



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in infermieristica

Tesi di Laurea:

**PROBLEMATICHE E PERCEZIONI
DEGLI INFERMIERI LEGATE AL
MORIRE IN PRONTO SOCCORSO:
REVISIONE DELLA LETTERATURA**

Relatore:
Dott.ssa Paola Graciotti

Tesi di Laurea di:
Nicoletta Merli

Correlatore:
Dott.ssa Anna Rita Lampisti

Anno Accademico 2018-2019

ABSTRACT

Introduzione: dagli inizi del '900 si registra un significativo aumento del numero dei decessi in Pronto Soccorso, sia per le morti inaspettate (accidentali) che per quelle prevedibili (malati terminali), questo anche data la moderna concezione del termine. A causa di ciò, il personale infermieristico risulta sempre più stressato, lamentando una mancanza di supporto psicologico e di strategie di comunicazione ai familiari.

Obiettivo: indagare in letteratura i risultati più aggiornati sulle percezioni e problematiche che l'infermiere si trova a dover fronteggiare in Pronto Soccorso in caso di decesso di un assistito.

Materiali e metodi: è stata effettuata una Revisione della Letteratura grigia, primaria e secondaria considerando un intervallo temporale inferiore o uguale agli ultimi 10 anni.

Risultati: sono stati selezionati quattordici articoli che corrispondono ai criteri di inclusione. La totalità degli studi ha evidenziato come il Pronto Soccorso non sia il "luogo adatto" per morire a causa della sua natura caotica e frenetica, e quali sono gli ostacoli che non permettono di garantire una completa assistenza nel fine vita al morente e ai suoi familiari.

Conclusioni: gli infermieri di Pronto Soccorso considerano la morte come un evento destabilizzante e stressante, accompagnato da sensazioni di impotenza, senso di responsabilità e angoscia, che andrebbe sostenuto da continui supporti psicologici e training formativi. Sarebbe ideale, inoltre, che i familiari possano avere a disposizione un luogo idoneo dove essere informati del lutto.

Parole chiavi: Pronto Soccorso, infermieri, morte, morte improvvisa, assistenza infermieristica nel lutto, elaborazione del lutto.

ABSTRACT

Introduction: since the beginning of the 1900s there has been a significant increase in the number of deaths in the Emergency Room, both due to unexpected deaths (accidents) and to those foreseeable (terminally ill), this also given the modern conception of death. Because of this phenomenon, the nursing staff is increasingly stressed complaining of a lack of psychological support and communication strategies to family members.

Objective: investigate in literature the most relevant results on the nurses' perceptions and problems that they have to face in the Emergency Room when there is the death of their patient.

Materials and methods: it was made a review of gray, primary and secondary literature, considering a 10-year time gap.

Results: fourteen articles have been selected, which correspond to the inclusion criteria. The totality of the studies has shown that the emergency room is not the "appropriate place" to die because of its chaotic and hectic nature, and what are the obstacles that do not allow guaranteeing a complete assistance in the end of life to the dying and his family.

Conclusions: first aid nurses consider death as a destabilizing and stressful event, it is characterized by feelings of helplessness, a sense of responsibility and anxiety, which should be supported by continuous psychological support and training. It would also be ideal for family members to have a suitable place to be informed of the loss.

Keywords: Emergency Room, nurses, death, sudden death, end of life care, mourning.

INDICE

INTRODUZIONE	1
CAPITOLO 1 – PRESUPPOSTI TEORICI	3
1.1 La morte: tra passato e presente	3
1.2 Il Pronto Soccorso	3
1.3 Morire in Pronto Soccorso	5
CAPITOLO 2 – MATERIALI E METODI	7
2.1 Obiettivo	7
2.2 Domande di ricerca	7
2.3 Disegno dello studio	7
2.4 Strategie di ricerca	7
2.5 Criteri di inclusione dello studio	8
2.6 Criteri di esclusione dello studio	8
2.7 Diagramma per la selezione degli articoli in letteratura	9
CAPITOLO 3 – RISULTATI	10
3.1 Tabella di selezione degli studi	10
CAPITOLO 4 – DISCUSSIONE	20
4.1 Percezioni ed emozioni degli infermieri di Pronto Soccorso	20
4.2 Ostacoli per l'assistenza al morente in Pronto Soccorso	24
4.3 Privacy e dignità per il paziente e i familiari	25
4.4 Variabili presenti per ogni studio	26
4.5 Limiti dello studio	26
CAPITOLO 5 – CONCLUSIONI	27
BIBLIOGRAFIA	
RINGRAZIAMENTI	

INTRODUZIONE

Il Pronto Soccorso, luogo deputato all'emergenza, si trova sempre più spesso a dover fare i conti con la morte.

Argomento della tesi è descrivere come questo evento venga affrontato dal personale che vi opera; in quanto, frequentemente, le modalità utilizzate non risultano adeguate all'importanza del caso.

Il decesso, l'accoglienza ai familiari, il luogo dove la notizia viene data e la comunicazione da parte dell'equipe, troppo spesso risultano frenetiche e inadatte.

Dalle ricerche da me effettuate sulla recente letteratura (2010-2019) relativa all'argomento, è concorde il pensiero che il Pronto Soccorso non sia il luogo "idoneo" per morire, data la sua natura di luogo frenetico ed ad alta densità di accessi, per certi versi indiscriminati. Il personale sanitario, nello specifico l'infermiere, sente l'esigenza di essere formato su come affrontare l'evento morte, così come la necessità di creare un luogo dove comunicare tale evento. L'idea di concentrarsi sulle circostanze di morire in Pronto Soccorso nasce dall'esperienza personale, rafforzata, poi, da ricerche libere sull'argomento. Durante il tirocinio svolto in più reparti, diversi tra loro per tipologia (medicina, cardiologia, traumatologia..), mi sono trovata svariate volte a dover assistere alla morte di un paziente.

In queste occasioni ho avuto modo di constatare e riflettere come il Pronto Soccorso, rispetto agli altri reparti, si trovi a gestire diversamente l'evento morte: qui è il tempo a scandire i ritmi, non la gravità. Le barriere tecniche e il grande carico di lavoro inversamente proporzionale alla disponibilità di tempo, non permettono di riflettere sull'accaduto e, conseguentemente, di fornire un'adeguata assistenza ai familiari.

Quando muore un paziente, sebbene l'iter procedurale sia noto, il potere della resilienza, dei professionisti sanitari, cambia di volta in volta. Ad esempio la morte improvvisa (accidentale) rispetto a quella prevista (malato terminale) sarà percepita, elaborata e comunicata dall'infermiere in maniera diversa e, per questo, il personale dovrà essere adeguatamente formato.

In questo luogo così convulso, dove continuamente accedono nuove persone con problemi più o meno gravi, troppo spesso i familiari del deceduto non hanno uno spazio idoneo per poter metabolizzare l'avvenimento lontano da occhi indiscreti.

Ad ognuno di noi, potrebbe essere capitato, almeno una volta nella vita, di dover ricevere una notifica di morte di un proprio caro all'interno di un reparto ospedaliero; e il modo in cui si viene accolti, come viene appresa la notizia, le parole usate rimarranno per sempre impresse nella nostra mente e saranno fondamentali per l'elaborazione del lutto.

Questo lavoro si pone come obiettivo quello di individuare strategie atte a gestire le percezioni, le emozioni e gli atteggiamenti vissuti dagli infermieri di Pronto Soccorso nei confronti dell'evento morte. Mira, altresì, a perfezionare l'approccio finora utilizzato nella comunicazione ai familiari, suggerendo la previsione di un apposito spazio che garantisca una maggiore riservatezza.

Per redigere questa tesi, è stata effettuata una revisione della letteratura grigia, primaria e secondaria su studi esclusivamente in lingua italiana o inglese, pubblicati negli ultimi 10 anni (2010-2019) prendendo in considerazione una popolazione di pazienti con età superiore ai 18 anni.

Dopo aver esaminato gli articoli trovati, solo quattordici di loro rispettavano i criteri di inclusione, una volta inseriti in una tabella si è proceduto alla discussione di alcuni di loro per rinforzare quanto detto in precedenza.

CAPITOLO 1

PRESUPPOSTI TEORICI

1.1 La morte: tra passato e presente

“...La morte spezza il corso di un’esistenza, creando dei vuoti incolmabili. E non c’è alcun rimedio nei suoi confronti, nessuna possibilità di scampo...”

Questa è la definizione che Cf. J. Moltmann scrive sul suo libro “Il linguaggio della liberazione” (p.137).

Nell’Enciclopedia italiana con il termine “*morte*” si indica letteralmente “*cessazione delle funzioni vitali nell’uomo, negli animali e in ogni altro organismo vivente o elemento costitutivo di esso*” ed il “*morire*” è il verbo che indica la “*conclusione del vivere*”.

La morte, anche se presente fin dall’antichità, ha subito connotazioni diverse durante i vari periodi storici.

“Fino agli inizi del primo ‘900, morire era considerato un’arte, alla quale ci si preparava con cura. Le persone ricoverate in ospedale venivano portate a casa a morire, dando loro la possibilità di tornare nella propria sfera dimensionale, circondati di cari e bambini, recuperavano così la loro dignità. Dagli anni ‘30 si preferisce morire in ospedale in quanto considerato un fatto privato che riguarda il soggetto e i suoi familiari; si muore in solitudine supportati da macchinari, e i bambini non possono prenderne parte perché impressionabili.

Nel momento in cui la morte sopraggiunge, si preferisce ricercare una causa, che può consistere in una malattia o in un errore medico, un capro espiatorio che abbia portato questo avvenimento perché accettarlo così com’è risulta impossibile” (Antonio Pieretti, 2010).

“Uno dei motivi per cui oggi si preferisce non parlare di morte risiede nel mancato diritto del morente di sapere che è prossimo alla fine perché comunicarglielo potrebbe spaventarlo, ed allora si preferisce mentire. Così facendo, la persona che è in punto di morte viene considerata più un oggetto al quale dedicare premure e cure piuttosto che un soggetto da accompagnare al momento finale della sua esistenza” (Di Salvo Catania,2014).

1.2 Il Pronto Soccorso

Nel corso della storia il Pronto Soccorso è passato dall’essere un luogo di transito a uno di diagnosi e cura. Dopo lo sviluppo medico e scientifico

verificatosi in America negli anni '60, le aspettative dei cittadini nei confronti del Pronto Soccorso sono aumentate e sempre più frequentemente inizia a cambiare la gravità per cui vi si accede.

In questo modo il Pronto Soccorso diventa un unico punto di forza anche per richieste minori, che dovrebbero essere erogate da altri servizi socio-assistenziali.

“In Italia fino a una buona parte degli anni '70, il Pronto Soccorso veniva considerato poco più di una sala medicazioni per la piccola/media traumatologia. Si assiste poi al vero e proprio sviluppo come sopraccitato” (Rosselli Alessandro et al., 2017).

“Il DPR 128/1969 ha previsto, per la prima volta, che il Pronto Soccorso diventasse un organo autonomo negli ospedali maggiori (definiti regionali e provinciali).

Con lo stesso DPR viene anche delineato il carattere di continuità del servizio nelle 24 ore, di pluri-disciplinarietà coordinata e di dotazione tecnologica adeguata per quanto riguarda i problemi di emergenza” (Rosselli Alessandro et al., 2017).

Oggi Il Pronto Soccorso è un reparto operativo dell'ospedale, finalizzato alla diagnosi e al trattamento immediato delle emergenze ed urgenze mediche, chirurgiche, traumatologiche, tossicologiche.

Spesso agli occhi degli utenti si presenta come un luogo asettico, non ben identificato in quanto chi vi accede ignora quale sia la diagnosi associata ai propri sintomi e ciò provoca un senso di smarrimento. È il luogo dove vengono accolti, nell'arco di un'intera giornata, un numero indiscriminato di persone, delle quali non si conosce la storia e, spesso, non si potrà neanche conoscere il decorso ospedaliero.

Esso ha una valenza sociale in quanto ritenuto un punto di riferimento per persone di qualsiasi sesso, età, cultura, religione e classe di appartenenza.

L'accoglienza iniziale erogata dal personale infermieristico (triage) consiste nell'assegnazione di un numero progressivo, al quale viene associato un codice colore di priorità che determinerà l'accesso alla sala visite.

A differenza degli altri reparti, data la sua caratteristica di essere aperto 24 ore su 24, 7 giorni su 7, e di non avere una specificità patologica, fa sì che il personale infermieristico che vi opera si trovi a dover fronteggiare situazioni che vanno dalle patologie più semplici, come una puntura di insetto, a quelle più gravi, quali incidenti stradali, arresti cardio-circolatori fino al decesso del

paziente. Questo richiede agli operatori sanitari una notevole versatilità di comportamento nei confronti del paziente e dei suoi familiari.

1.3 Morire in Pronto Soccorso

“La morte in ospedale si verifica in due possibili circostanze: la morte prevista, in cui la famiglia e gli amici sono consapevoli che il paziente sta morendo e hanno avuto il tempo di prepararsi alla perdita, e la morte improvvisa e inaspettata, di chi non doveva morire” (Irene Cerofolini, 2011). Il paziente terminale, che si presenta, probabilmente, ha già effettuato altri accessi al Pronto Soccorso durante il decorso della sua malattia. Il personale infermieristico potrebbe, quindi, essersi già relazionato con lui, conoscere la sua diagnosi e, inevitabilmente, “aspettarsi” l’epilogo.

Nella fase finale della sua malattia, verosimilmente, si troverà costretto a letto, supportato da macchinari e farmaci atti a lenire il dolore.

La morte “prevista” viene percepita dall’infermiere come un evento ineluttabile al quale ci si deve rassegnare. Anche la comunicazione ai familiari potrebbe essere caratterizzata da un atteggiamento, seppur empatico e sensibile, di carattere informativo.

Totalmente diverso è il caso che si presenta nella morte inaspettata (accidentale).

È la morte di chi non doveva morire, di chi, ad esempio, esce di casa salutando con la promessa di rivedersi e non fa più ritorno, o di chi accusa un malore fatale.

Il paziente viene trasportato in Pronto Soccorso in codice rosso nel disperato tentativo di salvargli la vita. Tutta l’equipe vive una condizione di stress dovuta al fattore tempo e alla necessità di agire con le priorità previste a seconda del caso. Quando tutti gli interventi messi in atto falliscono e non si riesce a salvare la vita del paziente, il personale spesso viene sopraffatto da un senso di sconfitta, “...non essere stati in grado di...”

Seppur la morte sopraggiunge in molti modi, quella impreveduta risulta insospettabile e forse per questo insopportabile, più difficile da accettare.

In questo caso la percezione da parte del personale sanitario e la conseguente comunicazione ai familiari sarà caratterizzata da un’affannosa ricerca delle “giuste parole”.

“La comunicazione dell’avvenuto decesso spetta al medico ma l’infermiere è parte attiva di questo procedimento.

Nella comunicazione dell'evento morte, la difficoltà maggiore che l'operatore riscontra è quella di non trovare le parole, infatti dalle sue capacità e dal modo in cui darà espressione alla tragedia, potrà dipendere la durata e la qualità del lavoro sul lutto.

Le paure di chi deve dare la notizia non riguardano solo la difficoltà operativa ma anche il rapporto con l'ambiente culturale e sociale, con la consapevolezza di essere il portatore fisico di una cattiva notizia e di essere accusato e additato come responsabile dell'accaduto.

Un'altra grande difficoltà rappresentata dagli operatori è quella di non riuscire a controllare le proprie reazioni emotive, le proprie lacrime.

In tutto questo, medici e infermieri devono gestire i comportamenti dei familiari che possono essere, soprattutto nei primi 15 minuti dalla notizia, aggressivi e violenti per poi lasciare spazio ad una sensazione di tristezza.

Tecnicamente, la comunicazione è composta da 3 linguaggi:

- Verbale (parole);
- Non verbale (postura, gesti, espressioni del volto);
- Para-verbale (tono della voce, colpi di tosse, tremolio).

Tra questi, il non verbale è quello che ha una valenza maggiore (circa il 93%). È importante che ci sia coerenza tra ciò che viene detto e i gesti che lo accompagnano, in quanto una discordanza tra i due può provocare, nel destinatario della comunicazione, una maggiore attenzione ai gesti a scapito della notizia data.

Il personale sanitario potrebbe trovarsi a dover rispondere a domande da parte dei familiari, ad esempio in quali condizioni il paziente sia arrivato, se ha posto domande, se sofferiva; ed è proprio qui che la sincerità nelle risposte e la coerenza nei linguaggi pone le basi per la costruzione della relazione, quale premessa fondamentale per l'elaborazione del lutto” (Pastres Michele, 2017).

CAPITOLO 2

MATERIALI E METODI

2.1 Obiettivo

L'obiettivo di questa revisione è valutare quale siano le problematiche e le percezioni degli infermieri relativamente alla morte in Pronto Soccorso.

Dai risultati ottenuti potrebbe essere possibile standardizzare una corretta procedura di presa in carico del morente e dei familiari al fine di garantire un elevato standard di assistenza.

2.2 Domande di Ricerca

- il pronto Soccorso è considerato un luogo ideale dove morire?
- sono presenti, all'interno del Pronto Soccorso, degli elementi che ostacolano nell'assistenza?
- quali sono le emozioni provate dagli infermieri di Pronto Soccorso quando si confrontano con la morte?
- gli infermieri necessitano di training formativi per superare tale evento?
- sarebbe utile prevedere dei luoghi riservati dove poter far apprendere il lutto alla famiglia?

2.3 Disegno dello studio

Revisione della letteratura.

2.4 Strategie di ricerca

Per rispondere ai quesiti sopra elencati è stata condotta una revisione della letteratura attraverso la consultazione e l'interrogazione di banche dati biomediche e motori di ricerca come PubMed e Google Scholar nei mesi di Agosto e Settembre 2019.

Per poter formulare una valida strategia di ricerca, è stato sviluppato un quesito clinico seguendo la metodologia PIOM (population, intervention, outcome, method). [Tabella I]

L'interrogazione di queste banche dati è stata effettuata utilizzando una serie di filtri e/o parole chiave collegate tramite gli operatori booleani AND, NOT, OR ed i termini MeSH. [Tabella II]

Tabella I. Quesito secondo la metodologia PIOM			
Popolazione	Intervento	Outcome (esito)	Metodo
Infermieri di Pronto Soccorso	Gestione dell'evento morte.	Percezioni ed emozioni degli infermieri. Ostacoli all'assistenza.	Revisione della letteratura.

Tabella II. Parole chiave
Nurse
Nursing role
End-of-life care
Sudden death
Mourning
Obstacles
Emergency Room

2.5 Criteri di inclusione dello studio

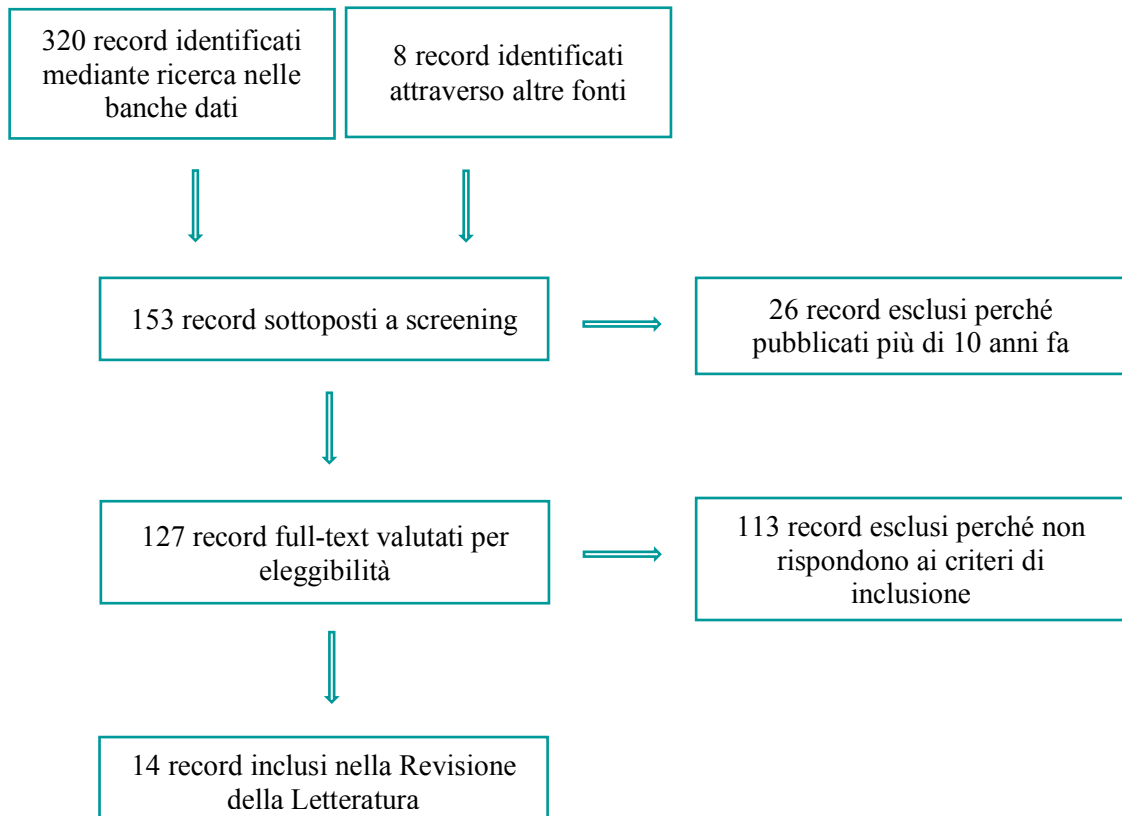
- studi pubblicati negli ultimi 10 anni;
- articoli scritti in lingua italiana e/o inglese;
- studi primari;
- revisioni della letteratura;
- letteratura grigia;
- studi condotti esclusivamente sulla specie umana;
- studi condotti su una popolazione con età superiore ai 18 anni.

2.6 Criteri di esclusione dello studio

- articoli scritti in lingua diversa dall'italiano e dall'inglese;
- studi condotti su una popolazione con età inferiore ai 18 anni.

2.7 Diagramma per la selezione degli articoli in letteratura

Tabella III. Flow Diagram Prisma



CAPITOLO 3

RISULTATI

Dalla ricerca in letteratura grigia, primaria e secondaria sono stati selezionati quattordici articoli che rispondono ai criteri di inclusione stabiliti.

Una sintesi degli studi reperiti è rappresentata dalla seguente tabella.

Tabella IV. Report della ricerca				
Titolo articolo, autore/i (anno)	Disegno dello studio	Campione	Obiettivi	Risultati
Promoting dignified end-of-life care in the emergency department. A qualitative study. Diaz-Cortés MDM, Granero-Molina J, Hernández-Padilla JM, Pérez Rodríguez R, Correa Casado M, Fernández-Sola C. 2018	Studio qualitativo	16 infermieri e 10 medici appartenenti al Dipartimento di Emergenza di due ospedali generali. 12 interviste individuali approfondite e 2 focus group.	Esplorare e interpretare le esperienze di medici e infermieri in merito alla conservazione della dignità nell'assistenza di fine vita nei pazienti morenti nel Pronto Soccorso.	Due temi rappresentano le pratiche e le proposte per la conservazione della dignità in Pronto Soccorso: 1)l'assistenza dignitosa in un ambiente ostile; 2)la progettazione di un sistema incentrato sulla dignità della persona.

<p>Lived experience of caring for dying patients in emergency room.</p> <p>Kongsuwan W, Matchim Y, Nilmanat K, Locsin RC, Tanioka T, Yasuhara Y</p> <p>2016</p>	<p>Studio qualitativo</p>	<p>12 infermieri appartenenti a tre Pronto Soccorso degli ospedali terziari nel Sud della Thailandia.</p> <p>Criteri di inclusione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Esperienza in Pronto Soccorso da almeno 2 anni; - Cura di pazienti critici e morenti in Pronto Soccorso. 	<p>Descrivere il significato dell'esperienza vissuta dagli infermieri nel prendersi cura dei pazienti critici e morenti nel Pronto Soccorso.</p>	<p>Sono state rivelate quattro categorie tematiche:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) sfidare la morte; 2) non vi è il tempo per le cure palliative; 3) non è presente un adeguato sostegno per le famiglie; 4) mancanza di privacy.
<p>Emergency nurses' perceptions of providing end-of-life care in a Honk Kong Emergency Department: a qualitative study.</p> <p>Tse JW, Hung MS, Pang SM</p> <p>(2016)</p>	<p>Studio qualitativo</p>	<p>16 infermieri.</p> <p>Criteri di inclusione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Almeno 6 mesi di esperienza nelle cure di fine vita; - Lavorare all'interno del "Queen Elizabeth Hospital" di Honk Kong. 	<p>Esplorare le percezioni e le riflessioni degli infermieri di emergenza con esperienza nella fornitura di cure di fine vita.</p>	<p>Sono stati identificati quattro temi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) fare del bene ai pazienti morenti; 2) facilitare l'impegno e il coinvolgimento della famiglia; 3) migliorare la crescita e la professionalità personale; 4) esprimere ambiguità verso lo spiegamento delle risorse.

<p>Nurses' perceptions and experiences of caring for patients who die in the emergency department setting.</p> <p>Giles TM, Hammad K, Breaden K, Drummond C, Bradley SL, Gerace A, Muir-Cochrane E (2019)</p>	<p>Studio qualitativo</p>	<p>211 infermieri di Pronto Soccorso.</p>	<p>Esplorare le percezioni e le esperienze degli infermieri nel prendersi cura dei pazienti che muoiono improvvisamente e inaspettatamente in Pronto Soccorso.</p>	<p>Sono stati identificati 5 temi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1)elementi chiave dell'assistenza al fine vita; 2)barriere sistemiche e ambientali; 3)deficit educativi; 4)ambiguità del ruolo; 5)impatto emotivo.
<p>Emergency nurses' perception of department design as an obstacle to providing end-of-life care.</p> <p>Beckstrand RL, Rasmussen RI, Luthy KE, Heaston S. (2012)</p>	<p>Studio descrittivo trasversale</p>	<p>Questionario per 500 membri ENA geograficamente dispersi all'interno della stessa nazione.</p> <p>Criteri di inclusione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Saper leggere l'inglese; - Aver lavorato in un reparto di emergenza; - Aver esperienze di cure di fine vita 	<p>Identificare se, ed eventualmente quali sono, gli ostacoli del setting del Pronto Soccorso per fornire le cure di fine vita.</p>	<p>Gli infermieri non hanno trovato grossi ostacoli nel design del Pronto Soccorso per garantire le cure di fine vita, ma suggeriscono un cambiamento per la creazione di luoghi privati in cui la famiglia può soffrire lontano da occhi indiscreti.</p>

		almeno su un paziente.		
<p>Morte e morire: le emozioni vissute dagli infermieri in Pronto Soccorso.</p> <p>Labelli Elsa, Bertossi Laura, Cortello Cristiano.</p> <p>(2011)</p>	<p>Interviste semi-strutturate</p>	<p>9 infermieri (5 femmine e 4 maschi) su 20 in dotazione organica.</p>	<p>Identificare le principali emozioni e sentimenti esperiti dagli infermieri nel momento del decesso di un proprio assistito e verificare se l'esperienza dell'elaborazione del lutto possa implementare interventi utili alla gestione dei comportamenti conseguenti alle emozioni percepite.</p>	<p>Dai dati raccolti si evidenzia come per gli infermieri di Pronto Soccorso la morte di un proprio paziente sia un evento destabilizzatore e stressante. Gli stessi infermieri riconoscono che manca un continuo supporto psicologico all'interno della realtà ospedaliera ma che questi momenti possono anche essere utili per una crescita personale e professionale.</p>

<p>Valutazione degli atteggiamenti degli infermieri nelle cure dei pazienti morenti: survey in Pronto Soccorso.</p> <p>Matteo Giovanni, Guillari Assunta, Liccardo Rosa, Esposito Maria Rosaria.</p> <p>(2019)</p>	<p>Studio trasversale</p>	<p>80 infermieri (20 del Pronto Soccorso del P.O. “Pineta Grande” in provincia di Caserta e 60 del Pronto Soccorso del “A.Cardarelli” di Napoli) e 40 studenti di Infermieristica al 3 anno.</p>	<p>Descrivere gli atteggiamenti degli infermieri e degli studenti di Infermieristica del 3 anno nelle cure di fine vita in Pronto Soccorso.</p>	<p>Dallo studio sono emersi sentimenti più ricorrenti come senso di angoscia, paura, timore di non essere in grado di affrontare determinate situazioni, impotenza, senso di responsabilità. Questi sentimenti sono migliorabili se, nel momento del lutto, viene coinvolta la famiglia per poter gestire al meglio i bisogni fisici, clinici, spirituali, sociali e psicologici del paziente.</p>
<p>Exploring the quality of the dying and death experience in the Emergency Department: an integrative literature review.</p> <p>McCallum KJ, Jackson</p>	<p>Revisione integrativa della letteratura</p>	<p>Articoli in lingua inglese pubblicati dal 1990 al 2017.</p>	<p>Esplorare la qualità dell’esperienza di morte nel Dipartimento di Emergenza dal punto di vista del personale e del caregiver.</p>	<p>Sono emersi otto temi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1)l’assistenza al Pronto Soccorso riguarda la vita e non la morte; 2)il personale percepisce la morte come un fallimento; 3)il personale si sente poco preparato a

<p>D, Walthall H, Aveyard H. (2018)</p>				<p>prendersi cura del paziente e della famiglia che muoiono in questo ambiente; 4)tempo limitato per standard di cura sicuri; 5)stress e angoscia del personale; 6)comportamenti di allontanamento da parte del personale; 7)cura del morente trasferita dai medici agli infermieri nel fine vita; 8)sia il personale che i parenti non riconoscono nel Pronto Soccorso un luogo dove morire.</p>
<p>Exploring the management of death: emergency nurses perception of challenges and facilitators in the provision of end-of-life</p>	<p>Interviste singole e focus group</p>	<p>1879 infermieri di Pronto Soccorso sottoposti a interviste singole e 17 infermieri di Pronto Soccorso inseriti in un focus group.</p>	<p>Esplorare le percezioni degli infermieri di emergenza sulle sfide e sui facilitatori nelle cure del fine vita dei pazienti.</p>	<p>L'indagine quantitativa ha riscontrato un livello medio elevato di atteggiamenti e credenze positive nei confronti della cura dei pazienti</p>

<p>care in the emergency department.</p> <p>Walf LA, Delao AM, Perhats C, Clark PR, Moon MD et al. (2015)</p>				<p>che muoiono, delle loro famiglie e dei cari.</p> <p>Sono emersi, inoltre, 9 temi principali.</p>
<p>When someone dies in the emergency department: perspectives of emergency nurses.</p> <p>Hogan KA, Fothergill-Bourbonnais F, Brajtman S, Phillips S, Wilson KG (2016)</p>	<p>Studio qualitativo</p>	<p>11 infermieri del Dipartimento di Emergenza.</p>	<p>Comprendere le percezioni degli infermieri di Pronto Soccorso nell'assistenza al fine vita.</p>	<p>La ricerca ha riportato tre temi principali:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1)il Pronto Soccorso non è un bel luogo dove morire; 2)in questo luogo il dolore è visibile a causa della frenesia, del rumore, della mancanza di privacy e di dover gestire molti pazienti contemporanei; 3)necessità da parte di un infermiere di sapere di aver fatto di tutto per evitare la morte del paziente.

<p>Emergency nurses' suggestions for improving end-of-life care obstacles.</p> <p>Beckstrand RL, Legno RD, Callister LC, Luthy KE, Heaston S.</p> <p>(2012)</p>	<p>Studio descrittivo trasversale</p>	<p>1000 infermiere intervistate, di queste 230 hanno fornito un totale di 295 suggerimenti per migliorare l'assistenza nelle cure di fine vita.</p>	<p>Determinare quali siano i suggerimenti degli infermieri di Pronto Soccorso per migliorare l'assistenza delle cure nel fine vita.</p>	<p>Sono stati identificati cinque temi principali e quattro minori come aumentare il tempo degli infermieri di Pronto Soccorso nella cura dei pazienti morenti, consentire la rianimazione aperta, fornire camere confortevoli ai pazienti, privacy e stanze per i familiari dove possono vivere il loro dolore.</p>
<p>Nurse and physician preferences for end-of-life care for trauma patients.</p> <p>Jacobs LM, Burns KJ, Jacobs BB.</p> <p>2010</p>	<p>Sondaggio tramite servizio postale</p>	<p>460 infermieri e 181 medici di Pronto Soccorso.</p>	<p>Analizzare le informazioni di infermieri e medici riguardo le loro preferenze nell'assistenza di fine vita nel trauma.</p>	<p>Tra i risultato ottenuti, i più salienti riguardano:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Se un familiare ha richiesto la rianimazione in Pronto Soccorso, il 78,4% di infermieri preferisce essere nella sala di trattamento; -Il 97% degli infermieri ritiene che sia meglio sospendere il trattamento del

				<p>mantenimento della vita nei casi in cui non vi è speranza di guarigione;</p> <p>-Il 58.8% degli infermieri ritiene che i familiari e/o pazienti hanno diritto di richiedere cure che i medici ritengono inutili dal loro punto di vista.</p>
<p>Emergency and palliative care nurses levels of anxiety about death and coping with death; a questionnaire survey.</p> <p>Peters L, Cant R, Payne S, O'Connor M, McDermott F, Hood K et al.</p> <p>(2013)</p>	<p>Studio comparativo</p>	<p>56 infermieri (28 di Pronto Soccorso e 28 di Cure Palliative).</p>	<p>Identificare quali sono i sentimenti degli infermieri di Pronto Soccorso e di Cure Palliative sul morire e la morte.</p>	<p>Dallo studio sono emersi 4 sentimenti più comuni:</p> <p>1)accettazione (59%);</p> <p>2)sottrarsi all'accettazione (47%);</p> <p>3)paura della morte (44%);</p> <p>4)evitare la morte (34%).</p>

<p>Resuscitation versus end-of-life care: exploring the obstacles and supportive behaviors to providing end-of-life care as perceived by emergency nurses after implementing the end-of-life care pathway.</p> <p>Ka-Ming Ho J.</p> <p>(2015)</p>	<p>Studio descrittivo trasversale</p>	<p>42 infermieri del Pronto Soccorso.</p>	<p>Valutare gli ostacoli e i comportamenti di supporto, percepiti dagli infermieri di Pronto Soccorso, nell'assistenza al fine vita.</p>	<p>I principali ostacoli emersi sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> -elevato carico di lavoro; -carenza di training formativi. <p>Sono stati identificati anche gli elementi di aiuto come la privacy e il tempo per i familiari di stare con il morente.</p>
---	---------------------------------------	---	--	--

CAPITOLO 4

DISCUSSIONE

4.1 Percezioni ed emozioni degli infermieri di Pronto Soccorso

Nonostante la professione di infermiere prepari, per quanto possibile, all'evento "morte", in un ambiente come il Pronto Soccorso questa causa, nei confronti degli operatori, un momento di forte stress.

Nell'articolo "morte e morire: le emozioni vissute dagli infermieri in Pronto Soccorso" del 2011, vengono studiati i vissuti degli infermieri secondo la teoria de "L'elaborazione del lutto" del 1969 di Kübler Ross.

Secondo questa teoria, nel corso della propria vita ognuno di noi sperimenta molte situazioni arrecanti dolore (esperienze significative, relazioni e persino abuso di sostanze), le quali si suddividono in 5 fasi:

- 1) denial (diniego), aiuta la vittima a sopravvivere alla perdita;
- 2) anger (rabbia), si potrebbe iniziare a dare la colpa agli altri per il dolore che si vive e re-indirizzare la rabbia verso amici e familiari;
- 3) bargaining (contrattazione), in questo stadio si crede, falsamente, che si può evitare il lutto attraverso un tipo di negoziazione;
- 4) depression (depressione), considerata una forma comunemente accettata di dolore;
- 5) acceptance (accettazione), vi è un ritorno alla realtà, dove pian piano le emozioni iniziano a stabilizzarsi.

Queste fasi però, secondo la psichiatra svizzera Kübler Ross, non sono lineari e alcune persone potrebbero non provarne nessuna.

Nello studio condotto da Labelli Elsa, Bertossi Laura e Cortello Cristiano, si nota come le emozioni degli infermieri variano nelle diverse fasi del processo di elaborazione del lutto.

Nella prima fase (diniego), ad esempio, il 78% degli infermieri intervistati presenta distacco emotivo, mentre il 44% tende ad aggrapparsi disperatamente a qualcosa per dar senso alla morte.

Nella fase della rabbia, invece, il 56% di infermieri si è domandato per quale motivo la morte fosse sopraggiunta a un paziente piuttosto che un altro mentre il 33,33% ammette di affrontare la morte e i familiari in lutto con freddezza e indifferenza.

Il 56% degli infermieri, rispetto alla fase della contrattazione, ha dichiarato di aver pensato che il destino fosse intervenuto nel determinare la morte improvvisa nel paziente.

Nel momento della depressione, invece, l'89% degli intervistati ha presentato pensieri ricorrenti accompagnati da tristezza e profonda empatia ai familiari e alle persone in lutto. In seguito alla morte del paziente, il 44% degli infermieri ha mostrato comportamenti di pianto ritenendo che non ci fosse nessun aiuto per affrontare esperienze così profonde e che non ci fosse tempo a sufficienza per elaborare quanto accaduto. Il 33,33%, inoltre, ha confessato di provare un senso di sconfitta. Sempre il 33,33% ha espresso rassegnazione all'accaduto e la ricerca di un tempo di silenzio utile per poter intensificare la preparazione emotiva.

Nell'ultima fase, quella dell'accettazione, la totalità degli intervistati (100%) ha dichiarato e dimostrato di aver consapevolezza dell'accaduto e di non aver paura di affrontare, in futuro, esperienze simili, il 78% degli infermieri ha riconosciuto con dignità e serenità che la morte è iscritta nell'esistenza umana. Di nuovo il 78% ha trovato il coraggio di parlare dell'accaduto con persone fidati annullando i sensi di colpa irrealistici. Il 56% ha trovato consolazione e significato dell'esperienza luttuosa nella famiglia, negli amici e nei colleghi. L'accettazione dei propri limiti e il senso di soddisfazione che si prova quando si ripensa a quanto fatto per l'assistenza al morente e ai familiari in lutto, sono affiorati nel 44,44% dei professionisti sanitari.

In sintesi, i sentimenti vissuti dagli infermieri sono stati:

- accettazione, dolore e tristezza (100%);
- angoscia (89%);
- disgusto (67%) nel percepire se stessi come esseri umani, nell'indifferenza espressa dai familiari al momento della notizia della vittima, negli stimoli sensoriali esperiti durante il tentativo di soccorso del paziente e che hanno ispirato repulsione;
- necessità di chiarimenti circa l'accaduto (56%);
- paura e abbattimento (44,44%);
- senso di colpa, rabbia e disprezzo (33,33%).

In ultimo, gli infermieri intervistati in questo studio evidenziano che manca un continuo supporto psicologico all'interno della realtà ospedaliera ma che, nella loro quasi totalità, affermano di attribuire alle esperienze di morte un significato positivo di crescita personale e professionale.

In un altro studio “valutazione degli atteggiamenti degli infermieri nelle cure dei pazienti morenti: survey in Pronto Soccorso” sono stati intervistati 80 infermieri di Pronto Soccorso e 40 studenti del 3 anno di infermieristica per descrivere i loro comportamenti nelle cure di fine vita in un reparto di emergenza.

Questo studio è stato condotto utilizzando la scala FATCOD (Frommel Attitudes Toward Care of the Dying), uno strumento efficace che permette di valutare l’atteggiamento degli infermieri e degli studenti di infermieristica rispetto al fine vita attraverso 30 affermazioni (15 dichiarazioni positive e 15 dichiarazioni negative) con 5 possibilità di risposta per ogni affermazione (fortemente contrario, sono contrario, non so, d’accordo, decisamente d’accordo). Nelle dichiarazioni positive viene attribuito un punteggio da 1 (fortemente contrario) a 5 (fortemente d’accordo) mentre per le dichiarazioni negative i punteggi si invertono. Il possibile range del punteggio totale varia da 30 a 150. Un punteggio più alto determinerà un atteggiamento positivo degli infermieri verso la cura dei pazienti morenti, mentre un punteggio basso indicherà il contrario.

Dalla scala FATCOD emergono 6 dimensioni:

- 1) paura/malessere
- 2) comunicazione
- 3) relazione
- 4) famiglia come cura
- 5) cura della famiglia
- 6) cura attiva

La dimensione paura/malessere presente nella scala FATCOD considera le emozioni, quali la paura, il disagio e la speranza, avvertiti dagli infermieri, che condizionano i loro atteggiamenti nei confronti dei pazienti in fine vita.

Due dimensioni interessanti sono la famiglia come cura e la cura della famiglia che, anche se in un primo momento possono rappresentare la stessa cosa, in realtà sono considerate secondo due punti di vista diversi. La cura della famiglia è uno degli obiettivi posto dagli infermieri nella gestione del lutto, nella sua elaborazione e nella fase preparatoria al lutto stesso; La famiglia come cura, invece, prevede il coinvolgimento dei parenti ed altre persone significative durante la cura al fine di gestire meglio i loro bisogni fisici, clinici, spirituali, sociali e psicologici. L’obiettivo ultima della cura attiva è quello di mantenere una buona salute relativa alla qualità della vita.

Le interviste effettuate hanno fatto emergere che le difficoltà degli infermieri non erano relative alle abilità, consapevolezza o atteggiamenti ma piuttosto all'idea che il Pronto Soccorso sia il luogo meno adatto per morire a causa del caos, del rumore e delle imprevedibilità delle attività nell'emergenza. In particolare le dimensioni della cura della famiglia e famiglia come cura, riflettono la mancata consapevolezza del supporto ai familiari nell'elaborazione del lutto. Paura, angoscia, e ansia sono descritte come le barriere più frequenti agli atteggiamenti appropriati verso la morte e il morire. Gli infermieri lavorano quotidianamente a contatto con la morte e questo porta loro a conseguenze inevitabili per il vissuto personale che possono creare senso di angoscia, paura, timore di non essere in grado di affrontare determinate situazioni, impotenza, senso di responsabilità.

In conclusione, questo studio vuole far notare come è possibile migliorare, soprattutto alcune dimensioni, ad esempio la “famiglia come cura” e la “cura della famiglia” nella gestione del lutto, nel coinvolgimento dei parenti e di altre persone significative durante l'assistenza.

Nello studio comparativo “Emergency and palliative care nurses levels of anxiety about death and coping with death: a questionnaire survey” vengono confrontati i sentimenti degli infermieri di Pronto Soccorso con quelli degli infermieri delle Cure Palliative riguardo all'evento “morte”. Dai risultati ottenuti emerge che gli infermieri di Pronto Soccorso cercano di evitare il rapporto con la morte e questo li espone a una minore capacità di coping e preparazione nella gestione di questo evento rispetto ai colleghi delle Cure Palliative.

Emergono, inoltre, quali sono i sentimenti più comuni come l'accettazione, e il sottrarsi ad essa, paura della morte ed evitarla.

Lo studio di Walf LA, Delao AM, Perhats C, Clark PR, Moon MD et al, individua 9 tematiche principali:

- 1) conoscenze e competenze, dove si evidenzia un grande gap tra teoria e pratica;
- 2) educazione, intesa come necessità di training formativi per il personale che si trova a dover fornire assistenza nel fine vita;
- 3) opinioni e credenze rispetto al morire e alla morte;

- 4) appropriatezza del setting, dove il Pronto Soccorso viene considerato come il luogo peggiore dove poter morire a causa del suo caos e della sua frenesia;
- 5) risorse limitate come spazio, tempo e personale multidisciplinare;
- 6) intelligenza emozionale;
- 7) gestione del paziente e dei familiari;
- 8) volontà di onorare la persona e i desideri familiari;
- 9) modelli di assistenza coordinati, ovvero la necessità di un personale di supporto per le persone assistite e gli operatori stessi.

Ed, infine, nello studio “Lived experience of caring for dying patients in emergency room” sono state analizzate le esperienze degli infermieri sul morire nella sala di emergenza ed è emerso che il Pronto Soccorso è il luogo dove si attuano tutte le manovre ed i trattamenti salva-vita possibili per cercare di evitare o ritardare la morte, ma che per i pazienti terminali non è il luogo adatto per fornire cure di fine vita soprattutto a causa di carenza di posti fisici dove poter garantire privacy al morente.

4.2 Ostacoli per l’assistenza al morente in Pronto Soccorso

Nella totalità degli studi presi in considerazione da questa revisione della letteratura, è emerso che il Pronto Soccorso non è considerato il luogo ideale dove morire, definito ostile.

Nello studio “Resuscitation versus end-of-life care: exploring the obstacles and supportive behaviors to providing end-of-life care as perceived by emergency nurses after implementing the end-of-life care pathway” sono stati analizzati gli ostacoli percepiti:

- elevato carico assistenziale che limita il tempo per un’assistenza di standard elevato;
- non sapere quali siano gli ultimi desideri della persona assistita;
- mancanza di programmi di training per le cure di fine vita.

Nello studio del 2012 “Emergency nurses’ suggestions for improving end-of-life care obstacles” vengono proposte alcune soluzioni a questo proposito come incrementare il tempo e la disponibilità degli infermieri nella gestione del paziente morente e dei familiari, garantire uno spazio confortevole per il

paziente e maggiore privacy nel fine vita, permettere alla famiglia di prendere parte alle manovre rianimatorie, garantire una stanza per il lutto per il paziente e i propri cari, coinvolgere, se necessario, gli operatori sanitari di supporto e creare protocolli aziendali per una corretta gestione del lutto in un Dipartimento di Emergenza.

Comprendere le percezioni degli infermieri di Pronto Soccorso sull'assistenza al fine vita è stato l'obiettivo posto dallo studio qualitativo del 2016 "When someone dies in the Emergency Department: perspectives of emergency nurses".

Furono intervistati 11 infermieri del Dipartimento di Emergenza di un grande sistema accademico canadese di scienze della salute che sottolineano come il Pronto Soccorso non sia concepito come un luogo dove morire a causa della sua imprevedibilità, frenesia, rumore, mancanza di privacy e necessità di gestire più pazienti contemporaneamente, e che l'infermiere diventa testimone del morente e dei propri familiari.

4.3 Privacy e dignità per il paziente e i familiari

Nell' "Emergency nurses' perception of department design as an obstacle to providing end-of-life care" gli infermieri suggeriscono la creazione di luoghi privati in cui la famiglia può soffrire lontano da occhi indiscreti.

Nello studio qualitativo "Promoting dignified end-of-life care in the emergency department. A qualitative study" del 2018 si pensa di progettare un sistema incentrato sulla dignità della persona ridisegnando le condizioni ambientali e riorientando il Sistema Sanitario.

4.4 Variabili presenti per ogni studio

Tabella V. Variabili presenti per ogni studio	
Variabili	N articoli
Necessità di assistenza dignitosa, incentrata sulla dignità della persona, in un ambiente ostile	8
Mancanza di tempo per le cure palliative, rispetto agli ostacoli architettonici	1
Mancanza di privacy	6
Mancanza di coinvolgimento, sostegno psicologico e luoghi privati per le famiglie	4
Presenza di barriere sistemiche e ambientali, associate a frenesia, rumore, numero indefinito di pazienti ed elevato carico di lavoro	5
Ambiguità di ruolo: cura del morente trasferita dai medici agli infermieri nel fine vita	2
Mancanza di supporto psicologico e di training formativi per gli operatori sanitari	8
Consentire la rianimazione aperta	2

4.5 Limiti dello studio

I limiti di questa revisione della letteratura sono:

- presenza di un numero inferiore di articoli riguardanti la morte inaspettata rispetto a quella del malato terminale;
- difficoltà nel reperire articoli con un metodo strutturato per la gestione dell'evento morte;
- mancanza di articoli che trattano propriamente il ruolo dell'infermiere nel momento della comunicazione del lutto.

CAPITOLO 5

CONCLUSIONI

Al termine di questa revisione della letteratura è possibile rispondere ai quesiti proposti all'inizio del lavoro.

Morire in Pronto Soccorso, come spiegato precedentemente, è una realtà in forte aumento a partire dagli inizi del secolo scorso, ma questo non è proporzionale alla capacità di coping del personale infermieristico che si trova ad affrontare tale situazione. Sarebbe necessario fornire agli operatori sanitari un supporto psicologico e dei training formativi per poter affrontare e metabolizzare questi avvenimenti.

Nonostante in questa tipologia di lavoro risulta difficile, se non a volte impossibile, riuscire a dividere la sfera lavorativa da quella privata per salvaguardare se stessi (come ci insegna il concetto di empatia, di immedesimarsi negli altri seppur mantenendo la propria identità), un aiuto psicologico può servire a marcare la linea che li divide.

Come sostiene Van der Kolk, una tipologia di sostegno, già praticata, è quella tra pari che permette di instaurare un rapporto di fiducia e confidenza e di liberare, attraverso il dialogo, il nostro corpo da tutto ciò che si può trasformare in disturbi e fastidi veri e propri.

Dai risultati ottenuti, infatti, si evince come gli infermieri di Pronto Soccorso tendano ad evitare un qualsiasi rapporto con la morte, a differenza dei colleghi delle Cure Palliative, dove essa è quasi prevista. Nei primi, la morte genera sensazioni di paura, angoscia, senso di colpa, rabbia e disprezzo, che, solo in alcuni casi, si trasforma col tempo in crescita personale e professionale. Difatti, seppur sempre più abituati fisicamente a dover fronteggiare tali eventi, gli infermieri di Pronto Soccorso non riconoscono tale luogo come quello più adatto a morire: caos, fretta e imprevedibilità delle attività nell'emergenza non permettono di onorare il defunto e i desideri dei familiari. Caratteristica comune risulta, quindi, la non "adeguatezza", anche strutturale, del Pronto Soccorso per fornire assistenza al morente. In primo luogo la mancanza di privacy. Per ovviare a questa necessità appare opportuno, a chi scrive, prevedere una stanza dove poter comunicare il lutto alla famiglia e con le seguenti caratteristiche: lontana da occhi indiscreti, non troppo buia né troppo luminosa, insonorizzata per non percepire il caos esterno e munita di un solo telefono fisso per le emergenze. L'arredamento dovrebbe essere

sobrio ma accogliente: constare solo di un tavolo, qualche sedia e/o poltrona (in quanto si dovrebbe evitare di dare certe informazioni in piedi sia perché il familiare potrebbe sentirsi poco bene e sia perché questo tende a creare un atteggiamento di distacco professionale), un distributore di bevande e dei fazzoletti di carta.

“Nonostante la comunicazione ai familiari spetta al medico, essa coinvolge l’intera equipe professionale e, per questo, dovrebbe presentare caratteristiche ben precise.

Sarebbe meglio presentarsi in due, preferibilmente un uomo e una donna, identificandosi con il proprio nome e qualifica professionale.

La comunicazione dovrebbe avvenire in maniera chiara, semplice e diretta, identificando prima il familiare a cui rivolgersi e il suo ruolo.

Deve essere supportiva, accogliente e rassicurante ma anche veritiera, tempestiva e con risposte sincere.

Ci sono varie ipotesi di comportamento circa “il dare la cattiva notizia”: alcuni sostengono che gli operatori dovrebbero mantenere un atteggiamento distaccato, professionale, basato sul ruolo che stanno ricoprendo come se il tutto si riducesse ad un mero compito formativo, altri invece indicano che sia meglio un atteggiamento caldo e comprensivo che però potrebbe comportare un contagio emotivo.

In realtà, in momenti come questi è difficile attenersi a delle regole predeterminate; si deve tener presente che il momento della comunicazione, il momento in cui si viene messi a conoscenza dell’evento luttuoso rimarrà a lungo nella memoria dei destinatari.

Forse esiste un terzo metodo di comunicare che è quello della sensibilità, considerata dal Dalai Lama come comprensione alla sofferenza propria e altrui unita al forte desiderio di alleviarla.

Oltre alla comunicazione del decesso della persona cara, ai familiari deve essere proposta la possibilità di un ultimo saluto, tenendo presente che questo momento rimarrà impresso per sempre nelle loro menti. Essi vanno preparati in maniera accurata su cosa vedranno e quali saranno le condizioni del corpo, rispettando anche la volontà di chi preferisce non vedere.

Gli oggetti cari andrebbero restituiti direttamente nelle mani del familiare, custoditi con molta attenzione e depositati in scatole di cartone o di plastica trasparenti” (Pastres Michele, 2017).

Se, in questo momento di massimo dolore che le famiglie si troveranno ad affrontare, abbiamo svolto un buon lavoro, inteso non soltanto come mero svolgimento dei nostri compiti istituzionali, lo vedremo nel feedback di ritorno. Infatti, nonostante la reazione immediata alla notizia, molto probabilmente, successivamente i familiari si lasceranno attraversare dal dolore e avranno comunque un atteggiamento positivo nei confronti dell'equipe.

“Mi dispiace signora: il possibile l'abbiamo fatto, l'impossibile non lo possiamo fare, suo padre è arrivato al termine della vita.” Con queste parole venne data, a mia madre, la notizia della morte di mio nonno. Parole tanto inappellabili quanto ineccepibili.

In conclusione si può affermare che nonostante nessuno di noi sia in grado di darle un senso, né sconfiggerla, la morte fa parte dell'esistenza e saper onorare tale momento può riuscire ad attenuare quel senso di malinconia che porta con se.

BIBLIOGRAFIA

- BECKSTRAND RL., LEGNO RD. ET AL. *Emergency nurses' suggestions for improving end-of-life care obstacles*, 2012.
- BECKSTRAND RL., RASMUSSEN RI. ET AL. *Emergency nurses' perception of department design as an obstacle to providing end-of-life care*, 2012.
- CEROFOLINI I. *Il fine vita in pronto soccorso*, 2011. Disponibile su <http://www.laborcare.it/?q=content/il-fine-vita-pronto-soccorso>.
- DIAZ-CORTÉS MDM., GRANERO-MOLINA J. ET AL. *Promoting dignified end-of-life care in the emergency department. A qualitative study*, 2018.
- DI SALVO CATANIA. *Riappropriarsi della morte*, 2014. Disponibile su http://www.senosalvo.com/riappropriarsi_della_morte.htm.
- D.P.R. 27 MARZO 1969, N.128. *Ordinamento interno dei servizi ospedalieri, art. 13 servizio di pronto soccorso*. Disponibile su http://www.edizionieuropee.it/LAW/HTML/50/zn86_11_019.html#_ART13.
- GILES TM., HAMMAD K. ET AL. *Nurses' perceptions and experiences of caring for patients who die in the emergency department setting*, 2019.
- HOGAN KA., FOTHERGILL-BOURBONNAIS F. ET AL. *When someone dies in the emergency department: prospectives of emergency nurses*, 2016.
- JACOBS LM., BURNS KJ. ET AL. *Nurse and physician preferences for end-of-life care for trauma patients*, 2010.
- KA-MING HO J. *Resuscitation versus end-of-life care: exploring the obstacles and supportive behaviors to providing end-of-life care as perceived by emergency nurses after implementing the end-of-life care pathway*, 2015.
- KONGSUWAN W., MATCHIM Y. ET AL. *Lived experience of caring for dying patients in emergency room*, 2016.
- LABELLI E., BERTOSSI L. ET AL. *Morte e morire: le emozioni vissute dagli infermieri in Pronto Soccorso*, 2011.
- MATTEO G., GUILLARI A. ET AL. *Valutazione degli atteggiamenti degli infermieri nelle cure dei pazienti morenti: survey in Pronto Soccorso*, 2019.
- MC CALLUM KJ., JACKSON D. ET AL. *Exploring the quality of the dying and death experience in the Emergency Department: an integrative literature review*, 2018.
- PASTRES MICHELE, Capitano del Corpo della Polizia Locale di Venezia. *Comunicazione e gestione evento luttuoso. Aspetti teorico-pratici per la polizia*, 2017. Disponibile su <http://www.anvu.it/comunicazione-gestione-evento-luttuoso-aspetti-teorico-pratici-la-polizia/>.
- PETERS L., CANT R. ET AL. *Emergency and palliative care nurses levels of anxiety about death and coping with death; a questionnaire survey*, 2013.

PIERETTI ANTONIO. *La morte e il senso della vita nella cultura contemporanea*, 2010. Disponibile su http://www.collevalenza.it/CeSAM/08_CeSAM_0158.htm .

- ROSSELLI A., SERRANI V. ET AL. *Pronto Soccorso: spazi, processi, relazioni. Una visione unitaria*, 2017. Disponibile su https://www.ars.toscana.it/files/pubblicazioni/Volumi/2017/Doc_94_2017_11_lug_web.pdf .
- TSE JW., HUNG MS. ET AL. *Emergency nurses' perceptions of providing end-of-life care in a Honk Kong Emergency Department: a qualitative study*, 2016.
- WALF LA., DELAO AM. ET AL. *Exploring the management of death: emergency nurses perception of challenges and facilitators in the provision of end-of-life care in the emergency department*, 2015.

RINGRAZIAMENTI

Un ringraziamento speciale a tutti coloro che hanno reso possibile la realizzazione di questa tesi, in particolare alla mia famiglia e a Michele: è grazie al loro sostegno e al loro incoraggiamento se oggi sono riuscita a raggiungere questo traguardo.