

**Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia**  
FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA  
Corso di Laurea in Infermieristica  
Sede di Reggio Emilia

---

**LA GESTIONE DEL LUTTO DELLA FAMIGLIA NEL  
DIPARTIMENTO DI EMERGENZA-URGENZA:  
IL RUOLO E IL VISSUTO DELL'INFERMIERE**

Relatore

Prof. Angela Saffioti

Studente

Monica Torri

---

Anno Accademico 2003/2004

## ***Grazie a...***

- o Angela Saffioti, che mi ha aiutata in tutto...
  
- o Giuseppe Tremonte, per il suo aiuto in quanto infermiere di C.O. 118, counselor e tecnico di computer!!
  
- o Giovanna Amaducci, per la stesura del progetto di ricerca
  
- o Rita Montanari, per gli insegnamenti di psicologia
  
- o A tutti gli infermieri delle U.O. sedi della mia ricerca e ai loro responsabili:
  
- o A.F.D. Ivana Spaggiari e D.ssa A.Maria Ferrari, Res.li infermieristico e medico del D.E.U. Reggio Emilia
  
- o C.S. Antonio Pastori e Dr. Sergio Alboni, Res.li infermieristico e medico della C.O. 118 e Automedica di Reggio Emilia
  
- o F.F. Antonella Rabitti e Dr. Duilio Braglia, Res.li infermieristico e medico del P.S. dell'Ospedale Magati Scandiano
  
- o Maureen Speedie e Dr. Colin Dewar, Res.li infermieristico e medico dell'A&E del Victoria Hospital di Kirkcaldy

# INDICE

<b>INTRODUZIONE</b>	<b>5</b>
<b><u>CAPITOLO 1</u></b>	<b>8</b>
<b>LA LEGISLAZIONE E L'ETICA DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA IN EMERGENZA-URGENZA</b>	
1.1 Il quadro normativo italiano	8
1.2 Il quadro normativo scozzese	12
<b><u>CAPITOLO 2</u></b>	<b>18</b>
<b>L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA IN EMERGENZA-URGENZA</b>	
2.1 Diventare Infermiere nell'ambito dell'Emergenza in Italia	18
2.2 Diventare Emergency Nurse in Scozia	21
2.3 Una riflessione sulla formazione infermieristica in Italia e in Scozia	23
<b><u>CAPITOLO 3</u></b>	<b>24</b>
<b>L'INFERMIERE E IL SUO VISSUTO DI MORTE NELL'EMERGENZA-URGENZA</b>	
3.1 L'esperienza della morte del Paziente in Emergenza-urgenza	24
3.2 Il rapporto con la Famiglia	32
<b><u>CAPITOLO 4</u></b>	<b>37</b>
<b>LA FAMIGLIA IN LUTTO NEL DIPARTIMENTO DI EMERGENZA-URGENZA</b>	
4.1 Il processo di elaborazione del lutto	37
4.2 L'esperienza della perdita in Emergenza-Urgenza	43

<b><u>CAPITOLO 5</u></b>	<b>50</b>
<b>LA RICERCA</b>	
5.1 Il progetto di ricerca	50
5.2 Il questionario	55
5.3 I risultati complessivi: Italia e Scozia	59
5.4 L'intervista	83
5.5 I risultati: Italia e Scozia	85
5.6 Commenti e riflessioni	94
<b>CONCLUSIONI</b>	<b>101</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>104</b>
<b>ALLEGATI</b>	<b>108</b>
1 Research projet	108
2 Questionnaire	111
3 Interview	115

## ***INTRODUZIONE***

Tutto è cominciato con la voglia di fare volontariato. Diventare volontaria in Croce Rossa mi ha portata a desiderare di essere infermiera e mi ha dato anche l'ispirazione per questa tesi.

L'esperienza del soccorso sul territorio è molto forte: in ambulanza nei servizi in emergenza tutto è molto veloce e concitato, ma allo stesso tempo devi mantenere la calma e focalizzare pensieri ed azioni. Gli operatori del soccorso hanno come finalità il paziente che in quel momento necessita di cure tempestive, tutta l'attenzione dei sanitari è su di lui: il resto, l'ambiente, le persone che assistono, passano in secondo piano. Spesso la famiglia è proprio in questa condizione, in secondo piano, in attesa: tante volte durante un intervento di rianimazione mi è capitato di sollevare gli occhi per un attimo dal paziente e incontrare gli sguardi dei familiari, sguardi ansiosi, che cercano rassicurazioni e comprensione, ma non le trovano, trovano tecnicismo, fretta, freddezza fino a volte alla scontrosoità. Una condizione che mi ha sempre fatto sentire a disagio, inadeguata, mi chiedevo: "Perché un atteggiamento così scontroso con i familiari? Non è possibile incontrare in modo diverso la famiglia?"

Mi rispose un articolo molto interessante che lessi sulla rivista N&A dell'agosto 2003: *Soccorritori e psicologia: quando muore un fratellino*<sup>1</sup>. Nell'articolo la Gyger-Stauber, terapeuta familiare, sostiene che gli operatori del soccorso hanno l'obbligo di rispettare il lutto dei familiari, in quanto lo sviluppo del lutto è influenzato sin nelle sue primissime fasi e anche dal comportamento dei soccorritori.

Iniziai la ricerca bibliografica proprio da questa rivista: andai nella biblioteca Rocca Saporiti dell'Arcispedale S. Maria Nuova per cercare nell'archivio in loro possesso e trovai molti altri articoli sulla tematica del lutto, in particolare sulla sua psicologia per gli operatori del soccorso e per i familiari della vittima.

---

<sup>1</sup> Gyger-Stauber K. 2003, Soccorritori e psicologia: quando muore un fratellino. N&A, 12, 141: pagg 1-3

Nell'articolo *Opening the door: family presence during resuscitation*<sup>2</sup> (tradotto letteralmente: Aprite le porte: la presenza della famiglia durante la rianimazione) l'autrice, l'infermiera Eichhorn, sottolinea l'imperativo morale infermieristico di tutelare la complessità, la dignità e l'integrità della famiglia dalla nascita sino alla morte e l'importanza di coinvolgerla nel processo assistenziale, anche nei momenti di emergenza.

Fassler-Weibel, psicoterapeuta, nell'articolo *Quando muore un bambino*<sup>3</sup>, richiama il personale dei servizi di soccorso al rispetto del dolore e del lutto della famiglia, consiglia loro di riflettere sul carico notevole di emozioni degli interventi in emergenza con i bambini e sostiene: "Quello di cui loro, e forse anche noi, abbiamo bisogno è comprensione, vicinanza."<sup>4</sup>

Le mie idee erano sempre più chiare e la maggior parte del materiale bibliografico che avevo raccolto sosteneva la mia tesi sull'importanza del sostegno del lutto della famiglia anche in Emergenza e l'importante ruolo infermieristico nella sua gestione, allora perché nella pratica concreta ciò non avveniva? Pensai dunque di indagare il fenomeno tramite una ricerca: sviluppai un questionario e un'intervista rivolti a infermieri del Dipartimento di Emergenza-Urgenza per indagare il loro punto di vista e i loro sentimenti rispetto questa tematica.

Tutto questo avveniva nei mesi di novembre e dicembre del 2003, un anno in anticipo rispetto all'ipotetica data di discussione della tesi, perché? Perché avevo bisogno di preparare tutto il materiale necessario alla mia ricerca prima dell'inizio del tirocinio nelle diverse unità operative sedi della ricerca (Pronto Soccorso dell'Ospedale Magati di Scandiano, Pronto Soccorso e C.O. 118 dell'Arcispedale S. Maria Nuova di Reggio e A&E del Victoria Hospital Kirkcaldy) e il primo fu nella Centrale Operativa 118 e Automedica dell'ASMN alla fine di dicembre 2003. Il successivo sarebbe iniziato nel mese di marzo 2004, quando sarei partita per un'esperienza di 3 mesi in Scozia, grazie a una borsa di studio del progetto Socrate-Erasmus. A Kirkcaldy,

---

<sup>2</sup> Eichhorn D. 1996, *Opening the door: family presence during resuscitation*. J Cardiovasc Nurs, 10,4: pagg 59-70

<sup>3</sup> Fassler-Weibel P. 2003, *Quando muore un bambino*. N&A, 12, 138: pagg 1-9

<sup>4</sup> Fassler-Weibel P. 2003, *Quando muore un bambino*. N&A, 12, 138: pag 8

presso la School of Nursing and Midwifery della Dundee University, ho potuto svolgere tirocinio nell'ospedale locale, il Victoria Hospital: in Pronto Soccorso (A&E, Accident and Emergency), Pneumologia (WARD 16, Chest unit) e Unità Coronaria (CCU, Coronary Care Unit); in Scozia ho approfondito ulteriormente la ricerca bibliografica finalizzata alla mia tesi nella Biblioteca della School of Nursing and Midwifery e ho vissuto un'esperienza indimenticabile, molto interessante ed estremamente gratificante.

In questa tesi descriverò il ruolo e il vissuto dell'infermiere rispetto la famiglia in lutto nel Dipartimento di Emergenza-Urgenza confrontando l'orientamento italiano e scozzese, illustrerò le basi legislative e etiche e il background formativo dell'infermiere a sostegno della mia tesi e approfondirò l'esperienza della morte del paziente dal punto di vista dell'infermiere e della famiglia. Inoltre presenterò i risultati della mia ricerca e ne farò un commento.

Parole chiave:

- Nursing
- Famiglia
- Lutto
- Relazione
- Emergenza

# **CAPITOLO I**

## **LA LEGISLAZIONE E L'ETICA DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA IN EMERGENZA-URGENZA**

### **1.1 Il quadro normativo italiano**

Per determinare il quadro legislativo e etico che orienta l'operato dell'infermiere che opera in Emergenza-Urgenza è necessario definire in primo luogo la professione infermieristica in senso più ampio.

La professione infermieristica è delineata da una precisa legislazione ministeriale e da diversi documenti professionalizzanti sviluppati dall'IPASVI e da altre associazioni infermieristiche.

La normativa base che definisce la professione di infermiere è il Decreto ministeriale n. 739 del 14 settembre 1994, il quale afferma che:

- 1.** E' individuata la figura professionale dell'infermiere con il seguente profilo: l'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale è responsabile dell'assistenza generale infermieristica.
- 2.** L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria.

“La professione infermieristica esiste per rispondere ai bisogni della società e per considerare gli ideali relativi alla salute umana, nel corso di tutta la vita. Gli infermieri indirizzano le loro energie alla promozione, al mantenimento e al ripristino della salute; alla prevenzione delle malattie, ad alleviare la sofferenza e assicurare una morte serena quando non è più possibile prolungare la vita. Gli infermieri sostengono una visione olistica e considerano l'individuo come un essere bio-psico-sociale, che ha la capacità di raggiungere obiettivi e prendere delle decisioni, che ha il diritto e la



responsabilità di fare delle scelte informate, congruenti con i suoi valori e i suoi credo personali.”<sup>5</sup>

L’assistenza infermieristica, olistica per definizione, sostiene un modello di uomo complesso, un essere biologico, psicologico e sociale: la persona è il suo corpo, è i suoi pensieri ed emozioni, è il suo rapporto con gli altri, i suoi affetti, la sua famiglia.

“L’opera di ogni infermiere è al servizio della persona e della collettività ed è sua responsabilità curare e prendersi cura della persona, nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell’individuo”<sup>6</sup>: la cura e il rispetto dell’individuo è di conseguenza olisticamente cura e rispetto della sua famiglia.

Nel nostro Codice deontologico possiamo trovare diversi articoli che valorizzano l’importanza della tutela del paziente e della famiglia:

4.3 L’infermiere, rispettando le indicazioni espresse dall’assistito, ne facilita i rapporti con la comunità e le persone per lui significative, che coinvolge nel piano di cura.

4.9 L’infermiere promuove in ogni contesto assistenziale le migliori condizioni possibili di sicurezza psicofisica dell’assistito e dei familiari.

4.15 L’infermiere assiste la persona, qualunque sia la sua condizione clinica e fino al termine della vita, riconoscendo l’importanza del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale, spirituale. ...

4.16 L’infermiere sostiene i familiari dell’assistito, in particolare nel momento della perdita e nella elaborazione del lutto.

Essere infermiere significa sensibilità e attenzione al paziente e al suo mondo: le persone significative per il paziente devono essere coinvolte nel piano di cura in quanto parte fondamentale della sua vita: devono rientrare nell’accertamento alla base della pianificazione assistenziale, devono poter partecipare ai processi decisionali più importanti, devono essere valutati nella programmazione di interventi ed obiettivi infermieristici e durante la loro attuazione e verifica.

---

<sup>5</sup> Principi fondamentali dell’assistenza infermieristica, Craven Hirnle, 1998, pag 12

<sup>6</sup> Codice deontologico, 1999, art. 1.2-1.3

Essere infermiere significa advocacy: in ogni contesto assistenziale l'infermiere deve favorire e tutelare la sicurezza psicofisica dell'assistito e dei familiari. La sicurezza psicofisica è un concetto molto ampio e complesso, in linea con l'orientamento olistico della professione infermieristica: centrale garantire l'integrità fisica, morale e spirituale del paziente e della sua famiglia, essenziale riconoscere il loro valore e il loro rispetto.

Essere infermiere significa umiltà: essere accanto al paziente in ogni momento e condizione clinica riconoscendo però il valore dell'ambiente, del sostegno psicologico, spirituale e dell'affettività, fonti di conforto.

Essere infermiere significa disponibilità al sostegno della famiglia, soprattutto nel momento della perdita e del lutto, quando il tecnicismo non ha più spazio e la natura relazionale della professione infermieristica prevale.

Nel Patto Infermiere/cittadino vi sono altre importanti promesse:

Io Infermiere mi impegno nei tuoi confronti a:

- Favorirti nel mantenere le tue relazioni sociali e familiari.
- Rispettare il tuo tempo e le tue abitudini
- Rispettare la tua dignità, le tue insicurezze e garantirti la riservatezza.
- Ascoltarti con attenzione e disponibilità quando hai bisogno.
- Starti vicino quando soffri, quando hai paura, quando la medicina e la tecnica non bastano.

Anche in questo documento è centrale il rispetto e la tutela del paziente, nella sua dignità, unicità e affettività e la natura relazionale della professione infermieristica.

L'importanza della tutela del paziente emerge anche nella normativa vigente nell'ambito dell'Emergenza-Urgenza: nell' Atto di intesa tra Stato e regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria del 1996 viene sottolineata l'importanza di "Perseguire iniziative finalizzate all'umanizzazione dell'assistenza"<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> Atto di intesa tra Stato e regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria, Gazzetta Ufficiale N. 114 , 1996

L'Atto considera queste iniziative tra gli obiettivi del DEA (Dipartimento Emergenza-Urgenza e Accettazione), insieme alla necessità di garantire standard assistenziali, collegamenti tecnico-organizzativi tra DEA, sistemi di valutazione e promozione della qualità assistenziale, aggiornamento professionale e educazione sanitaria: obiettivi allo stesso livello che per legge il DEA dovrebbe perseguire.

L'assistenza infermieristica ha come finalità il paziente nella sua unicità e complessità e la famiglia fa parte di questa unicità e complessità, ne è parte integrante: la normativa vigente lo sostiene e anche l'inquadramento professionale e etico.

## 1.2 Il quadro normativo scozzese

“Nella maggior parte delle nazioni la definizione di Nurse, Infermiera, è “persona qualificata e autorizzata a praticare l’assistenza infermieristica”; in Gran Bretagna non c’è una definizione legale simile, in quanto il termine Nurse è usato anche per le assistenti dei dentisti o dei veterinari o per le maestre degli asili d’infanzia, ma solo le professioni che appaiono sul Registro del Nursing and midwifery council (il Concilio delle infermiere e delle ostetriche della Gran Bretagna) sono legalmente riconosciute e chiamate “registered nurse”, infermiere professionali”<sup>8</sup>.

In Scozia la professione di infermiere è perciò definita dal *Code of professional conduct*, il Codice della condotta professionale scritto dal Nursing and midwifery council:

“As a registered nurse (...) you are personally accountable for your practice. In caring for patients and clients, you must:	“In quanto infermiera professionale sei personalmente responsabile della tua pratica. Nell’assistenza ai pazienti e clienti, tu devi:
<ul style="list-style-type: none"><li>• Respect the patient or client as an individual</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Rispettare il paziente o il cliente in quanto individuo</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Obtain consent before you give any treatment or care</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ottenere il consenso prima di eseguire ogni trattamento o cura</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Protect confidential information</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Proteggere le informazioni confidenziali</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Co-operate with others in the team</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Lavorare in cooperazione con gli altri membri del team</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Maintain your professional knowledge and competence</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aggiornare la tua conoscenza professionale e la tua competenza</li></ul>

---

<sup>8</sup> Defining Nursing, 2003, pag 18

<ul style="list-style-type: none"> <li>• be trustworthy</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Essere affidabile</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• act to identify and minimise risk to patients and clients.”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Individuare e minimizzare i rischi per i pazienti”</li> </ul>

Gli articoli interessanti dal punto di vista etico sono:

<p>2.1 You must recognise and respect the role of patients and clients as partners in their care and the contribution they can make to it. This involves identifying their preferences regarding care and respecting these within the limits of professional practice, existing legislation, resources and the goals of the therapeutic relationship.</p>	<p>2.1 Devi riconoscere e rispettare il ruolo dei pazienti e dei clienti in quanto collaboratori nella loro assistenza e per il contributo che possono portarvi. Questo comprende identificare le loro preferenze riguardo la loro assistenza e il rispetto di queste entro i limiti della pratica professionale, della normativa vigente, delle risorse e delle finalità della relazione terapeutica.</p>
<p>2.4 You must promote the interests of patients and clients. This includes helping individuals and groups gain access to health and social care, information and support relevant to their needs.</p>	<p>2.4 Devi promuovere gli interessi dei pazienti e dei clienti. Questo include aiutare individui o gruppi ad accedere ai servizi sanitari e sociali, alle informazioni e ai servizi di supporto relativi ai loro bisogni.</p>

Nel Code of professional conduct è delineato un profilo di infermiere molto simile a quello italiano: il rispetto del paziente nella sua unicità, nelle sue decisioni (consenso) e la tutela dei suoi interessi.

Un altro documento interessante è *Defining Nursing* (tradotto letteralmente *Definendo l'assistenza infermieristica*) redatto dal Royal College of Nursing, una istituzione che in Gran Bretagna “rappresenta le infermiere e l'assistenza infermieristica, promuove l'eccellenza nella pratica e sviluppa linee di

condotta in ambito sanitario”<sup>9</sup>. Nelle caratteristiche che definiscono la professione infermieristica troviamo:

<p><b>1.</b> A particular purpose: the purpose of nursing is to promote health, healing, growth and development, and to prevent disease, illness, injury and disability. When people become ill or disabled, the purpose of nursing is, in addition, to minimise distress and suffering, and to enable people to understand and cope with their disease or disability, its treatment and its consequences. When death is inevitable, the purpose of nursing is to maintain the best possible quality of life until its end.</p>	<p><b>1.</b> Una finalità particolare: il fine del nursing è promuovere la salute, la guarigione, la crescita e lo sviluppo e prevenire le malattie, i traumi e la disabilità. Quando le persone si ammalano o diventano disabili, la finalità dell’assistenza infermieristica è di minimizzare lo stress e la sofferenza e di dare loro la possibilità di capire ed affrontare la loro malattia o disabilità, i trattamenti e le loro conseguenze. Quando la morte è inevitabile, la finalità del nursing è di mantenere la qualità di vita migliore possibile fino alla fine.</p>
<p><b>2</b> (...) Nursing is an intellectual, physical, emotional and moral process which includes the identification of nursing needs; ... advocacy; and physical emotional and spiritual support.</p>	<p><b>2</b> L’assistenza infermieristica è un processo concreto, intellettuale, emozionale e morale che comprende l’identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica; advocacy e supporto spirituale, emozionale e concreto.</p>
<p><b>3</b> (...) The term “people” includes individuals of all ages, families and communities, throughout the entire life span.</p>	<p><b>3</b> Per “persone” si intendono individui di ogni età, famiglie e comunità, per tutto l’arco dell’intera vita.</p>
<p><b>4</b> (...)the focus of nursing is the whole person (...)</p>	<p><b>4</b> il focus del nursing è la persona nella sua complessità</p>

<sup>9</sup> Defining Nursing, 2003, pag 26

<p><b>5</b> (...) nursing is based on ethical values which respect the dignity, autonomy and uniqueness of human beings, the privileged nurse-patient relationship and the acceptance of personal accountability for decisions and actions.</p>	<p><b>5</b> il nursing si basa su valori morali come: il rispetto della dignità, dell'autonomia e dell'unicità dell'uomo, il rapporto privilegiato infermiere-paziente e l'accettazione della responsabilità personale di decisioni ed azioni.</p>
---	--

L'assistenza infermieristica viene definita come un processo complesso, intellettuale, fisico, emozionale e morale in ogni sua espressione: durante la pianificazione assistenziale, nei momenti educativi, quando è advocacy e sostegno concreto ed emozionale. Ogni infermiere, di ogni unità operativa deve essere cosciente che la sua attività ha una natura intellettuale, fisica, emozionale e morale: queste sono le caratteristiche che definiscono la sua professione, inscindibili da essa.

La finalità del nursing è minimizzare lo stress e la sofferenza delle persone, *people*, quando sono malate o disabili. *People* è un termine molto ampio che si riferisce alla collettività, ma anche agli individui e alle famiglie, di conseguenza la finalità dell'infermiere è alleviare lo stress e la sofferenza anche della famiglia.

Ancora una volta emerge la centralità del paziente nel complesso di valori etici della professione: fondamentale il rispetto dell'individuo, con la sua dignità, autonomia e unicità, un rispetto che si estende anche alle sue scelte ed azioni. Un importante riconoscimento va anche al rapporto privilegiato infermiere-paziente, un rapporto speciale che è cura, vicinanza, ascolto, per i pazienti di tutte le età fino agli ultimi momenti di vita.

Un'altra importante istituzione è l'International Council of Nurses<sup>10</sup> che ha sviluppato numerosi documenti (Position statements, tradotto letteralmente

---

<sup>10</sup> ICN: il Concilio internazionale degli infermieri: un'associazione infermieristica internazionale

“Dichiarazioni di posizione”) per diffondere il suo pensiero e delle linee di condotta che dovrebbero guidare ogni infermiere, di ogni nazione.

Un documento significativo è *Nurses’ role in providing care to dying patients and their families*, tradotto: Il ruolo degli infermieri nell’assistenza dei pazienti con ridotta aspettativa di vita e le loro famiglie, che sostiene:

<p>“Nurse are uniquely prepared to offer compassionate care for dying patients and their families.</p> <p>The allevation of pain and suffering is a fundamental nursing responsibility and nurse are expertly trained in pain management, palliative care and in helping people in dealing with grief, death and dying.</p> <p>The ICN holds that nurses are key members of multidisciplinary teams caring for dying patients and their families.</p>	<p>“Gli infermieri sono preparati in modo unico per offrire una assistenza sensibile e partecipata ai pazienti con una ridotta aspettativa di vita e alle loro famiglie.</p> <p>L’alleviare il dolore e le sofferenze è una responsabilità infermieristica fondamentale e gli infermieri sono ben preparati alla gestione del dolore, alle cure palliative e al sostegno delle persone in lutto. L’ICN sostiene che gli infermieri hanno un ruolo chiave nell’equipe multidisciplinare nella assistenza dei pazienti morenti e delle loro famiglie.</p>
<p>ICN supports national nurses associations in their endeavours to:</p>	<p>L’ICN sostiene le iniziative da parte delle diverse associazioni infermieristiche nazionali quali:</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Provide support to nurses dealing with complex care issue related to death and dying</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Provvedere al supporto degli infermieri che affrontano problemi assistenziali complessi legati alla morte e al lutto</li> </ul>



<ul style="list-style-type: none"><li>• Encourage nurses to provide compassionate care during the end stage of life, respect ethical standards and cultural norms in death and mourning. ”</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Incoraggiare gli infermieri ad assistere con sensibilità durante le ultime fasi della vita, rispettando i valori etici e le norme culturali della morte e del lutto.</li></ul>
--	--

Nell'equipe multidisciplinare che si trova ad accompagnare il paziente con ridotta aspettativa di vita l'infermiere ha un ruolo chiave, perché è stato formato per "Saper essere", per ascoltare, comprendere il dolore e alleviare la sofferenza: nei momenti di lutto della vita del paziente e della sua famiglia l'infermiere è presente, accanto a loro, un sostegno nel rispetto del personale vissuto di perdita, con i suoi tempi e le sue espressioni.

## **CAPITOLO 2**

### **L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA IN EMERGENZA-URGENZA**

#### **2.1 Diventare Infermiere nell'ambito dell'Emergenza in Italia**

Oggi per diventare infermiere in Italia è necessario frequentare il Corso di Laurea in Infermieristica della durata di 3 anni.

Il corso è articolato in attività teorica (lezioni frontali con professori universitari e infermieri e lezioni a piccolo gruppo con tutors) e attività pratiche (laboratori, simulazioni e tirocinio professionalizzante).

Il piano di studi varia da Università a Università, ma comprende sempre per tutto l'arco dei tre anni materie professionalizzanti (Infermieristica generale e clinica) a cui si affiancano nel primo anno scienze propedeutiche (Anatomia, Chimica, Patologia...), nel secondo scienze cliniche generali (Medicina, Chirurgia, Oncologia...) e nel terzo scienze cliniche specialistiche (Anestesiologia, Psichiatria...).

Gli infermieri che lavorano nei Dipartimenti di Emergenza-urgenza in Italia hanno per la maggior parte frequentato corsi e seminari per integrare le loro conoscenze dopo il corso universitario di base, ma esiste anche un Master in Area critica.

I corsi consigliati per lavorare nell'ambito dell'Emergenza sono (con qualche cambiamento a seconda delle Unità Operative, Pronto soccorso, Automedica...):

- o BLS Basic Life Support
- o PBLS Paediatric Life Support
- o PALS Paediatric Advanced Life Support
- o BLSD Basic Life Support Defibrillation
- o ALS Advanced Life Support
- o ACLS Advanced Cardiac Life Support

- o AMLS Advanced Medical Life Support
- o ATLS Advanced Traumatic Life Support
- o PHTLS Pre Hospital Traumatic Life Support
- o Triage
- o Elettrocardiografia di base
- o Tecniche di comunicazione e debriefing<sup>11</sup>

Il Master in Area critica (attivo solo in alcune Università), in particolare l'indirizzo in Emergenza sanitaria, si rivolge a infermieri del Dipartimento di Emergenza-Urgenza, di Pronto Soccorso, Centrale Operativa 118, di Protezione civile e impiegati nel soccorso sul territorio (Ambulanza, Automedica, Elisoccorso...) e prevede 60 crediti formativi universitari (1500 ore).

Il master è strutturato in 2 sezioni: un percorso comune con il quale si sviluppano i moduli generali prerequisiti per il percorso successivo ad indirizzo specifico e un percorso caratterizzante con il quale si sviluppano i Moduli nei vari ambiti operativi di Area critica (Terapia intensiva, Emergenza sanitaria, Chirurgia generale e specialistica, Oncologia e cure palliative, Nefrologia e dialisi).

Il percorso comune si articola nei moduli di:

- o Epidemiologia
- o Metodologia di analisi
- o Sistema informativo
- o Gestione dei processi assistenziali
- o Sviluppo di qualità in Area Critica
- o Evidenza scientifica
- o Ricerca ed Educazione infermieristica

Il percorso caratterizzante dell'indirizzo Emergenza sanitaria è costituito da:

- o Infermieristica nelle situazioni di emergenza e urgenza sul territorio
  - o La gestione dell'allarme sanitario
  - o Il triage extraospedaliero

---

<sup>11</sup> Tratto da: Manuale di Pronto Soccorso, ASMN RE, 2004, pag 96

- o Emergenze mediche, comportamentali e da avvelenamento
- o Emergenze traumatologiche
- o Emergenze ostetrico ginecologiche e pediatriche
- o Infermieristica nelle maxiemergenze e Sanità militare
  - o Gestione dei soccorsi extraospedalieri nelle catastrofi
- o Infermieristica nelle situazioni di emergenza e urgenza ospedaliera
  - o Il triage intraospedaliero
  - o Gestione delle situazioni assistenziali in Dipartimento Emergenza Accettazione<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> Linee guida per il master di primo livello, Infermieristica in Area critica, IPASVI, 2002, pag 52

## 2.2 Diventare Emergency Nurse in Scozia

Al momento attuale per diventare infermiere in Scozia si frequentano 3 anni di corso alla School of Nursing and Midwifery, la Scuola di assistenza infermieristica e ostetrica, presente in ogni università.

Esistono 4 corsi specializzati in altrettanti settori: Adult Nursing (Infermieristica dell'età adulta), Child nursing (Infermieristica pediatrica), Learning Disabilities Nursing (Infermieristica delle difficoltà d'apprendimento) e Mental Health Nursing (Infermieristica psichiatrica).

Il corso è costituito per metà da teoria (lezioni frontali e Problem Based Learning, gestiti entrambi da Tutors) e per l'altra metà da pratica (laboratori, simulazioni e tirocinio).

Il corso di studi comprende le seguenti aree di studio<sup>13</sup>:

### Health Sciences (Scienze della salute)

- Anatomy & Physiology (Anatomia e fisiologia)
- Healthcare psychology (Psicologia della salute)
- Sociology of health (Sociologia della salute)
- Social policy (Politica sociale)
- Public health (Salute pubblica)
- Therapeutics (Farmacologia)

### Provision of care (L'assistenza)

- Core clinical skills (Abilità cliniche di base)
- Healthcare problems & their specific assesment & care (Problemi assistenziali, valutazione e risoluzione)
- Communication (Comunicazione)
- Health promotion and education (Promozione e educazione alla salute)

### Management of care & Professional Development (Gestione dell'assistenza e sviluppo professionale)

- Nursing roles & methods (Ruoli e metodologie infermieristiche)

---

<sup>13</sup> Tratto da: Pre-registration programme document, School of Nursing and Midwifery, 2001, pag 9

- Principles of assesment care-planning (Principi di pianificazione infermieristica)
- Evidence-based practice
- Informatics (Informatica)
- Multiprofessional and inter-agency working (Lavoro multi disciplinare)
- Ethics & professional issues (Problematiche professionali e etiche)
- Management of care environments (Gestione degli ambienti sanitari)
- Clinical governance (Amministrazione clinica)
- Continuing professional development (Sviluppo professionale continuo)

La maggior parte degli infermieri scozzesi impiegati nei diversi Dipartimenti di Emergenza-urgenza hanno semplicemente seguito corsi e seminari per integrare le loro conoscenze dopo il corso universitario di base, come in Italia, ma esiste anche la Faculty of Emergency nursing, la facoltà di infermieristica d'emergenza. Il corso, attivo solo in alcune Università, dura 1 anno e le lezioni riguardano:

- Emergency care of the older person (Assistenza d'emergenza alla persona anziana)
- Major incident planning (Pianificazione dell'assistenza nell'incidente maggiore)
- Pre-hospital care (Assistenza pre-ospedaliera)
- Major trauma management (Gestione del trauma maggiore)
- Emergency care of the adult (Assistenza d'emergenza dell'adulto)
- Emergency care of the person with minor injury or illness (Assistenza d'emergenza della persona con traumi o patologie minori)
- Emergency care of the child and younger person (Assistenza d'emergenza del bambino e dell'adolescente)
- Care of the person with psychological needs (Assistenza della persona con problemi psicologici)

## 2.3 Una riflessione sulla formazione infermieristica in Italia e in Scozia

La formazione dell'infermiere in Italia e in Scozia ha molte similitudini: 3 anni di corso, la presenza di attività pratiche professionalizzanti associate alle lezioni teoriche, il valore dato alle materie infermieristiche. La formazione italiana ha una gestione e una didattica più "universitaria", le lezioni frontali delle scienze propedeutiche e cliniche sono tenute da professori universitari, mentre le lezioni in Scozia sono totalmente gestite dai tutors. Il piano di studi è molto simile, ma in Scozia sono presenti alcuni insegnamenti che mancano in Italia: Sociology of health (Sociologia della salute), Social policy (Politica sociale), Public health (Salute pubblica), Multiprofessional and inter-agency working (Lavoro multi disciplinare) e Management of care environments (Gestione degli ambienti sanitari). Il nucleo tematico che comprende Sociology of health, Social policy e Public health tratta principalmente di *primary health care*, assistenza sanitaria di base, sul territorio, educazione alla salute e prevenzione rivolte alla collettività, alla famiglia.

La formazione secondaria specifica nell'ambito dell'Emergenza in Italia e in Scozia ha in comune le docenze essenziali: la gestione delle principali emergenze (mediche, traumatiche, pediatriche...), l'assistenza in maxiemergenza, l'assistenza extra-ospedaliera in urgenza. Il programma di studi italiano comprende però anche la gestione dell'allarme sanitario e il triage intra ed extra ospedaliero, al contrario della Scozia: ciò è dovuto al fatto che la gestione del numero per le emergenze in Scozia, il 999, non è infermieristica, ma di *Emergency Dispatcher*, tecnici specializzati in Triage, dello *Scottish Ambulance Service*, Servizio scozzese delle ambulanze, che si occupa anche del soccorso sul territorio con tecnici e paramedici specificatamente formati. Nella formazione secondaria scozzese è presente però anche *Care of the person with psychological needs*, Assistenza della persona con problemi o esigenze psicologiche, che manca in Italia.

## **CAPITOLO 3**

### **L'INFERMIERE E IL SUO VISSUTO DI MORTE NELL'EMERGENZA-URGENZA**

#### **3.1 L'esperienza della morte del Paziente in Emergenza-urgenza**

La morte del paziente suscita emozioni molto intense nello staff (Fassler-Weibel, 2003; Jonsson, 2003; Robbins, 1999; De Bertolini 1986).

I medici vivono la morte come una sconfitta terapeutica, da cui si sentono aggrediti ed oppressi e a cui reagiscono irritandosi, anche con pazienti e familiari. I medici dell'equipe cercano di difendersi enfatizzando la componente tecnico-biologica della loro professione: prendono le distanze dal paziente, che diventa sempre più un caso, un problema clinico e delegano gran parte della componente emotiva e psicologica del rapporto con il paziente e i familiari agli infermieri.

Anche gli infermieri si sentono minacciati dalla morte, ma reagiscono in modo diverso rispetto ai medici, attuano anche loro strategie di spersonalizzazione del paziente, ma hanno un rapporto più umano con il paziente e avvertono maggiormente la componente emotiva della relazione terapeutica. De Bertolini sostiene che gli infermieri per l'ancestrale natura "materna", di accudimento della loro professione, sentono di non poter irritarsi in modo diretto verso il paziente, quindi proiettano il loro disagio sugli altri: gli altri, il paziente, la famiglia sono arrabbiati, tesi, non loro stesse (De Bertolini 1986). Il costante confronto-scontro con la morte è fonte di stress, che alla lunga può portare a fenomeni di Disturbo Post-traumatico da Stress (PTSD, Post Traumatic Stress Disorder) e burnout. "Lo stress è definito come una reazione psico-biologica dell'organismo alle minacce al suo equilibrio"<sup>14</sup>,

---

<sup>14</sup> Laposa 2003, Work Stress and PTSD in ED Nurses/personnel. Journal of Emergency Nursing, pag. 24



dovrebbe perciò essere una risposta fisiologica e funzionale a una situazione che mette in discussione la stabilità mentale e fisica dell'individuo; ma il perpetuarsi delle situazioni stressanti senza una loro rielaborazione o risoluzione porta a una sofferenza cronica, PTSD o burnout, che si manifestano con uno squilibrio della sfera psico-sociale e con una riduzione del rendimento lavorativo dell'infermiere.

Il PTSD è una sindrome che colpisce individui coinvolti in esperienze traumatiche che sviluppano una sintomatologia che denota una sofferenza psicologica e una mancata rielaborazione dell'evento: ricordi intrusivi, evitamento degli stimoli associati al trauma, diminuzione della reattività generale e aumento dell'*arousal*, cioè l'eccitabilità. Le prime diagnosi di PTSD furono fatte a veterani di guerra, a persone sopravvissute a catastrofi naturali, incendi, incidenti maggiori. Più recentemente, da ricerche degli anni Novanta è emerso che "anche le persone che vivono situazioni drammatiche sul luogo di lavoro possono sviluppare un Disturbo Post-Traumatico da Stress, per esempio operatori del soccorso in ambulanza e vigili del fuoco"<sup>15</sup>.

"I criteri del DSM-IV<sup>16</sup> che definiscono il PTSD sono:

- A) La persona è stata esposta a un evento traumatico in cui erano presenti entrambe le caratteristiche seguenti:
  - a) La persona ha vissuto, assistito o si è confrontata con uno o più eventi che hanno comportato la morte o una minaccia per la vita, oppure una grave lesione, o una minaccia all'integrità fisica propria o altrui
  - b) La risposta della persona comprendeva intensa paura, sentimenti di impotenza o orrore
- B) L'evento traumatico viene persistentemente vissuto in uno o più dei seguenti modi:
  - a) Ricordi ricorrenti spiacevoli ed intrusivi dell'evento
  - b) Ricorrenti sogni spiacevoli dell'evento

---

<sup>15</sup> Laposa 2003, Work Stress and PTSD in ED Nurses/personnel. Journal of Emergency Nursing, pag. 24

<sup>16</sup> Testo di classificazione delle patologie psichiatriche redatto dall'American Psychiatric Association, l'Associazione Americana della Psichiatria

- c) Agire o sentire come se l'evento traumatico si stesse ripresentando, mediante un senso di rivivere l'esperienza o flashback
  - d) Intenso disagio psicologico all'esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simbolizzano o assomigliano a un aspetto dell'evento traumatico
  - e) Reattività fisiologica all'esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simbolizzano o assomigliano a un aspetto dell'evento traumatico
- C) Evitamento persistente degli stimoli associati al trauma e attenuazione della reattività generale come indicato da tre o più dei seguenti:
- a) Sforzi per evitare pensieri, sensazioni e conversazioni associate al trauma
  - b) Sforzi per evitare attività, luoghi o persone che evocano ricordi del trauma
  - c) Incapacità di ricordare un importante aspetto del trauma
  - d) Riduzione marcata dell'interesse o della partecipazione ad attività significative
  - e) Sensazione di distacco o estraniamento dagli altri
  - f) Affettività ridotta
  - g) Senso di diminuzione delle prospettive future
- D) Sintomi persistenti di aumentato *arousal* come indicato da uno o più delle seguenti manifestazioni:
- a) Difficoltà ad addormentarsi o a mantenere il sonno
  - b) Irritabilità o scoppi d'ira
  - c) Difficoltà nella concentrazione
  - d) Ipervigilanza
  - e) Esagerate risposte d'allarme
- E) La durata del disturbo (sintomi B, C e D) è superiore a un mese
- F) Il disturbo causa un disagio clinicamente significativo o un'alterazione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti.<sup>17</sup>

---

<sup>17</sup> Tratto da: Yule 2000, Disturbo post-traumatico da stress. Pagg. 6-7

Un evento traumatico mette la persona che lo vive di fronte alla morte o a una situazione di rischio reale per la vita, sua o di altri, sperimentando di conseguenza emozioni forti come la paura, il senso di impotenza o l'orrore. Potenzialmente ogni giorno gli infermieri del Dipartimento di Emergenza-Urgenza possono trovarsi in una situazione simile: durante l'assistenza di un paziente critico, durante gli interventi di rianimazione, gli operatori si trovano ad affrontare la morte, che non può lasciarli indifferenti. Dai risultati di uno studio canadese del 2003 sulla incidenza del PTSD nell'Emergency Department, emerge che nel 12 % del personale, in maggioranza infermieri, sono presenti tutti i criteri per la diagnosi di PTSD e nel 20 % ne sono presenti almeno 3, di conseguenza più del 30 % del personale manifesta sintomi riconducibili a un PTSD<sup>18</sup>.

Uno studio svedese del 2003 ha approfondito la natura degli eventi traumatici vissuti dagli infermieri impegnati nel soccorso sul territorio sottolineando come questi eventi fossero fonte di stress fino al PTSD; la ricerca di tipo qualitativo, mediante i racconti degli infermieri dei loro vissuti traumatici, ha definito 6 elementi comuni a tutte le descrizioni, questi sono di seguito elencati con alcuni esempi tratti dai racconti<sup>19</sup>:

1- A meeting with the unforeseen and meaningless	1- L'incontro con l'ignoto e il privo di senso
"My first traffic accident is still on my retina (Reported by a nurse with nearly 30 years of experience). You weren't prepared enough for what you would see (...)"	"Il mio primo incidente stradale è ancora qui davanti ai miei occhi (Racconto di un'infermiera con 30 anni di esperienza). Non sei preparato abbastanza per quello che potrai vedere"

<sup>18</sup> Laposa 2003, Work Stress and PTSD in ED Nurses/personnel. J of Emergency Nursing, pag. 26

<sup>19</sup> Jonasson 2003, The meaning of traumatic events as described by nurses in ambulance service. A&E Nursing, pagg 141-152

<p>“I feel so meaningless that a young person die in that way (When a drunk driven killed a 17-year-old girl).”</p>	<p>“Non ha senso che una persona così giovane muoia in questo modo (Quando un automobilista ubriaco uccise una ragazzina di 17 anni).”</p>
<p>2- To centre all attention</p>	<p>2- La focalizzazione dell’attenzione</p>
<p>“I have one strong memory from the accident (an ambulance nurse was killed in a traffic accident). During the work you are so deeply emotional, committed and focused on the patient that your field vision gets very narrowed. I even had difficulties finding gear inside the ambulance.”</p>	<p>“Ho un ricordo vivo dell’incidente (una infermiera era stata uccisa in un incidente d’auto). Durante il lavoro sei così profondamente emotivo, impegnato e concentrato sul paziente che la visione complessiva è davvero annebbiata. Ho avuto perfino difficoltà a trovare il cambio dell’ambulanza ”</p>
<p>3- A strong compassion</p>	<p>3- Una forte compassione</p>
<p>“I was a trainee in the emergency ambulance. When we arrived the child was cold and stiff so we couldn’t do anything. The father was crying and was inconsolable; it hurt me so to see him. (...) I didn’t know what to say. I felt very powerless.”</p>	<p>“Ero un tirocinante sull’ambulanza d’emergenza. Quando arrivammo il bambino era freddo e rigido e non potemmo fare nulla. Il papà piangeva ed era inconsolabile; mi ferì così tanto vederlo. (...) Non sapevo cosa dire. Mi sono sentito davvero impotente.”</p>
<p>4- Identification with the victim, or as a parent, or with workmates, friends or relative</p>	<p>4- Identificazione con la vittima o con i genitori o con colleghi, amici o familiari</p>
<p>“I have no problem in forgetting but this event is still in my mind. It was a a man killed whilst climbing. (...) The man was 27 and just recently father. Events like this are difficult to leave</p>	<p>“Non ho problemi a dimenticare, ma quell’evento è ancora nei miei ricordi. Era un uomo deceduto in seguito a una caduta mentre stava scalando una montagna. (...) L’uomo aveva 27</p>

behind you (...) (A male ambulance nurse)”	anni ed era diventato padre da poco. Eventi come questi sono difficili da lasciare dietro le spalle (...) (Un infermiere d’ambulanza)”
“It reminds me and I get tears in my eyes... every time I think about this event (a traffic accident where a whole family of five was killed) and it reminds me how lucky I am that I have children who are alive”	“Mi ricorda me e mi vengono le lacrime agli occhi... ogni volta che penso a questo evento (un incidente stradale in cui una intera famiglia di 5 persone perse la vita) mi ricorda quanto sono fortunata ad avere i miei bambini con me”
5- Impossibile to leave the meaningless behind	5- L’impossibilità di lasciarsi dietro le spalle il privo di senso
“It was a young girl who had committed suicide by hanging herself. The sight of... when we cut off her down. When I was back home I could see her hanging in different places. (...)”	“Era una giovane donna che si era uccisa impiccandosi. La vista di... quando la tirammo giù. Quando tornai a casa rividi l’immagine di lei impiccata in diversi posti”
6- Gaining understanding	6- Raggiungendo la rielaborazione
“I can talk about it (an accident where a young boy died) ... and I know that you feel better if you talk about it, then you can leave it behind”	“Posso parlarne (di un incidente in cui morì un ragazzo) ... e so che ci si sente meglio se ne parli, dopo puoi lasciarlo alle spalle”

Sulla scena dell’evento vissuto come traumatico gli infermieri trovano l’ignoto e “il privo di senso”, per affrontare la situazione ansiogena concentrano tutta l’attenzione sul paziente, ma provano così anche un’intensa compassione e identificazione con lui. In seguito è impossibile lasciarsi alle spalle il trauma senza rielaborare ciò che hanno vissuto.

L’incontro con l’ignoto è l’incontro con la morte e la compassione, l’empatia verso il paziente e l’identificazione, intesa come “processo di partecipazione

emozionale per cui si tende a vedere gli altri simili a se stessi”<sup>20</sup>, portano l’infermiere a sentire dei sentimenti forti e coinvolgenti che sono anche di paura, impotenza e orrore, abbiamo così il primo criterio diagnostico per il PTSD. In seguito viene percepita l’impossibilità di lasciarsi l’accaduto alle spalle, con pensieri ed immagini intrusive, il secondo criterio di diagnosi.

La risoluzione dell’esperienza dell’evento traumatico è nella sua elaborazione, che avviene parlandone informalmente con i colleghi o mediante un supporto professionale di stress debriefing.

Lo stress debriefing è un incontro gestito da specialisti competenti nelle tecniche di debriefing durante il quale gli infermieri possono parlare dell’evento traumatico, delle loro emozioni e confrontarsi, per arrivare a una loro comprensione e rielaborazione. La sua finalità è di “proteggere e sostenere il personale addetto alle emergenze, in seguito a incidenti critici e di ridurre l’insorgenza di sindromi da abnorme risposta allo stress”<sup>21</sup>, mediante l’attribuzione di una struttura cognitiva all’esperienza traumatica che porta alla liberazione delle emozioni che aiutano il soggetto a raggiungere una sensazione di distacco. Secondo Mitchell il *Critical Incident Stress Debriefing* (CISD, Stress Debriefing dell’Incidente Critico ) dovrebbe durare circa 2-3 ore ed essere suddiviso in 7 fasi<sup>22</sup>:

- 1- Fase introduttiva: vengono discusse le regole e il razionale del debriefing
- 2- Fase dei fatti: ogni membro descrive brevemente l’incidente e la sua esperienza
- 3- Fase dei pensieri: tutti i membri descrivono il pensiero predominante durante l’evento
- 4- Fase della reazione: viene chiesto ai membri del gruppo gli elementi dell’incidente che hanno provocato loro il maggior disagio e con i quali è stato più difficile convivere dopo
- 5- Fase del sintomo: ai partecipanti è domandato di riferire qualsiasi sintomo, fisico e psicologico, avvertito durante l’evento

---

<sup>20</sup> Jonasson 2003, The meaning of traumatic events as described by nurses in ambulance service. A&E Nursing, pag 149

<sup>21</sup> Yule W. 2000, Disturbo post-traumatico da stress. Pag 198

<sup>22</sup> Trattati da: Yule W. 2000, Disturbo post-traumatico da stress. Pag 198-199

6- Fase dell'insegnamento: chi conduce spiega le normali reazioni allo stress e illustra le tecniche più utili al fine di ridurlo

7- Fase finale: momento delle domande rimaste inattese, dei commenti e delle conclusioni

Sempre dalla ricerca canadese del 2003 emerge però che solo il 18 % del personale che ha subito un'esperienza traumatica partecipa ai debriefing, in quanto non pensano che l'evento possa interferire con la loro capacità lavorativa (l'88 % lo sostiene) e al massimo ne parlano tra colleghi, di conseguenza l'autore sostiene l'importanza per prevenire il PTSD, di creare ambienti lavorativi più sereni, meno conflittuali, con delle relazioni interpersonali di qualità<sup>23</sup>.

Gli infermieri incorrono anche nel rischio reale di burnout, l'esaurimento emozionale causato da una situazione cronica di stress. Il burnout si manifesta con una riduzione della stima in se stessi, insicurezza, mancanza di soddisfazione rispetto il proprio lavoro, incapacità di rilassarsi e divertirsi, impossibilità di vedere le cose in prospettiva e obiettivamente, sintomi che si traducono in assenteismo, estrema sensibilità ed irritabilità, spersonalizzazione dell'assistenza e del paziente<sup>24</sup>.

Il PTSD e il burnout sono condizioni di sofferenza psico-sociale in cui possono incorrere gli infermieri del Dipartimento di Emergenza-Urgenza come conseguenza del loro continuo contatto con la morte; al momento attuale la loro prevenzione e cura avviene tramite incontri di debriefing, che però sono frequentati solo da una stretta minoranza degli operatori. Di conseguenza la maggioranza degli infermieri con alle spalle vissuti traumatici incorrono nel rischio di sviluppare una condizione di stress cronico con ripercussioni negative anche sul loro rendimento lavorativo.

---

<sup>23</sup> Laposa 2003, Work Stress and PTSD in ED Nurses/personnel. J of Emergency Nursing, pag. 27

<sup>24</sup> Tratto da: Gillespie 2003, Burnout among nursing staff in accident and emergency and scute medicine: a comparative study. Journal of Clinical Nursing, 12: pagg. 843-844

### 3.2 Il rapporto con la Famiglia

Le infermiere che lavorano nei Dipartimenti di Emergenza-Urgenza trascorrono gran parte del loro turno lavorativo a contatto con persone con cui stabiliscono interazioni intense. La natura dei Dipartimenti di Emergenza-Urgenza richiede agli infermieri un continuo impegno fisico nell'assistenza associato a un'alta richiesta di comprensione ed empatia (Gillespie, 2003).

Stabilire un rapporto con la famiglia del paziente critico è inevitabile, ma estremamente difficile: il trauma o la patologia critica sono vissuti dalla famiglia come “un significativo scopenso psico-sociale, un evento catastrofico che può minare l'equilibrio della famiglia, un'esperienza spaventosa e disumanizzante, una situazione di crisi e shock”<sup>25</sup>. I familiari vivono una situazione destabilizzante, sono insicuri, impauriti e ciò può portarli anche ad assumere atteggiamenti di aggressività e ostilità nei confronti degli operatori. Essenziale è stabilire con loro un rapporto empatico, di comprensione, tutela e supporto, non solo emozionale, ma anche concreto, garantendo la loro privacy, il loro confort; in linea con questo pensiero molti autori ed istituzioni (The Foundation for the Study of Infant Death's 2002, Soccorro 2001, Hallgrimsdottir 2000, Foote 1997) sostengono l'importanza di creare in ogni Unità Operativa dei Dipartimenti di Emergenza-Urgenza una stanza confortevole e accogliente per i familiari dei pazienti, per garantire un ambiente riservato in cui possano “stare tranquilli” e in cui gli infermieri possano parlare con loro<sup>26</sup>. I familiari necessitano di rassicurazioni e informazioni rispetto le condizioni del paziente e il suo trattamento il più frequentemente possibile, in questo modo si contiene la loro ansia e insicurezza. Un altro fattore importante è la vicinanza del paziente, la possibilità di vederlo, toccarlo, aiuta la famiglia a realizzare ciò che sta accadendo, la gravità delle sue condizioni o al contrario i suoi progressi: la

---

<sup>25</sup> Hallgrimsdottir 2000, Accident and emergency nurses' perceptions and experiences of caring for family, Journal of Clinical Nursing, pag. 611

<sup>26</sup> La Family room è già una realtà nel mondo anglosassone, in Scozia ogni reparto ha una stanza dedicata ai familiari dei pazienti



separazione fisica dal paziente ricorda costantemente la minaccia della separazione definitiva con il loro caro, permettere loro di essere accanto al loro caro è la rassicurazione più efficace (Hallgrimsdottir 2000).

Nel momento della patologia critica o del lutto l'infermiere deve utilizzare tutte le sue abilità di comunicazione verbale e non verbale, incluso il contatto fisico, tutto ciò che ha la potenzialità di trasmettere comprensione e empatia e spesso la frase migliore è semplicemente "Mi dispiace" (Foote 1997).

Uno studio scozzese del 2000<sup>27</sup> sul rapporto tra familiari e infermieri nel Dipartimento di Emergenza-Urgenza ha fatto emergere che il 96 % degli operatori considera un dovere infermieristico prendersi cura della famiglia, ma contemporaneamente l'80 % sostiene che prendersi cura della famiglia in lutto è molto difficile e ha un forte carico emotivo (Hallgrimsdottir 2000). La maggioranza degli infermieri cerca di prendersi cura dei familiari dando loro informazioni, rassicurandoli e offrendo il loro supporto, però il bisogno dei familiari di stare con il paziente è percepito però solo dal 15 % degli operatori; infatti la presenza dei familiari in Sala Emergenza è tollerata solo dal 20 % degli infermieri e solo il 39 % l'ha sperimentata.

Nel 2002 una ricerca canadese<sup>28</sup> ha studiato il rapporto tra infermieri, paziente e familiari nel Dipartimento di Emergenza-Urgenza, analizzando 193 filmati di interventi d'urgenza<sup>29</sup>. Nel 45 % dei filmati i familiari erano presenti durante l'intervento: la loro presenza è caldamente sostenuta dall'*US Emergency Nursing Association* (Associazione Americana dell'Assistenza Infermieristica in Emergenza), ma trova ancora qualche resistenza nella sua reale attuazione, nonostante in nessuno degli interventi filmati fossero emerse problematiche legate alla presenza dei familiari (Morse, 2002). L'analisi dei filmati venne fatta utilizzando il *Model of Suffering*, tradotto letteralmente il Modello della Sofferenza, un approccio

---

<sup>27</sup> Hallgrimsdottir 2000, Accident and emergency nurses' perceptions and experiences of caring for family, *Journal of Clinical Nursing*, pagg. 611-619

<sup>28</sup> Morse 2002, Patient-Family-Nurse interactions in the Trauma-Resuscitation room, *American Journal of Critical Care*: pagg 240-249

<sup>29</sup> In America la maggioranza degli ospedali ha telecamere a circuito chiuso per ragioni assicurative, queste sono presenti anche nei diversi ambulatori, nello studio vennero utilizzati i filmati degli interventi in emergenza dopo aver ottenuto il permesso di tutti i coinvolti (paziente, familiari, medici, infermieri, tecnici...)

comportamentista che sostiene che la sofferenza, il provare dolore, ha essenzialmente due momenti l'*enduring*, tradotto alla lettera "lo stoicismo", e l'*emotionally suffering*, la sofferenza emozionale.

L'*enduring* è uno stato di sopportazione stoica nel quale le emozioni non hanno spazio, sono represses, l'attenzione della persona è totalmente focalizzata sul presente, il passato e il futuro non esistono: l'individuo tende a parlare poco, risponde a monosillabi e con una voce inespressiva, monotonica, le espressioni del viso sono ridotte al minimo, trasmette rigidità e impaccio con i movimenti del corpo. In questa fase "lo stoico" si isola, cerca di stare in disparte e l'atteggiamento dell'infermiere deve essere di rispetto della sua chiusura protettiva ai sentimenti, rispettando il suo silenzio e comunicando con il contatto, la vicinanza. L'*emotionally suffering* è lo stadio successivo: la persona non può più trattenere le emozioni e singhiozza, piange, il suo viso è contratto e segnato dal dolore, cerca il contatto e la vicinanza degli altri; l'infermiera allora deve essere un supporto attivo per la persona, sostenerla, rassicurarla, parlarle assumendo un atteggiamento empatico (Morse, 2002). "La persona subito dopo la crisi (il trauma, la malattia, la cattiva notizia, ecc...) inizia ad assumere un atteggiamento di *enduring* e vi rimane fino a quando non è in grado di affrontare l'evento. Una volta che la persona diventa "forte a sufficienza" per soffrire, entra nella fase di *emotionally suffering*. In ogni modo, è possibile che la persona ritorni nella condizione di *enduring*, poi di nuovo nell'*emotionally suffering* o in una condizione intermedia; è importante considerare che le fasi di *enduring* e *emotionally suffering* possono variare in intensità e durata in base a fattori imputabili alla persona e al contesto"<sup>30</sup>. Nell'analisi dei video sono emerse cinque tipologie principali di interazione tra famiglia, paziente e infermiere: *Families learning to enduring* (I familiari imparano a essere stoici), *Patients failing to endure* (I pazienti non riescono a essere stoici), *Family emotionally suffering and patient enduring* (La famiglia soffre e il paziente è stoico),

---

<sup>30</sup> Morse 2002, Patient-Family-Nurse interactions in the Trauma-Resuscitation room, American Journal of Critical Care: pag 242

*Patient and family enduring* (Il paziente e la famiglia sono stoici) e infine *Resolution of enduring* (La risoluzione dello stoicismo). Nel momento *Families learning to enduring* i familiari cercano di assumere un atteggiamento stoico, restano distanti dal paziente, che in questi casi non risponde, è sedato o incubato, però lo guardano intensamente e osservano attentamente ogni azione dell'infermiere. In questi momenti l'infermiere è un sostegno discreto per la famiglia, li informa sulle condizioni del loro caro e li rassicura, deve evitare un atteggiamento troppo empatico: parlare di sentimenti, metterli di fronte alle emozioni da cui stanno cercando di difendersi mediante l'*enduring*, non sarebbe tollerante per loro, non rispetterebbe i loro tempi e li farebbe cadere nell'*emotionally suffering* troppo rapidamente. L'infermiere è focalizzato soprattutto sul paziente: può avvicinarsi a lui per dirgli che i suoi familiari sono lì accanto, per poi spronarli a parlare a loro volta al paziente, ricordando loro che potrebbe sentirli. Nel momento *Patients failing to endure*, il paziente sente molto dolore, è spaventato, è in una condizione di *emotionally suffering* e necessita del sostegno dell'infermiere e della sua famiglia (Nei momenti in cui il paziente è talmente terrorizzato per cui perde completamente il controllo i familiari non vengono lasciati entrare, a meno che il paziente non sia un bambino). L'infermiere è focalizzata sulla sua assistenza, lo rassicura, gli spiega le procedure che vengono eseguite, gli chiede di essere paziente; la famiglia assume un atteggiamento di *enduring* e parla al paziente, spesso imitando l'atteggiamento dell'infermiere e sostenendo ciò che afferma. Nella fase *Family emotionally suffering and patient enduring* i familiari sono sopraffatti dal dolore, liberano le loro emozioni, pensando anche alle possibili implicazioni delle condizioni del loro caro: così il paziente, nonostante sia ansioso e spaventato a sua volta, assume un atteggiamento stoico per sostenere la sua famiglia. In questo modo l'infermiere si trova di fronte una famiglia in *emotionally suffering* e il paziente in *enduring*, di conseguenza sposta la sua attenzione sui familiari e li sostiene con un atteggiamento empatico. Nelle situazioni di *Patient and family enduring* il paziente e la famiglia sono più tranquilli, riescono a controllare le loro emozioni e

l'infermiere deve semplicemente rafforzare la positività del loro atteggiamento. Infine nella *Resolution of enduring* il paziente non è più nella fase critica e insieme alla famiglia è proiettato verso il futuro più prossimo, sui risvolti concreti dell'evento acuto; l'infermiere ha un'interazione meno intensa con loro ora e si limita a dar loro informazioni e chiarimenti. L'infermiere deve saper riconoscere le diverse situazioni emozionali e scegliere l'approccio assistenziale più adeguato (Morse, 2002).

Una ricerca spagnola del 2001 ha approfondito il vissuto degli infermieri del Dipartimento di Emergenza-Urgenza rispetto l'assistenza delle famiglie in lutto: ne è emerso che si sentono insicuri e impreparati di fronte a queste famiglie (Socorro 2001). Gli infermieri si sentono insicuri, perché non avrebbero, a parer loro, un'adeguata formazione rispetto al lutto, sostengono di aver appreso molto più grazie all'esperienza e di saper stabilire così un rapporto empatico con i familiari, ma vorrebbero più informazioni, più risorse, più supporto. Vorrebbero più personale, per avere più tempo da dedicare alla famiglia e vorrebbero un ambiente tranquillo in cui poter stabilire un rapporto con loro. Vorrebbero più supporto, perché sentono di avere delle questioni personali irrisolte con il lutto, che le limitano nell'assistenza alla famiglia.

Gli operatori incontrano notevoli difficoltà ad avvicinare i familiari in crisi, arrivando spesso a scaricare e proiettare su di loro ansie e frustrazioni derivanti dal lavoro. I familiari invece vivono tale rapporto in termini sostanzialmente positivi, dimostrandoci come la vicinanza e le informazioni del personale, anche se scoraggianti e offerte con disagio, risultano in ogni caso più confortanti della solitudine e del silenzio. (De Bertolini, 1986).

L'assistenza della famiglia in lutto è molto complessa e l'infermiere deve saperla affrontare con tutte le sue abilità di sensibilità, rispetto, ascolto, comprensione; inoltre è importante che l'infermiere sia consapevole dei propri limiti e delle proprie "questioni irrisolte", una volta chiarite e superate queste, potrà essere efficacemente di supporto alla famiglia.

## **CAPITOLO 4**

### **LA FAMIGLIA IN LUTTO NEL DIPARTIMENTO DI EMERGENZA-URGENZA**

#### **4.1 Il processo di elaborazione del lutto**

“Ci sono due termini usati per illustrare le reazioni che accompagnano l’esperienza del distacco: cordoglio e lutto. Cordoglio, dal latino *cor-dolium* (“il cuore che duole”), è il processo di reazioni o il travaglio interiore sperimentato da chi vive una perdita. Il cordoglio coinvolge la sfera emotiva, cognitiva e comportamentale della persona. Il tipo di perdita definisce l’intensità e la durata del cordoglio. (...) Il lutto, dal latino *lugere* (“piangere”), si riferisce più propriamente al tipo di perdita connesso alla morte e include, oltre al cordoglio interiore, un insieme di pratiche e riti esterni, di natura culturale, sociale e religiosa, che l’accompagnano”<sup>31</sup>.

Il lutto è il processo di elaborazione del dolore e delle reazioni vissute per la perdita di una persona significativa, con la quale si era stabilito un sentimento di attaccamento affettivo. Il lutto è un processo di adattamento alla separazione con la persona significativa che richiede tempi adeguati, rituali e manifestazioni esterne e processi psicologici complessi. Un lutto fisiologico dovrebbe risolversi in un periodo di 8-12 mesi e le forme rituali di commiato di cui necessita sono i necrologi, le condoglianze delle persone vicine, il funerale, il vedere e toccare il corpo della persona defunta: questi riti hanno la finalità di suggellare il distacco, nel caso in cui non avvengano, il lutto si complica (Pangrazzi, 2002). I processi psicologici necessari per l’elaborazione della perdita sono molto complessi, diversi autori li hanno teorizzati, i più importanti sono Bowlby, Culberg e Kubler-Ross. Bowlby sostiene che la persona in lutto attraversa 4 fasi: il Torpore, lo Struggimento, la Disperazione e la Riorganizzazione. Culberg afferma sempre l’esistenza di

---

<sup>31</sup> Pangrazzi 2002, Aiutami a dire addio. Trento, Edizioni Erickson: pag. 9

4 momenti, ma differenti: lo Shock, la Reazione, l'Elaborazione e il Riorientamento. La Kubler-Ross ha definito 5 fasi: Negazione, Rabbia, Patteggiamento, Depressione e Accettazione.

Il processo psicologico alla base del lutto è però precedente a esso: è l'attaccamento affettivo alla persona significativa, c'è lutto se c'è stato attaccamento, c'è dolore se c'è stata gioia. Bowlby sostiene che l'uomo ha la tendenza a stabilire legami affettivi molto forti con determinate persone e che la loro rottura comporta una situazione di distress, che si manifesta con ansia, rabbia, depressione e impoverimento emotivo (Bowlby, 1998). Gli elementi fondamentali della sua Teoria dell'attaccamento sono<sup>32</sup>:

- a) Il comportamento di attaccamento (Attachment behaviour) ha come finalità la maggiore prossimità di un individuo con un altro individuo, che è il soggetto, la figura dell'attaccamento (Attachment figure).
- b) Questa classe di atteggiamenti ha una sua peculiare dinamica e deve essere distinta dai rapporti di accudimento e di relazione sessuale.
- c) Durante lo sviluppo dell'individuo il comportamento di attaccamento porta alla creazione di legami affettivi forti, inizialmente tra bambino e genitori poi tra adulti.
- d) Il comportamento di attaccamento è istintivo.
- e) Quando l'attaccamento è messo in discussione, ovvero l'individuo è in una situazione di crisi o viene a mancare la prossimità della figura di attaccamento, l'equilibrio deve essere ristabilito mediante la vicinanza, il contatto e le rassicurazioni del soggetto dell'attaccamento.
- f) La maggior parte delle emozioni più intense sorgono durante la formazione, il mantenimento, la rottura e il rinnovamento dei rapporti di attaccamento. Il dolore, la rabbia, la gioia sono emozioni che riflettono le relazioni affettive della persona, per cui la psicologia e psicopatologia delle emozioni si fonda soprattutto sulla psicologia e psicopatologia delle relazioni affettive.

---

<sup>32</sup> Tratto da: Bowlby 1998, Attachment and Loss, Vol. 3: Loss, sadness and depression: pagg 39-41

- g) Il comportamento di attaccamento contribuisce alla sopravvivenza dell'individuo garantendone la vicinanza con i suoi care-givers e la sua protezione.
- h) Un comportamento complementare all'attaccamento è l'assistenza, il prendersi cura (caregiving).
- i) Il comportamento di attaccamento ha una funzione biologica vitale e può essere potenzialmente attivo tutta la vita, di conseguenza sarebbe un grave errore supporre che la sua manifestazione negli adulti sia sintomo di patologia o regressione.
- j) La psicopatologia deve essere considerata come una deviazione dal percorso fisiologico dallo sviluppo dell'individuo, non come una permanenza o una regressione nei primi stadi del suo sviluppo.
- k) Modelli patologici di comportamento di attaccamento possono manifestarsi ad ogni età e rappresentano una deviazione dal sentiero dello sviluppo. I più comuni sono: l'attaccamento ansioso e la rottura dell'attaccamento.
- l) Il comportamento di attaccamento dell'individuo si sviluppa in base alle esperienze di attaccamento vissute nell'infanzia e nell'adolescenza.
- m) Le relazioni affettive dell'individuo si svilupperanno per tutto l'arco della sua vita, a seconda delle modalità con cui il comportamento di attaccamento si è integrato nella sua personalità.

L'attaccamento affettivo è un fenomeno vitale istintivo dato dalla natura sociale dell'uomo: è sicurezza, protezione, condivisione, cura. Le relazioni affettive sono parte integrante della personalità della persona e ne determinano la condizione psicologica e emozionale. L'attaccamento è un fenomeno funzionale alla vita e all'equilibrio dell'individuo, ma può avere anche un'evoluzione negativa in relazioni ansiogene oppure è possibile la sua rottura: la perdita del soggetto dell'attaccamento e il conseguente processo di elaborazione del lutto.

Bowlby individua 4 fasi nel processo di elaborazione del lutto: Torpore, Struggimento, Disperazione e Riorganizzazione. La fase del Torpore è quella immediatamente successiva alla perdita, è il momento dello shock, dello

stordimento, dell'incredulità, la persona è bloccata, vorrebbe fermare il tempo: prevalgono i meccanismi di difesa come la negazione, con una funzione protettiva di fronte alla realtà troppo dolorosa per essere tollerata. La fase successiva è lo Struggimento: la persona è disorientata, non riesce a capacitarsi della perdita e privata dei suoi punti di riferimento stabili, sperimenta un sentimento di rabbia impotente verso il destino, a volte contro la persona stessa che è scomparsa. In questo momento l'individuo cerca la persona cara, insegue il suo ricordo raccogliendone foto, abiti, vivendo esperienze di illusioni sensoriali<sup>33</sup>, sperimentando così frequenti crisi di pianto. Quindi la fase della Disperazione: il lutto avrà un esito positivo solo se la persona colpita riuscirà a dar libero sfogo alle proprie sensazioni e dar voce alla sofferenza (Bowlby, 1998), "solo vivendo profondamente e dolorosamente questo momento si può arrivare all'accettazione della perdita"<sup>34</sup>. Infine la persona si trova ad affrontare la fase della Riorganizzazione, in cui gradualmente si lascia alle spalle l'angoscia e si verifica il ritorno alla vita, la ripresa della progettualità e della capacità di investire sul futuro. Il ricordo e la nostalgia si stabilizzano in una dimensione interna positiva e funzionale e prendono il posto delle manifestazioni esterne di lutto (disperazione, pianto...): la persona si crea un'immagine interna della persona cara per preservarne il ricordo e per rifugiarsi con un sentimento di serena nostalgia. Ciò può avvenire però solo se l'individuo si è prima liberato della componente negativa della perdita tramite il pianto, che è metaforicamente il veicolo tramite il quale si è liberato della sofferenza nelle fasi precedenti. Queste fasi possono variare di durata e intensità in base a molti fattori, legati alla persona, alla sua personalità, alla sua storia familiare e a fattori esterni indipendenti. Tra i fattori più significativi che incidono sul lutto, che possono ritardarlo o impedirne la risoluzione abbiamo:

- o Fattori personali: persone introversive o inibite, con difficoltà ad esprimere e a vivere i propri sentimenti ed emozioni, oppure con difficoltà di tipo

---

<sup>33</sup> Le illusioni sensoriali sono fenomeni illusori percettivi determinati dalla sensazione di percepire la presenza della persona amata, udendone i passi o la voce, sentendone il profumo, ecc...

<sup>34</sup> De Pellegrini 2003, La gestione del lutto. N&A, 12, 134: pag 27



relazionale con il defunto.

- o Fattori familiari: una storia familiare complessa, con legami affettivi deboli o disgregati, l'esperienza di lutti ripetuti all'interno della famiglia, l'esistenza di antecedenti situazioni di sofferenza familiare, quali maltrattamenti, depressione, patologie psichiatriche...
- o Fattori correlati alla natura della morte della persona significativa: quando la morte è prematura o inaspettata, il processo di adattamento è più difficile. Quando la morte è improvvisa per un trauma, un omicidio o un suicidio, il lutto è ancora più complesso.
- o Fattori socio-culturali: l'assenza di una rete sociale e amicale che possa sostenere la famiglia in lutto.<sup>35</sup>

Se la persona ha difficoltà a vivere la sofferenza implicita nella perdita, se ha delle "questioni irrisolte" con la persona che non c'è più, se la famiglia e gli amici non riescono a sostenere il suo dolore, allora il lutto si complicherà. Un lutto complicato è un lutto non rielaborato, che avrà delle implicazioni significative nell'equilibrio psicologico della persona fino alla manifestazione di malattie psicosomatiche e avrà ripercussioni negative sulle sue strategie di coping alle future perdite (Pangrazzi, 2002).

Il percorso di adattamento alla perdita secondo Culberg ha 4 fasi: Shock, Reazione, Elaborazione e Riorientamento. Il primo sentimento è di Shock, paura, negazione: essenziale il rispetto della chiusura della persona, il suo ascolto, trasmettendo comprensione, alleanza. Poi la Reazione: rabbia, angoscia, amarezza sono le emozioni prevalenti che possono tradursi anche in fenomeni di regressione o all'opposto di razionalizzazione, la persona si sente completamente schiacciato dal dolore, oppure ne prende completamente le distanze. Nell'Elaborazione la persona si trova in una condizione di depressione reattiva, che consegue alla presa di coscienza della realtà della perdita, per cui cerca di spiegarla, motivarla, darle un senso. Infine nel Riorientamento la persona ripensa a ciò che ha vissuto e lo rielabora.

---

<sup>35</sup> Tratto da: Lendrum 1992, Gift of tears. A practical approach to loss and bereavement counselling: pagg. 34-35

La Kubler-Ross ha teorizzato l'esistenza di 5 fasi del processo di elaborazione del lutto: Negazione, Rabbia, Patteggiamento, Depressione e Accettazione. La fase di Negazione è la prima forte reazione alla perdita: la persona rifiuta la situazione che è intollerabile, si difende negandola. In questa fase ciò che la persona teme di più è la solitudine e cerca la comprensione e il supporto degli altri: necessita di un sostegno rispettoso e d'ascolto, non invadente, che non intacchi la sua barriera protettiva. Poi il meccanismo di difesa della negazione si manifesta attraverso la Rabbia, un rifiuto che nasconde frustrazione, paura, insicurezza, desiderio d'aiuto: la persona ha bisogno di sentire accolta la sua collera e che ne sia riconosciuta la legittimità. Quindi segue la graduale consapevolezza della perdita e subentra la fase del Patteggiamento: è la fase in cui si riaffaccia la possibilità della progettualità, che è speranza. La rabbia delle fasi precedenti si manifesta poi in Depressione: entrambi sono sentimenti che nascondono la stessa sofferenza, ma il primo è più tollerante in quanto è apertura ed è rivolto verso l'esterno, mentre il secondo è più insostenibile, perché è chiusura, è privato, personale. Ciò di cui necessita la persona è sempre ascolto, comprensione e riconoscimento del proprio diritto alla sofferenza e rabbia. Quando la persona ha vissuto pienamente tutte le fasi dell'elaborazione del lutto, l'adattamento alla perdita è completo e può raggiungere l'Accettazione.

Il lutto è un processo lungo e complesso, influenzato da molteplici fattori: il compito dell'infermiere è agevolarne il percorso, non ostacolarlo, ponendosi in una posizione di ascolto e supporto.

## 4.2 L'esperienza della perdita in Emergenza-Urgenza

Negli ultimi anni abbiamo assistito all'incremento della tendenza a relegare l'evento morte in contesti assistenziali istituzionali: la morte non è più un momento intimo e familiare, è solitudine, paura, un tabù. L'ospedalizzazione dell'evento morte ha portato la famiglia a dover iniziare il complesso processo di elaborazione del lutto in un contesto istituzionale non familiare, poco accogliente, in cui spesso, soprattutto nel Dipartimento di Emergenza-Urgenza, le sue necessità non sono riconosciute né soddisfatte adeguatamente (Socorro, 2001).

La perdita di una persona cara è sempre un'esperienza difficile e dolorosa, ma può diventare ancora più complessa se è vissuta negativamente nelle sue primissime fasi, negli ultimi istanti di vita della persona amata. I primi momenti dell'accettazione della perdita sono determinanti per la sua risoluzione, in particolare assume un valore fondamentale tutta la ritualità e l'emozionalità correlata al commiato. I familiari devono poter esprimere il loro dolore e deve essere mostrata loro la possibilità del distacco (Fassler-Weibel, 2003; Gyger-Stauber, 2003).

La terapeuta familiare Gyger-Stauber ha definito diritti e bisogni fondamentali della famiglia in lutto per la perdita di un bambino nell'ambito dell'Emergenza-Urgenza<sup>36</sup>:

- Hanno il diritto di essere incontrati con attenzione e solidarietà.
- Hanno il diritto di sapere la verità.
- Hanno bisogno di tempo per capire, per realizzare la realtà ed avvicinarsi al corpo del bambino.
- Hanno il diritto di decidere su come procedere; ciò significa che non devono perdere la loro capacità di determinazione, non devono essere manipolati da nessuno.
- Se si lascerà loro il tempo necessario, i genitori saranno in grado di partecipare alle decisioni e di riprendere la loro responsabilità verso il

---

<sup>36</sup> Tratto da: Gyger-Stauber 2003, Soccorritori e psicologia: quando muore un fratellino. N&A: pagg. 3

bambino, come l'avevano fino a pochi minuti prima, quando era ancora in vita.

- Hanno il diritto di scegliere conformemente ai loro desideri o al loro dovere. Il rispetto della loro cultura ha un ruolo molto importante, è da qui che derivano quasi tutti i rituali delle diverse religioni.
- Hanno il diritto ed il bisogno di reagire nel loro modo, con la loro emozionalità. Non devono essere bloccati con calmanti, che possono avere l'effetto di reprimere l'emozionalità e di conservare il trauma per lunghissimo tempo.

E' un dovere degli operatori che si trovano ad intervenire su un paziente critico rispettare la sua famiglia, stabilendo un rapporto di fiducia con i suoi componenti e salvaguardandone i diritti. La famiglia ha il diritto di essere informata su ciò che succede: la verità ha una grande importanza nel processo di elaborazione della perdita, in particolare sulla presa di coscienza della realtà e concretezza della perdita. Fondamentale è tutelare il diritto decisionale della famiglia, la sua responsabilità sulla persona cara: in caso contrario il senso di inutilità e impotenza che ne consegue, non può che influire negativamente sul lutto. Un altro fattore molto importante è il diritto della famiglia di vivere l'emozionalità legata alla perdita: non bloccare la loro reazione, ma rispettarla ed accoglierla, legittimandola; la sua inibizione in questo momento può avere importanti effetti a lungo termine sulla rielaborazione del lutto.

Dello stesso pensiero è Fassler-Weibel, psicoterapeuta familiare del servizio di soccorso ambulanze svizzero, che ha un'esperienza ventennale come terapeuta di famiglie colpite da lutto. In particolare sostiene il dovere degli operatori di rispettare i tempi della famiglia di fronte alla crisi e di mostrare loro la possibilità dell'addio, del commiato. "La necessità fondamentale dei genitori è quella di non perdere la vicinanza con il bambino. Vogliono rimanergli vicino. Se viene loro impedita questa vicinanza, se vengono esclusi dalle manovre di soccorso, ciò porta a far mancare in loro la partecipazione, creando una mancanza interiore che può portare ad una

destabilizzazione emotiva.”<sup>37</sup> Essenziale è la partecipazione, coinvolgere i familiari nell’assistenza al paziente, per non creare un “vuoto” assolutamente disfunzionale al lutto, a causa del quale diventerebbero “spettatori, quasi sempre esclusi, di un dramma che li coinvolge in prima persona”<sup>38</sup>. Questo “vuoto” può essere causato dall’allontanamento dei familiari dal luogo di intervento, dalla mancanza di informazioni sul loro caro, dall’inibizione delle loro emozioni, dalla tendenza degli operatori a sostituirsi completamente a loro nelle decisioni assistenziali in urgenza.

L’infermiera statunitense Eichhorn, *Trauma Psychosocial Clinical Nurse* (Infermiera specializzata in Traumi psicosociali), sostiene che nelle prime fasi del processo di elaborazione del lutto sono molto importanti le forme di commiato quali il poter parlare con la persona amata quando si pensa che possa ancora sentire, la possibilità di dirle “Addio”, di esprimerle il proprio affetto, di toccarla, accarezzarla e tenere la sua mano nei suoi ultimi momenti di vita (Eichhorn, 1996).

Secondo queste linee di pensiero la presenza dei familiari durante l’intervento di soccorso può assumere il significato rilevante di aiutarli nel processo di adattamento alla perdita.

Infatti l’Eichhorn ha sviluppato delle linee guida per permettere ai familiari di essere presenti durante gli interventi in urgenza, ipotizzando l’istituzione di una *Family support person*, una persona di supporto alla famiglia. Nel suo progetto questa figura (un infermiere, un cappellano o un volontario), dopo un’adeguata formazione rispetto l’assistenza della persona in lutto, potrebbe affiancare la famiglia nei momenti critici. Il suo compito consisterebbe nella valutazione, preparazione e sostegno della famiglia, prima, durante e dopo l’ingresso in Sala Emergenza. Nella prima fase valuterebbe i familiari del paziente critico, con la finalità di decidere se siano in grado di assistere all’intervento. Dopo si occuperebbe della fase di preparazione psicologica e cognitiva, spiegando loro cosa vedranno e sentiranno e come si presenterà il paziente, inoltre chiarendo loro che all’insorgenza di qualche problema,

---

<sup>37</sup> Fassler-Weibel 2003, Quando muore un bambino. N&A, 12, 138: pag. 4

<sup>38</sup> De Bertolini 1986, La sofferenza psicologica in rianimazione. Pag. 68

saranno condotti fuori. Quindi la *Family support person* li accompagnerebbe dal paziente, rimanendo però sempre al loro fianco, anche al termine della visita<sup>39</sup>. Un bel progetto, che però incontra molte resistenze nella pratica.

Nel Dipartimento di Emergenza-Urgenza la tendenza attuale è la totale esclusione dei familiari dall'assistenza in urgenza dei loro cari, con la conseguente mancata presa in carico della loro sofferenza (Fassler-Weibel, 2003; Gyger-Stauber, 2003; Tucker, 2002). La motivazione principale è basata sulla necessità di focalizzare tutta l'attenzione sul paziente: in quei momenti la priorità è l'intervento sul paziente, per salvargli la vita. Ma solo nella metà dei pazienti sottoposti a Rianimazione cardio-polmonare si riesce a ripristinare il battito cardiaco e di questi solo la metà sopravvive al ricovero ospedaliero: di conseguenza 3 interventi di rianimazione su 4 non hanno successo (American Heart Association, 2003). Nonostante gli sforzi rianimatori, il 75 % delle famiglie di pazienti in arresto cardio-circolatorio vivrà un lutto, la cui elaborazione sarà influenzata anche dal comportamento degli operatori durante l'assistenza al loro caro (Gyger-Stauber, 2003).

Kidby ha approfondito gli aspetti positivi e negativi della presenza dei familiari durante gli interventi in urgenza, concludendo che gli aspetti positivi sono prevalenti e più significativi<sup>40</sup>. Tra i lati positivi della loro presenza definisce:

- Può essere vantaggioso per i familiari vedere che tutto il possibile è stato fatto
- Può essere d'aiuto all'equipe conoscere l'opinione della famiglia quando è tempo di decidere se proseguire o interrompere la rianimazione
- I familiari hanno la possibilità di parlare con la persona cara quando è ancora in grado di sentirli
- I pazienti che sopravvivono sostengono di aver percepito la presenza dei familiari e di averne tratto conforto
- Dà ai familiari una sensazione di conforto, mentre stanno vivendo una situazione critica

---

<sup>39</sup> Tratto da: Eichhorn 1996, Opening the door: family presence during resuscitation. Journal of Cardiovascular Nursing, 10, 4: pagg. 59-70

<sup>40</sup> Kidby 2003, Family-witnesses cardiopulmonary resuscitation. Nursing standard, 17, 51: pagg. 33-36

- Agevola il processo di elaborazione del lutto
- E' possibile stabilire una relazione tra staff e familiari

Tra i lati negativi troviamo:

- Essere nella Sala Emergenza può essere troppo traumatico e lasciare ai familiari degli ultimi ricordi negativi del loro caro
- I familiari possono interferire con il soccorso
- Lo staff può essere distratto dalla presenza dei familiari, a discapito dell'assistenza del paziente
- Lo staff teme eventuali denunce legali, per errori compiuti davanti ai familiari
- Aumenta la pressione sullo staff infermieristico, che deve occuparsi di trovare un operatore che affianchi i familiari
- Lo staff può avere difficoltà ad affrontare l'aspetto emozionale correlato alla presenza dei familiari

Ma se i lati positivi sono fortemente sostenuti dalla letteratura (Knazik, 2003; Fassler-Weibel, 2003; Gyger-Stauber, 2003; Eichhorn, 1996; Hanson, 1992; De Bertolini, 1986), i lati negativi sono smentiti (Knazik, 2003; Tucker, 2002; Rattrie, 2000; Meyers, 1998; Robinson, 1998; Hanson, 1992).

L'americano Foot Hospital Emergency Department's<sup>41</sup> ha sviluppato e attuato un programma di inserimento della famiglia nell'assistenza dei pazienti critici molto simile alle linee guida della Eichhorn; dalla loro esperienza decennale sono emersi risultati molto positivi e non si sono mai verificati problemi di rilievo, ad esempio i familiari non hanno mai interferito con l'intervento. I familiari coinvolti nel progetto del Foot Hospital hanno riferito che poter assistere alla rianimazione era stato loro d'aiuto nell'accettazione della perdita, in particolare nella presa di coscienza della sua realtà e concretezza, e che, a loro parere, anche il loro caro aveva percepito la loro presenza, traendone beneficio.

---

<sup>41</sup> Hanson 1992, Family presence during cardiopulmonary resuscitation: Foot Hospital emergency department's nine-years perspective. *Journal of Emergency Nursing*, 2, 18: pagg. 104-106

Da uno studio americano, riportato da Knazik<sup>42</sup>, sulle famiglie in lutto che hanno avuto la possibilità di assistere all'intervento di rianimazione del loro caro, è emerso che questa pratica ha importanti effetti positivi. Tutte le famiglie coinvolte nell'assistenza in urgenza raggiungono la convinzione che tutto il possibile è stato fatto per salvare il loro caro, il 97 % sostiene che ripeterebbe la scelta di essere presente e il 76 % sente che l'elaborazione del lutto è agevolata dall'esperienza.

Robinson<sup>43</sup> ha condotto uno studio nel 1998 sulle famiglie in lutto che avevano avuto la possibilità di assistere alla rianimazione del loro caro: il ricercatore non identificò significative reazioni psicologiche avverse.

In uno studio americano del 1998 Meyers chiese a un campione di famiglie che avevano vissuto un lutto nel Dipartimento di Emergenza-Urgenza cosa ne pensassero della possibilità di essere presenti all'intervento di rianimazione: il 96 % gli rispose positivamente<sup>44</sup>.

Tucker<sup>45</sup> sostiene l'importanza di coinvolgere nell'assistenza del paziente i familiari, in quanto la completa separazione dal loro caro complica il loro già fragile equilibrio emotivo, provocando in loro un forte senso di abbandono, inutilità e impotenza, mentre dare loro la possibilità di essere presenti fa diminuire i sentimenti di ansia, paura e rabbia. Inoltre la lontananza dal paziente, non poterlo vedere, fa insorgere una serie di fantasie non correlate con la realtà; da uno studio americano del 2000 emerge che l'esperienza di essere ammessi in Sala Emergenza per i familiari si è rivelata non così emozionalmente tragica come essi stessi si erano immaginati o come temevano gli operatori (Tucker, 2002). Inoltre Rattrie ricorda che al giorno d'oggi gli utenti conoscono meglio la realtà ospedaliera del Dipartimento di Emergenza-Urgenza e non sono così impreparati come si pensa di fronte all'assistenza in emergenza: grazie a cinema e televisione, a film e serial

---

<sup>42</sup> Knazik 2003, The death of a child in the Emergency department. *Annals of Emergency Medicine*, 4, 42: pagg. 519-529

<sup>43</sup> Robinson 1998, Psychological effect of witnessed resuscitation on bereaved relatives. *The Lancet*, 352: pagg. 614-617

<sup>44</sup> Meyers 1998, Do families want to be present duringg CPR? A retrospective survey. *Journal of Emergency Nursing*, 5, 24: pagg. 400-405



televisivi ambientati nell'ambito ospedaliero (come ad esempio il telefilm americano ER) ora il pubblico sa cosa accade in una Sala Emergenza, anche se non ha conoscenze specifiche (Rattrie, 2000).

La presenza dei familiari durante la rianimazione è inoltre sostenuta nelle linee guida internazionali di ECC (Emergency Cardiovascular Care, Assistenza Cardiovascolare d'Emergenza) e CPR (Cardiopulmonary Resuscitation).

La letteratura sostiene il diritto della famiglia di essere coinvolta nell'assistenza del paziente, anche in Emergenza, ma nella pratica incontra molte resistenze da parte degli operatori: da uno studio americano del 2002 emerge che l'80 % dei medici e il 57 % degli infermieri è contrario (McClenathan, 2002).

Il lutto della famiglia Dipartimento di Emergenza-Urgenza è complicato da molteplici fattori, su cui però è possibile intervenire, anche attraverso un cambiamento nella mentalità degli operatori.

---

<sup>45</sup> Tucker 2002, Family presence during resuscitation. Crit Care Nurs Clin of N America, 14: pagg. 177-185

# **CAPITOLO 5**

## **5.1 IL PROGETTO DI RICERCA**

### **TITOLO**

**La gestione del Lutto della famiglia nel Dipartimento di emergenza-urgenza: il ruolo e la percezione infermieristica**

### **IDENTIFICAZIONE E SCOMPOSIZIONE PROBLEMA**

#### **Background**

L'infermiere del Dipartimento di emergenza-urgenza, come ogni infermiere, ha l'imperativo morale di sostenere i familiari del paziente, in particolare nel momento della perdita e nella elaborazione del Lutto (Codice deontologico).

Il Lutto è un processo di adattamento alla perdita di una persona cara complesso e graduale, che richiede un lungo tempo per essere completato (De Pellegrini, 2003). L'accettazione della perdita può essere però agevolata o ostacolata già nelle primissime fasi, per cui sono determinanti gli ultimi istanti di vita della persona amata: in questi attimi assume un valore fondamentale la possibilità di dire Addio, di vivere un ultimo momento "in vita" insieme alla persona cara. Considerando ciò, dare la possibilità ai familiari di essere presenti durante la Rianimazione Cardio-polmonare appare come uno degli interventi più efficaci e importanti che l'infermiere e gli altri operatori sanitari possono offrire per favorire il processo di elaborazione della perdita (Eichhorn, 1996).

Purtroppo spesso ciò non avviene nei reparti di Area critica: i familiari dei pazienti sottoposti a manovre di Rianimazione vengono ignorati e completamente esclusi dalle operazioni di soccorso per volere dell'80% dei Medici e del 57% degli Infermieri (McClenathan 2002).

## **Problema**

Premessa: L'orientamento generale attuale degli operatori sanitari che operano nell'Area dell'emergenza Intra ed Extra ospedaliera è quello di non farsi carico del Lutto della famiglia. Questa tendenza si traduce nella pratica con l'esclusione totale dei familiari dalle manovre di rianimazione, ciò però non rispetta il loro diritto al Lutto e può essere il punto di partenza per un Lutto patologico.

Problema: Nell'ambito dell'Emergenza gli infermieri vivono come problema la negazione del Lutto della famiglia in quanto il sostegno dei familiari rientrerebbe nei loro obiettivi assistenziali.

## **OBIETTIVI E IPOTESI DI RICERCA**

### **Quesiti**

- Nel Dipartimento di emergenza-urgenza gli infermieri adottano un modello teorico che prevede la presa in carico del Lutto della famiglia?
- Quali sono le conoscenze degli infermieri di Area critica rispetto il processo di elaborazione della perdita?
- Quali scelte assistenziali infermieristiche attuano verso i familiari durante la Rianimazione cardio-polmonare?
- Qual è il vissuto emozionale degli infermieri rispetto la famiglia durante gli interventi in Rianimazione?
- Gli infermieri vivono un conflitto tra il loro mandato di sostegno della famiglia nel Lutto e la sua negazione in Emergenza?

### **Fine della ricerca**

La ricerca è orientata all'approfondimento del modello teorico, delle conoscenze, delle scelte assistenziali e del vissuto emozionale degli infermieri rispetto al Lutto della famiglia nel Dipartimento di emergenza-urgenza. Inoltre è finalizzata alla definizione del potenziale conflitto tra mandato infermieristico di sostegno dei familiari nel Lutto e sua negazione durante la Rianimazione.

## **Obiettivi**

1. Identificare il modello teorico e le scelte assistenziali infermieristiche rispetto il Lutto dei familiari in Area critica.
2. Valutare le conoscenze degli infermieri riguardo il processo di elaborazione del Lutto.
3. Approfondire il vissuto emozionale degli infermieri rispetto la famiglia in Lutto.
4. Definire l'esistenza di un conflitto tra mandato infermieristico di sostegno alla famiglia in Lutto e sua negazione nell'Emergenza.

## **Ipotesi**

1. Gli infermieri considerano il Lutto della famiglia un importante obiettivo assistenziale anche in Area critica e vivono negativamente la sua negazione.
2. Gli infermieri vivono un conflitto tra il loro mandato di assistenza alla famiglia nel Lutto e la pratica che è orientata alla sua negazione nell'Emergenza.

## **DISEGNO DELLA RICERCA**

### **Tipo di studio**

Quali-quantitativo, descrittivo, multicentrico

### **Caratteristiche del campione e modalità campionamento**

Criteri di inclusione:

- o Infermieri del Pronto soccorso e dell'Automedica del ASMN di Reggio Emilia e dell'Ospedale Magati di Scandiano
- o Infermieri del Dipartimento di emergenza-urgenza di Dundee in Scozia

### **Strumenti per la raccolta dati**

- Questionario costituito da 15 domande a risposta multipla
- 5 interviste a colloquio con 5 domande aperte

Totale Infermieri: 70

### **Metodi**

- Richiesta di autorizzazioni per l'esecuzione della ricerca:
  - o Alla Direzione Infermieristica e alla Sede formativa
  - o Ai responsabili dei Dipartimenti di Emergenza-Urgenza
  - o Alle corrispondenti istituzioni scozzesi
- Lettera di presentazione della ricerca:
  - o Alla Caposala delle U.O.
  - o Alla corrispondente istituzione scozzese
- Una volta ottenute tutte le autorizzazioni:
  - definizione infermiere referente per la ricerca all'interno dell'U.O.
  - entro 15 giorni dalla consegna il referente per la ricerca dovrà distribuire e raccogliere il Questionario ai colleghi
  - definizione appuntamento per colloquio con infermieri per raccolta narrazione

### **Tempi di rilevazione da parte del curatore della ricerca**

- il Questionario sarà lasciato all'infermiere referente per 15 giorni dalla consegna
- Consegna Questionario a infermieri italiani referenti: 6 gennaio 2004
- Ritiro Questionario da infermieri italiani referenti: 22 gennaio 2004

- Consegna Questionario a infermieri scozzesi referenti: 10 marzo 2004
- Ritiro Questionario da infermieri scozzesi referenti: 26 marzo 2004
- Definizione appuntamento per intervista con infermieri italiani: 5 gennaio 2004
- Definizione appuntamento per intervista con infermieri scozzesi: 10 marzo 2004

## **TRATTAMENTO DEI DATI RACCOLTI**

### **Controlli di qualità effettuati**

Testaggio Questionario su un campione di 5 infermieri

### **Modalità di elaborazione**

Utilizzo foglio elettronico Microsoft Excel

### **Parere del comitato etico**

Non necessario in quanto non si evidenziano conflitti.

### **Bibliografia**

- Ricerca bibliografica in MedLine e selezione Related Articles:  
 Chest 2002 Dicembre; 122 (6): 2204-11 McClenathan  
 Family member presence during cardiopulmonary resuscitation: a survey of  
 US and international critical care professionals.  
 Journal of cardiovascular Nursing 1996 Luglio; 10 (4): 59-70 Eichhorn  
 Opening the door: family presence during resuscitation.
- N&A 2003 Agosto, 141 (12): 1-7 Gyger-Stauber  
 Soccorritori e psicologia: quando muore un fratellino.
- N&A 2003 Maggio, 138 (12): 1-9 Fassler-Weibel  
 Quando muore un bambino.
- N&A 2003 Gennaio, 134 (12): 26-30 De Pellegrini  
 La gestione del lutto

## 5.2 Il questionario

Età: ..... Sesso:  M  F

Reparto: .....

Anni di esperienza in Area critica: .....

- 1- Pensa che la famiglia del paziente debba essere valutata durante l'attuazione dell'assistenza infermieristica in Emergenza?
  - Sì, sempre
  - No, mai
  - A volte, quando possibile
  
- 2- Pensa che il sostegno alla famiglia nel momento del lutto sia un mandato infermieristico?
  - Sì
  - No
  
- 3- Quali sono le sue conoscenze bibliografiche rispetto la elaborazione del lutto che derivano dalla sua formazione?
  - Modello Kubler-Ross (Negazione, Rabbia, Patteggiamento, Depressione, Accettazione)
  - Modello Colberg (Shock, Reazione, Elaborazione, Riorientamento)
  - Non ho nessuna conoscenza
  - Altro.....  
.....  
.....
  
- 4- Ha mai approfondito il tema del processo di elaborazione del lutto?
  - Sì
  - No
  
- 5- Se sì, in che modo?
  - Lettura libri
  - Ricerca di articoli
  - Frequentazione corsi o seminari
  - Tutte le precedenti
  - Altro.....  
.....  
.....
  
- 6- Nella pratica infermieristica prende in carico il lutto della famiglia?
  - Sì, sempre
  - No, mai
  - A volte, quando possibile

7- Se si fa carico del lutto dei familiari, con quali modalità? (fino a 3 risposte)

- Cerco di comunicare con loro in modo empatico
  - Cerco di ascoltarli
  - Cerco di non farli sentire soli
  - Tutte le precedenti
  - Altro.....
- .....
- .....

8- Cosa ne pensa della possibilità di permettere ai familiari di essere presenti durante la rianimazione di un paziente?

- Giusto
- Sbagliato

9- Se alla domanda precedente ha risposto "Giusto" per quale motivo?

- E' un loro diritto
  - Può essere importante per loro
  - Può essere utile per loro
  - Altro.....
- .....

10- Se alla domanda 8 ha risposto "Sbagliato" per quale motivo?

- Non è un loro diritto
  - Può essere un trauma per loro
  - Possono interferire con il soccorso
  - Altro.....
- .....

11- Pensa che possa essere dannoso per i familiari assistere all'intervento?

- Sì
  - No
  - A volte
- Perché?.....
- .....

12- Pensa che possa essere utile per i familiari assistere all'intervento?

- Sì
  - No
  - A volte
- Perché?.....
- .....
- .....



13- In base alla sua esperienza, in relazione agli interventi svolti, quante volte i familiari hanno la possibilità di assistere alla rianimazione della persona amata?

- 0 %
- 25 %
- 50 %
- 75 %
- 100 %

14- Cosa prova quando i familiari assistono all'intervento di rianimazione per loro volere?

- Agitazione
- Soggezione
- Tranquillità
- Appagamento

Perché?.....  
.....  
.....

15- Cosa prova quando i familiari non assistono all'intervento di soccorso contro la loro volontà?

- Sollievo
- Tranquillità
- Frustrazione
- Senso di colpa

Perché?.....  
.....  
.....

Vi ringrazio per la gentile collaborazione

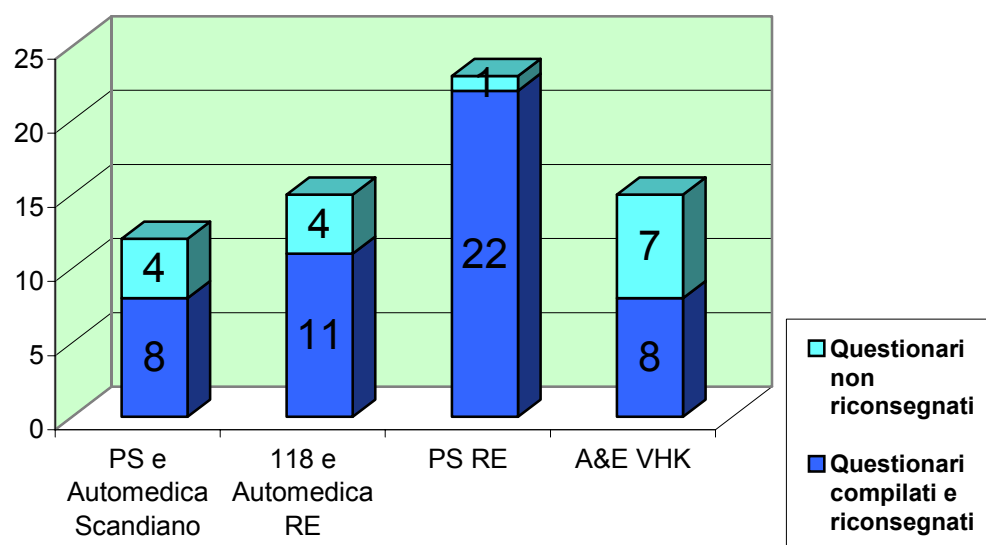
## I dati emersi dal questionario

Il questionario è stato somministrato a 65 infermieri:

- 12 dell'U.O. di Pronto Soccorso e Automedica dell'Ospedale Magati di Scandiano (RE)
- 15 della Centrale Operativa 118 e Automedica dell'Arcispedale S. Maria Nuova di Reggio Emilia
- 23 dell'U.O. di Pronto Soccorso dell'ASMN di Reggio Emilia
- 15 dell'U.O. A&E del VHK, Accident & Emergency (Pronto Soccorso) del Victoria Hospital di Kirkcaldy (Scozia)

Dei 65 questionari distribuiti ne sono stati riconsegnati 49 compilati, il 75 %, il restante 25 %, 16 questionari, non sono stati compilati.

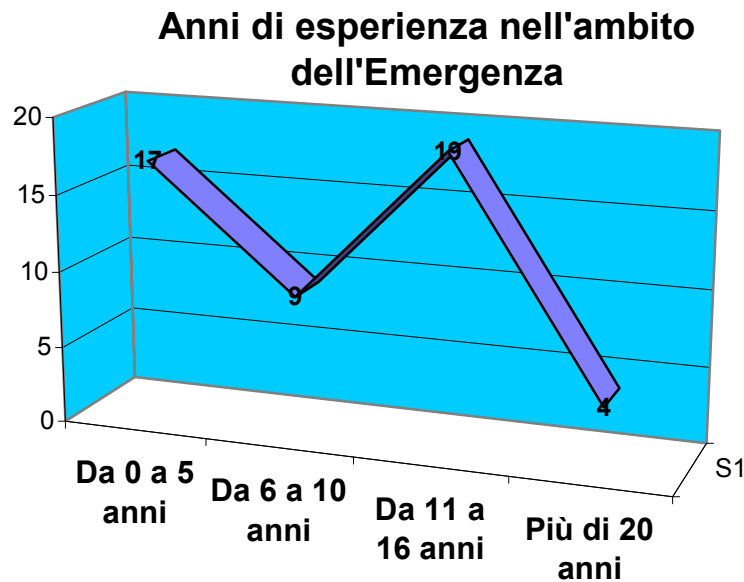
## Unità Operative e questionari distribuiti



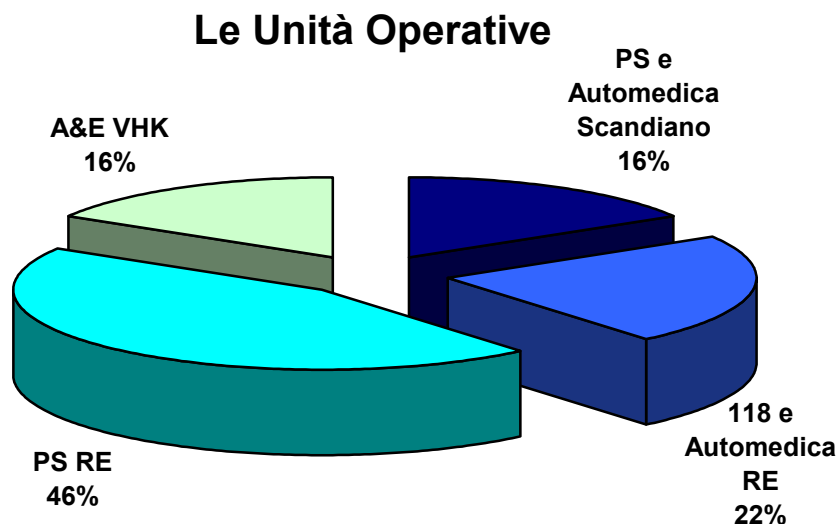
### 5.3 I risultati complessivi: Italia e Scozia

Gli infermieri che hanno compilato il questionario hanno dai 23 fino ai 56 anni, con un'età media di 35 anni e sono per lo più donne (l'82%).

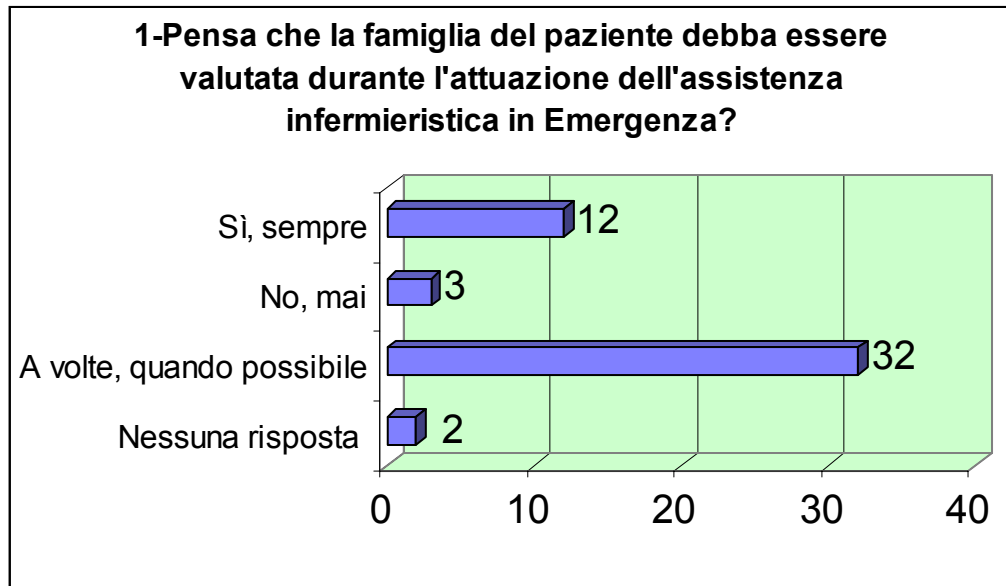
L'esperienza che hanno nell'ambito dell'emergenza va da 0 a 26 anni:



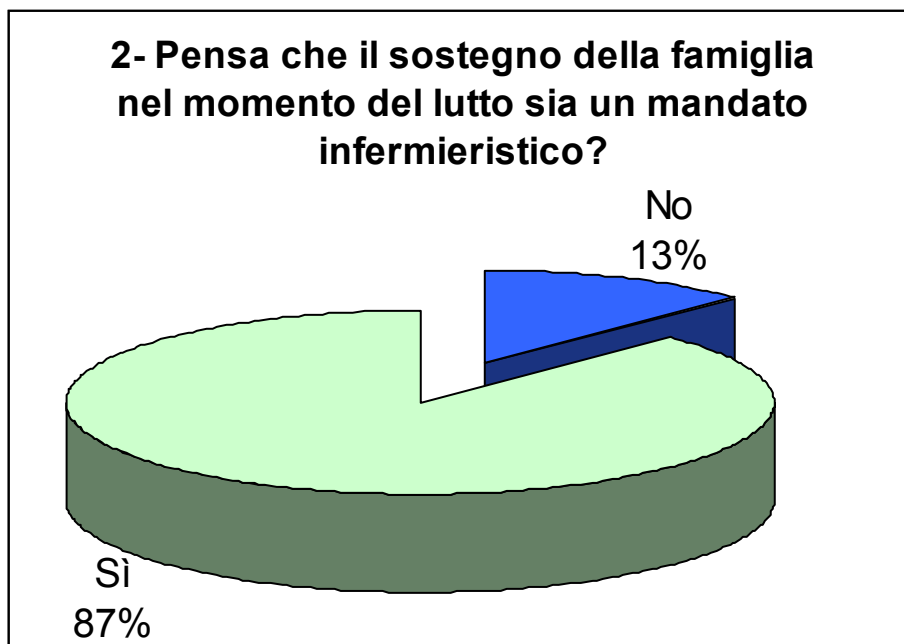
Gli infermieri che hanno partecipato sono suddivisi come segue nei reparti:



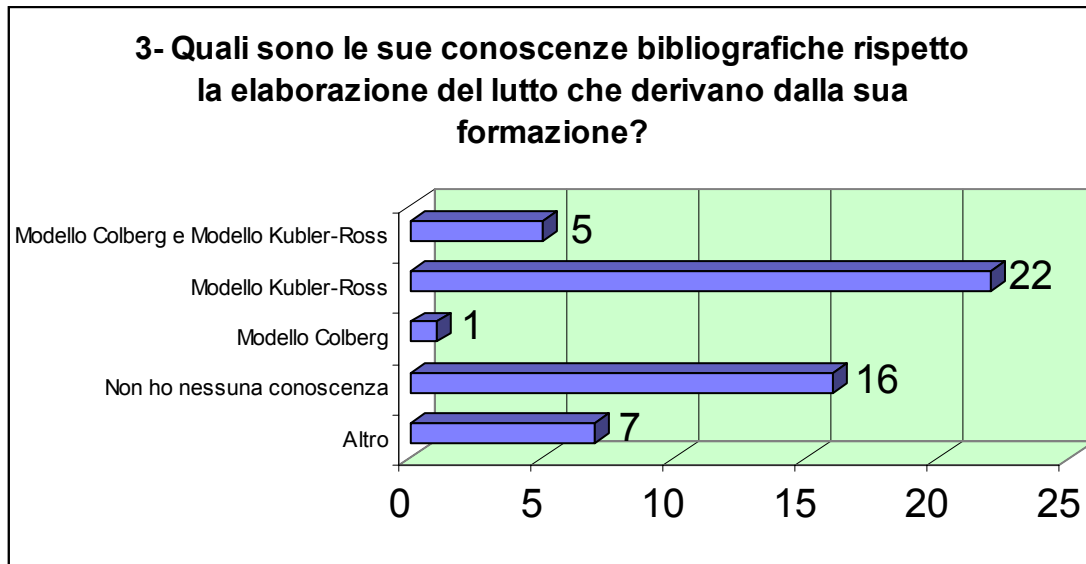
Alla prima domanda ha risposto il 96 % del campione, 47 infermieri:



La seconda domanda è stata completata dal 97 % degli infermieri:



Alla terza domanda hanno risposto tutti gli infermieri:



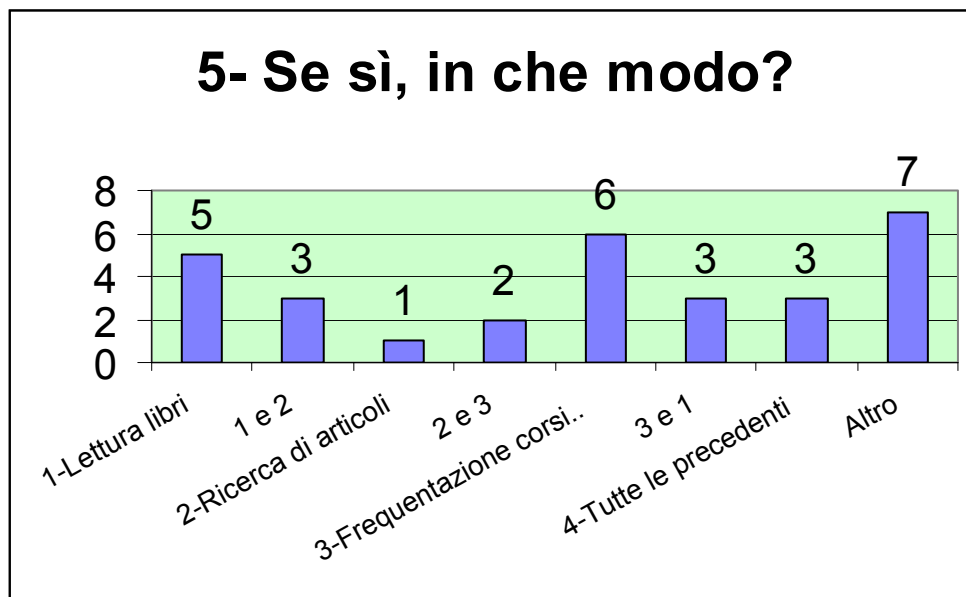
Gli "Altro" alla domanda 3 sono stati:

- o Esperienza
- o Rimango alle conoscenze apprese alla scuola IP più di 18 anni fa'
- o Il libro tibetano del vivere e del morire
- o Le mie conoscenze bibliografiche sono in riferimento alle letture e alla condivisione con altri studenti durante il periodo della scuola infermieri e si rifanno, almeno credo, ai due modelli Kubler-Ross e Colberg.
- o No recollection of study re above durino training. Post registration study only. (Nulla nella formazione infermieristica di base, studi nella formazione secondaria)
- o No training. Had Post registration study (Nessuna formazione, Studi nella formazione secondaria)

Alla quarta domanda ha risposto tutto il campione:



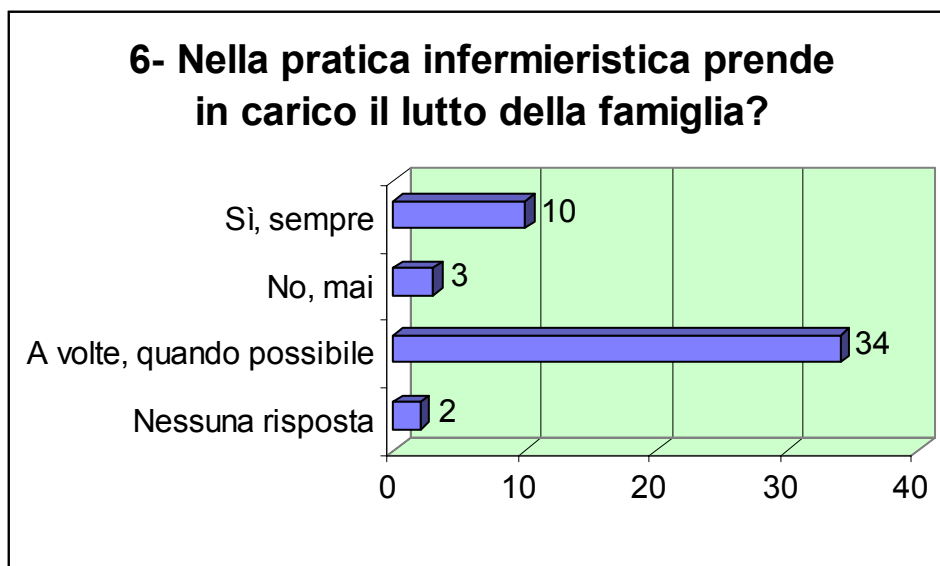
La quinta domanda è stata completata da tutti gli infermieri che hanno risposto affermativamente alla precedente:



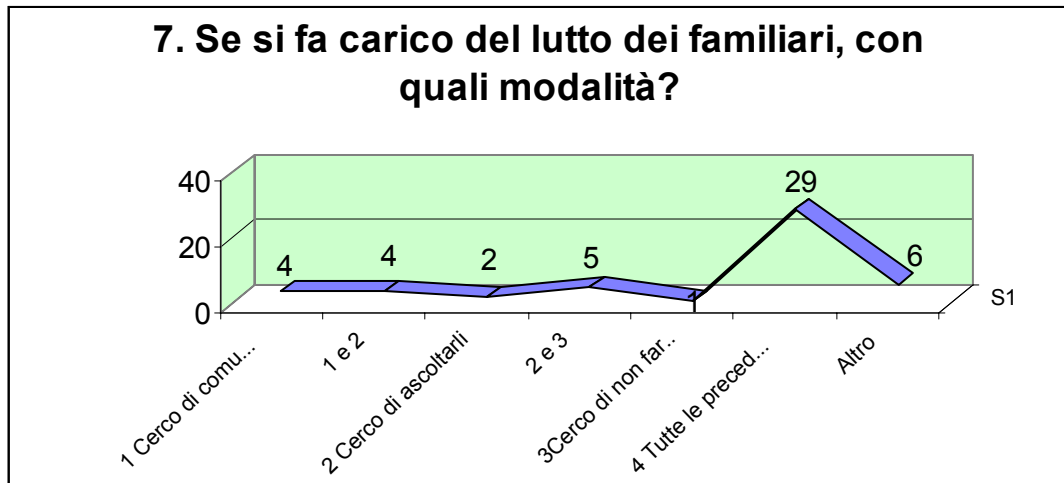
Gli “Altro” della domanda 5 sono stati:

- o In base alle mie esperienze molto personali cerco di aiutare i familiari a superare questa fase dolorosa -ogni situazione è diversa-
- o Solo durante i 3 anni di scuola infermieri con lavori di gruppo con i compagni
- o Durante la formazione universitaria
- o Ammetto di averlo fatto anche durante il periodo professionale con letture di articoli e più saltuariamente di libri, ma in modo sicuramente superficiale
- o As part of Post registration study (Come parte della formazione infermieristica secondaria)
- o Degree module (corso, seminario universitario)
- o Personally (Personalmente, riflessione intima)

La sesta domanda è stata compilata dal 96 % del campione:



Alla settima domanda ha risposto il 92 % degli infermieri:

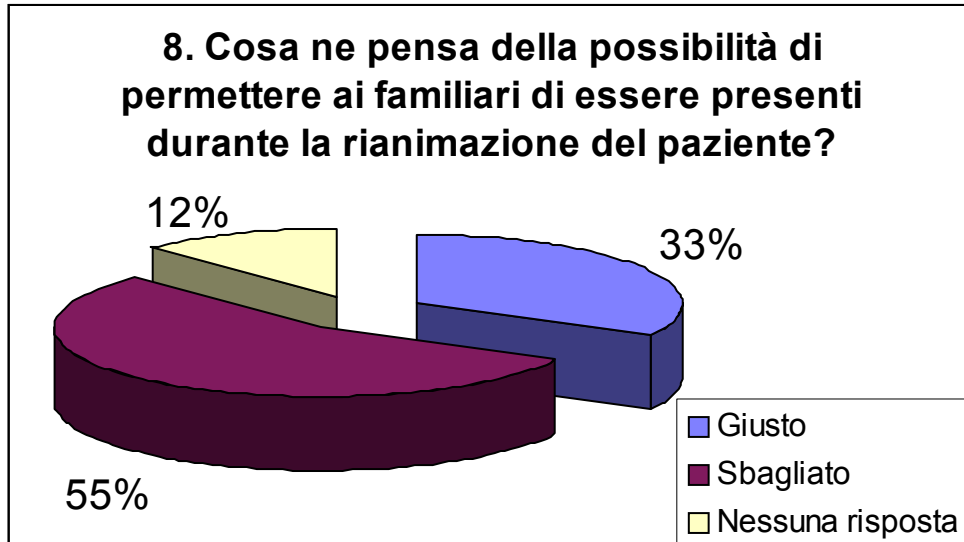


Gli "Altro" della settima domanda sono stati:

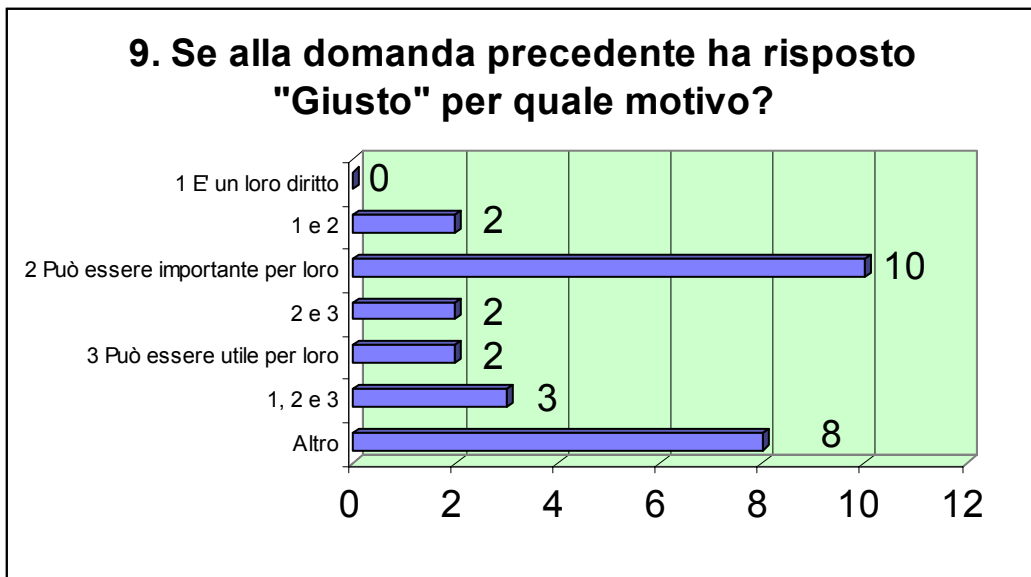
- o Cerco di dare le informazioni indispensabili per la sepoltura e per il resto mantengo le distanze perché penso che sia una cosa personale e da condividere con parenti e amici
- o Si devono rispettare i tempi e il dolore della perdita è personale
- o Mi pongo per "risolvere" (per quanto possibile...) problemi di tipo pratico: telefonare alle onoranze funebri, spiegare le certificazioni...
- o Personalmente quando accade e il mio ruolo è di IP di triage e non di ambulatorio cerco il più possibile di sostenere la famiglia, informandoli di ciò che sta accadendo e di fare da tramite tra loro e il congiunto
- o Cerco di esaudire le loro richieste e fornire ogni spiegazione su ciò che è accaduto al loro familiare, in base alle mie competenze e conoscenze



L'ottava domanda è stata compilata dall'88 % degli infermieri:



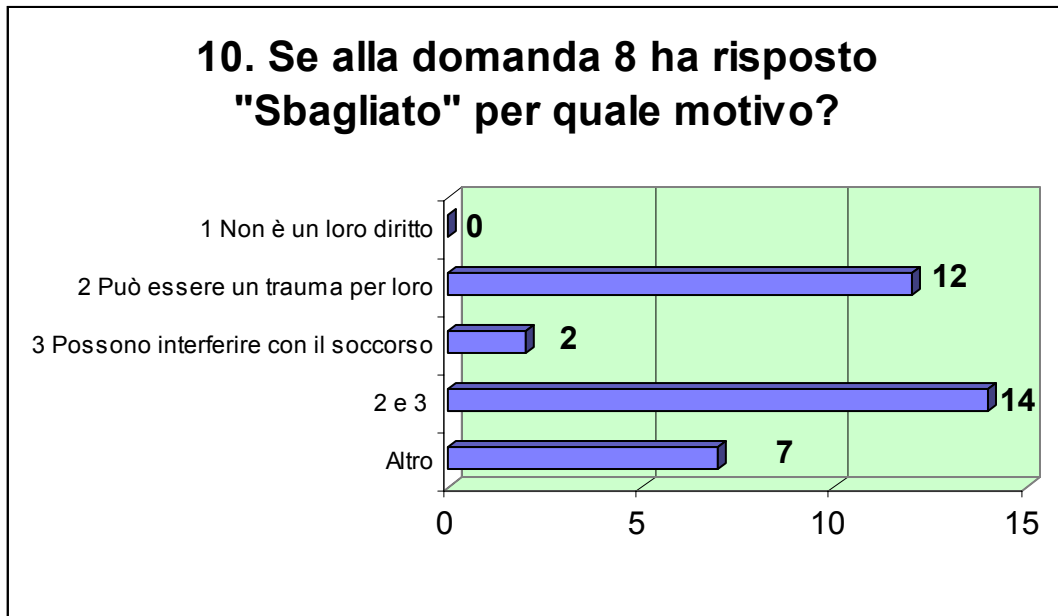
Alla nona domanda ha risposto il 43 % degli infermieri:



Gli "Altro" della domanda 9:

- o Ovviamente dipende dalle situazioni e se i familiari si sentono di affrontare una situazione di questo tipo
- o E' sicuramente utile e importante per accettare l'evento per l'elaborazione dello stesso
- o Dipende molto dalla reazione dei familiari. Penso che a volta possa essere più gravoso non farli partecipare
- o Non creiamo un "vuoto" nella loro memoria, li aiutiamo a prendere atto della situazione
- o Qualora fosse possibile, è comunque necessaria la presenza di qualcuno del personale che possa dare spiegazioni di quanto viene eseguito in urgenza (?)
- o Possono valutare che il personale sta facendo il possibile
- o Has to be tailored to the individual cases (Deve essere valutato ogni singolo caso)
- o Lets them see that they tried everything they could (Possono vedere che hanno fatto tutto il possibile)

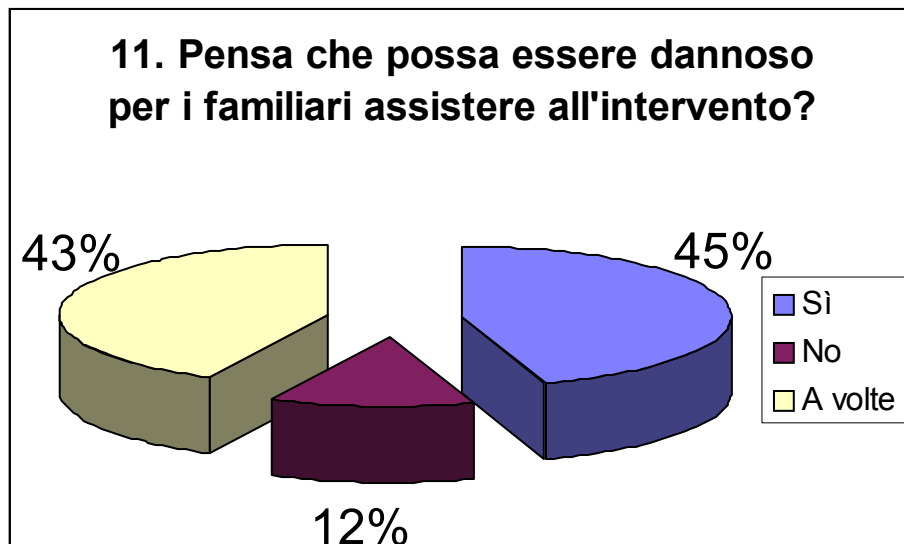
Alla decima domanda ha risposto il 57 % degli infermieri:



Gli "Altro" della domanda 10 sono stati:

- o Non è utile e nemmeno d'aiuto per nessuno (personale, Paz e parenti)
- o Sicuramente crea problemi all'equipe che sta lavorando
- o Innanzitutto non si lavorerebbe in tranquillità e penso che un familiare che assiste ad una rianimazione sia un trauma
- o Spesso durante gli interventi in automedica i famigliari che assistevano all'evento non si rendevano conto di ciò che stavi facendo e che lo facevi per il bene del Pz, con il risultato che in interferivano e ti aggredivano nel momento sbagliato
- o Non appartiene alla nostra cultura spesso sono impreparati sia i familiari che gli operatori (medici e infermieri)
- o Non è utile, può essere traumatico per loro e potrebbero interferire
- o lo ritengo eccessivamente traumatico (molto spesso la rianimazione è "violenta" e un familiare o i familiari non sono in grado di elaborare ciò che sta accadendo!)

Alla domanda 11 ha risposto tutto il campione:



Il "Perchè" di questa domanda è stato compilato dal 76 % degli infermieri.

L'81 % di chi ha risposto "Sì" ha anche motivato la sua risposta:

- o E' inutile e poco piacevole vedere manovre rianimatorie
- o Si eseguono manovre invasive che per loro possono essere impressionanti
- o Vedi risposta 10. La reazione emotiva di un familiare può essere dannosa al Pz che stai rianimando
- o E' un loro familiare, quindi, essendo manovre cruente, sicuramente un trauma vederle fare su un loro caro
- o Penso crei disagio ai presenti
- o La rianimazione è spesso invasiva e cruenta può essere un trauma per i parenti se l'intervento non va a buon fine
- o Le manovre d'urgenza rischiano di essere ulteriore trauma per i familiari soprattutto se c'è il decesso
- o Non sempre possono capire quello che viene fatto

- o Spesso i fam. non sono a conoscenza delle attività rianimatorie quindi non sono utili ma dannosi x l'attività in corso
- o Possono interferire con il lavoro di una sala urgenza
- o Evento traumatico per i familiari
- o L'area critica si caratterizza per le situazioni di emergenza le quali richiedono, spesso, delle scelte repentine e cruenti
- o Non sempre sono in grado di capire o sopportare l'utilizzo di metodologie invasive
- o Perché assistere alla rianimazione di un proprio familiare può essere traumatico. Sapere di essere lì impotenti, non poter far nulla e vederlo soffrire non penso sia utile, soprattutto se la rianimazione non ha esito positivo
- o Come ho risposto alla domanda precedente. Si rischierebbe di aggiungere un trauma ad un altro trauma. Inoltre, credo che sia un ostacolo per gli operatori impiegati nella rianimazione
- o Wrong interpretation of event, emotional upset distraction from resuscitation. (Errata interpretazione dell'evento. Lo sconvolgimento emozionale distrae dalla rianimazione)

L'unica motivazione al "No" è stata:

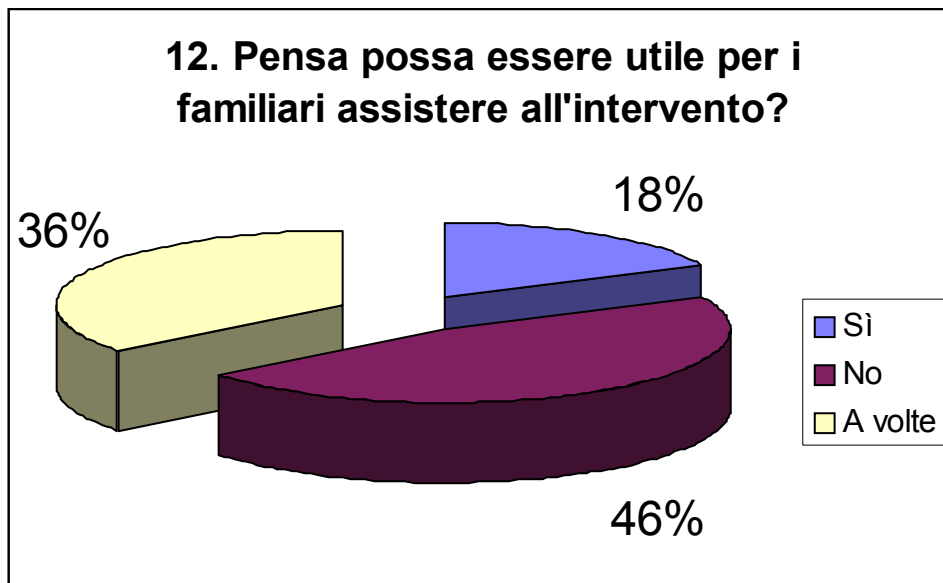
- o Penso che non lo sia, ma deve essere una libera scelta se assistere o meno

L'85 % di chi ha risposto "A volte" ha anche scritto il perché:

- o Per aver visto compiere tecniche non sempre gradevoli su di un loro congiunto
- o Non riescono a capire certe manovre cruento (intubare, defibrillare, ecc) che si attuano sul loro congiunto. Oppure la sospensione dopo un certo periodo di tali manovre non viene subito capita e crea in loro rabbia
- o Perché non sempre c'è il tempo per prepararli adeguatamente a quello che si svolgerà davanti ai loro occhi
- o Perché già la morte è un evento traumatico soprattutto per la perdita di persone care e non vedo motivo per infliggere ancora sul dolore facendo

- assistere ai familiari alle manovre rianimatorie (Lo dico per esperienza personale)
- o Non siamo a volte preparati ad assistere a procedure rianimatorie e invasive
  - o Quando l'intervento è troppo cruento
  - o Quando c'è un rifiuto totale ad ogni gesto che viene fatto
  - o A volte in interventi di questo tipo si eseguono manovre cruente che possono ferire la sensibilità del familiare. Sta al singolo decidere se si sente di essere presente
  - o Quando si percepisce che il familiare non possa "capire" ad esempio le persone particolarmente ansiose, che svengono alla visione del sangue...
  - o Quando il familiare ha una situazione clinica di per sé non favorevole, oppure se non se la sente non va' bene forzarlo...
  - o Senza le adeguate conoscenze può essere un evento traumatico
  - o A volte, i familiari (soprattutto se è coinvolto un minore) tendono ad essere molto preoccupati e a voler controllare che possa essere fatto tutto il possibile; in assenza di chiarimenti continui e di rassicurazione insistente possono essere presi dal panico
  - o Dipende dall'emotività del familiare, non tutti sono in grado di assistere certe situazioni
  - o Lo stato emotivo dei familiari può influire sui soccorsi
  - o Potrebbero non capire alcune manovre o procedure o intralciare
  - o When very invasive procedures are being attempted (opening a chest) it can leave lasting negative images on the relative (Quando vengono eseguite manovre molto invasive (massaggio cardiaco interno) si possono lasciare degli ultimi ricordi negativi del familiare)
  - o Depends on situation and relatives response to event, but beneficial probably in the longer term (Dipende dalla situazione e dalla reazione dei familiari all'evento, ma probabilmente ha effetti positivi nel lungo termine)
  - o Too traumatic, their last vision (Troppo traumatico, sono le loro ultime immagini)

Alla domanda 12 ha risposto il 94 % degli infermieri:



Il "Perchè" di questa domanda è stato compilato dal 65 % degli infermieri.

Il 65 % di chi ha risposto "Sì" ha motivato la sua risposta:

- o Per il motivo della risposta 9 (E' un loro diritto e può essere utile e importante per loro)
- o In certi casi il mostrare quello che stai facendo sulla persona può aiutare a prendere atto e consapevolezza di quello che accade specie in Pz molto giovani o nei bambini. Non tutti però riescono a rimanere presenti sulla scena per questo motivo ritengo
- o So that they can see that everything possibile has been done for their relative (Così possono vedere che è stato fatto tutto il possibile per il loro familiare)
- o It does help them to come to terms of what has happened and it helps to show they that everything was done to help their relative (Potrebbe aiutarli a rendersi conto di ciò che sta accadendo e mostra loro che tutto il possibile è stato fatto per salvare il loro caro)
- o Answer 9 (Risposta 9 (Possono vedere che è stato tentato tutto il possibile)

Il 71 % degli infermieri che hanno risposto “No”, lo ha motivato:

- o Devono ricordare i particolari del familiare in piena salute e non durante i processi di rianimazione ed è dannoso anche per il personale che si può trovare a disagio ed in dovere di dare spiegazioni quando non ha tempo
- o Per motivo già spiegato sopra
- o Vedi 10 (Può essere un trauma e possono interferire con il soccorso)
- o Vedi sopra: l'ideale per mettere a loro agio operatori e familiari sarebbe avere una persona che fa' da tramite tra loro e li informi a cadenza di ciò che sta succedendo
- o Come sopra (Penso crei disagio ai presenti)
- o Nessuna utilità, solo angoscia
- o Vedi sopra (le manovre d'urgenza rischiano di essere ulteriore trauma per i familiari soprattutto se c'è il decesso)
- o Vedi sopra (non sempre possono capire quello che viene fatto)
- o Vedi sopra (spesso i fam. non sono a conoscenza delle attività rianimatorie quindi non sono utili ma dannosi x l'attività in corso)
- o Vedi n 10 (Può essere un trauma e possono interferire con il soccorso)
- o Potrebbero ostacolare involontariamente il lavoro dell'equipe
- o Vedi n 11 (non sempre sono in grado di capire o sopportare l'utilizzo di metodologie invasive)
- o Per le stesse ragioni della risposta precedente (Perché assistere alla rianimazione di un proprio familiare può essere traumatico.)
- o Troppo intenso emotivamente; ripeto, una rianimazione rischia di essere vissuta come una violenza ulteriore in particolar modo se termina con un insuccesso. E in quanto intervento estremo è molto probabile che abbia esito negativo

Tutti coloro che hanno risposto “A volte” hanno motivato la loro risposta:

- o Si convincono che è stato fatto il possibile
- o Perché può essere utile per ridurre il loro livello di ansia, per renderli partecipi e consapevoli
- o Possono verificare di persona tutto ciò che si è fatto per il proprio familiare



- o Perché penso che ci possano essere dei familiari che per la loro tranquillità hanno bisogno di vedere che venga fatto tutto il possibile per il proprio familiare
- o Per avere una conoscenza, anche se superficiale, del lavoro svolto dagli operatori
- o A seconda del caso, solitamente un parente tranquillo, anche se molto coinvolto "lascia fare"; quando il Pz è in grosso pericolo di vita si può sentire dai familiari il loro eventuale desiderio. La criticità dell'evento acuto è un tale shock che mette a nudo in pochissimi sec. legami anche di molti anni, forti ma a volte con cose forse non risolte e da qui atteggiamento di rivalsa, di aggressività, di diffidenza nei confronti del personale.
- o Se il familiare è tranquillo nonostante la situazione può essere di supporto al pz
- o Potrebbero essere vicini al loro congiunto anche in momenti così critici
- o It may help in the grieving process to know they were present at their loved ones death (Può aiutare nel processo di elaborazione del lutto sapere di essere stati presenti nel momento della morte del loro caro)
- o Feel they have been present in their last moments (Sentono di essere stati presenti nei loro ultimi momenti)
- o Can help with dealing with grief knowy all medical intervention attempted (Può aiutare nella elaborazione del lutto sapere di tutti gli interventi medici eseguiti)

Un infermiere ha scritto nel "Perché" della domanda 12 senza scegliere nessuna risposta tra le scelte multiple:

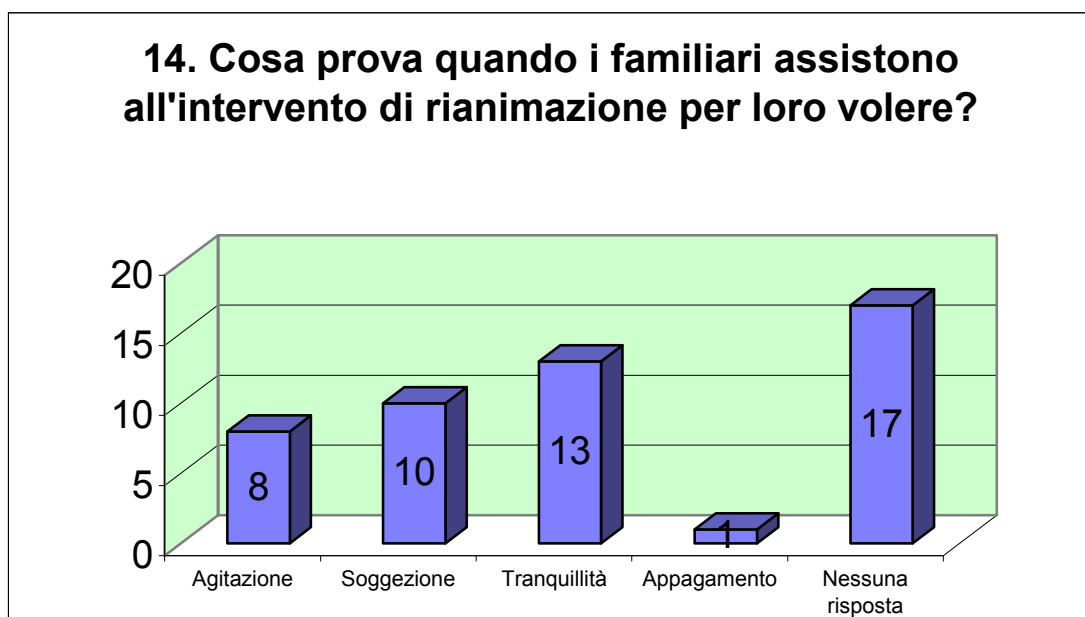
- o Alle volte Sì, soprattutto quando sono persone che riescono a capire a tuo giudizio quello che fai quindi il distacco del congiunto è meno traumatico

No, per paura e crisi di panico, quando sono persone molto emotive o polemiche perché possono creare ansia nell'equipe e pregiudicare il lavoro

La domanda 13 è stata compilata dal 98 % del campione:



Alla domanda 14 ha risposto l'87 % degli infermieri:



Il 75 % degli infermieri che ha compilato la domanda 14 ha motivato la propria risposta.

Tra gli infermieri che hanno risposto "Agitazione", il 62 % ha motivato la sua risposta:

- o Per il forte coinvolgimento emotivo che viene trasmesso
- o Penso che la presenza di un parente possa provocare agitazione perché il personale si rende conto che a volte le possibilità sono minime e si sente osservato. Spesso i familiari non riescono a essere (con ragione) obiettivi, possono agitare il personale
- o Penso che se fossi al loro posto (se non fossi IP) soffrirei molto
- o Anche se non ho ancora potuto avere esperienza in questo campo, penso che sapere di avere i familiari che ti osservano, guardando tutto ciò che fai, giudicando il tuo operato, non capendo magari perché ti comporti in una determinata maniera, mi metterebbe in agitazione
- o Per il timore che le mie azioni/interventi e quelle dei colleghi possano non essere compresi, e per evitare che i familiari stessi diventino d'intralcio

Il 60 % di chi ha risposto "Soggezione" ha motivato la sua risposta:

- o Non legata a me, ma all'equipe spesso ti trovi a lavorare con equipaggi che non conosci quindi in situazioni di emergenza possono crearsi situazioni imbarazzanti, per una persona esterna
- o Sono occhi estranei che guardano e forse non capiscono, ma ho la stessa sensazione con qualsiasi persona estranea che osserva l'emergenza
- o Non sono libera nella esecuzione delle manovre
- o Paura di agire ed essere aggredita da loro stato d'ansia
- o Because it is another area of responsibility for me during resuscitation. Sometimes it is a distraction when I am considering relatives instead of focusing on the resuscitation (Perché c'è un'altra area di responsabilità per me durante la rianimazione. A volte è una distrazione considerare i familiari mentre dovrei concentrarmi sulla rianimazione)

- o I feel that we may not work to the family expectations, their expectations are sometimes unrealistic. (Sento che potremmo non lavorare come la famiglia si aspetta, le loro aspettative sono a volte non realistiche)

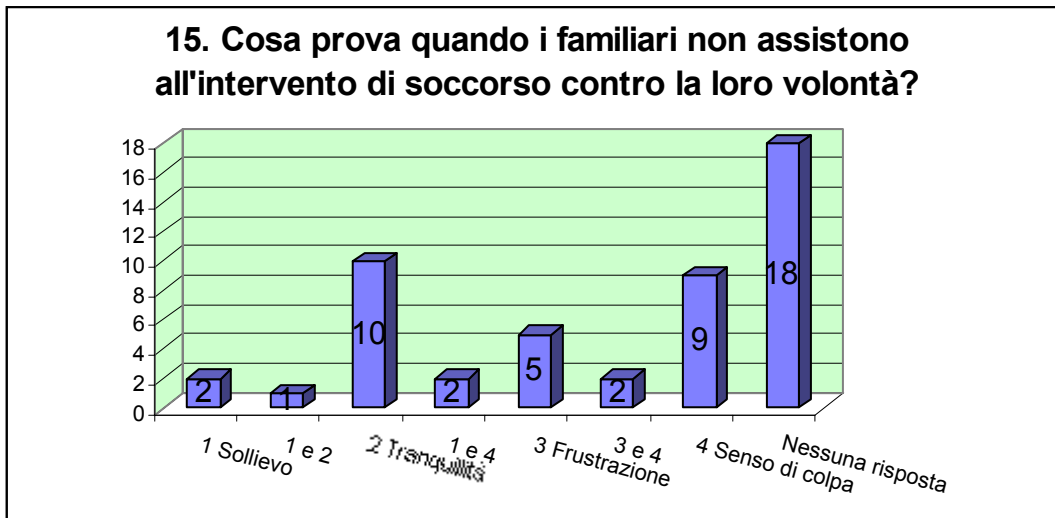
L'84 % di chi ha risposto "Tranquillità" ha risposto anche al "Perché":

- o Possono vedere le manovre attuate e quindi li rendono consapevoli di quello che viene fatto e la morte viene vissuta con meno distacco
- o Perché in ciò che facciamo non c'è nulla di misterioso o da nascondere e mi fa piacere di dividerlo con tutti, indipendentemente dall'esito
- o Perché anche loro si rendono conto dell'estremo lavoro che contiene la rianimazione anche se non lo farei mai personalmente
- o Sono in questo modo a conoscenza dell'intervento eseguito e non soggetti a pensare che qualcosa non si è fatto
- o Tanto non li vedo sono troppo immersa nel lavoro
- o E' norma ma con correttezza allontanare i parenti personalmente avrei una sensazione di tranquillità
- o Mi chiedo sempre se questa esperienza sarà vitale o dannosa per loro. La mia tranquillità forse deriva dagli anni di esperienza
- o Vedono ciò che accade e che cerchiamo di fare il possibile
- o In tutte le situazioni in cui mi sono trovata ho cercato di mantenere la calma e razionalità e di trasmetterla ai collaboratori e familiari per poter svolgere nel miglior modo possibile il mio operato. Quando tutto è concluso sia che sia andato a buon fine o no, ho sempre cercato di rielaborare l'intervento (mentalmente) e capire cosa è giusto e cosa è sbagliato. Cerco inoltre di creare un contatto con i familiari sia visivo che verbale (quando è possibile) per renderli consapevoli che non sono soli!!! Il loro lutto è anche il nostro...
- o Because I know that we work well as a team and do a good job (Perché so che lavoriamo bene in team e facciamo un buon lavoro)
- o Awareness of relatives require one to one attention a nurse present at all times to answer questions and explain (La presenza dei familiari richiede un'infermiera sempre presente per rispondere alle domande e spiegare)

Il 23 % di tutti quelli che hanno risposto, hanno scritto nelle righe dedicate al "Perché" senza scegliere una risposta tra le scelte multiple:

- o Cerco di concentrarmi sull'intervento e se possibile spiego cosa sta succedendo
- o Non mi è successo perché per abitudine vengono allontanati
- o Stato di sorveglianza dell'atteggiamento del parente, per poter prevedere eventuali esplosioni di rabbia, paura... e contenerle in tempo.
- o Non assistono
- o Non assistono mai
- o Non mi sono mai trovata in questa situazione
- o Non esiste. Vedi n 11 (Non sempre sono in grado di capire o sopportare l'utilizzo di metodologie invasive)
- o Nessuna esperienza personale a riguardo
- o It's ok if a nurse would be with relatives to explain what's going on, etc... But on the other hand they may interfere with resuscitation. i.e. Ask to keep going when they decided to stop resuscitation (E' ok se un'infermiera resta con i parenti per spiegare cosa sta succedendo, ecc... Ma d'altro canto possono interferire con la rianimazione. Per esempio: chiedere di continuare quando viene deciso di interrompere la rianimazione)

Alla domanda 15 ha risposto il 63% del campione:



Tra gli infermieri che hanno compilato la domanda il 90 % ha scritto la motivazione.

Il 76 % di chi ha risposto "Sollievo", "Tranquillità" o entrambi ha motivato la sua risposta:

- o Evito di doverli fare uscire io
- o Non sono valutata
- o Perché credo sia un comportamento "normale" di rifiuto di un trauma o il tentativo di allontanare la possibilità di un evento inaspettato o comunque di sofferenza ulteriore (anche la sofferenza dei familiari risulta essere un trauma gli operatori; non solo la morte)
- o Mi dispiace per il loro dolore e cerco di dargli più informazioni possibili al termine della rianimaz., ma è giusto così. Io per prima non assisterei un mio familiare nel momento dell'urgenza (non sarei utile)
- o Per il motivo detto prima sicuramente si è più tranquilli, non si perde di credibilità nell'eventualità durante il servizio siano emersi dei problemi credo che per il momento, all'organizzazione attuale dell'emergenza territoriale, non sia ancora possibile permettere ai parenti di assistere

- o Dipende dal caso, a volte non si permette ai familiari di assistere perché si avverte la sensazione che possano sorgere ulteriori problemi (incomprensione delle manovre, paura che si possa fare del male ulteriore...). In assenza di personale che stare accanto al parente, in modo comprensivo e che diventi "contenitore dei più disparati stati d'animo" un familiare molto agitato, credo sia più opportuno non sottoporli ad un ulteriore stress.
- o Ci si focalizza su chi è in pericolo di vita
- o Riferendomi alla risposta precedente direi tranquillità, ma non avendo ancora avuto un'esperienza di questo tipo, di preciso non saprei.
- o Each case has to be treated individually, Discussion has to take place at some point regards resuscitation part of the caring process (Ogni caso deve essere valutato singolarmente. Il dibattito (su questo argomento) deve essere considerato nella rianimazione come parte del processo di cura)

Dei 2 infermieri che hanno risposto "Sollievo" e "Senso di colpa", uno ha motivato la sua risposta:

- o Leds pressure on staff. Guilty that family were denied opportunity to be with loved one in their final hours of life (Causa pressioni (tensioni) allo staff. Colpevole perché alla famiglia è negata l'opportunità di essere con il loro caro nelle sue ultime ore di vita)

Il 75 % di chi ha risposto "Frustrazione", "Senso di colpa" o entrambi ha risposto anche al "Perché":

- o Mi sembra di rubare qualcosa di molto caro a loro e restituirglielo morto è ancora più frustrante per noi. Per me: quando si parla di "lutto" di "morte" bisogna sempre distinguere la morte che arriva per una patologia di cui i parenti sono a conoscenza e quindi si possono preparare piano piano per rendere il distacco meno doloroso; la mia opinione è che il personale medico e infermieristico non è pronto o non vuole esserlo ad affrontare un problema come la morte, è meglio ignorarlo. Invece per operatori di

automedica dove la morte è improvvisa e molte volte violenta "ignorare" i parenti durante certe manovre è naturale perché si pensa velocemente a quello che devi fare presto e bene e la tensione è alle stelle e non c'è tempo per i parenti; quando finisce tutto io personalmente mi sento molto svuotata e quasi stordita e mi ci vuole un po' di tempo per riprendermi e l'evento il più delle volte mi riaffiora dopo un po' di giorni e ripensando riesco a mettere a fuoco i parenti che ti guardano e ti chiedono aiuto con i gesti con gli occhi con certi atteggiamenti e tu per "sopravvivere" o fai finta di niente o se riesci spieghi ciò che hai fatto. Da parte nostra sono state richiesti corsi o colloqui con psicologi o psichiatri per poter elaborare l'evento e quindi viverlo più "serenamente" possibile ed insegnarci atteggiamenti o parole da poter dire ai parenti, ma a distanza di 5 anni di lavoro in automedica nessuno ha fatto niente e ci si arrangia come si può parlando tra di noi del caso, recriminando su certe manovre o facendo finta di niente.

- o Spero che la tua tesi possa svelare questa nostra impreparazione alla morte, e quindi si possano fare dei corsi per migliorare se possibile la vita dei parenti e la nostra.
- o Perché penso che magari stiamo privando loro ed il Pz-cliente di un momento importante per entrambi
- o Immagino in quale stato d'animo possano trovarsi e l'emozione preoccupazione e stress che stanno vivendo in quel momento
- o Cerco nel possibile di accontentare i familiari
- o Loro hanno il diritto di essere presenti e se vogliono vedere cosa succede allora possono, perché questo può aiutarli nel processo di rielaborazione del lutto
- o Urlano
- o Perché se il loro volere è di assistere alle manovre rianimatorie anche contro il parere medico non trovo giusto impedirlo anche se per me come esperienza personale non assisterei mai alle manovre rianimatorie di un mio familiare
- o E' un ulteriore dolore che si provoca al familiare



- o Non ho alcun diritto anzi non abbiamo alcun diritto di decidere di togliere quegli ultimi attimi insieme RIPETO NESSUNO!!
- o Potrebbero essere gli ultimi istanti in cui i familiari sono vicini al paziente
- o This could be the relatives last chance to be with the patient. Being with their dying relative may be very important to them. (Questa potrebbe essere l'ultima possibilità del familiare di stare con il paziente. Essere con il loro caro morente potrebbe essere molto importante per loro.)
- o They have the right to be there and if they want to see what goes on, they can, because it can help the grieving process (Loro hanno il diritto di essere presenti e se vogliono vedere cosa succede allora possono, perché questo può aiutarli nel processo di rielaborazione del lutto)
- o They may feel strongly about being with their loved one before and during death. It may be a comfort to them so that their loved one does not die alone. It may also reassure them that everything has been done to keep the loved one alive. (Può farli sentire più forti stare con il loro caro prima e durante la morte. Può essere un conforto per loro sapere che il loro caro non è morto da solo e li può assicurare che è stato fatto tutto il possibile per tenerlo in vita.)
- o As answer 9 (Come la risposta 9: Possono vedere che è stato tentato tutto il possibile)

Il 23% di chi ha risposto alla domanda 15 ha scritto solo nel "Perché" senza scegliere una delle risposte multiple:

- o Non ho mai fatto non intervenire i parenti contro la loro volontà
- o Non sono d'accordo sull'allontanare i familiari contro la loro volontà
- o Non assistono
- o In pronto soccorso non assistono per organizzazione e protocollo di reparto quindi volontà o non volontà dei fam. non possono venire. Come già detto intralciano l'attività di soccorso. Mi viene da osservare che non aver mai lavorato in PS non si ha idea di come si svolge l'attività nelle vere emergenze e di conseguenza una persona non si rende conto che non è "cattiveria" o "menefreghismo" ma è per il bene del pz

- o Quando si interviene su un paziente critico è bene concentrarsi sui bisogni del paziente stesso senza farsi distrarre da altre cose in modo da garantire la miglior assistenza possibile al paziente stesso
- o Non mi sono mai posta il problema sicuramente nessuna risposta sopra. In quel momento sto svolgendo il mio lavoro e presto molta più attenzione al malato che ai familiari
- o Non ho mai assistito ad una richiesta dei familiari di partecipare alle fasi della rianimazione c/polmonare
- o Non esiste. vedi n 11 (Non sempre sono in grado di capire o sopportare l'utilizzo di metodologie invasive)
- o Non ho mai provato le sensazioni soprascritte, ma credo di dover svolgere in quel momento il mio lavoro

## 5.4 L'intervista

Di seguito riporto il testo dell'intervista:

“Mi presento: sono Monica Torri studentessa all'ultimo anno del Corso di Laurea in Infermieristica.

Vorrei farle oggi questa intervista per raccogliere informazioni per la compilazione della mia Tesi di Laurea, in cui parlerò delle idee e delle emozioni degli Infermieri nel rapporto con la famiglia nel Lutto in Emergenza. Ho pensato a lei perché la sua esperienza nell'Area dell'Emergenza-Urgenza è importante per me e per l'approfondimento della mia Tesi.

Vorrei chiederle di poter registrare su cassetta la nostra chiacchierata di oggi, è utile per me per non perdere nulla e comunque tutte le informazioni emerse da questa intervista resteranno anonime, strettamente riservate e ad uso scientifico: le utilizzerò solo al fine della compilazione della mia Tesi.

Qualche domanda di rito:

Età: ..... Sesso:  M  F Reparto:.....

Anni di esperienza in Area critica: .....

Possiamo cominciare?

- 1- Pensa che il sostegno alla famiglia nel momento del lutto sia un nostro mandato?
- 2- Concretamente, quando lavora, prende in carico il lutto della famiglia?
- 3- Cosa ne pensa della possibilità di permettere ai familiari di essere presenti durante la rianimazione di un paziente?
- 4- Come si sente, quali sono le sue emozioni, quando i familiari assistono all'intervento di rianimazione?
- 5- Cosa prova quando i familiari non assistono all'intervento di soccorso, però contro la loro volontà?

Grazie mille per il suo tempo, se le interessano le farò avere i risultati finali della mia ricerca. Buona giornata!”

### **Annotazioni aggiuntive per ogni domanda**

Livello di collaborazione:

Livello di comprensione:

Spiegazioni ulteriori richieste

date

Livello di interesse:

Non verbale:

### **Annotazioni aggiuntive finali**

Luogo intervista:

Tempi intervista: Orario

Durata

### **I dati emersi dall'intervista**

Gli infermieri intervistati sono stati 5:

- 1 dell'U.O. di Pronto Soccorso e Automedica dell'Ospedale Magati di Scandiano (RE)
- 1 della Centrale Operativa 118 e Automedica dell'Arcispedale S. Maria Nuova di Reggio Emilia
- 1 dell'U.O. Pronto Soccorso dell'ASMN di Reggio Emilia
- 2 dell'U.O. A&E del VHK, Accident & Emergency (Pronto Soccorso) del Victoria Hospital di Kirkcaldy (Scozia)

L'età media degli infermieri (4 donne e un uomo) è di 35 anni, con un range dai 27 ai 44 anni; la loro esperienza nell'ambito dell'emergenza va' dai 4 ai 22 anni, con una media di 14 anni.

I colloqui sono durati mediamente 20 minuti, il più breve 15 minuti il più lungo mezzora; le interviste si sono svolte tutte nell'Unità Operativa sede lavorativa dell'infermiere, 3 durante l'orario lavorativo, 2 immediatamente prima l'inizio del turno.

## 5.5 I risultati: Italia e Scozia

### 1- Pensa che il sostegno alla famiglia nel momento del lutto sia un nostro mandato?

Alla prima domanda gli infermieri hanno risposto tutti affermativamente:

**A)** Sì, è molto importante relazionare con la famiglia, sicuramente.

Collaborazione e Comprensione: Buona

Spiegazioni ulteriori: Nessuna

Interesse: Buono

Non verbale: Sguardo diretto, occhi negli occhi

**B)** Sì.

Collaborazione e Comprensione: Buona

Spiegazioni ulteriori: Nessuna

Interesse: Buono

Non verbale: Sguardo diretto, occhi negli occhi

**C)** Sì, penso sia fondamentale.

Collaborazione e Comprensione: Buona

Spiegazioni ulteriori: Nessuna

Interesse: Buono

Non verbale: Sguardo sfuggente, rivolto oltre le mie spalle

**D)** Yes, definitely. (Sì, senza alcun dubbio.)

Collaborazione e Comprensione: Buona

Spiegazioni ulteriori: Nessuna

Interesse: Buono

Non verbale: Sguardo diretto, occhi negli occhi

**E)** Yes, definitely. (Sì, senza alcun dubbio.)

Collaborazione e Comprensione: Buona

Spiegazioni ulteriori: Nessuna

Interesse: Buono

Non verbale: Sguardo diretto, occhi negli occhi

## **2- Concretamente, quando lavora, prende in carico il lutto della famiglia?**

Gli infermieri hanno risposto per la maggior parte, l'80%, affermativamente:

**A)** Dobbiamo sempre purtroppo organizzarci col tempo. Io sono molto sensibile, mene faccio troppo carico a volte. E soffro anch'io di fronte a certe situazioni. Cerco di dare la mia solidarietà come posso: non è difficile che io abbracci queste persone... Il calore umano, i gesti valgono più delle parole... E viene da piangere anche a me a volte... Mi è capitato diverse volte, soprattutto con i giovani...

Collaborazione e Comprensione: Buona

Spiegazioni ulteriori: Nessuna

Interesse: Molto Buono

Non verbale: Sguardo rivolto verso il basso per la maggior parte del tempo. Sguardo diretto a me solo nell'enunciato "Non è difficile che io abbracci queste persone"

**B)** Il problema principale è che di solito questo avviene dopo aver espletato il "mestiere". E tante volte ci si rende conto che non c'è un'adeguata preparazione: ... perchè entra in campo la mia persona, come sto vivendo quel momento... ed è più facile salire in macchina<sup>46</sup> e tornare a casa. Concretamente quello che si può fare è un po' di compartecipazione... al di là delle frasi fatte, si può operarsi per rintracciare qualcuno, parenti... che possa stare con il familiare...

Collaborazione e Comprensione: Buona

Spiegazioni ulteriori: Nessuna

Interesse: Buono

Non verbale: Sguardo diretto, occhi negli occhi per la maggior parte del tempo, sguardo verso il basso mentre dice "entra in campo la mia persona"

---

<sup>46</sup> Macchina nel senso di Automedica

**C)** Mi prendo carico del lutto della famiglia. Cerco di mettermi nei loro panni, faccio e dico loro quello che vorrei sentirmi dire se fossi in una situazione del genere. E... cerco di essere me stessa, di mettermi dalla loro parte... Ad esempio amo molto il contatto fisico e spesso tocco queste persone, voglio far capire loro che ci sono per loro perché lo ritengo importante e per non farli sentire soli...

Collaborazione e Comprensione: Buona

Spiegazioni ulteriori: Nessuna

Interesse: Buono

Non verbale: Sguardo sfuggente per la maggior parte del colloquio, diretto a me quando dice "Amo molto il contatto fisico"

**D)** No.

Collaborazione: Buona

Comprensione: L'infermiera sosteneva che farsi carico del lutto della famiglia non fosse possibile nel Dipartimento di Emergenza-Urgenza, in quanto significava veramente prendersi cura "Take care" della famiglia.

Spiegazioni ulteriori: Nessuna

Interesse: Buono

Non verbale: Sguardo diretto, occhi negli occhi

**E)** Yes. (Sì.)

Collaborazione e Comprensione: Buona

Spiegazioni ulteriori: Nessuna

Interesse: Buono

Non verbale: Sguardo diretto, occhi negli occhi

**3- Cosa ne pensa della possibilità di permettere ai familiari di essere presenti durante la rianimazione di un paziente?**

Il 60 % degli infermieri ha risposto positivamente alla terza domanda:

**A)** Non sono d'accordo, secondo me è un trauma. Può capitare per strada e non puoi mandarli via. Ma in ospedale è diverso, puoi farli attendere da un'altra parte, secondo me è meglio.

Collaborazione e Comprensione: Buona

Spiegazioni ulteriori: Nessuna

Interesse: Buono

Non verbale: Sguardo diretto, occhi negli occhi

**B)** Assolutamente giusto. Per due motivi: chi si trova a lavorare in quel momento dovrebbe essere sicuro di quello che sta facendo e secondariamente credo sia un diritto fondamentale dei familiari rimanere e non solo, anche essere informati, possibilmente in tempo reale. Fatto salvo che i familiari non intralcino.

Collaborazione e Comprensione: Buona

Spiegazioni ulteriori: Nessuna

Interesse: Molto buono

Non verbale: Sguardo diretto, occhi negli occhi

**C)** Non li aiuta, non li prepara e non toglie nulla alla sofferenza che dovranno affrontare dopo... Non ti giustifica nei loro confronti vedere che tu hai dato il massimo... E poi sono d'intralcio... Mi è capitato ieri: un marito che è riuscito ad entrare mentre rianimavamo la moglie, è rimasto qualche minuto prima che ci accorgessimo di lui, ma di garantisco che non l'ha aiutato, ha visto un corpo, non sua moglie...

Collaborazione e Comprensione: Buona

Spiegazioni ulteriori: Nessuna

Interesse: Buono

Non verbale: Sguardo sfuggente per la maggior parte del colloquio, diretto a me quando dice "Sono d'intralcio"



**D)** Depends what type of patients ... and If you have got a nurse that can be with the family all time and explain whats going on (Dipende dal tipo di paziente e se c'è un'infermiera che possa restare con la famiglia tutto il tempo e che possa spiegare loro cosa sta succedendo.)

Collaborazione e Comprensione: Buona

Spiegazioni ulteriori: Nessuna

Interesse: Buono

Non verbale: Sguardo diretto, occhi negli occhi

**E)** Yes, if the family choose to be present, they very welcome to be present. As long as we can allocate a nurse with the family (Sì, se la famiglia vuole essere presente, sarà la benvenuta. Fino a quando riusciamo ad avere un infermiere che stia con loro.)

Collaborazione e Comprensione: Buona

Spiegazioni ulteriori: Nessuna

Interesse: Buono

Non verbale: Sguardo diretto, occhi negli occhi

**4- Come si sente, quali sono le sue emozioni, quando i familiari assistono all'intervento di rianimazione?**

Alla quarta domanda gli infermieri hanno riportato principalmente emozioni di tranquillità (75 %), ma anche sollievo, imbarazzo, disagio e nervosismo.

**A)** Cerco di essere sempre “presente” all’evento, non mi devo lasciare condizionare dalle persone che ho intorno. Devo proprio impararlo, perché è difficile, ad esempio quando stai rianimando un bambino e hai la mamma di fianco... diventa difficile. Cerco di dimenticarmi i parenti e di stare sul paziente. Io di solito riesco a gestire la situazione abbastanza tranquillamente, nel senso che mi dedico proprio al lavoro. Dopo però sto male, veramente dentro di me rimane per un bel po’ la situazione, non riesco proprio a distaccarmi... Sarebbe importante perché nel nostro lavoro dovremmo essere distaccati, ma è più forte di me, molte volte me lo porto a casa.

Collaborazione e Comprensione: Buona

Spiegazioni ulteriori: Nessuna

Interesse: Buono

Non verbale: Sguardo diretto, occhi negli occhi per la maggior parte del tempo, sguardo verso il basso mentre dice “Ad esempio quando stai rianimando un bambino...” e “Però sto male...”

**B)** Le mie emozioni non sono mai particolari, mi rendo conto dei familiari una volta che si è finito... Mentre lavoro faccio lo stesso lavoro sia che ci siano che non ci siano. Alla fine... mi sento sollevato, perché io vorrei la stessa cosa<sup>47</sup>.

Collaborazione e Comprensione: Buona

Spiegazioni ulteriori: Nessuna

Interesse: Molto buono

Non verbale: Sguardo diretto, occhi negli occhi

---

<sup>47</sup> Cioè vorrebbe la possibilità di poter assistere.

**C)** Mi sono sentita in imbarazzo... Poi mi sono chiesta: Cosa avrà pensato lui?<sup>48</sup> Come reagirà poi quando gli andremo a dire che quello che stavamo facendo non è servito a niente? Invece lui non ha detto niente, avrà pensato che stavamo facendo quello che era necessario... Mettendomi nei loro panni... Se io vedessi uno dei miei<sup>49</sup> sottoposto a questo “massacro”, perché a volte sembriamo dei massacratori... Io sono del mestiere, certe manovre le capirei... ma l'altro non capisce... e sembra di voler infliggere una sofferenza ulteriore. Secondo me li farebbe soffrire di più... Ma averli presenti mi stimolerebbe a fare ancora meglio... E a chiedermi: Se io fossi lì cosa vorrei vedere? ... Forse proverei disagio.

Collaborazione e Comprensione: Buona

Spiegazioni ulteriori: ripetizione della domanda per indirizzare l'intervistato verso la descrizione delle sue emozioni

Interesse: Buono

Non verbale: Sguardo sfuggente per la maggior parte del colloquio

**D)** I think it's good, if you have the staff that can be with the family. I think that I could be quite nervous. (Penso che vada bene, se c'è un'infermiere che può stare con la famiglia. Penso che sarei un po' nervosa.)

Collaborazione e Comprensione: Buona

Spiegazioni ulteriori: ripetizione della domanda per indirizzare l'intervistato verso la descrizione delle sue emozioni

Interesse: Buono

Non verbale: Sguardo diretto, occhi negli occhi

**E)** It's fine for me. (Va bene per me)

Collaborazione e Comprensione: Buona

Spiegazioni ulteriori: Nessuna

Interesse: Buono

Non verbale: Sguardo diretto, occhi negli occhi

---

<sup>48</sup> Riferendosi all'episodio del giorno precedente in cui un marito era riuscito ad entrare in Sala Emergenza durante la rianimazione della moglie

<sup>49</sup> Miei familiari

**5- Cosa prova quando i familiari non assistono all'intervento di soccorso, però contro la loro volontà?**

Gli infermieri hanno risposto alla quinta domanda con sentimenti di colpa (40 %) e di tranquillità (20 %) (il 40 % del campione non si è mai trovato in una situazione simile):

**A)** Sono convinta che sia meglio così: sarebbe un trauma troppo grosso per loro. E' meglio per loro... Io sto meglio se loro stanno fuori e... anche per il mio lavoro, perché possono anche essere invadenti senza volerlo.

Collaborazione e Comprensione: Buona

Spiegazioni ulteriori: Nessuna

Interesse: Buono

Non verbale: Sguardo diretto, occhi negli occhi

**B)** Mi sento che è un'ingiustizia. Non ne vedo la motivazione, capisco che uno sia più tranquillo senza qualcuno che assiste, oppure che non voglia far vedere certe manovre cruenta... Ma i parenti hanno il diritto di "essere parenti": di vedere cosa si sta facendo al congiunto, di giudicare cosa si sta facendo. La gente non è stupida, capisce quando la cosa è grave e accantonarli quando hanno già questa coscienza... credo proprio sia un problema personale dell'equipe, soprattutto quando non ci sono problemi di spazio, aggressività...

Collaborazione e Comprensione: Buona

Spiegazioni ulteriori: Nessuna

Interesse: Molto Buono

Non verbale: Sguardo diretto, occhi negli occhi

**C)** Mi sento che non puoi far finta che loro non esistono. Hanno bisogno e il diritto di essere informati, di sapere che si sta tentando il massimo... Non puoi dimenticarteli... Quando posso vado spessissimo da loro per dar loro informazioni, per fargli sentire che ci ricordiamo di loro... Sempre per il caso di quel marito: è successo perché ci eravamo dimenticati un po' di lui, tutti presi dall'emergenza... Dopo non sono più riuscita a staccarmi da questa persona, perché secondo me lui non poteva stare da solo... Ho

usato sempre tutto il tatto possibile e comunque ho sempre giustificato il loro allontanamento... Ma mi sento un mostro, mi sento cattivissima... Fa stare molto male, ma poi penso che sia meglio anche per loro...

Collaborazione e Comprensione: Discreta

Spiegazioni ulteriori: diverse ripetizioni della domanda per indirizzare l'intervistato verso la descrizione delle sue emozioni

Interesse: Buono

Non verbale: Sguardo sfuggente per la maggior parte del colloquio, diretto a me quando dice "Hanno il diritto di essere informati" e "Non puoi dimenticarteli"

- D)** I don't know, because I don't think that we openly discourage the family to be present, if they want (Non lo so, perché è difficile che succeda che un familiare venga allontanato se desidera entrare...)

Collaborazione e Comprensione: Buona

Spiegazioni ulteriori: Nessuna

Interesse: Buono

Non verbale: Sguardo diretto, occhi negli occhi

- E)** I think that any family member should be discouraged to be present, but if they choose... it's their right. I never discourage, so when I'm on duty will never happen, if they want, they can. But if another member of the staff discourages the family, I will wonder "Why"? (Penso che ogni familiare dovrebbe essere dissuaso dall'entrare in Sala Emergenza, ma se vuole essere presente... ne ha il diritto. Io non scoraggio, così quando sono in turno io non succede, se vogliono essere presenti, possono entrare. Ma se dovesse succedere con qualcun altro dello staff, mi chiederei "Perché?")

Collaborazione e Comprensione: Buona

Spiegazioni ulteriori: ripetizione della domanda per indirizzare l'intervistato verso la descrizione delle sue emozioni

Interesse: Buono

Non verbale: Sguardo diretto, occhi negli occhi

## 5.6 Commenti e riflessioni

I risultati della ricerca hanno sostanzialmente confermato la mia tesi: gli infermieri considerano il lutto della famiglia un loro obiettivo assistenziale e vivono la sua negazione in Emergenza con sentimenti contrastanti, di tranquillità e senso di colpa.

Il 90 % del campione sostiene che è necessario valutare la famiglia durante l'attuazione dell'assistenza infermieristica in Emergenza, il 24 % sempre, il 66 % quando possibile, questo conferma la sensibilità degli operatori rispetto la famiglia dei pazienti che prendono in carico.

Inoltre l'87 % della totalità degli infermieri che hanno risposto al questionario e il 100 % degli infermieri intervistati, afferma che il sostegno della famiglia nel momento del lutto è un mandato infermieristico, come sostiene la legislazione e l'etica infermieristica. Interessante notare come dei 6 infermieri che hanno risposto negativamente alla domanda sul sostegno nel lutto come mandato infermieristico, 5 fossero uomini, con un'esperienza superiore anche ai 10 anni nell'ambito dell'Emergenza. Considerando anche che il totale degli uomini che hanno compilato il questionario è di soli 8, è possibile dedurre che da parte degli uomini ci sia una sensibilità minore rispetto il lutto oppure che non sia presente quell'istinto materno professionale sostenuto da De Bertolini<sup>50</sup>, oppure che non ci sia stata un aggiornamento, dopo la formazione compiuta da loro più di 10 anni fa.

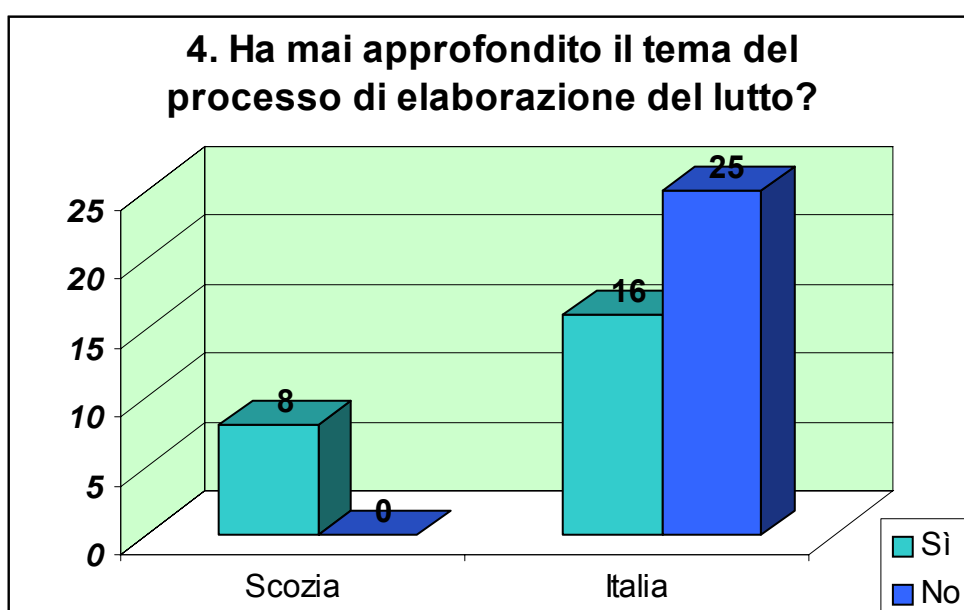
Il 77 % del campione ha conoscenze rispetto al processo di elaborazione del lutto, che derivano principalmente da corsi e seminari successivi alla formazione infermieristica di base (a parte gli infermieri con un'esperienza inferiore ai 5 anni, che le riportano nel curriculum di base) e il modello teorico a cui fanno riferimento è principalmente quello della teorica Kubler-Ross. Il 33 % del campione che sostiene di non aver ricevuto nessuna formazione rispetto al lutto, ha un'esperienza lavorativa media di 10 anni e anche superiore, è quindi possibile sostenere che la formazione di più di 10 anni fa

---

<sup>50</sup> De Bertolini C. 1986, La sofferenza psicologica in rianimazione. Bologna, Patron Editore

fosse diversa dall'attuale. E' interessante notare come anche tutti quelli che hanno risposto di non avere nessuna conoscenza, sostengono l'importanza del supporto alla famiglia in lutto.

Il tema del lutto interessa la metà del campione, infatti il 49 % degli infermieri ha approfondito questo tema, la maggior parte mediante frequentazione di seminari e la lettura di libri. Interessante confrontare i risultati italiani con quelli ottenuti in Scozia: il 100 % del campione scozzese ha approfondito il tema del lutto, mentre in Italia prevale la mancanza di interesse.

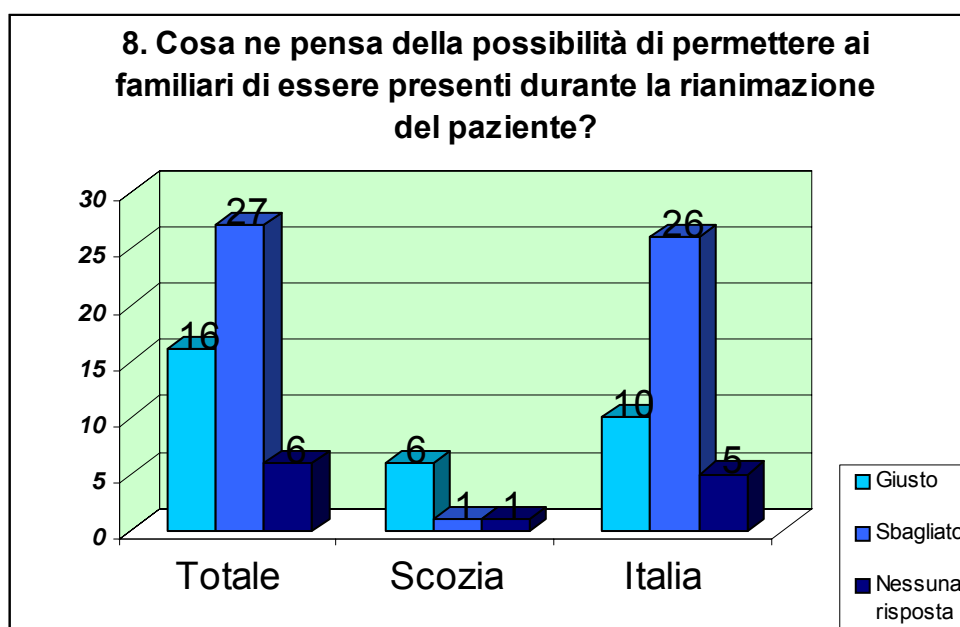


Il 90 % del campione si fa carico, almeno quando possibile, del lutto della famiglia. Nel questionario sono prevalse le modalità di sostegno tramite una comunicazione empatica, l'ascolto e la vicinanza, il contatto, poi strategie pratiche: aggiornare sulle condizioni del paziente e aiutare nel contattare altri familiari.

Il 55 % del campione totale è contrario alla possibilità di permettere alla famiglia di essere presente durante la rianimazione del paziente, come è risultato anche dalla ricerca del 2002 di McClenathan<sup>51</sup>. E' interessante

<sup>51</sup> McClenathan 2002, Family member presence during cardiopulmonary resuscitation. A survey of US and international critical care professionals. CHEST, 122: pagg. 2204-2211

notare la differenza tra risultati scozzesi e italiani: il 75 % degli infermieri scozzesi sostiene questa pratica, mentre solo il 25 % degli italiani è d'accordo. E' possibile una motivazione culturale, una diversa sensibilità ed apertura verso il cliente, che in Scozia è parte integrante della sua assistenza. Questo emerge ancora più nelle interviste durante le quali gli infermieri italiani si sono mostrati più in difficoltà, nel rispondere alla domanda rispetto la presenza dei familiari durante gli interventi in urgenza gli scozzesi hanno mantenuto la calma e soppesato pro e contro e sottolineato l'importanza dell'autonomia decisionale della famiglia.



Gli infermieri che sostengono questa pratica la motivano soprattutto ritenendo che la presenza dei familiari può essere molto importante e utile per loro, in quanto possono vedere che tutto il possibile è stato fatto, motivazioni che si ritrova anche nella letteratura (Kidby, 2003; Hanson, 1992). E' interessante notare che alla domanda 9 (Se alla domanda precedente hai risposto "Giusto" per quale motivo?) ha risposto un numero maggiore di infermieri rispetto a quelli che avevano risposto giusto alla domanda 8, evidentemente le idee non sono molto chiare e il sentimento rispetto a questa pratica è ambivalente.



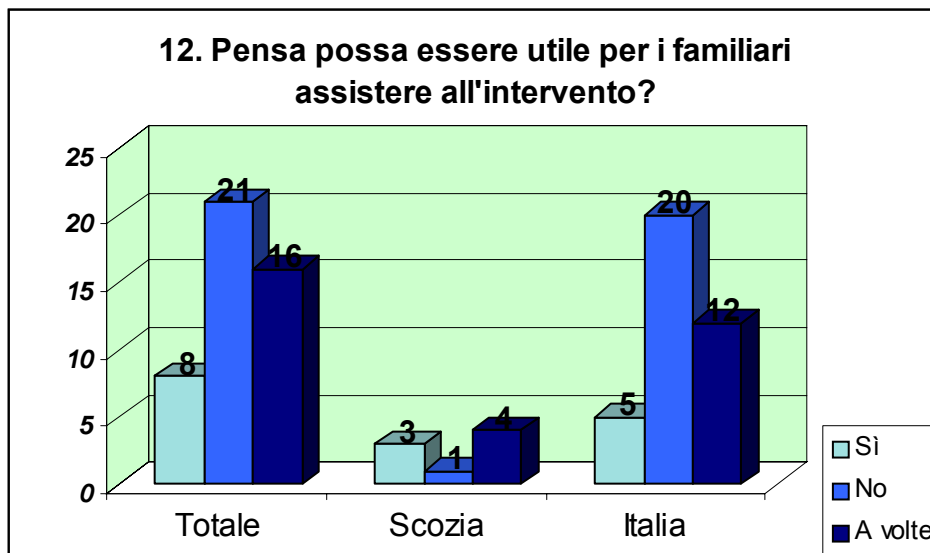
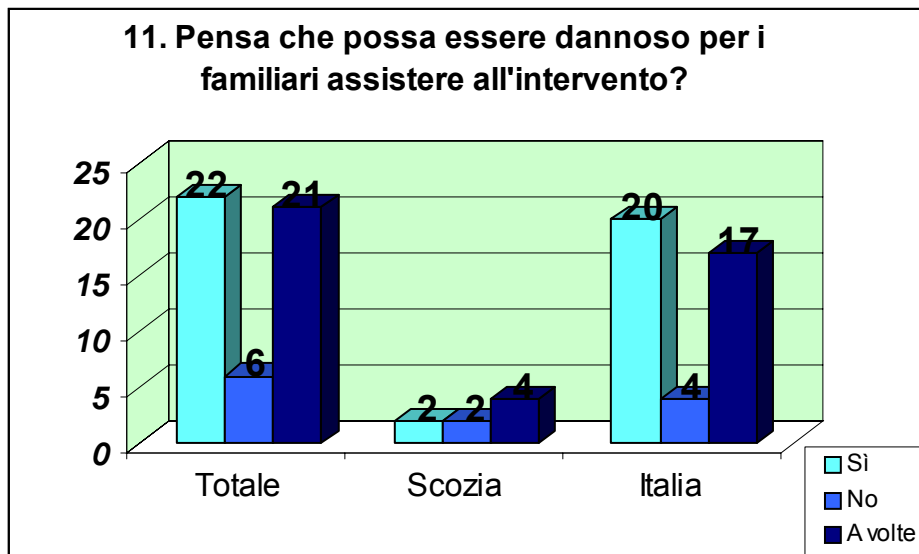
Gli infermieri contrari alla presenza dei familiari durante la rianimazione temono soprattutto che l'esperienza sia traumatica per i familiari o che possano interferire con l'intervento, inoltre riportano che "sentirsi osservati" provochi disagio negli operatori.

L'87 % del campione è convinto che sia dannoso per i familiari assistere alla rianimazione, anche se non in tutti i casi; ma emerge anche che il 54 % degli infermieri pensa che la pratica possa essere utile per la famiglia: più del 30 % del campione risponde in modo ambiguo, ancora una volta gli infermieri dimostrano di avere pensieri conflittuali.

Più dell'80 % degli infermieri contrari al coinvolgimento della famiglia in urgenza ha motivato il suo pensiero sostenendo la natura traumatica dell'intervento e la possibilità di essere intralciati da loro, ma le ricerche svolte in questo ambito hanno smentito questi timori (Robinson, 1998; Hanson, 1992).

Gli infermieri sostenitori di questa pratica credono che assistere all'intervento sia importante per i familiari, in particolare per la presa di coscienza riguardo la concretezza della perdita e per avere conferma che tutto il possibile è stato tentato; una piccola parte del campione ha riportato anche le altre motivazioni sostenute dalla letteratura, in riferimento alle possibili agevolazioni rispetto il processo del lutto e l'effetto positivo anche nei confronti del paziente (Kidby, 2003; Knazik, 2003; Fassler-Weibel, 2003; Eichhorn, 1996; Hanson, 1992).

Ancora una volta è interessante vedere il confronto tra risultati in Italia e in Scozia: mentre gli infermieri italiani sono certi della negatività della pratica e della sua inutilità, gli operatori scozzesi sono maggiormente in suo favore, probabilmente per i motivi elencati in precedenza, di cultura e di differente approccio con il cliente; inoltre la presenza dei familiari in Sala Emergenza è molto più frequente in Scozia, non è un'eccezione come in Italia, in particolare quando i pazienti sono minorenni, gli operatori scozzesi ritengono un diritto inviolabile dei familiari essere presenti.



Da quanto emerso dal questionario, secondo l'esperienza degli operatori intervistati, solo 16 famiglie su 100 avrebbero la possibilità di partecipare all'assistenza in urgenza del familiare: una percentuale ipoteticamente rilevante delle famiglie inizia così il processo del lutto in un clima poco favorevole.

Il 56 % del campione riferisce sensazioni di agitazione e soggezione quando la famiglia può assistere all'intervento, ma un significativo 41 % riferisce tranquillità, senza differenze significative in base agli anni di esperienza o

alla nazionalità. Gli infermieri che riferiscono delle sensazioni di disagio le collegano soprattutto al fatto di risentirsi “sotto esame”, osservati e giudicati dai familiari, temendo anche eventuali denunce. Solo un’esigua percentuale di infermieri ammette di avere difficoltà nell’affrontare il “forte coinvolgimento emotivo che viene trasmesso” e di temere di essere “aggrediti dal loro stato d’ansia”. Gli infermieri che sostengono di essere tranquilli anche in loro presenza danno principalmente due motivazioni molto differenti: una parte, sostenendo la pratica, afferma di essere serena, perché pensa ai benefici per la famiglia in quella situazione, una parte è indifferente alla presenza della famiglia per la concentrazione massima sul paziente o come conseguenza degli anni di esperienza; una parte è tranquilla per comprensione ed empatia verso la famiglia e l’altra per una forma di distacco.

Nei casi in cui i familiari vengono allontanati dal luogo di soccorso contro la loro volontà, gli infermieri vivono principalmente emozioni di disagio, infatti, il 60 % del campione riporta frustrazione o senso di colpa e il 40 % tranquillità. Gli infermieri che riportano sensazioni negative, sono quelli che sentono il sostegno della famiglia in lutto come loro mandato e vivono la sua negazione come una sofferenza ulteriore per la famiglia. Gli infermieri che sono tranquilli si focalizzano sulla priorità di quel momento, sull’assistenza al paziente.

Durante la lettura dei questionari e durante l’esecuzione delle interviste ho notato diverse espressioni riconducibili a situazioni di stress, PTSD e burnout. In particolare per quanto riguarda il PTSD, ho trovato due racconti in cui è possibile ipotizzare la presenza di memorie intrusive, due infermiere descrivendo il loro stato d’animo dopo un intervento fallimentare di rianimazione, scrivono: “Quando finisce tutto io personalmente mi sento molto svuotata e quasi stordita e mi ci vuole un po’ di tempo per riprendermi e l’evento più delle volte mi riaffiora dopo un po’ di giorni” e “Dopo però sto male, veramente dentro di me rimane per un po’ la situazione, non riesco proprio a distaccarmi (...) è più forte di me, molte volte me lo porto a casa”. Per quanto riguarda il burnout un’infermiera riporta due espressioni che denotano una forte spersonalizzazione del paziente e della famiglia, scrive: “Tanto non li vedo, sono troppo immersa nel lavoro” (In riferimento alla

presenza dei familiari durante l'intervento) e "Urlano" (Il soggetto sottinteso è "i familiari". Questa è la motivazione per cui l'infermiere sostiene di provare frustrazione quando i familiari non assistono all'intervento).

La ricerca ha sostanzialmente confermato la letteratura e i risultati già emersi da altri studi e la mia ipotesi iniziale: il sostegno della famiglia in lutto è sentito come un importante obiettivo assistenziale, anche dagli infermieri del Dipartimento di Emergenza-Urgenza e la sua negazione in quest'ambito è vissuta con sentimenti ambivalenti, da cui emerge un conflitto.

## **CONCLUSIONI**

Il ruolo e il vissuto dell'infermiere rispetto la gestione del lutto della famiglia nel Dipartimento di Emergenza-Urgenza è ambivalente. Al momento attuale agli infermieri sono rivolte delle richieste conflittuali: da un lato viene chiesto loro di adottare un modello olistico di assistenza, dall'altro di assumere un approccio tecnicistico e distaccato, da una parte viene chiesto loro di avere un atteggiamento empatico, ma dall'altra non sono loro garantiti i mezzi e le risorse per gestire l'emozionalità personale. Si crea così un clima di ambiguità che porta gli infermieri a non rivestire efficacemente il ruolo che a loro competerebbe rispetto la famiglia in lutto e ad avere difficoltà nella gestione del proprio vissuto emozionale rispetto la relazione con i familiari.

La legislazione e l'etica dell'assistenza infermieristica sostengono la natura olistica del nursing, l'importanza della presa in carico del paziente nella sua totalità e multidimensionalità, del suo rispetto e della sua tutela. L'assistenza infermieristica è così per definizione anche assistenza alla famiglia, in quanto parte integrante e fondamentale della complessità del paziente: la presa in carico del paziente è anche presa in carico della sua famiglia. Di conseguenza anche il curriculum infermieristico di studi è finalizzato alla formazione di professionisti competenti e con una spiccata sensibilità olistica: sapere, saper essere e saper fare sono i principi guida dell'educazione dell'infermiere.

L'infermiere è formato per essere un professionista d'aiuto, cosciente dei propri doveri verso i clienti e le loro famiglie, ma i suoi diritti? L'infermiere che tutti i giorni si trova ad affrontare situazioni dal forte impatto emotivo, come la morte del paziente e l'incontro con la sofferenza della famiglia in lutto, ha il diritto alla propria emozionalità e alla sua tutela.

La gestione del lutto della famiglia è un problema reale, concreto, che potenzialmente ogni giorno gli infermieri del Dipartimento di Emergenza-Urgenza si trovano ad affrontare, con dei precisi doveri nei confronti della

famiglia e del suo lutto; ma gli infermieri sono loro stessi detentori di diritti, in particolare hanno il diritto alla propria emozionalità.

Il vissuto della morte del paziente è traumatico per gli infermieri, ha importanti implicazioni psicologiche, che sono inevitabili e innegabili: è necessario che sia raggiunta una maggiore coscienza rispetto al carico emotivo della morte e che siano fornite risorse efficaci per la sua elaborazione.

In base alla ricerca bibliografica e allo studio che ho sviluppato sono arrivata alla conclusione che per essere un efficace sostegno per la famiglia in lutto, gli infermieri necessitano per primi di un sostegno emozionale.

Sono diverse le proposte per i Dipartimenti di Emergenza-Urgenza che si possono dedurre dalla letteratura: si potrebbe pensare a corsi e gruppi di lavoro e discussione per sensibilizzare gli operatori rispetto il processo di elaborazione del lutto, il PTSD e il burnout e di organizzare un servizio sistematico ed efficace di Stress Debriefing. In un momento successivo, promuovere attività rivolte alla sensibilizzazione degli infermieri rispetto al rapporto con la famiglia in lutto, organizzare gruppi di approfondimento e sviluppare un protocollo di reparto che guidi la gestione della famiglia in lutto. Queste proposte incontreranno sicuramente molteplici difficoltà: problemi di tipo gestionale, mancanze di risorse, tempo e, non ultime, resistenze e diffidenza da parte degli operatori; per cui al momento, una proposta concreta sarebbe quella di promuovere un clima interpersonale positivo nell'ambiente lavorativo, in modo che le relazioni tra colleghi possano divenire un supporto efficace nell'affrontare le situazioni di crisi.

Per quanto riguarda il problema della gestione della famiglia in lutto, che, come abbiamo visto, ha importanti ripercussioni sul benessere psico-emotivo del nucleo familiare, una proposta potrebbe essere la creazione di una piccola e accogliente stanza d'attesa per la famiglia, la *Family Room*, in cui poter parlare in tranquillità con la famiglia, che potrebbe essere utilizzata anche per i colloqui e le consulenze più delicate, come ad esempio le visite psichiatriche. Inoltre si potrebbe pensare al coinvolgimento delle associazioni di volontariato attive nell'ambito del soccorso in emergenza (Croce Rossa,

Pubbliche assistenze...), promuovendo l'istituzione di un "Servizio spirituale d'urgenza", in linea con un progetto già attivo in Svizzera<sup>52</sup>. Si potrebbe formare un gruppo di volontari al sostegno della persona in lutto e all'utilizzo di tecniche comunicative empatiche, in modo che possano affiancare la famiglia in crisi nei momenti di Emergenza.

Nel Dipartimento di Emergenza-Urgenza la situazione attuale è tendenzialmente volta alla negazione del diritto al lutto della famiglia e del diritto all'emozionalità degli infermieri, ma il cambiamento è possibile e auspicabile, senza l'impiego di troppe risorse o finanziamenti eccessivi.

---

<sup>52</sup> Boninsegna 2000, Curatori d'anime. Assistenza spirituale d'urgenza. N&A, 9, 102: pagg. 1-8

# **BIBLIOGRAFIA**

## **Testi**

1. Hough M. 1999, Abilità di counseling. Trento, Edizioni Erickson
2. Craven R.F., Hirnle C.J. 1998, Principi fondamentali dell'assistenza infermieristica. Milano, Casa Editrice Ambrosiana
3. De Bertolini C. 1986, La sofferenza psicologica in rianimazione. Bologna, Patron Editore
4. Yule W. 2000, Disturbo post-traumatico da stress. Aspetti clinici e terapia. Milano, Ed. Mc Graw-Hill
5. Pangrazzi A. 2002, Aiutami a dire addio. Trento, Edizioni Erickson
6. Bowlby J. 1998, Attachment and Loss, Vol. 3: Loss, sadness and depression. Londra, Ed. Pimlico
7. Lendrum S. 1992, Gift of tears. A practical approach to loss and bereavement counselling. New York, Ed. Routledge
8. American Heart Association 2003, Manuale di ACLS. Torino, Centro Scientifico Editore

## **Articoli**

1. Gyger-Stauber K. 2003, Soccorritori e psicologia: quando muore un fratellino. N&A Mensile italiano del soccorso, Anno 12, vol.141: pagg. 1-3
2. Eichhorn D. 1996, Opening the door: family presence during resuscitation. Journal of Cardiovascular Nursing, 10, 4: pagg. 59-70
3. Fassler-Weibel P. 2003, Quando muore un bambino. N&A Mensile italiano del soccorso, Anno 12, vol. 138: pagg. 1-9
4. Swanson R. 1993, Psychological Issues in CPR. Annals of Emergency Medicine, 22, 2: pagg. 84-87
5. Robbins I. 1999, The psychological impact of working in emergencies and the role of debriefing. Journal of Clinical Nursing, 8: pagg. 263-268
6. Laposa J. 2003, Work Stress and Posttraumatic Stress Disorder in ED Nurses/personnel. Journal of Emergency Nursing, 29, 1: pagg. 23-28



7. Jonasson A. 2003, The meaning of traumatic events as described by nurses in ambulance service. *Accident and Emergency Nursing*, 11: pagg. 141-152
8. Gillespie M. 2003, Burnout among nursing staff in accident and emergency and scute medicine: a comparative study. *Journal of Clinical Nursing*, 12: pagg. 842-851
9. Foote J. 1997, Time to grieve, *Nursing Times*, 49, 93: pagg. 22-23
10. Hallgrimsdottir E. 2000, Accident and emergency nurses' perceptions and experiences of caring for family, *Journal of Clinical Nursing*, 9: pagg. 611-619
11. Morse J. 2002, Patient-Family-Nurse interactions in the Trauma-Resuscitation room, *American Journal of Critical Care*, 3, 11: pagg. 240-249
12. Socorro L. 2001, Exploring Spanish emergency nurses' lived experience of the care provided for suddenly bereaved families, *Journal of Advanced Nursing*, 4, 35: pagg. 562-570
13. De Pellegrini V. 2003, La gestione del lutto. *N&A Mensile italiano del soccorso*, Anno 12, vol. 134: pagg. 26-30
14. Hanson C. 1992, Family presence durino cardiopulmonary resuscitation: Foot Hospital emergency department's nine-years perspective. *Journal of Emergency Nursing*, 2, 18: pagg. 104-106
15. Knazik S. 2003, The death of a child in the Emergency department. *Annals of Emergency Medicine*, 4, 42: pagg. 519-529
16. Rettrie E. 2000, Witnessed resuscitation: good practice or not?. *Nursing Standard*, 24, 14: pagg. 32-35
17. Meyers T. 1998, Do families want to be present duringg CPR? A retrospective survey. *Journal of Emergency Nursing*, 5, 24: pagg. 400-405
18. Robinson S. 1998, Psychological effect of witnessed resiscitation on bereaved relatives. *The Lancet*, 352: pagg. 614-617
19. Tucker T. 2002, Family presence during resuscitation. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 14: pagg. 177-185

20. Kidby J. 2003, Family-witnesses cardiopulmonary resuscitation. Nursing standard, 17, 51: pagg. 33-36
21. McClenathan B. 2002, Family member presence during cardiopulmonary resuscitation. A survey of US and international critical care professionals. CHEST, 122: pagg. 2204-2211
22. O'Brien M. 2002, Tolerance of family presence during pediatric cardiopulmonary resuscitation: a snapshot of military and civilian pediatricians, nurses and residents. Pediatric Emergency Care, 6, 18: pagg. 409-413
23. Boninsegna E. 2000, Curatori d'anime. Assistenza spirituale d'urgenza. N&A Mensile italiano del soccorso, Anno 9, vol. 102: pagg. 1-8

### ***Legislazione e pubblicazioni varie***

1. Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere, Decreto ministeriale n. 739 del 14 settembre 1994
2. Il Codice deontologico degli Infermieri, 1999
3. Patto Infermiere/cittadino, 1996
4. Atto di intesa tra Stato e regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria, Ministero della Sanità, Gazzetta Ufficiale N. 114 Serie generale del 17 maggio 1996
5. Code of professional conduct, Nursing and midwifery council, 2002
6. Defining Nursing, Royal College of Nursing, 2003
7. Nurses' role in providing care to dying patients and their families, International Council of Nurses, 2000
8. Manuale di Pronto Soccorso, Arcispedale Santa Maria Nuova, Reggio Emilia, gennaio 2004
9. D'Innocenzo, Massai, Rocco e altri, Linee guida per il master di primo livello, Infermieristica in Area critica, Formazione infermieristica, 9, IPASVI, Roma, dicembre 2002

10. Diploma of higher education in Nursing, Degree of bachelor of Nursing, Pre-registration programme document, School of Nursing and Midwifery, University of Dundee, aprile 2001
11. "Responding when a baby dies" campaign: Sudden unexpected deaths in infancy: suggested guidelines for Accident and Emergency departments, The Foundation for the Study of Infant Death's, Londra, dicembre 2002

### ***Siti internet***

1. [www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov) MedLine
2. [www.ipasvi.it](http://www.ipasvi.it) Collegio italiano degli infermieri
3. [www.nmc-uk.org](http://www.nmc-uk.org) Nursing and midwifery council
4. [www.icn.ch](http://www.icn.ch) International Council of Nurses
5. [www.infermierire.unimore.it](http://www.infermierire.unimore.it) Corso di laurea in Infermieristica di RE
6. [www.rcn.org.uk](http://www.rcn.org.uk) Faculty of Emergency Nursing

# ALLEGATO 1

## RESEARCH PROJECT

### TITLE

**The management of family's mourning in the Emergency Ward: the nurse's roll and their opinions**

### IDENTIFICATION AND THE BREAKDOWN OF THE PROBLEM

#### Background

The Emergency nurse, as any other nurse, has the moral responsibility of supporting the patient's family members, particularly in the moment of loss and in the elaboration of the mourning process (Italian Nurse's act).

Mourning is a complex and gradual process of adapting to the loss of a loved one, which requires a long time to be completed (De Pellegrini, 2003).

The acceptance of the loss can be helped or impaired even in the beginning stages, this is why the last moments of a loved-ones life are so important. These last moments of life are fundamentally in giving the family member the possibility of saying "Goodbye", of experiencing the last moments of life together with their loved one. Talking this into consideration, giving family members the possibility of bring present during the Cardiopulmonary resuscitation, appears to be one of the most effective and most important acts that nurse and other health assistant can offer to encourage the elevation of the loss (Eichhorn, 1996).

Unfortunately, this is not what occurs in the Emergency Wards. The family members of patients who undergo reanimation are ignored and completely excluded from the rescue activities as desired by physicians (80%) and nurses (57%) (McClenathan, 2002).

## **Problem**

Introduction: The Emergency room health worker's current tendency is to not assume the responsibility of supporting the family's mourning. This tendency has transferred itself into practice with the total exclusion of family members to reanimation activities. This, however, does not respect their right to mourning and could be the cause of the beginning of a pathological mourning.

Problem: In the Emergency room environment, Nurses witness situation of the denial of the loss of a loved-one. These situations become problematic because the support of family members going through the different stages of mourning should be part of their assistance objectives.

## **OBJECTIVES AND RESEARCH HYPOTESIS**

### **Questions**

- In the Emergency department do nurses a theoretic model that encompasses assistance to family members during mourning?
- What knowledge do the Emergency nurses have regarding the process of the elaboration on the loss of a loved-one?
- Which nursing assistance services are focused on the family during the Cardiopulmonary resuscitation?
- What the nurse's "emotional experience" towards the family during the activities of resuscitation?
- Are Emergency nurses caught in the middle of a conflict between their mandate of helping the family during mourning and their lack in this assistance?

### **The goals of the research**

The research is oriented towards the widening of one's knowledge of the theoretic model, of the assistential choices and the nurse's "emotional experiences" regarding the family's mourning in the Emergency Department. Furthermore, this research has a final objective to definite the potential conflict between the nurse's mandate of supporting family members during mourning and their lack of this assistance during Resuscitation.

### **Objectives**

1. To identify the theoretical model and the choices in nursing assistance regarding the family members mourning in Emergency.
2. To evaluate the nurse's knowledge regarding the process of the elaboration of mourning.
3. To widen the knowledge of the nurse's "emotional experiences" with respect to a family in mourning.
4. To define the existence of a conflict between the nurses mandate of supporting the family during mourning and the lack of this assistance during Resuscitation.

### **Hypothesis**

1. Nurses consider the family's mourning an important nursing objective even in Emergency and they feel guilty when they negate this assistance.
2. Nurses experience a conflict between their nursing mandate to the family in mourning and the general practice of not providing this assistance in Emergency.

# ALLEGATO 2

## QUESTIONNAIRE

Age: ..... Sex:  M  F

Years of experience in Emergency: .....

10-Do you think it is important that relatives of patient should be involved in their Nursing assessment, treatment, plan and discharge in A&E?

- Yes, always
- No, never
- Sometimes, when possible

11-Do you think that it is an integral part of the Nurses' role to give assistance and support to the family in mourning?

- Yes
- No

12-What is your bibliographic knowledge regarding the elaboration of mourning that you received during your Nursing training?

- Kubler-Ross's model (Denial, Anger, Negotiation, Depression, Acceptance)
- Colberg's model (Shock, Reaction, Elaboration, Reorientation)
- I'm not knowledge of this subject
- Other.....  
.....  
.....

13-Have you ever considered the process of bereavement?

- Yes
- No

14-If so, in which way?

- Reading books
- Researching articles
- Attending courses or seminars
- Other.....  
.....  
.....

15-Does the daily nursing practice take into consideration the burden of the family's mourning?

- Yes, always
- No, never
- Sometimes, when possible

16-If the Nursing practice takes into consideration the burden of the family members' mourning, in which ways?

- I try to communicate with empathetically
- I try to listen to them
- I try to not let them feel alone
- All of the above
- Other.....  
.....  
.....

17-What do you think of the possibility of letting the family be present during the resuscitation of a patient?

- Right
- Wrong



18-If you responded “Right” to the previous question, why?

- It’s their right
- If could be important for them
- It could be useful for them
- Other.....  
.....

10- If you responded to question 8 “Wrong”, why?

- It isn’t their right
- If could be traumatic for them
- It could interfere with rescue
- Other.....  
.....

11- Do you think it could be harmful for the next of kin to be present during the resuscitation?

- Yes
  - No
  - Sometimes
- Why? .....  
.....

12- Do you think it could be useful for the next of kin to be present during the resuscitation?

- Yes
  - No
  - Sometimes
- Why? .....  
.....

13- On the basis of your experience in your department, how often did family members have the chance to be present in the resuscitation of their loved one?

- 0 %
- 25 %
- 50 %
- 75 %
- 100 %

14- How do you feel if relatives choose to be present during resuscitation?

- Agitated
- Uneasy
- Calm
- Gratified

Why? .....

.....

.....

16- How would you feel if family members were discouraged to be present during resuscitation?

- Relieved
- Calm
- Frustrated
- Guilty

Why? .....

.....

.....

Sincere thanks for your kind collaboration

## ALLEGATO 3

### INTERVIEW

I'm Monica Torri, third year italian nurse student.

This interview is to write my graduation thesis.

I choice you because your experience and your idea are important for my thesis and me.

Can I register this interview? The information and data collected will remain anonymous, strictly reserved and for scientific use, with the guarantee of your privacy.

Your data:

Age: ..... Sex:  M  F

Years of experience in Emergency: .....

Can we start?

- 6- Do you think that it is an integral part of the Nurses' role to give assistance and support to the family in mourning?
- 7- Does the daily nursing practice take into consideration the burden of the family's mourning?
- 8- What do you think of the possibility of letting the family be present during the resuscitation of a patient?
- 9- How do you feel if relatives choose to be present during resuscitation?
- 10-How would you feel if family members were discouraged to be present during resuscitation?

Thank you very much!

If you want, I will send you the results of this research.