermieristica si rivela quindi necessario individuare dei metodi di approccio e di relazione che permettano di entrare in contatto con il corpo delle persone che si assistono e di andare oltre il simbolismo che vige attorno ad alcune parti di esso,

specialmente quelle che hanno acquisito un significato sessuale come, ad esempio, nell'approccio alla nudità. Nella malattia però, viene alterata la normale relazione del corpo con l'esterno. In genere il concetto di *privacy* si modifica perché il corpo malato diviene "cosa" che provoca dolore, che necessita di assistenza, di cure e che dipende da qualcun altro. Per tale motivo le difese del paziente tendono ad abbassarsi, e viene concessa, agli operatori sanitari, una maggiore tolleranza per quanto concerne il contatto con il corpo e con la propria intimità (Mencattelli et al., 2012).

2.5 Interventi infermieristici perioperatori secondo *Evidence Based Practice* (EBP) che prevedono o condizionano la nudità

Il periodo perioperatorio è suddiviso in tre fasi: fase preoperatoria, fase intraoperatoria e fase postoperatoria. La prima fase inizia dal momento in cui viene presa la decisione di eseguire un intervento chirurgico e termina quando il paziente viene condotto in sala operatoria. La seconda fase, che comprende l'intervento chirurgico stesso, inizia dall'arrivo del paziente in sala operatoria e termina al suo risveglio con il trasferimento presso l'Unità Operativa di degenza o di cure intensive. L'ultima fase, invece, inizia dal momento in cui il paziente giunge in Unità Operativa di degenza o di cure intensive e termina con la risoluzione di tutte le conseguenze chirurgiche. L'infermiere, durante tutto il processo perioperatorio, è tenuto a garantire l'assistenza infermieristica, divenendo dunque una figura fondamentale per il paziente sottoposto ad intervento chirurgico. Tale vicinanza implica anche la presenza di molteplici fattori che, durante gli interventi assistenziali infermieristici, possono andare ad influire sul mantenimento della dignità della persona assistita. Spesso, i dilemmi inerenti all'assistenza perioperatoria, infatti, coinvolgono il concetto di *Advocacy* e di etica infermieristica, soprattutto quando si prendono in considerazione quei problemi che riguardano la mancata garanzia o il mancato rispetto della dignità del paziente (Schroeter, 2000). Per quanto riguarda la nudità inoltre, il contesto perioperatorio, come specificato precedentemente, pone l'infermiere a contatto con la nudità della persona assistita in differenti situazioni durante tutte e tre le fasi del processo.

La dignità dei pazienti chirurgici è particolarmente vulnerabile durante tutto il processo perioperatorio; infatti, sono numerosi gli interventi infermieristici che possono andare a ledere la dignità delle persone assistite, in quanto l'infermiere è la figura maggiormente presente accanto al paziente durante tutte le fasi perioperatorie. Per questo motivo è fondamentale che i professionisti siano coscienti che ogni proprio comportamento, intervento o atteggiamento attuato davanti al paziente, può avere un notevole impatto su quest'ultimo (Baillie et al., 2010).

Tabella I: *ABC and D of dignity conserving care* adattato al contesto assistenziale chirurgico del processo perioperatorio

<p>A – Atteggiamento: capacità dei professionisti di valutare il proprio atteggiamento nei confronti degli assistiti, prendendo coscienza che questo possa essere influenzato da impressioni non veritiere.</p>	<p>7. Avere un atteggiamento premuroso, cortese e sensibile nei confronti del paziente 8. Adottare un atteggiamento gentile e rispettoso della privacy della persona 9. Mantenere un atteggiamento rassicurante nei confronti del paziente 10. Trattare il paziente come persona non come oggetto su cui lavorare o come malattia</p>
<p>B – Comportamento: deriva dalla presa di coscienza del professionista dei propri atteggiamenti. Questo deve essere guidato dalla gentilezza e finalizzato a garantire rispetto al paziente.</p>	<p>11. Evitare di esporre il corpo del paziente e coprire le parti del corpo che non sono interessate dall'intervento 12. Presentarsi al paziente e farsi conoscere 13. Porre attenzione alla posizione del corpo del paziente sul lettino operatorio per garantire sicurezza ed evitare danni o lesioni 14. Attuare, secondo i bisogni del paziente, gli interventi infermieristici previsti in modo rapido 15. Far indossare al paziente i propri indumenti piuttosto del camice ospedaliero, se ciò non dovesse essere possibile, far indossare il camice ospedaliero solo quando strettamente necessario ai fini dell'intervento 16. Limitare il numero di persone all'interno della sala operatoria 17. Chiudere le tendine di separazione sia che il paziente sia sveglio, sia che sia anestetizzato, in sala operatoria e in stanza di degenza 18. Chiudere le porte della sala operatoria o della stanza di degenza prima di scoprire il paziente, e bussare prima di entrare</p>
<p>C – Compassione: comprensione profonda della sofferenza degli assistiti che deriva dal contatto diretto del professionista con questi ultimi.</p>	<p>19. Ascoltare e comprendere le ansie e le preoccupazioni del paziente, permettendogli di esprimere i propri sentimenti liberamente 20. Cogliere il linguaggio del corpo del paziente, per comprendere se il paziente stia provando, ad esempio, dolore, freddo, paura</p>
<p>D – Dialogo: ciò che permette di instaurare una relazione terapeutica di fiducia tra professionista e paziente, facendo sì che il primo riconosca l'assistito come persona prima che come malattia.</p>	<p>21. Parlare con il paziente durante gli interventi infermieristici per ridurre ansia e imbarazzo, utilizzando cordialità e umorismo per far sentire il paziente a proprio agio 22. Informare il paziente su ciò che si andrà ad eseguire sul suo corpo 23. Adottare uno stile relazionale e comunicativo non giudicante 24. Includere il paziente, se sveglio, nelle conversazioni che avvengono in sala operatoria, per quanto lo riguardano</p>

CAPITOLO III: MATERIALI E METODI

3.1 Criteri di selezione degli studi

Disegni di studio: non sono state poste restrizioni circa la tipologia di disegno di studio. Sono stati considerati eleggibili tutti gli studi riguardanti la dignità del paziente nel contesto perioperatorio e gli interventi infermieristici atti a garantirla di fronte alla nudità del corpo.

Tipologia dei partecipanti: pazienti adulti candidati e sottoposti ad intervento chirurgico e ricoverati in una Unità Operativa (U.O.) chirurgica per il processo perioperatorio.

Tipologia di intervento: interventi infermieristici di tipo relazionale, o procedurale, che prevedono, o condizionano, la nudità del corpo, atti a garantire la dignità del paziente nel contesto perioperatorio.

Tipi di *outcomes* misurati: i criteri di valutazione e comparazione presi in esame per l'analisi della letteratura sono le indicazioni scientifiche di riferimento e le prove di efficacia degli interventi infermieristici attuati.

3.2 Strategia di ricerca per individuare gli studi

La strategia di ricerca adottata per individuare gli studi utilizzati per la presente revisione bibliografica ha incluso la consultazione dei seguenti *database* elettronici: PubMed, EBN Guidelines, Medline, Cinahl, Google Scholar.

La banca dati maggiormente consultata è PubMed, dalla quale sono stati reperiti la maggior parte degli articoli inclusi nello studio.

La ricerca è stata svolta sia attraverso l'utilizzo di termini liberi, sia di *Medical Subject Heading* (Mesh), arrivando anche alla creazione di diverse stringhe di ricerca per poter individuare, in modo preciso, quanti più studi possibile presenti in letteratura. Le

parole utilizzate sono state: “*Dignity*”, “*Conserving dignity*”, “*Perioperative practice*”, “*Nurse*”, “*Nursing*”, “*Body*”, “*Surgical patients*”, “*Surgery*”, “*Privacy*”, “*Respect*”, “*Care*”.

La ricerca è stata condotta a partire dall’utilizzo dei termini liberi per poi perfezionare le stringhe di ricerca in modo da focalizzare l’obiettivo, infine sono stati svolti una valutazione ed un confronto del materiale emerso, in relazione ai contenuti teorici selezionati nella tabella contenente la definizione degli interventi infermieristici secondo l’*ABC and D of dignity conserving care*.

Durante la ricerca sono stati applicati i seguenti filtri:

- *Full Text* (Testo integrale completo)
- *Published in the last 10 years* (Pubblicato negli ultimi 10 anni)

Nell’Allegato n.1 è consultabile il diagramma di flusso del processo di selezione degli articoli reclutati ed esclusi dalla revisione della letteratura.

3.3 Selezione degli studi

Per lo svolgimento del presente lavoro di revisione bibliografica, sono stati valutati e confrontati in modo critico gli studi rinvenuti in letteratura riguardo gli interventi infermieristici perioperatori atti a garantire la dignità della persona di fronte alla nudità del corpo. L’obiettivo era quello di reperire articoli di studi aggiornati che proponessero interventi infermieristici specifici riguardanti la tutela del corpo e della dignità del paziente nel processo perioperatorio, e che rispondessero in maniera dettagliata ai quesiti di ricerca.

La maggior parte degli studi reperibili in letteratura che affrontano il tema della dignità del paziente sono stati svolti in contesti di cure palliative, o assistenza al fine vita. Nonostante ciò, nell’ultimo ventennio è possibile riscontrare un aumento dell’attenzione per quanto concerne il tema della dignità anche in differenti contesti clinici.

In seguito al reclutamento e alla valutazione di 13 articoli in lingua inglese e modalità *full-text*, sono stati selezionati e tenuti in considerazione 10 articoli ritenuti idonei ai fini del presente elaborato.

3.4 Descrizione degli studi inclusi nella revisione

Sono stati utilizzati i seguenti criteri per l'inclusione degli studi all'interno della revisione:

- Campione di pazienti chirurgici ricoverati per il processo perioperatorio in Unità Operative chirurgiche oppure di infermieri con esperienza lavorativa presso Unità Operative chirurgiche
- Presenza della descrizione di interventi in grado di dimostrarsi efficaci e applicabili nel processo perioperatorio atti a garantire la dignità del paziente di fronte alla nudità del corpo

Gli articoli riportati nella tabella II hanno soddisfatto sufficientemente i criteri di inclusione e sono stati pertanto ritenuti idonei per lo sviluppo della presente revisione bibliografica.

Tabella II – Descrizione degli studi inclusi dopo consultazione delle banche dati

Autore, anno e paese di pubblicazione	Disegno di studio	Campione	Risultati
1. Valeberg, Liodden, Grimsmo, Lindwall (2017), Norvegia	Studio descrittivo	23 studenti infermieri di anestesia	Il testo ha rivelato tre temi principali che preservano la dignità del paziente: dedicare tempo al paziente, invitare il paziente a partecipare e proteggere il corpo del paziente. Sono stati inoltre individuati tre temi principali di violazione della dignità: alienazione, maldicenze e violazione della sfera intima.
2. Blomberg, Bisholt, Lindwall (2018), Svezia	Studio descrittivo	15 infermieri di sala operatoria, di cui 14 donne e un uomo, tra i 34 e i 60 anni di età con almeno tre anni di esperienza nella pratica perioperatoria	I testi hanno evidenziato due temi principali: una responsabilità formale esterna e un valore etico personale. Responsabilità che il paziente non sia stato esposto a rischi, protezione del corpo del paziente, pianificazione e organizzazione sistematica del lavoro nell'équipe chirurgica. Il valore etico personale significava confermare il paziente come persona, prendersi cura del paziente e preservare la sua dignità.
3. Sundqvist, Anderzén Carlsson (2014), Svezia	Studio descrittivo qualitativo	20 infermieri di anestesia	Il tema principale, Tenere la vita del paziente nelle mie mani, descriveva la percezione dell'advocacy da parte degli anestesisti infermieri e comprendeva tre sottotemi: fornire cure dignitose, fornire cure sicure e un impegno morale.
4. Blomberg, Bisholt, Nilsson, Lindwall (2015), Svezia	Studio descrittivo qualitativo	15 infermieri di sala operatoria, di cui 14 donne e un uomo, tra i 34 e i 60 anni di età con almeno tre anni di esperienza nella pratica perioperatoria	Lo studio ha dimostrato che il <i>caring</i> è possibile quando l'infermiere riconosce il paziente come essere umano. L'incontro con il paziente ha reso gli infermieri consapevoli della responsabilità che hanno per tutto il processo assistenziale perioperatorio. Gli infermieri di sala operatoria hanno tenuto un occhio vigile sul paziente preservandone il corpo e la dignità anche quando non aveva il controllo sul proprio corpo.

5.	Blomberg, Willassen, Von Post, Lindwall (2015), Svezia e Norvegia	Studio descrittivo	60 infermieri, tra i 25 e i 48 anni, che intraprendevano un corso di formazione per infermieri di sala operatoria	I risultati hanno rivelato che gli infermieri di sala operatoria hanno preservato la dignità del paziente nella pratica perioperatoria essendo presenti l'uno per l'altro e facendosi conoscere dal paziente. Gli infermieri di sala operatoria si prendono cura del paziente essendo compassionevoli e preservando la privacy del paziente.
6.	Willassen, Blomberg, Von Post, Lindwall (2015), Svezia e Norvegia	Studio descrittivo	60 infermieri, tra i 25 e i 48 anni, che intraprendevano un corso di formazione per infermieri di sala operatoria	I risultati mostrano comportamenti negligenti e azioni umilianti tra gli operatori sanitari, che hanno reso il paziente invisibile, ignorando la sua preoccupazione e il suo dolore e trattandolo come un oggetto. Umiliando, inoltre, il paziente dando luogo a maldicenze riguardanti il corpo del paziente e incolpando l'assistito per la situazione di salute o fisica in cui si trova. È risultato che gli operatori sanitari non hanno la volontà e il coraggio di proteggere la dignità del paziente nella pratica perioperatoria.
7.	Baillie, Hott (2010), Regno Unito	Revisione sistematica		La dignità dei pazienti sottoposti ad intervento chirurgico è vulnerabile. I professionisti che lavorano all'interno delle realtà chirurgiche devono quindi assicurarsi che la dignità della persona venga garantita ponendo attenzione alla privacy e mettendo in atto comportamenti che possano rassicurare e far percepire la situazione "sotto controllo".
8.	Akyüz, Erdemir (2013), Turchia	Studio descrittivo, trasversale e semiquantitativo	102 pazienti adulti sottoposti ad intervento chirurgico e 47 infermieri	È stato riscontrato che i pazienti hanno aspettative riguardo agli approcci infermieristici e atteggiamenti circa il riconoscimento e il rispetto dell'autonomia e della riservatezza del paziente. Notevole come gli infermieri si siano concentrati molto sulla parte fisica della <i>privacy</i> mentre i pazienti hanno dato lo stesso peso alla riservatezza fisica, a quella psicosociale e a quella relativa ai dati personali.
9.	Rasmussen, Delmar (2014), Danimarca	Studio descrittivo pilota	4 pazienti chirurgici	I risultati forniscono una migliore comprensione della prospettiva della dignità del paziente, che è caratterizzata da una complessa interazione di diversi fattori: "Essere un co-giocatore", "Esposizione eccessiva" e "Ingoiare l'amara pillola". Gli infermieri dovrebbero preoccuparsi di bilanciare aspettative, valori e opinioni per mantenere la dignità nell'assistenza infermieristica e creare una piattaforma comune per la collaborazione con il paziente.
10.	Baillie (2009), Regno Unito	Studio qualitativo, triangolato a caso singolo con casi incorporati	24 pazienti di età compresa tra i 34 e i 92 anni, di cui 15 uomini e 9 donne. 13 infermieri di cui 6 senior	La dignità del paziente comprendeva i sentimenti, la presentazione fisica e il comportamento. L'ambiente, il comportamento del personale e i fattori del paziente hanno avuto un impatto sulla dignità della persona assistita. Se il personale ha un atteggiamento brusco, autoritario e viola la privacy del paziente, minaccia la dignità della persona. Il personale che fornisce <i>privacy</i> e interazioni, che ha fatto sentire i pazienti a proprio agio, in controllo e apprezzati, preserva la dignità della persona.

L'obiettivo iniziale era quello di individuare studi recenti e aggiornati che potessero soddisfare l'indicazione della letteratura che prevede il reperimento di articoli pubblicati entro i 5 anni precedenti la revisione. Tale obiettivo non è stato soddisfatto

a causa della mancanza di studi specifici di recente pubblicazione; perciò, non sono stati imposti limiti temporali ma si è retrocesso fino ai 13 anni.

Gli studi analizzati sono stati, per la maggior parte, svolti in Svezia e/o Norvegia, vi sono poi due studi provenienti dal Regno Unito, uno dalla Danimarca e uno dalla Turchia. Non è stato possibile reperire, purtroppo, alcuno studio elaborato nel contesto italiano.

La popolazione oggetto degli studi presi in esame coinvolge pazienti chirurgici di età non sempre specificata, ricoverati in diverse realtà ospedaliere per il processo perioperatorio e infermieri con esperienza lavorativa pregressa o attuale presso Unità Operative chirurgiche.

3.5 Descrizione degli studi esclusi dalla revisione

Sono stati esclusi dal presente lavoro di revisione della letteratura gli studi che non hanno soddisfatto i criteri di inclusione, nello specifico:

- 25. non rispondevano adeguatamente alla domanda di ricerca
- 26. presentavano un campione di pazienti ricoverati o afferenti presso Unità Operative non chirurgiche
- 27. affrontavano il tema della dignità del paziente senza soffermarsi sull'esposizione del corpo e la tutela dello stesso

Di seguito, alla Tabella III, è riportata una breve descrizione degli studi esclusi.

Tabella III – Descrizione degli studi esclusi dopo consultazione delle banche dati e valutazione degli stessi

Autore, anno e paese di pubblicazione	Disegno di studio	Obiettivo	Risultati
1. Blomberg, Bisholt, Lindwall (2018), Svezia	Studio qualitativo	Descrivere le esperienze in merito a conflitti etici nella pratica perioperatoria da parte di infermieri di sala operatoria.	Il risultato ha mostrato che i conflitti di valore sono sorti nella pratica perioperatoria quando agli infermieri di sala operatoria è stato impedito di essere presenti nel processo infermieristico perioperatorio, a causa delle abitudini attuali nella pratica perioperatoria. La cura del paziente è diventata indifferente quando gli operatori sanitari non si vedevano e non si ascoltavano e quando la collaborazione nell'équipe chirurgica non era disponibile per il meglio del paziente. Ciò si è verificato quando la competenza degli infermieri in sala operatoria non è stata presa sul serio ed è stata ignorata nella cura del paziente.

2.	Hanssen, Jacobsen, Skramm (2020), Norvegia	Studio qualitativo tramite interviste individuali	Comprendere quali questioni etiche gli infermieri di sala operatoria percepiscono come importanti per quanto riguarda le <i>non-technical skills</i> .	Sono stati individuati tre temi principali: rispetto e cura per il paziente, far sentire il paziente al sicuro e rispetto all'interno del team perioperatorio. Queste caratteristiche o temi, che incorporano la collaborazione e la comunicazione, sono strettamente collegati alla sicurezza del paziente.
3.	Aydin Er, Incedere, Öztürk (2018), Turchia	Studio descrittivo trasversale	Esplorare le opinioni e le esperienze di pazienti e infermieri turchi sulla cura rispettosa della dignità umana.	I risultati forniscono una prospettiva sull'assistenza dignitosa nel contesto sanitario turco. C'erano alcune differenze tra pazienti e infermieri nei fattori considerati importanti per un'assistenza dignitosa. La discussione con i pazienti e gli infermieri relativi alle cure e alle pratiche che proteggono o sminuiscono la dignità umana può fornire spunti di etica.

CAPITOLO IV: RISULTATI

4.1 Confronto tra studi selezionati in relazione ai quesiti

Il confronto tra gli studi presi in considerazione nella presente revisione bibliografica ha condotto all'analisi di alcuni degli interventi infermieristici attuati durante il processo perioperatorio maggiormente citati in letteratura classificati nell'ottica del rispetto della dignità nella nudità secondo la teoria di Chochinov dell' "*ABC and D of dignity conserving care*" utilizzata nel contesto delle cure palliative, volendo verificare se la stessa in relazione all'ipotesi iniziale fosse applicabile anche al contesto chirurgico.

Dai risultati ottenuti e in particolare partendo ad analizzare l'area "A" del modello di Chochinov, quindi l'area dedicata all'indagine degli "atteggiamenti" che preservano la dignità, si evince come sette studi su dieci riportino l'importanza, secondo l'opinione dei pazienti, di desiderare di essere trattati come persone dai professionisti sanitari. Questo perché spesso gli infermieri tendono a rivolgersi ai pazienti pensandoli come procedure o organi o malattie. In particolare, lo studio condotto da Blomberg A.C., Bisholt B. e Lindwall L. nel 2018, riporta che, vedere il paziente come un essere umano e non oggettivarlo, è un valore etico che fa parte del "prendersi cura" dell'assistito. Comportamenti basati sul rispetto dei valori etici dovrebbero portare gli infermieri a trattare ogni essere umano come unico individuo, come l'unione di corpo, anima e spirito (Willassen et al., 2015). Ciò viene confermato dal pensiero dei pazienti, come riportato dallo studio di Rasmussen T.S. e Delmar C. del 2014, in cui uno dei pazienti intervistati, riferendosi all'importanza di essere presi in considerazione nelle cure, dice: "*essere un co-giocatore significa essere una persona importante, essere riconosciuto come una persona intera e non solo una piccola parte di un gioco più grande*". Infatti, il mantenimento della dignità del paziente emerge che passi attraverso l'essere trattato con rispetto e sente di essere una persona a cui valga la pena dedicare del tempo. Un altro paziente, in un'intervista presente nello studio di Baillie L. del 2009, si riferisce al comportamento dei professionisti sanitari per quanto concerne il rispetto della dignità dicendo che questa viene rispettata quando: "*vieni*

trattato bene, non solo come se fossi su un nastro trasportatore, non solo come fossi un altro dei tanti che arriva, ma unicità in quanto persona”.

Continuando ad analizzare l’area “A”, si ricava, invece, come l’intervento meno citato dalla letteratura sia “mantenere un atteggiamento rassicurante nei confronti del paziente”. Tre studi su dieci tra quelli selezionati, riportano che rassicurare i pazienti li aiuti a sentirsi più a proprio agio, a ridurre l’ansia e a sentirsi presi in considerazione dagli infermieri. L’importanza di un atteggiamento rassicurante viene riferita principalmente dai pazienti, mentre la maggior parte degli infermieri non dimostra consapevolezza di tale aspetto. Infatti, nello studio di Baillie L. del 2009, in cui si riporta come più di metà dei pazienti intervistati abbia identificato questo aspetto come rilevante per il mantenimento della dignità, mentre solamente due infermieri tra quelli facenti parte del campione si sono riferiti a tale comportamento nelle interviste. Nonostante la scarsa presenza di riferimenti in letteratura, emerge che quando i pazienti non vengono rassicurati, potrebbero avvertire tale atteggiamento come una mancanza di rispetto e di considerazione, sentendosi così ignorati e percependo violata la propria dignità (Valeberg et al., 2017).

I risultati inerenti all’area “B” del modello di Chochinov, l’area dei comportamenti finalizzati al rispetto e alla gentilezza, dimostrano che l’intervento più importante, citato in otto studi su dieci, risulta essere il mantenimento della *privacy* fisica del corpo del paziente evitandone l’esposizione inutile. Infatti, un infermiere che si avvicina al corpo del paziente deve tenere a mente che la pelle è il limite fisico del corpo, che diviene anche il limite della *privacy* fisica della persona. Ogni essere umano ha la propria *privacy* fisica, che nessuno deve invadere senza consenso (Blomberg et al., 2015). Questo aspetto risulta essere particolarmente importante per gli infermieri come dimostrano gli studi di Baillie L. del 2009 e di Blomberg A.C., Willassen E., Von Post I. e Lindwall L. del 2015. Dal primo emerge come, secondo più della metà degli infermieri intervistati, l’esposizione del corpo venga considerata una violazione della *privacy* fisica che compromette la dignità. Infatti, i professionisti sanitari si assicurano di tenere coperto il corpo del paziente in quanto, come riportato da uno degli infermieri intervistati: *“non si dovrebbe mai esporre il corpo più di quanto non sia necessario per l’assistenza”*. Risulta anche come gli infermieri conferiscano maggiore importanza a tale aspetto di quanto non facciano i pazienti. Questi ultimi, infatti,

tendono a discutere più ampiamente dei comportamenti e degli atteggiamenti degli infermieri nei loro confronti, piuttosto che del mantenimento della propria riservatezza. Anche il secondo studio citato precedentemente riporta come gli infermieri preservino la dignità del paziente prendendosi la responsabilità della sua *privacy* e preservando il corpo dall'esposizione durante l'intervento chirurgico. Inoltre, gli infermieri sono attenti a fare in modo che i momenti in cui il corpo del paziente è esposto, siano più brevi possibile, in modo da proteggerlo dal freddo o da sguardi indiscreti quando la persona non ha controllo su di esso.

Dai risultati inerenti all'area "B" dei comportamenti, emergono, inoltre, in modo particolare due interventi che sono stati presi in considerazione solamente dal 20% degli studi selezionati. Il primo: "porre attenzione alla posizione del corpo del paziente sul lettino operatorio" è stato citato prevalentemente dallo studio condotto da Blomberg A.C., Bisholt B., Nilsson J. e Lindwall L. nel 2015. Da questo si evince che l'infermiere di sala operatoria ha la responsabilità di scegliere, sulla base delle proprie conoscenze, il lettino operatorio più adeguato all'intervento chirurgico e alle caratteristiche del paziente. Inoltre, ha anche la responsabilità di decidere quale posizione sia più consona da far assumere alla persona in modo da evitare conseguenze intraoperatorie come lesioni nervose o cutanee, danni a muscoli o articolazioni.

Il secondo intervento riguarda il mantenimento della riservatezza tramite l'ambiente, includendo quindi la chiusura delle porte della sala operatoria o della stanza di degenza quando sia necessario svestire il paziente per eseguire una procedura, oppure bussare alla porta della stanza di degenza prima di entrare dal paziente. La maggior parte dei pazienti inclusi nello studio di Akyüz E. e Erdemir F. del 2013 si trovano d'accordo sul fatto che le stanze di degenza dovrebbero essere dotate di porte in modo che vi sia la possibilità di chiuderle per mantenere la *privacy* durante l'esecuzione delle procedure sul paziente. Lo studio di Valeberg B.T., Liodden I., Grismo B. e Lindwall L. del 2017, invece, riporta una parte di intervista sottoposta ad un infermiere che evidenziava l'importanza di chiudere le porte della sala operatoria prima di domandare al paziente di svestirsi.

Passando ora ad analizzare l'area della compassione del modello di Chochinov, denominata con la lettera "C", notiamo come l'aspetto relazionale di ascoltare e comprendere il paziente, permettendogli di esprimere i propri sentimenti liberamente,

sia largamente discusso in letteratura e riscontrato in sette articoli tra quelli considerati nella presente revisione. Ascoltare e dare importanza al dialogo con il paziente e ai suoi sentimenti significa mostrare empatia, e dunque adempiere agli obblighi etici appartenenti ai professionisti sanitari (Valeberg et al., 2017). Risulta non essere sempre facile trovare il tempo da dedicare al paziente per il dialogo durante turni di lavoro frenetici, ma ignorare i sentimenti del paziente e mancare di compassione viene identificato come una violazione dell'atto di cura (Valeberg et al., 2017), oltre che un comportamento non professionale e non dignitoso nei confronti della persona (Willassen et al., 2015). All'interno del contesto chirurgico i pazienti spesso esprimono una sensazione di vulnerabilità, per questo è importante che l'infermiere sia sensibile a ciò che il paziente vuole trasmettere in quei momenti, ascoltando le sue preoccupazioni e i suoi pensieri (Blomberg et al., 2018).

L'ultima area da analizzare è quella del dialogo, lettera "D" del modello di Chochinov preso in esame in questo elaborato. I risultati dimostrano come, da nove articoli su dieci, emerga che informare il paziente prima di qualunque procedura, che debba essere eseguita sul suo corpo, sia di fondamentale importanza per il mantenimento della dignità della persona. Nello specifico, Akyüz E. e Erdemir F., nel loro articolo pubblicato nel 2013, riportano come all'interno del contesto ospedaliero i pazienti percepiscano di aver perso il controllo della situazione, sentendosi ansiosi in un contesto sconosciuto. Proprio per questo motivo dall'articolo emerge che i pazienti hanno la necessità di essere informati, di sapere da chi saranno seguiti per le cure, chi soddisferà i loro bisogni, quali regole dovranno seguire. Gli infermieri giocano, quindi, un ruolo fondamentale nel dare supporto e aiuto ai pazienti al fine di mantenere il controllo della propria situazione, informandoli adeguatamente durante il processo di cura. Anche l'articolo del 2014 condotto da Rasmussen T.S. e Delmar C. sottolinea che i pazienti desiderano essere informati, eppure, emerge anche come essi non sempre siano soddisfatti del grado di informazione che ricevono. La percezione che i pazienti hanno riguardo la completezza delle informazioni che vogliono ricevere, è strettamente legata alla relazione con l'infermiere, in quanto, il paziente dipende dalla presenza di quest'ultimo per essere informato su ciò che riguarda la propria assistenza e cura. I dati dimostrano che conoscere ed essere informati aiutano i pazienti a sentirsi sicuri riducendo le loro preoccupazioni. Grazie a ciò le persone percepiscono

mantenuta la propria dignità in quanto hanno la possibilità di comprendere le scelte che vengono messe in atto dai professionisti e di dare la propria opinione in merito, avendo un quadro più chiaro e completo della propria situazione. Dare informazioni complete, corrette e chiare al paziente è, soprattutto, una dimostrazione del principio di *Advocacy* (Sundqvist et al. 2014).

Proseguendo nell'analisi dell'area dedicata al "dialogo", si evince come vi siano due interventi che vengono citati solamente dal 30% degli articoli selezionati. Il primo è: parlare con il paziente durante gli interventi infermieristici utilizzando cordialità e umorismo. L'articolo scritto da Baillie L. nel 2009 evidenzia il fatto che tale aspetto non venga trattato spesso in letteratura e, in generale, non venga considerato abbastanza rilevante da parte degli infermieri. Infatti, emerge come spesso i professionisti sanitari siano concentrati sugli aspetti della *privacy* del paziente, per timore di violarla, mentre, al contrario, i pazienti diano particolare enfasi all'aspetto comunicativo e relazionale. L'umorismo, inoltre, è una tecnica prevalentemente collegata all'ambito di assistenza al paziente terminale, e citata espressamente in articoli riguardanti il "fine vita" o le cure palliative. Eppure, l'utilizzo, da parte degli infermieri, dell'umorismo fa sì che i pazienti avvertano entusiasmo e siano inclusi in un'atmosfera rilassata che gli permetta di affrontare le procedure, anche le più invasive del corpo e della *privacy*, con naturalezza e soprattutto, percependo inalterata la propria dignità (Rasmussen et al., 2014).

Il secondo intervento, al quale si è fatto riferimento precedentemente, indica come gli infermieri dovrebbero includere il paziente nelle conversazioni che avvengono in sua presenza, per quanto lo riguardano. Nello specifico, emerge come gli infermieri notino che la dignità del paziente non viene rispettata quando vengono condotte conversazioni davanti ad una persona che non è soggetto della conversazione stessa. Nello studio di Blomberg A.C., Bisholt B. e Lindwall L. del 2018, uno degli infermieri intervistati, infatti, riporta: "*mi infastidisce davvero quando si parla di qualcosa che non riguarda il paziente mentre quest'ultimo è presente nella sala operatoria*". Allo stesso modo, anche i pazienti non apprezzano che vengano condotte conversazioni davanti a loro come se non esistessero (Valeberg et al., 2017), per questo motivo, quando i pazienti sono svegli durante le procedure, dovrebbero essere inclusi nelle conversazioni che avvengono anche tra professionisti sanitari (Baillie et al., 2010).

Tabella IV – interventi infermieristici che prevedono o condizionano la nudità del corpo nel contesto chirurgico secondo l'ABC and D of dignity conserving care

	Interventi infermieristici che prevedono o condizionano la nudità del corpo nel contesto chirurgico secondo l'ABC and D of dignity conserving care	1. Valeberg, Liodden, Grimsmo, Lindwall (2017), Norvegia	2. Blomberg, Bisholt, Lindwall (2018), Svezia	3. Sundqvist, Anderzen, Carlsson (2014), Svezia	4. Blomberg, Bisholt, Nilsson, Lindwall (2015), Svezia	5. Blomberg, Willassen, Von Post, Lindwall (2015), Svezia e Norvegia	6. Willassen, Blomberg, Von Post, Lindwall (2015), Svezia e Norvegia	7. Baillie, Ilott (2010), Regno Unito	8. Akyüz, Erdemir (2013), Turchia	9. Rasmussen, Delmar (2014), Danimarca	10. Baillie (2009), Regno Unito	%
A	Avere un atteggiamento premuroso, cortese e sensibile nei confronti del paziente	P	NP	NP	NP	P	NP	P	P	P	P	60%
	Adottare un atteggiamento gentile e rispettoso della privacy della persona	P	NP	NP	NP	P	NP	P	P	P	P	60%
	Mantenere un atteggiamento rassicurante nei confronti del paziente	P	NP	NP	NP	NP	NP	P	NP	NP	P	30%
	Trattare il paziente come persona	P	P	NP	NP	P	P	P	NP	P	P	70%
B	Evitare di esporre il corpo del paziente	P	P	NP	P	P	NP	P	P	P	P	80%
	Presentarsi al paziente e farsi conoscere	NP	NP	P	P	P	P	P	NP	NP	NP	50%
	Porre attenzione alla posizione del corpo del paziente sul lettino operatorio	NP	P	NP	P	NP	NP	NP	NP	NP	NP	20%
	Attuare, secondo i bisogni del paziente, gli interventi infermieristici previsti in modo rapido	P	P	P	NP	NP	P	NP	NP	NP	NP	40%
	Far indossare al paziente i propri indumenti piuttosto del camice ospedaliero	NP	NP	P	NP	NP	NP	P	P	P	P	50%
	Limitare il numero di persone all'interno della sala operatoria	NP	NP	NP	P	P	NP	P	NP	NP	NP	30%
	Chiudere le tendine di separazione in sala operatoria e in stanza di degenza	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	P	P	P	30%
C	Chiudere le porte della sala operatoria o della stanza di degenza prima di scoprire il paziente e bussare prima di entrare	P	NP	NP	NP	NP	NP	NP	P	NP	NP	20%
	Ascoltare e comprendere il paziente, permettendogli di esprimere i propri sentimenti liberamente	P	P	P	P	P	P	P	NP	NP	NP	70%
D	Cogliere il linguaggio del corpo del paziente	P	P	NP	P	P	P	NP	NP	NP	NP	50%
	Parlare con il paziente durante gli interventi infermieristici utilizzando cordialità e umorismo	P	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	P	P	30%
	Informare il paziente su ciò che si andrà ad eseguire sul suo corpo	P	P	P	P	NP	P	P	P	P	P	90%
	Adottare uno stile relazionale e comunicativo non giudicante	P	NP	NP	NP	P	P	P	NP	NP	NP	40%
	Includere il paziente, se sveglio, nelle conversazioni che avvengono in sala operatoria, per quanto lo riguardano	P	P	NP	NP	NP	NP	P	NP	NP	NP	30%
Legenda: P = presente nell'articolo NP = non presente nell'articolo % = frequenza con la quale sono presenti, all'interno della totalità degli articoli presi in considerazione, gli interventi descritti nella tabella												

4.2 Qualità metodologica degli studi

Analizzando gli studi inclusi nella revisione, è possibile affermare che la principale debolezza metodologica riguarda l'assenza di un confronto tra gli interventi infermieristici citati che possa far emergere quali siano quelli maggiormente efficaci a garantire la dignità del paziente di fronte alla nudità del corpo durante il processo perioperatorio. Si è quindi proceduto ad un confronto autonomo degli interventi maggiormente citati in letteratura, cercando di comprendere la loro applicabilità alla pratica clinica tramite la Teoria di Chochinov.

A partire dagli studi selezionati, nello specifico quelli condotti in Svezia e Norvegia, si evince come vi sia una frequente ricorrenza degli stessi autori che, negli anni, affrontano il tema della dignità del paziente nel processo perioperatorio tramite modalità differenti, ad esempio analizzando l'opinione degli infermieri studenti di sala operatoria, durante il tirocinio clinico, sul rispetto della dignità del paziente nell'intraoperatorio, poi considerando invece come gli infermieri di sala operatoria percepiscano e vivano il processo di assistenza al paziente e infine anche prendendo in considerazione l'aspetto della responsabilità che hanno gli infermieri di sala operatoria nei confronti del paziente e della sua presa in carico.

Nessuno degli studi considerati affronta unicamente il tema della nudità del corpo, ma in ogni articolo selezionato è stata discussa la dignità del paziente analizzandola sotto diversi aspetti, come ad esempio l'importanza del consenso informato, di considerare il paziente come persona, di dare attenzione al paziente o di proteggere il paziente da rischi. Inoltre, è stata spesso considerata unicamente l'opinione dei professionisti sanitari per quanto concerne il concetto di dignità e il suo rispetto nell'ambito clinico, senza analizzare a sufficienza le percezioni dei pazienti chirurgici durante la loro esperienza in detto percorso assistenziale.

Oltre a ciò, è necessario considerare anche l'eterogeneità dei campioni presi in considerazione che comprendono sia pazienti che infermieri in numerosità anche molto differenti tra uno studio e l'altro, come ad esempio i quattro pazienti chirurgici su cui si basa lo studio di Rasmussen e Delmar del 2014 a confronto con i 102 pazienti chirurgici e i 47 infermieri che sono stati coinvolti nello studio di Akyüz e Erdemir del 2013.

Va detto anche che gli studi sono molto diversi tra di loro, infatti, i dieci studi selezionati comprendono: n. 1 revisione sistematica; n. 1 studio qualitativo triangolato caso singolo con casi incorporati; n. 1 studio pilota descrittivo; n. 1 studio descrittivo trasversale semiquantitativo; n. 2 studi descrittivi qualitativi; n. 4 studi descrittivi.

CAPITOLO V: DISCUSSIONE

5.1 Discussione

Dall'analisi della teoria di Chochinov denominata “*ABC and D of dignity conserving care*”, contestualizzata originariamente in ambito di cure palliative, ma riadattata per questo studio sulla base dell'ambito di cura chirurgico, si evince come non sempre i criteri utilizzati per guidare il comportamento degli infermieri al rispetto della dignità della persona, vengano rispettati e valorizzati. L'area maggiormente attenzionata dagli infermieri, infatti, è la “B”, quella dei comportamenti. Essi risultano essere attenti a quei comportamenti che rischiano di minacciare la *privacy* dei pazienti, ponendo particolare interesse alla riservatezza del corpo. Gli autori Baillie L., Blomberg A.C., Willassen E., Von Post I. e Lindwall L., nei loro studi, hanno evidenziato in modo particolare tale aspetto, sottolineando come, secondo l'opinione degli infermieri, preservare la dignità significhi prendersi la responsabilità di proteggere il corpo da inutili esposizioni. Questo convincimento però, non risulta essere del tutto in linea con l'opinione dei pazienti, i quali rivolgono maggiormente la propria attenzione agli aspetti relazionali e comunicativi che mette in gioco l'infermiere durante l'assistenza. Le persone, infatti, riconoscono che all'interno dell'ambiente ospedaliero non sia sempre possibile mantenere inviolata la propria *privacy* fisica e che vi sia la necessità di adattare la propria concezione di dignità prima di essere sottoposti ad un intervento chirurgico (Akyüz et al., 2013; Rasmussen et al., 2014), ma se i pazienti sono disposti a recedere parzialmente per quanto riguarda la propria riservatezza fisica, risultano intransigenti per quanto concerne la gentilezza e il rispetto da parte dei professionisti nei loro confronti, e nei confronti del loro corpo.

Da ciò si può evincere, rispondendo al secondo quesito di ricerca, come i pazienti riconoscano che, per i professionisti sanitari, non è sempre possibile soddisfare le proprie aspettative riguardo il concetto di dignità. Ne sono un esempio gli studi svolti da Baillie et al. prima nel 2009 e poi nel 2010, da Akyüz et al. nel 2013, da Sundqvist et al. nel 2014 e da Rasmussen et al. nel 2014, in cui emerge come infermieri e pazienti condividano l'opinione che il camice ospedaliero vada ad intaccare la dignità personale del paziente, in quanto, implica un elevato rischio di esposizione del corpo.

Ciononostante, vi sono situazioni cliniche in cui esso risulta obbligatorio per questioni di sicurezza e di rischio di contaminazione, come ad esempio in fase di preparazione per un intervento chirurgico.

Gli infermieri, però, non sempre risultano essere del tutto consapevoli delle necessità che i propri pazienti hanno riguardo il rispetto della dignità, nonostante vi sia una crescente consapevolezza e attenzione da parte degli infermieri per quanto riguarda tale aspetto, che si è sviluppata, oltre che nei contesti di cure palliative o di assistenza al “fine vita”, in diversi ambiti dell’agire infermieristico (Whitehead et al., 2008). Nella totalità degli articoli selezionati si evince, come accennato precedentemente, come i pazienti enfatizzino e sottolineino l’importanza del ruolo relazionale e comunicativo che ricopre l’infermiere, che risulta essere fondamentale perché i pazienti possano percepire integra la propria dignità nei contesti di cura. Eppure, i professionisti sanitari, generalmente, tendono a focalizzare la propria attenzione sugli aspetti più tecnico-pratici, come coprire il corpo del paziente, chiudere le tendine di separazione, limitare la presenza di persone superflue all’interno della sala operatoria, preservare la *privacy* del corpo, a volte ignorando le reali necessità del paziente (Akyüz et al. nel 2013; Rasmussen et al., 2014; Baillie, 2009).

Per questo motivo, appare chiaro dalla ricerca effettuata che non sempre gli infermieri abbiano la cognizione di quali interventi infermieristici rischino di minacciare maggiormente la dignità della persona assistita, tendendo a sottovalutare l’impatto della comunicazione col paziente, di un atteggiamento premuroso, gentile, cortese e rassicurante, sulla percezione della dignità da parte della persona. La colpa di tali mancanze da parte del personale infermieristico viene ricercata dagli infermieri, per quanto risulta dalle interviste presenti negli articoli selezionati, nel poco tempo a disposizione a causa di turni di lavoro frenetici, nella mancanza di risorse umane, nello stress e nella rapidità dell’ambiente lavorativo (Valeberg et al., 2017; Akyüz et al. nel 2013).

La presente revisione bibliografica dimostra, inoltre, seppur nella sua parzialità legata ai limiti metodologici, come la teoria di Chocinov “*ABC and D of dignity conserving care*” sia applicabile, secondo la letteratura scientifica, al contesto assistenziale chirurgico. Il modello proposto, infatti, trova dai riscontri scientifici dei criteri che

possono concretamente rispecchiare le realtà cliniche e che sono elencati alle tabelle I e II.

Si evince, quindi, come tali criteri, emersi dalla ricerca attraverso la letteratura scientifica e classificati sulla base della teoria sopraccitata, possano rendere misurabile e, più possibile oggettivabile, il concetto di assistenza che rispetta la dignità del paziente nell'ambito chirurgico.

5.2 Limiti dello studio

Nel corso dell'elaborazione della presente revisione bibliografica si è cercato di individuare quali interventi infermieristici, attuabili nel processo perioperatorio, fossero maggiormente adatti a garantire la dignità del paziente di fronte alla nudità del corpo. Per poter fare ciò, nella necessità di dare una sorta di ordine a tali interventi e classificarli, si è utilizzata la teoria elaborata da Chochinov e chiamata "*ABC and D of dignity conserving care*". Tuttavia, la ricerca è stata limitata da più fattori, tra i quali la necessità di escludere gli studi di cui si disponeva solo dell'*abstract* prendendo invece in considerazione gli articoli di cui si poteva accedere al testo completo in formato *full text* e causando in tal modo un restringimento del campo di studi disponibili.

Un ulteriore limite è stato la carenza di studi specifici riguardanti questo argomento, soprattutto nel contesto della ricerca infermieristica italiana, di cui non si è reperito neanche un articolo. In letteratura, infatti, molti degli studi individuati sono stati esclusi in quanto analizzavano l'argomento della dignità del paziente senza però soffermarsi sulla nudità del corpo.

Inoltre, essendoci solamente una revisione sistematica, sono carenti gli studi che possono in modo specifico dare una linea di indirizzo per la clinica partendo dalle evidenze scientifiche più rilevanti.

Infine, gli studi selezionati hanno provenienze eterogenee, nonostante la maggior parte provenga dai Paesi del nord Europa. Trattandosi di un argomento difficilmente oggettivabile e generalizzabile, si rivela necessario riflettere su come il concetto di

dignità possa variare a seconda della cultura appartenente al luogo in cui viene condotto lo studio.

CAPITOLO VI: CONCLUSIONI

6.1 Implicazioni per la pratica

I risultati dello studio condotto sottolineano come l'attuale agire dell'infermiere, nel contesto chirurgico, non sia sempre garanzia di rispetto della dignità del paziente per quanto concerne soprattutto il rispetto del paziente come persona, il rispetto delle sue emozioni e volontà, il coinvolgimento del paziente nel processo assistenziale e la sua informazione. Questo perché risulta esserci ancora poca consapevolezza, nell'ambito chirurgico, riguardo la percezione che i pazienti hanno della propria dignità e del significato che danno a questo concetto. Argomento invece maggiormente indagato in ambiti di cure palliative o assistenza a pazienti terminali.

Avendo notato la mancanza di un modello da utilizzare come riferimento per guidare l'agire degli infermieri, e in generale, dei professionisti sanitari all'attuazione di comportamenti più consapevoli di dover rispettare la dignità e la nudità del paziente nel contesto assistenziale chirurgico, la presente revisione della letteratura propone l'utilizzo del modello di Chochinov secondo la teoria dell' *"ABC and D of dignity conserving care"* riadattato in base all'ambito preso in esame. Il presente elaborato conferma come tale strumento sia applicabile alla pratica clinica in quanto rispecchia in modo chiaro e concreto quali siano gli interventi infermieristici da attuare, secondo la letteratura scientifica, per poter garantire dignità al paziente nel processo perioperatorio. Il modello di Chochinov, infatti, risulta essere un riferimento valido da poter seguire e da poter utilizzare nella clinica per valutare e misurare la qualità dell'assistenza sulla base di precisi e definiti criteri che cercano di oggettivare e descrivere, per quanto possibile, il concetto di dignità del paziente ricoverato in ambito chirurgico.

6.2 Implicazioni per la ricerca

Gli articoli proposti possono porre le basi per una futura ricerca di approfondimento circa il tema trattato nel presente elaborato, in quanto ad oggi la scarsità di studi,

soprattutto di ricerca infermieristica, non permette di arrivare a risultati del tutto generalizzabili. Inoltre, dal confronto degli studi stessi, si può evincere come vi sia la necessità di analizzare campioni più omogenei, oltre che di considerare primariamente l'opinione degli assistiti, per confrontarla in secondo luogo con quella degli infermieri, in modo da poter avere una visione completa e comprendere effettivamente dove vi sia necessità di miglioramento.

Sarebbe interessante, inoltre, portare nella pratica clinica il modello revisionato per l'ambito chirurgico derivante dalla teoria di Chochinov per valutare la sua effettiva applicabilità al suddetto contesto e promuovere studi randomizzati controllati, con campioni di partecipanti numerosi, per poterne valutare l'efficacia sul campo.

Considerando la scarsità di materiale presente in letteratura, e la scarsa consapevolezza da parte dei professionisti sanitari riguardo al tema in questione, sarebbe interessante anche sviluppare approfondimenti riguardo gli interventi infermieristici più adatti, realizzabili nei contesti di assistenza chirurgici, per preservare la dignità degli assistiti rispetto alla nudità del corpo, attuando un confronto tra quelli emersi per individuare delle priorità.

BIBLIOGRAFIA

- Aceti, T., Arcadi, P., Arnofi, S., Basile, A., Cavaliere, B., Cicia, C., Contro, M., Costamagna, G., Cremonesi, D., De Marinis, M., Draoli, N., Falli, F., Filippini, A., Gagliano, C., Lattarulo, P., Lebiu, G., Magnocavallo, C., Masera, G., Mastroianni, C., ... Zega, M. (2020). Commentario al nuovo codice deontologico delle professioni infermieristiche. *FNOPI* <https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2020/06/Commentario-CD-.pdf>
- Akyüz, E., & Erdemir, F. (2013). Surgical patients' and nurses' opinions and expectations about privacy in care. *Nursing ethics*, 20(6), 660–671. <https://doi.org/10.1177/0969733012468931>
- Aydın Er, R., İncedere, A., & Öztürk, S. (2018). Respectful care of human dignity: how is it perceived by patients and nurses?. *Journal of medical ethics*, 44(10), 675–680. <https://doi.org/10.1136/medethics-2017-104666>
- Baillie L. (2009). Patient dignity in an acute hospital setting: a case study. *International journal of nursing studies*, 46(1), 23–36. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.08.003>
- Baillie, L., & Ilott, L. (2010). Promoting the dignity of patients in perioperative practice. *Journal of perioperative practice*, 20(8), 278–282. <https://doi.org/10.1177/175045891002000802>
- Blomberg, A. C., Bisholt, B., & Lindwall, L. (2018). Responsibility for patient care in perioperative practice. *Nursing open*, 5(3), 414–421. <https://doi.org/10.1002/nop2.153>
- Blomberg, A. C., Bisholt, B., Nilsson, J., & Lindwall, L. (2015). Making the invisible visible--operating theatre nurses' perceptions of caring in perioperative practice. *Scandinavian journal of caring sciences*, 29(2), 361–368. <https://doi.org/10.1111/scs.12172>
- Blomberg, A. C., Willassen, E., von Post, I., & Lindwall, L. (2015). Student nurses' experiences of preserved dignity in perioperative practice - Part I. *Nursing ethics*, 22(6), 676–687. <https://doi.org/10.1177/096973301454267>

- Casumaro C. (2016). Il rispetto della dignità umana durante le attività infermieristiche: revisione della letteratura. *Fnopi L'Infermiere*, 54(4), 5-12
- Cembrani F. (2016). La dignità come dotazione della persona demente. *Pratica Medica & Aspetti Legali*, 10(2), 35-48. <http://dx.doi.org/10.7175/PMeAL.v10i2.1245>
- Chochinov H. M. (2007). Dignity and the essence of medicine: the A, B, C, and D of dignity conserving care. *BMJ (Clinical research ed.)*, 335(7612), 184–187. <https://doi.org/10.1136/bmj.39244.650926.47>
- Fumagalli A. (2012). La percezione degli assistiti sulla tutela della dignità in ospedale: uno studio qualitativo. *Fnopi L'Infermiere*, 49(5), e70-e76
- Jacobson N. (2007). Dignity and health: a review. *Social science & medicine (1982)*, 64(2), 292–302. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.08.039>
- Matiti, M. R., & Trorey, G. M. (2008). Patients' expectations of the maintenance of their dignity. *Journal of clinical nursing*, 17(20), 2709–2717. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02365.x>
- Mazzon D. (2015). Quale dignità al termine della vita? Considerazioni etico-deontologiche ["Dignity" at the end of life: ethical and deontologic reflections]. *Recenti progressi in medicina*, 106(12), 593–596. <https://doi.org/10.1701/2094.22644>
- Mencattelli F., Galletti C., Cristofori E., Poddighe P., Rega M.L. (2012). L'importanza del corpo nelle cure infermieristiche: un contributo dalla letteratura. *Medicina e Morale*, 61(1)
- Picco, E., Santoro, R., & Garrino, L. (2010). Dealing with the patient's body in nursing: nurses' ambiguous experience in clinical practice. *Nursing inquiry*, 17(1), 39–46. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2009.00481.x>
- Rasmussen, T. S., & Delmar, C. (2014). Dignity as an empirical lifeworld construction-in the field of surgery in Denmark. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 9, 24849. <https://doi.org/10.3402/qhw.v9.24849>
- Schroeter K. (2000). Advocacy in perioperative nursing practice. *AORN journal*, 71(6), 1207–1228. [https://doi.org/10.1016/s0001-2092\(06\)61440-3](https://doi.org/10.1016/s0001-2092(06)61440-3)

- Sundqvist, A. S., & Carlsson, A. A. (2014). Holding the patient's life in my hands: Swedish registered nurse anaesthetists' perspective of advocacy. *Scandinavian journal of caring sciences*, 28(2), 281–288. <https://doi.org/10.1111/scs.1205>
- Tarantino S., Milos R., Rosi I. M. (2018). La voce del corpo: studio qualitativo sull'uso del tocco nella relazione infermiere-assistito. *Fnopi l'Infermiere*, 55(1), e9-e17
- Valeberg, B. T., Liodden, I., Grimsmo, B., & Lindwall, L. (2017). Nurse anaesthetist students' experiences of patient dignity in perioperative practice-a hermeneutic study. *Nursing open*, 5(1), 53–61. <https://doi.org/10.1002/nop2.110>
- Ventimiglia R., Arcadi P. (2017). L'advocacy nella professione infermieristica: un'analisi concettuale. *Fnopi l'Infermiere*, 54(5), e88-e96
- Walsh, K., & Kowanko, I. (2002). Nurses' and patients' perceptions of dignity. *International journal of nursing practice*, 8(3), 143–151. <https://doi.org/10.1046/j.1440-172x.2002.00355.x>
- Whitehead J., Wheeler H. (2008). Patients' experiences of privacy and dignity. Part 1: a literature review. *British Journal of Nursing*, 17(6). <https://doi.org/10.12968/bjon.2008.17.6.28904>
- Willassen, E., Blomberg, A. C., von Post, I., & Lindwall, L. (2015). Student nurses' experiences of undignified caring in perioperative practice - Part II. *Nursing ethics*, 22(6), 688–699. <https://doi.org/10.1177/0969733014542678>

SITOGRAFIA

- Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche (2019). *Il codice deontologico delle professioni infermieristiche*. <https://www.fnopi.it/norme-e-codici/deontologia/#1571846131365-8f70c763-6358>. Ultima consultazione: 26 ottobre 2022.
- Treccani. (n.d.). Dignità. In *Treccani .it vocabolario*. <https://www.treccani.it/vocabolario/dignita/>. Ultima consultazione: 26 ottobre 2022.

ALLEGATI

Allegato n. 1 - Diagramma di flusso del processo di selezione degli articoli reclutati ed esclusi dalla revisione della letteratura

