Indice

PREMESSA ..... **- 9 -**

LA FINE DELLA VITA ..... **- 11 -**

LA MORTE E IL MORIRE ..... - 14 -
LA RIMOZIONE ..... - 21 -
IL LUTTO ..... - 27 -

L'INFERMIERE, L'ASSISTENZA ..... **- 41 -**

L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA ..... - 41 -
IL LUTTO PROFESSIONALE ..... - 45 -

LA FORMAZIONE E IL SUPPORTO ..... **- 57 -**

L'EDUCAZIONE ..... - 58 -
LA RELAZIONE DI GRUPPO ..... - 61 -
IL SOSTEGNO ..... - 63 -

LA RICERCA ..... **- 69 -**

IL PROBLEMA ..... - 70 -
L'IPOTESI DI RICERCA ..... - 75 -
LA METODOLOGIA ..... - 80 -
L'ANALISI DEI DATI ..... - 82 -

LE CONCLUSIONI ..... **- 101 -**

RINGRAZIAMENTI ..... **- 111 -**

ALLEGATO 1 ..... **- 113 -**

QUESTIONARIO ..... - 113 -

ALLEGATO 2: ..... **- 117 -**

DATI RIASSUNTIVI ..... - 117 -
ANZIANITÀ ..... - 118 -
MOTIVAZIONE E GRATIFICAZIONE ..... - 119 -
CONGRUITÀ DELLA FORMAZIONE ..... - 120 -
CAMBIAMENTI RISCONTRATI ..... - 121 -
SINTOMI RISCONTRATI ..... - 124 -
UTILITÀ DEL SUPPORTO ..... - 126 -

ALLEGATO 3 ..... **- 129 -**

PRONTO SOCCORSO ..... - 129 -
RIANIMAZIONE ..... - 135 -

ALLEGATO 4 ..... **- 141 -**

ONCOLOGIA DEGENZA ..... - 141 -
DAY HOSPITAL ONCOLOGICO ..... - 147 -
HOSPICE ..... - 153 -
ALLEGATO 5 ..... - 159 -
ASSISTENZA DOMICILIARE ..... - 159 -
BIBLIOGRAFIA ..... - 165 -

Premessa

Prepararsi alla professione di Infermiere porta ciascuno Studente ad affrontare non solo problemi tecnici o didattici, ma anche e soprattutto a confrontarsi con se stesso e con la fondatezza delle proprie scelte.

Prendere contatto con la sofferenza dei Pazienti è un atto al quale difficilmente si può essere davvero preparati, e a maggior ragione avvicinarsi alla realtà della morte e del lutto.

Personalmente le esperienze vissute in reparto durante i Tirocini formativi mi hanno fatta sentire profondamente disarmata, sensazione questa ampiamente condivisa dai compagni di Corso (quasi il 70% dichiara infatti di ritenere insufficiente la propria formazione sull'argomento[1]).

Approfondendo le mie conoscenze sul tema, sia a livello di ricerca personale che attraverso il dialogo con gli Infermieri che via via incontravo nei vari reparti, ho compreso che non sono solamente gli Studenti a sentirsi inadeguati davanti al problema, ma che anche molti Professionisti di lunga esperienza hanno reazioni disfunzionali al lutto sia sul piano personale che in ambito lavorativo.

Tutto ciò ha portato alla nascita di questo lavoro, con l'intento di conoscere più a fondo la realtà operativa di chi spesso si trova a dover affrontare la perdita di un Paziente, e l'ambizione di esplicitare maggiormente le cause del disagio che ne può conseguire.

[1] Lo strumento di indagine presentato nelle pagine a seguire è stato distribuito e compilato anche dai laureandi del C.d.L. in Infermieristica, sede di Faenza, dell'Università di Ferrara.

La fine della vita

La Relazione di Aiuto ed accudimento è universalmente riconosciuta come una delle più impegnative dal punto di vista dell'affettività.

Sotto tale profilo, è suggestivo accomunare i passaggi estremi della nascita e della morte, l'ingresso e l'uscita dall'esistenza terrena: lo psicoanalista Michel de M'Uzan asserisce che il morente forma con la persona che più gli sta accanto la cosiddetta "ultima diade", alludendo con ciò ad una incarnazione del legame con la madre. Renèe Sebag-Lanoè afferma: "…*il morente e il suo oggetto chiave costituiscono una specie di organismo, quasi un corpo indipendente, che per potersi costruire esige un contatto fisico(…). C'è in questo qualcosa di paragonabile all'organismo formato dalla madre e dal suo piccolo appena nato… In questo la fine della vita è profondamente simile al suo inizio, ciò che l'osservazione conferma e che probabilmente sapremmo d'istinto, se non fosse per i nostri preconcetti."*[2]

Entrambi questi eventi possono essere considerati come grandi catalizzatori delle reazioni emotive; mentre ciò risulta evidente per chi ha legami affettivi con gli attori principali, è più difficile assicurare tale comprensione a chi vi partecipa per competenza professionale, e saper riconoscere quanto le dinamiche emozionali che si instaurano fra Paziente e Curante siano profonde e coinvolgenti.

Sempre di più come si nasce così si muore in Ospedale; questo implica da un lato che sono stati acquisiti strumenti e mezzi efficaci per sostenere ed aiutare la vita, ma dall'altro che l'idea della morte viene

[2] R. Sebag-Lanoe "L'assistenza ai morenti"

sospinta ai margini della società attuale, racchiusa entro la cornice simbolica delle Istituzioni. Tutto ciò porta il Personale a dover rispondere a bisogni non più solamente di salute e sanità, ma anche e soprattutto di accoglienza e di assistenza.

Confrontarsi con il dolore, sia esso intenso come nel paziente traumatizzato, oppure lungo ed estenuante, come nei pazienti terminali; cogliere la perdita, l'abbandono, la morte, fa entrare in risonanza con le parti più profonde di sé, alla ricerca di risposte per l'angoscia dell'altro che sono, in fondo, risposte agli interrogativi esistenziali di ciascuno.

Il Comitato Nazionale di Bioetica afferma: "*Il tema della morte possiede una rilevanza assolutamente primaria per l'autocomprensione dell'uomo. La morte non può essere considerata alla stregua di un mero evento biologico o medico: essa appartiene ad un ordine completamente diverso, rispetto a quello cui appartiene l'evento morboso. La morte sta paradossalmente a fondamento stesso della identità del soggetto, è portatrice di un significato nel quale va ravvisata la radice della dignità stessa dell'uomo. (…) Un adeguato sostegno dell'Ars Moriendi richiede che la rigorosa preparazione tecnico-scientifica del Personale Sanitario sia integrata da una corrispondente preparazione bioetica, che la arricchisca con una doverosa sensibilità antropologico-relazionale*…" [3]

E' qui forte il richiamo alla necessità di approfondimento delle conoscenze in ambito relazionale, e all'aumentata necessità di supportare la gestione delle dinamiche di Equipe con una condivisione tra le diverse professionalità dei modelli relazionali, nell'ottica di una Assistenza Infermieristica che, come la Medicina in generale, e maggiormente per le sue connotazioni specifiche, va consolidando nel tempo una visione olistica dell'uomo che accresce nell'Operatore la risonanza emotiva ed il coinvolgimento.

---

3 Comitato Nazionale per la Bioetica, "Questioni bioetiche relative alla fine della vita umana"

Come osserva Balfour Mount, "*chi muore ha bisogno di un cuore amico che lo accetti e ne condivida la vulnerabilità; ha anche bisogno di una mente che sappia organizzare una competente assistenza medica: l'uno non può fare a meno dell'altra*".

Il perseguimento di un progressivo miglioramento della Qualità dei servizi offerti all'Utenza, estende la portata di questo concetto fino al senso ultimo della Relazione d'Aiuto, che diviene quello di creare un clima di fiducia e di autentico rispetto, dove il Malato possa esprimere gli stati d'animo creati dalla sua condizione; sapere quali sono i confini della relazione, essere consapevoli dei propri limiti, adottare un atteggiamento empatico, divengono condizioni fondamentali non solamente per la buona riuscita del rapporto, ma per la stessa significatività dell'intervento di Nursing. Quando queste qualità professionali vengono a mancare, l'offerta al Cliente si limiterà ad una semplice, seppur perfetta, esecuzione di procedure, portando inevitabilmente, con il tempo, sia all'insoddisfazione dell'Utenza che ad una crisi di motivazioni e di risultati sul versante degli Operatori, con un costo umano e sociale notevole.

Sostiene M. De Hennezel: "*Chi ha il privilegio di accompagnare qualcuno negli ultimi istanti della vita sa di entrare in una dimensione molto intima. La persona, prima di morire, vorrà lasciare accanto a chi l'accompagna l'essenziale di sé. (…) Invece di guardare in faccia la realtà dell'approssimarsi della morte, ci comportiamo come se non dovesse arrivare, mentiamo all'altro, mentiamo a noi stessi, e invece di dirci l'essenziale (…), invece di appoggiarci gli uni agli altri per attraversare quel momento incomparabile che è la morte di una persona (…), ecco che quel momento unico ed essenziale della vita è contrassegnato dal silenzio e dalla solitudine.*"[4]

[4] De Henezzel M., "La morte amica"

Il tempo del morire non è vuoto, ma ha in sé un grande valore: sta alla professionalità dell'Infermiere appropriarsi dei giusti strumenti per saperlo valorizzare.

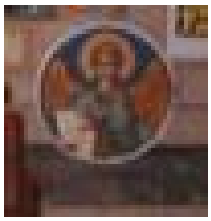
La morte e il morire

"E' la morte un attimo di aurora
che appena dispiega il nero involucro
della notte ai suoi piedi abbandonato"
(D.M.Turoldo)

Tra le esperienze umane, nessuna presenta implicazioni così profonde e sconvolgenti come il morire: fin dalla nascita, l'essere umano si incammina verso questo traguardo, e ogni aspetto della vita e del pensiero nelle diverse società se ne può considerare permeato.

Rapporto con la religione

Nella dottrina Buddista o Induista del Karma, la vita è ricompensa o castigo delle vite anteriori; in generale, è presente la concezione di uno stadio intermedio, tra la vita e la morte, o di una continuità o ciclicità, nella quale non c'è rottura con la società dei viventi.



Le grandi religioni monoteiste ne fanno il passaggio ad una vita nuova e migliore: per i primi Cristiani la morte era un addormentarsi, cioè rientrava, come atto del dormire, a far parte del ciclo vitale; così anche la francescana Sorella Morte, compagna di viaggio verso la pienezza della propria persona.

Affermava Don Giovanni Minzoni: "*Gesù nel Santo Vangelo non parla mai di morte, ma sebbene della vita avvenire. Nelle molte parabole che tratteggiano della vita Gesù rievoca con simboli e similitudini le responsabilità, i doveri, la giustizia divina, ma il fatto della morte non è stato mai oggetto diretto dei suoi discorsi. Il perché o buoni cristiani è facile comprenderlo: la morte vera assoluta per Cristo non esiste. La vita nel cristianesimo è un fenomeno continuativo, e la morte un passaggio.*"[5]

Nelle scritture ebraiche il termine morire (mot) ricorre 1000 volte. Per gli Ebrei morire significa poter raggiungere il luogo dei morti, lo "Sheol", in cui sopravvive qualcosa dell'uomo ma in una condizione di mancanza e negazione; per il pensiero biblico più antico la morte è dunque lontananza dal Dio della vita, solo più tardivamente si affaccia l'immagine di una giustizia e di un amore divini che seguono l'uomo anche oltre la soglia della morte.

Come il percorso della Bibbia ha il suo inizio nel "Paradiso Terrestre", così "Janna" (جنّة) è il nome arabo per il Paradiso, che deriva dall'espressione ebraica "Gan Eden" (ossia "Giardino in Eden") e ne è un'abbreviazione che significa semplicemente "Giardino". Un altro termine sempre con lo stesso significato, di derivazione questa volta persiana, è Firdaws (سودرف), da cui discende la parola greca Paràdeisos. Secondo l' escatologia islamica, dopo la morte ogni essere umano entrerà nella

[5] Don G. Minzoni "Un prete al lavoro" Stampa F.lli Grotti Ravenna 1973

tomba fino alla sua resurrezione fissata da Dio nel Giorno del Giudizio, e riceverà due angeli, Munkar e Nakir, che lo sottoporranno a un interrogatorio mirante a certificarne la retta fede.

Benché grandi possano essere le differenze in merito alle virtù necessarie secondo gli uni o gli altri per ottenere il premio della vita eterna, tutte le religioni rivelate sono accomunate da una visione trascendente del termine dell'esistenza.

Rapporto con la cultura

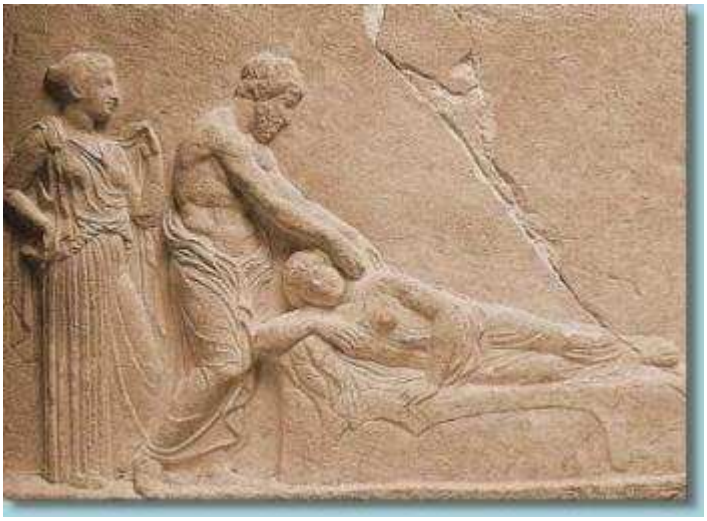
Anche la cultura ha da sempre affrontato il tema della morte, leggendovi per lo più non una fine, ma un cambio di stato; sono ben poche quelle, come l'attuale società individualista che contraddistingue il mondo industrializzato, in cui si crede che un essere umano sia o totalmente vivo o totalmente morto.

Nel culto dei morti, che risale ad epoche ancora precedenti alla storia scritta, si possono reperire testimonianze di questo concetto. Già nelle sepolture dei Neanderthaliani (risalenti a 150.000 anni fa), gli archeologi hanno ritrovato arredi di pietra, conchiglie ornamentali e cibo seppelliti insieme al morto, attribuendo loro il significato di oggetti necessari per il viaggio dalla terra dei vivi a quella dei morti; chi resta è attento a facilitarlo, e prende precauzioni per scacciare la paura dell'eventuale malevolenza del defunto.

E' ancora nei miti che è possibile ritrovare i fondamenti degli atteggiamenti, dei valori e dei comportamenti umani a questo riguardo.

Un mito dei Winnebago del Nord America narra le origini della morte: Hare, messaggero al quale è affidata la notizia della vita eterna, dimenticatosi temporaneamente del suo compito non riesce a portarlo a termine. "*Quando Hare seppe della morte si diresse verso la sua casa e vi*

arrivò in lacrime, gridando: -I miei zii e le mie zie non devono morire- e poi un pensiero lo assalì: -Per tutte le cose verrà la morte!-. Lanciò i suoi pensieri sul bordo del precipizio ed essi cominciarono a cadere e ad andare in pezzi. Contro le rocce scagliò i suoi pensieri ed essi andarono in frantumi. Sotto la terra gettò i suoi pensieri e tutte le cose che lì vivevano smisero di muoversi, le loro membra si irrigidirono nella morte. Contro il cielo buttò i suoi pensieri e gli uccelli che volavano caddero a terra e morirono. Una volta entrato nella casa egli prese la sua coperta e, avvolgendosela intorno, si distese piangendo. -La terra intera non sarà sufficiente a tutti coloro che moriranno, oh non ci sarà abbastanza terra per loro in molti luoghi!- e restò disteso in un angolo avvolto nella coperta, in silenzio."[6]



Come in molti altri simili racconti, è presente il tema della morte che giunge dall'esterno e tronca una vita che altrimenti sarebbe infinita; anche Esiodo narra come Asclepio, il dio greco della medicina, abbia tentato di forzare la morte affermando di poter curare tutte le malattie e resuscitando un morto; per questo è stato fulminato da Zeus.

La morte rappresenta dunque un limite invalicabile anche per la divinità, restando un concetto alieno nel corso dei secoli fino ad influenzare ancora l'uomo contemporaneo, il quale continua a sentirla come esterna a sé, e come tale anomala.

[6] Di Nola A. M., "La nera Signora"

Louis Vincent Thomas negli anni '70 ha coniato una distinzione tra società oliste ed individualiste: nelle prime la personalità dell'individuo si arricchisce progressivamente (da adolescente ad adulto, poi ad anziano, infine al livello più elevato di antenato) e la morte vi è vista come tappa obbligatoria dell'ascesa dell'uomo che implica una rigenerazione del gruppo. Per la nostra cultura, come società individualista, il concetto di persona viene a indicare invece una entità delimitata di psiche e soma, corpo e spirito; come stupirsi allora quando la separazione tra questi elementi che compongono l'individuo diviene sinonimo di fine?

Rapporto con la storia

All'interno del mondo occidentale, lo storico P. Ariès ha dato una lettura del concetto di morte attraverso i suoi mutamenti epocali, riscontrando nei secoli atteggiamenti molto diversi.

Nel periodo medioevale Ariès utilizza l'espressione di "*morte addomesticata*": se ne ha l'avviso, per segni naturali o per intima convinzione, si possono prendere le dovute disposizioni; è una cerimonia pubblica e organizzata, vissuta con semplicità, che implica una concezione collettiva del destino come forma di accettazione dell'ordine naturale delle cose.

Nel XV e XVI secolo si sviluppano le cosiddette "Artes Moriendi": nasce, all'interno della vecchia idea del destino comune della specie, la preoccupazione per la particolarità di ogni individuo (la "*morte di sé*").

A partire dal XVIII secolo la fine viene esaltata, drammatizzata, ma la morte romantica, retorica, è innanzitutto la "*morte dell'altro*", ci si occupa meno della propria, mentre assumono enfasi gli atteggiamenti degli astanti.

E' solo dalla metà del XIX secolo che compare il concetto di "*morte proibita*": il moribondo in ospedale non è più il centro di una cerimonia rituale che egli stesso presiede, in mezzo all'assemblea di parenti e amici; la morte diventa oggetto di vergogna e di divieto; la verità, il riconoscimento dell'imminenza del trapasso, comincia ad essere un problema; quando poi sopraggiunge il momento della dipartita, ci si sorprende, quasi fosse un evento che può essere rimandato indefinitamente. Possiamo parlare di "*morte invisibile*" o di "*morte negata*".

DeSpelder e Strickland definiscono quest'ultimo capitolo della storia del rapporto con il morire come "*morte gestita*", legandosi al desiderio che tutto appaia ormai come una questione di efficienza; è sempre più evidente come la morte sia qualcosa che succede all'uomo, e non che l'uomo fa.

Rapporto con la psicologia

La psicoanalisi afferma che nel profondo dell' inconscio ogni uomo porta una immagine di immortalià; la consapevolezza della fine della propria vita, pur affiorando alla coscienza come una certezza inoppugnabile, trova difficoltà ad essere pienamente accettata, e solo l'ignoranza del momento esatto in cui essa avverrà consente di sopportarne l'esistenza; J. Laplanche afferma che "*nell'inconscio la morte sarebbe sempre la morte dell'altro*."

Anche E. Fromm giunge alla conclusione che il tempo d'oggi nega semplicemente la morte, e con ciò la base ideologica dell'esistenza; l'individuo è portato a cancellarne il sentimento come "uno scandalo".

Il saggista E.B. White ha detto: "*Affrontare la morte, in qualunque forma si presenti, significa identificarsi con la vittima e trovarsi di fronte a qualcosa di sconvolgente e grave*".[7]

La morte e il soggetto che deve sperimentarla non si incontrano mai, pertanto l'unica possibilità di conoscenza è quella della morte degli altri.

Ciascuno è un superstite, che davanti alla fine altrui incorre in un totale dissesto della propria posizione nei confronti della realtà, perché è andato in frantumi quel particolare processo psichico che Freud chiamò di "negazione" e che fa vivere l'uomo come se mai dovesse morire. Come ha scritto Voltaire: "*La specie umana è la sola che sa di dover morire, e lo sa soltanto attraverso l'esperienza*".[8]

[7] Campione F., a cura di "The last dance"

[8] Di Nola A. M., op. cit.

La rimozione

E' importante riflettere sulla dimensione di questa rimozione dell'idea di morte nelle società moderne, e sulla sua negazione istituzionale, che è possibile ricondurre a svariati fattori.

Innanzi tutto occorre considerare l'aumento dell'attesa di vita e il minor tasso di mortalità: negli Stati Uniti dal 1900 a oggi la vita media è cresciuta da 47 a 77 anni, mentre il tasso di mortalità che era del $17^0/_{00}$ è sceso al $8,7^0/_{00}$; le persone oltre i 45 anni erano il 4% della popolazione e coprivano il 17% dei decessi, oggi rappresentano oltre il 12% e coprono il 75% delle morti annue. Di conseguenza, lo stesso concetto di mortalità è stato come censurato, e di ogni fine si insegue sempre la causa, dalla malattia all'errore medico, proprio nel tentativo di rimuovere la morte come traguardo ineludibile dell'esistenza umana.

Assistiamo anche ad una mutata tipologia delle cause di decesso, dalle malattie infettive, che si manifestavano per lo più all'improvviso, e alle quali la morte seguiva rapida, verso le malattie croniche, prevalentemente di natura cardiaca e tumorale, dal decorso lento e progressivo. A questo riguardo, occorre notare che è anche cambiato il tipo di morte auspicabile: mentre in molti c'è oggi il desiderio di non accorgersi del momento del trapasso, ciò in passato era considerato assai temibile, tanto che una giaculatoria recitava: "A subitanea et improvvisa morte, libera nos, Domine"!

Anche la tecnologia medica contribuisce fortemente a determinare il modo in cui una persona muore, e il luogo in cui ciò accade: mentre nel XX secolo, quando si viveva prevalentemente in aree rurali, si moriva in casa, e parenti e amici si riunivano per la veglia, facendo sì che la morte restasse nella sfera familiare e che tutti, sia i giovani che gli adulti, ne avessero consapevolezza, oggi la maggior parte dei decessi avviene

all'interno di una istituzione, e i familiari del defunto, più che partecipanti, si rivelano spettatori. Spesso lo stesso termine morte è diventato un tabù, l'uomo non ha più il diritto di sapere che sta per morire, e viene privato della possibilità di vivere pienamente il momento culminante della sua esistenza.

Peraltro, numerosi altri motivi di carattere sociologico rendono sempre più inaccettabile per l'uomo di oggi il pensiero della morte. Infatti, in una società opulenta e produttivistica come quella occidentale, dove i mezzi di comunicazione di massa tendono a costruire un'immagine dell'esistenza fatta solo di esteriorità, la dimensione dolorosa del vivere non può che apparire come un vuoto inconcepibile ed inspiegabile, da esorcizzare.

È inevitabile che la perdita del significato trascendente della vita umana ne privi anche la sua naturale conclusione.

Quello che emerge anche dai più recenti convegni[9] è come sia oggi fortemente radicato il concetto dell'onnipotenza della medicina, e della morte come incidente di percorso.

[9] Atti del convegno: "Il cammino verso la fine" Ravenna 11-18 marzo 2006

Nuovi modelli

"Che pu u m suzed da red, e u un sint niseun,
tla cambra scheura, ad sotta, tra i pan sporch,
a ceud la porta e a rogg. Dop a stagh mei."
(Raffaello Baldini) [10]

Ma la mancata accettazione della realtà del morire, mentre da un lato non le impedisce di verificarsi, dall'altro ha reso l'uomo odierno sempre più impreparato ad affrontarla, ed ha accentuato le sofferenze del malato terminale, che deve sopportare le conseguenze morali e materiali dell'isolamento di cui troppo spesso è fatto oggetto.

Mentre fino alla metà dell'ottocento era forte l'esigenza del morente di sentirsi circondato da altri, perciò ogni uomo moriva in pubblico, e la morte di ognuno era un avvenimento pubblico che commuoveva l'intera società, la feriva e richiedeva che tale ferita si cicatrizzasse, P. Ariès, cui risalgono queste considerazioni, sostiene che tale rapporto tra morto e collettività, benché sia durato immutato per un intero millennio, oggi non è invece più universale, conseguentemente ai cambiamenti del credo e della cultura.

Nelle regioni più industrializzate è emerso un modello nuovo del morire; la società ha espulso la morte comune conservando invece quella degli uomini di Stato o di personaggi pubblici, negando però a quest'ultima una reale e collettiva ondata di diretta partecipazione e

[10] *Che poi mi succede di rado e non sente nessuno, / nella camera scura, di sotto, tra i panni sporchi / chiudo la porta e grido. Dopo sto meglio*

commozione, e facendole assumere piuttosto il tono di una celebrazione di etichetta, e di una occasione dell'esibirsi e dell'essere presenti.

Al di fuori di questi casi eccezionali, deprivati dell'impulso delle reali e intime commozioni e del sentimento fondamentale secondo il quale la morte dell'altro suscita in ciascuno il pensiero della propria morte, tutto si è banalizzato. La società non avverte più la necessità di una pausa delle proprie attività: la scomparsa di un individuo non intacca più la sua continuità.

I morti sono stati spostati lontano, anche materialmente, dai vivi. I cimiteri (termine che deriva dal greco koimêtêrion che significa dormitorio), dapprima compresi nel perimetro della chiesa, sono divenuti sempre più periferici, distanti dalla città. E' questa una usanza iniziata al tempo della Rivoluzione Francese, e poi accentuatasi col trascorrere degli anni, mentre fino a tutto il Medioevo gli uomini avevano così tanta familiarità con i morti che era normale trovare nel cimitero botteghe e mercanti, tant'è che nel 1231 il Concilio di Rouen proibì di danzarvi, e un altro Concilio, nel 1405, interdì il cimitero ai giocolieri e ai musicanti.

Le parole

Una chiara immagine di quanto l'attuale concezione sia distante dall'inserire la morte nella normalità della vita, la si può trarre dall'analisi delle espressioni lessicali usate per indicare il termine dell'esistenza; questo risulta già evidente dal fatto che, per un corretto uso del linguaggio, non si dovrebbero contrapporre come è d'uso i termini di vita e morte, ma parlare piuttosto di nascita e di morte come di due importanti aspetti della vita.

Le parole che si usano a proposito della fine tendono ad essere indirette e indolori; metafore ed eufemismi relativi al viaggio ("se n'è

andato", "ci ha lasciati", "è andato nel numero dei più", "è andato ai pioppi", usato quest'ultimo nel gergo emiliano), al passaggio ("passare a miglior vita", "rendere l'anima a Dio", "abbandonare la valle di lacrime", "volare in cielo"), al sonno ("ora riposa", "dorme il sonno eterno"), oppure espressioni legate strettamente alla fisicità ("ha esalato l'ultimo respiro", "ha concluso i suoi giorni"), o ancora dispregiative o scherzose ("tirare le cuoia", "crepare", "allungare i piedi", "andare al diavolo", "andare a mangiare il radicchio per le radici", "fare fagotto").

Alle origini, i meccanismi linguistici di evitazione sono fondati su una ideologia arcaica di una parola che corrisponderebbe alla stessa realtà e in qualche modo la evocherebbe, e dunque alla negazione come difesa; ma il loro perdurare attraverso le epoche e gli stili dipende più profondamente da una generale inconsistenza ed impossibilità semantiche ad esprimere la morte.

Tanatologia

Afferma Francesco Campione: "*La morte è intrinseca all'esperienza umana. Potremmo nasconderla nel buio di un armadio e chiudervela dentro fino a che, facendo saltare i cardini, la porta si spalancasse e la morte fosse catapultata con forza sulle nostre coscienze*."[11]

La rimozione e la negazione della morte, evidentemente funzionali al mantenimento del sistema sociale, hanno generato una società «tanatocratica», che proprio per la sua stessa incapacità ad inserire coscientemente tale problematica nel contesto generale della concezione dell'esistenza, è profondamente e irrimediabilmente ossessionata dall'angoscia del morire.

[11] Campione F. op. cit.

Prosegue Campione: "*Per alcuni la morte è paragonabile all'incontro con uno sconosciuto in maschera durante un ballo di carnevale: magari il travestimento è più terribile della realtà, ma come facciamo a saperlo se non vogliamo rischiare, scoprendo il volto celato dalla maschera?*"

Lo studio della Tanatologia aiuta ad identificare gli atteggiamenti e i comportamenti che trattengono l'individuo dal sollevare quella maschera, per arrivare ad un confronto costruttivo con la morte stessa.

Si può affermare che oggi l'atteggiamento culturale verso questa disciplina (dal greco thanatos, morte, cioè studio della morte, o meglio, come suggerisce Robert Kastenbaum, *"studio della vita lasciandovi inclusa la morte"*) sia giunto ad una fase di transizione, in bilico tra il rifiuto e l'attenzione.

Lo studioso Patrick Dean sostiene che tale scienza potrebbe essere rinominata come *"educazione alla vita e alla perdita"*, perché solo attraverso la consapevolezza delle perdite che subiamo lungo la nostra vita e la valutazione della nostra libertà, siamo liberi di vivere pienamente il presente.

Il lutto

"... io amo, sopra tutti, un crocifisso (...).
Era in sacrestia, vicino ad un cartello ingiallito che diceva:
-Collocazione provvisoria-.
Credo che questo sia il senso della nostra vita
e della nostra morte,
in attesa della resurrezione.
Tuttavia, perché si muoia, io non lo so."
(Don T. Bello)

La separazione è, fra le esperienze umane, la più dolorosa. La genesi dell' angoscia di separazione è inscritta nel momento del concepimento per ogni essere vivente, in quanto le basi dei legami tra madre e figlio sono biologiche, istintuali, si impongono come "spinte" per garantire la specie.

Tutti i mammiferi superiori soffrono per la separazione. Gli studi condotti in campo etologico confermano l'importanza per molti animali del compagno, del gruppo,della prole.

Definizioni

L'essere vicini fIsicamente, il condividere programmi di vita e portarli a termine insieme, induce gli esseri umani ad uno scambio inconscio di "parti reciproche".

La morte è un evento distruttivo, separante; essa rompe i legami e la comunicazione, disgrega i gruppi, rende impotenti. La morte, soprattutto, porta via le parti che ciascuno aveva affidato agli altri, a coloro che amava; ogni distacco dalla persona cara è distacco da se stessi, da quelle cose che erano appartenute contemporaneamente a sé e all'altro; comuni, condivise, costruite insieme.

Secondo la definizione datane da Sigmund Freud**,** il lutto è "*la reazione alla perdita di una persona amata o di un'astrazione che ne ha preso il posto (…) e implica gravi scostamenti rispetto al modo normale di atteggiarsi di fronte alla vita (…) psichicamente caratterizzati da un profondo e doloroso scoramento, da un venir meno dell' interesse per il mondo esterno, dalla perdita della capacità di amare, dall'inibizione di fronte a qualsiasi attività*".[12]

Un'analisi della terminologia anglosassone aiuta a classificare le diverse manifestazioni associate alla morte e al morire; la parola "bereavement" è definibile semplicemente con l'evento oggettivo della perdita, quello che la lingua italiana esprime col termine lutto. Come osserva Tennis Klass: "*Il lutto è qualcosa di complesso: attraverso di esso tocchiamo l'essenziale di ciò che significa essere umani e di cosa significhi instaurare un rapporto con gli altri*."[13]

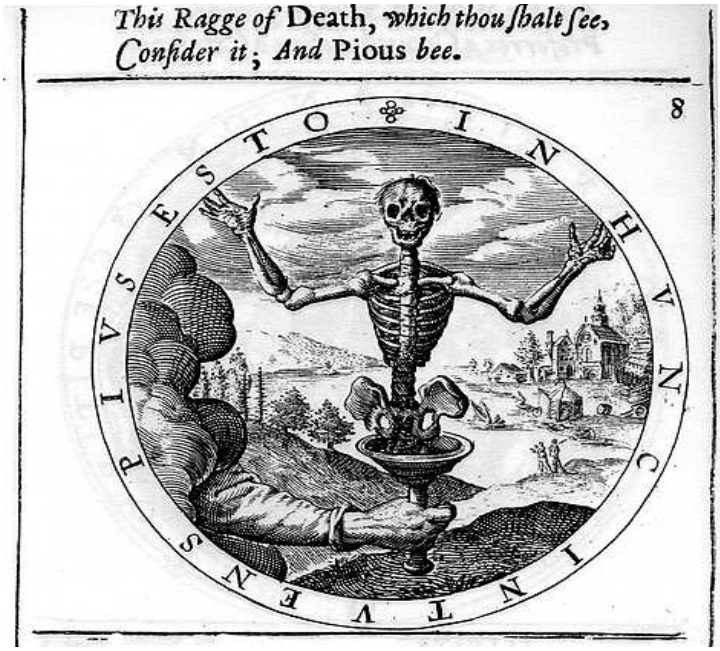
"Grief" significa invece cordoglio (dal latino dolium, onde il cor-dolium testimoniato in Plauto, con duplice rimando ad una interiorità del soffrire –cor- e al battersi il petto, valore arcaico di dolere e dolium); è la reazione alla perdita, include pensieri e sentimenti, ma anche risposte fisiche, comportamentali e spirituali; coinvolge la persona nella sua interezza, e si manifesta in un ampia varietà di modi: mentali, emotivi, fisici, comportamentali e spirituali.

Il "mourning" è inteso infine come elaborazione del lutto, e si riferisce al processo con il quale la persona integra la perdita nella sua vita che continua; la gestione di tale processo è dettata, almeno in parte, dalle norme sociali e culturali che regolano l'espressione del cordoglio, ma in molte società moderne non è più elaborata formalmente o socialmente come lo era in passato. Questo fa sì che i superstiti abbiano problemi nel

[12] Freud S. "La teoria psicanalitica"

[13] Cozzi D., Nigris D. "gesti di cura"

capire quale comportamento sia più o meno opportuno in queste situazioni.



Effetti

La morte determina l'improvvisa esplosione di cariche affettive intense e talvolta conflittuali, che, nel loro insieme, pur assumendo particolari caratterizzazioni nelle singole culture umane, sembrano avere diffusione e origini universali e costituire una reazione costante all'evento.

Il primo moto riguarda la formazione di stati angosciosi o ansiosi, che si presentano come una radicale variazione del vissuto in presenza di un mondo che, per la morte, si carica di segnali minaccianti e insopportabili; termini come angoscia e ansietà sono lessemi che non hanno la capacità di esprimere e rappresentare adeguatamente il caos emotivo provato, ma lo indicano soltanto attraverso la più rilevante sua sintomatologia fisiologica esteriore.

Questi elevati livelli di angoscia colpiscono non solo familiari e amici del defunto, ma anche gli estranei, poiché svincolano dal suo letargo psicologico l'idea negata della morte.

Il morire e il morto ingenerano parallelamente una reazione complessa di paura, in quanto la perdita è tra le situazioni che minacciano più radicalmente la sicurezza dell'individuo.

Altra componente spesso presente è l'esplosione di un comportamento o di sentimenti di aggressività, che possono essere diretti nei riguardi della persona deceduta o di altri, o manifestarsi in una serie di comportamenti costumari, talvolta codificati, che sono quelli indicati da E. De Martino come "irrelati o parossistici" (forme di autolesionismo); gli impulsi aggressivi possono spostarsi sul piano della bulimia alimentare o della sessualità.

Tutto ciò instaura nell'individuo e nel gruppo che ha subito la perdita una crisi, definibile come stress, studiata acutamente da C. M. Parkes e da G. Caplan, il quale ha introdotto il termine di "crisi".

Le crisi interrompono le modalità usuali del comportamento delle persone implicate, imponendo la necessità di un lavoro psicologico che richiede tempo e fatica. La teoria della "difesa psichica" poggia sull'ipotesi che esiste un limite alla somma di angoscia che un individuo può tollerare, e che, se lo si raggiunge, l'individuo si autodifenderà ritraendosi psicologicamente dalla situazione che provoca l'angoscia; l'elemento più qualificante di questo stato di stress, continua Parkes, non è una depressione prolungata ma è costituito da fitte acute episodiche, intendendo con "fitta di cordoglio" un episodio di angoscia grave e di dolore psicologico.

Con la sensazione di autoannullamento vengono a coesistere sentimenti diversi, in particolare quelli di rabbia e di colpa, legati ad atteggiamento di sconfitta; caratteristica è anche un'iperattività inquieta cui si fonde la difficoltà di concentrarsi su alcunché.

Teorie

Numerose sono le teorie che hanno cercato negli anni di rendere in maniera organica le fasi che attraversa chi vive una esperienza di lutto.

Nel 1961, Bolwby descrisse una sequenza data da protesta, disorganizzazione e organizzazione, mentre Engel nel 1964 parlò di shock, incredulità, consapevolezza e restituzione.

E' nel 1975 che la dottoressa Elisabeth Kübler-Ross, universalmente conosciuta per il suo lavoro riguardo all'assistenza dei morenti, pubblicò le "Fasi psicologiche e comportamentali dell' elaborazione del lutto": la prima fase di chi apprende di avere poco tempo da vivere è di rifiuto, la seconda di rabbia; la terza è definita fase di contrattazione. Con il peggioramento clinico e la necessità di ospedalizzazione o con la crisi della famiglia inizia la quarta fase, caratterizzata dalla disperazione senza possibilità di conforto. L'ultima fase è il traguardo sperato da chi assiste, cioè l' accettazione.

Vi sono studiosi, tra i quali Garfield, che ritengono poco fondata la suddivisione in fasi predeterminate, e preferiscono parlare di tre più ampi momenti del processo del morire: una prima crisi acuta, seguita dalla presa di coscienza della morte imminente, per giungere infine ad una condizione cronica del vivere-morire, caratterizzata da paure, come la paura dell'ignoto, della solitudine, la paura dell'angoscia, quella per la perdita della famiglia e degli amici, la paura delle alterazioni del corpo, della mancanza di autocontrollo, la paura della sofferenza e del dolore, la paura della perdita di identità.

Occorre tenere debitamente conto del fatto che, sia che si parli di fasi che di stadi, si intende identificare momenti la cui durata e

successione sono precipue di ogni individuo, e che coinvolgono non soltanto il morente ma anche coloro che gli sono vicini.

Rituali funebri

L'analisi dei rituali funebri consente di chiarire i significati ed i valori che ogni cultura attribuisce alla morte.

Il legame esistente tra il rituale, la struttura sociale, la morte e le sue rappresentazioni venne messo in luce per la prima volta dallo studioso francese Robert Hertz all'inizio del XX secolo: "*La morte non si limita a metter fine all'esistenza corporea, visibile, di un vivo; essa distrugge contemporaneamente l'essere sociale che si sovrappone all'individualità fisica, a cui la coscienza collettiva attribuiva un'importanza, una dignità più o meno grandi*".[14]

La morte distrugge il rapporto dell'individuo con il gruppo di cui fa parte e da cui trae l'identità sociale, ed è avvertita dalla collettività come una minaccia alla sua stessa coesione e continuità. I rituali funebri hanno lo scopo di ristabilire l'equilibrio che la scomparsa di un individuo ha alterato: attraverso di essi il defunto viene distaccato dalla comunità dei viventi per essere integrato in quella dei morti e degli antenati.

L'atto di morire come realtà socioculturale suscita quindi insiemi complessi di comportamenti (azioni, atteggiamenti, riti) e di rappresentazioni (sistemi di credenze, valori, simboli).

Storicamente, il lutto è stato, fino a qualche decennio fa, il dolore per eccellenza, la cui manifestazione era legittima e necessaria. Ma i grandi gesti del Medioevo andarono, a partire dal XIII secolo, via via

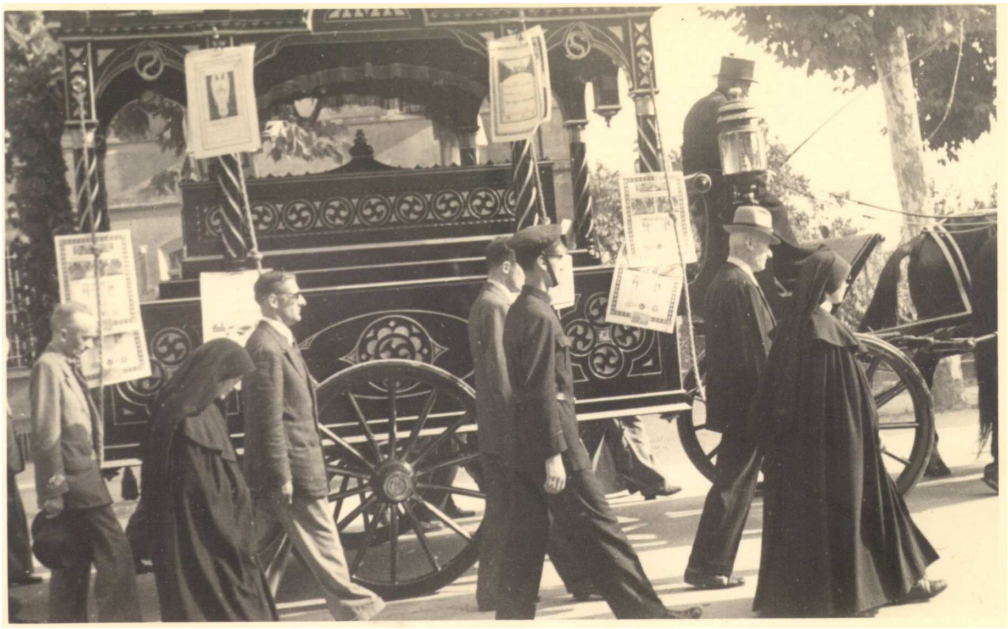
[14] AA. VV. "Guaritori da guarire"

ritualizzandosi, simulati dai cosiddetti "piagnoni": sopravvivono attualmente ancora le prefiche delle regioni mediterranee.

Anche più tardi, i testamenti dei XVI e XVII secolo mostrano che i cortei funebri erano composti principalmente da figure analoghe: monaci mendicanti, poveri, bambini degli ospizi, che erano rivestiti per la circostanza con abiti neri forniti dagli eredi e ricevevano dopo la cerimonia una porzione di pane e un po' di denaro.

Agli amici veniva invece offerto un vero e proprio banchetto, occasione di gozzoviglie che la Chiesa si sforzò di sopprimere (questa usanza in parte è sopravvissuta in alcune culture, un esempio lo si può trovare nelle veglie irlandesi ancor oggi ricche sia di commozione che di alcolici).

La famiglia si trovava costretta ad un periodo di reclusione, determinato da regole sociali puntualissime nello specificarne durata e modalità in base al grado di parentela, che la teneva lontana perfino dalle esequie, dove era sostituita da numerosi preti, piagnoni di professione, religiosi, membri di confraternite o semplici comparse attirate dalla distribuzione di elemosine.



Questa reclusione aveva due scopi: prima di tutto, permettere ai sopravissuti veramente infelici di tenere il loro dolore al riparo del mondo, attendendo che si mitigasse; al contempo impedire di dimenticare troppo presto lo scomparso, escludendo i familiari, per un periodo di penitenza, dalle relazioni sociali e dalle gioie della vita profana.

Il XIX secolo non attenuò per nulla il rigore della reclusione: i familiari, e a volte persino gli animali domestici (dai cavalli alle capre, cui venivano tolti sonagli e campanacci; dal cane di casa col collare listato di nero, alle api persino, che venivano "avvisate" del lutto per evitare che lo sciame, offeso dall'essere lasciato all'oscuro, potesse abbandonare l'alveare, su cui era apposto un fiocco bruno) erano separati dal resto della società dallo schermo del crespo da lutto, dei veli, dei drappi neri; ma già l'atto era più volontario che imposto, e non vietava più alla famiglia (nemmeno alle donne, prima espressamente escluse) la partecipazione alle esequie.

Proibizione

Oggi, alla necessità millenaria del lutto, più o meno spontanea secondo le epoche, è succeduta verso la metà del XX secolo la sua proibizione. Nel corso di una generazione, la situazione si è capovolta: ciò che era imposto dalla coscienza individuale o dalla volontà generale, è ormai desueto o fuori luogo; non è più conveniente ostentare il proprio dolore, o anche solo avere l'aria di provarlo. Nella nostra cultura post-industriale, tali manifestazioni si pongono come residui arcaici e intollerabili e si è venuta a formare una psicologia sociale della repressione del pianto, accettata come segno di educazione e di comportamento civile; la conseguenza è che il cordoglio non trova più la

sua soluzione nei veicoli tradizionali e deve essere lenito in un consumo individuale e tacito della propria sofferenza.

Il merito di avere individuato questa legge non scritta della nostra civiltà spetta al sociologo britannico Geoffrey Gorer, che per primo ha compreso come certi fatti, trascurati o mal interpretati dalle morali umanistiche, costituissero veramente un atteggiamento globale davanti alla morte, caratteristico delle società industriali.

Già J. Fourcassiè aveva dimostrato l'allontanamento dell'idea di morte dal vivere quotidiano, sottolineando come il giovane d'oggi può raggiungere l'età adulta senza avere mai visto morire nessuno, conseguenza questa a lungo inavvertita dell'aumento della longevità; a ciò si può aggiungere che l'utilizzo massivo di strumenti quali televisione o video-game può assimilare, a livello di retro-coscienza, la morte ad un concetto virtuale, laddove in sole due ore passate davanti allo schermo si può assistere ad una media di 25 morti con la consapevolezza però della loro vacuità.

Gorer dal canto suo lavora sull'analisi di diversi aspetti ritualistici, come ad esempio la toilette funebre, rilevando che, sebbene un tempo questa fosse destinata a fissare il corpo nell'immagine ideale che si aveva della morte, liberandolo dalle brutture dell'agonia, è intesa attualmente a mascherarne invece le apparenze, rendendo al cadavere una parvenza di vita.

Interessanti anche le considerazioni sull'utilizzo della cremazione, scelta non più, come avvenne per lungo tempo, per sfida verso la Chiesa e le antiche usanze cristiane, e neppure per semplici ragioni di comodità, minor ingombro o di igiene; la cremazione moderna presuppone piuttosto, oltre ad una garanzia di razionalità, un rifiuto alla sopravvivenza di forme rituali quali il pellegrinaggio alle tombe, insomma un mezzo sicuro per sfuggire al culto dei morti.

Sarebbe un grave errore attribuire però questo rifiuto a indifferenza o insensibilità: occorre considerare invece una nuova forma di pudore, legata all'odierna convenzione che esige si nasconda il dolore che un tempo bisognava ostentare.

Di immediata lettura il mutamento del rapporto tra riti funebri e bambini: nelle numerose raffigurazioni, datate intorno al XVII secolo, del moribondo nella sua stanza affollata di gente, il pittore o l'incisore non dimenticavano mai di collocare almeno un bimbo; nella stessa epoca, una parte dei "piagnoni" veniva reclutata tra i trovatelli o i bambini assistiti dagli ospedali. Oggi i più piccoli vengono invece allontanati da una cerimonia che è considerata traumatizzante: "*vegliardi parecchie volte nonni sono spediti via da adulti frettolosi e imbarazzati non meno che commossi, senza che alcuno dei loro nipoti sia presente*"[15], sono queste le parole dello stesso Gorer.

A poco a poco si sono imposte nuove regole di convenienza, ma in modo spontaneo e senza che si prendesse coscienza della loro originalità; pur non essendo formalizzate, hanno un potere coercitivo.

La morte è divenuta una cosa innominabile, e, sempre secondo Gorer, ha sostituito il sesso come principale tabù del XX secolo.

"*Una volta si raccontava ai bambini che nascevano sotto un cavolo, però essi assistevano alla grande scena degli addii, nella camera e al capezzale del morente; oggi i bambini vengono iniziati fin dalla più tenera*

[15] Gorer G. "The Pornography of Death"

età alla fisiologia dell'amore e della nascita, ma quando non vedono più il nonno e chiedono perché, gli si risponde che è partito per un paese molto lontano, o che riposa in un bel giardino dove cresce il caprifoglio: non sono più i bambini a nascere sotto un cavolo, ma i morti a scomparire tra i fiori."

I familiari in lutto sono quindi costretti a fingersi indifferenti, pena l'esclusione dalle relazioni sociali; "*si piange soli"* dice Gorer "*in privato, di nascosto, come se ciò fosse un analogo della masturbazione*".

Oggi la società rifiuta di riconoscere nell'uomo in lutto un ammalato che dovrebbe invece soccorrere, insensibile agli effetti patologici di una sofferenza morale repressa, scordando le usanze ancestrali che proteggevano chi era colpito dalla morte di un essere amato. Il prezzo di questo rifiuto, sempre secondo Gorer, è molto elevato: solitudine, disperazione, morbosità; si arriva a chiedersi quanta parte della patologia sociale abbia le sue radici nell'evacuazione della morte fuori dalla vita quotidiana, nella proibizione del lutto e del diritto di piangere i propri defunti.

Anche le manifestazioni che apparentemente testimoniano una tendenza opposta, come ad esempio la cosiddetta "American Way of Death", che prevede una serie di riti complicati e sontuosi (dall'imbalsamazione del corpo all'esposizione in "funeral home" - compromesso tra la deritualizzazione radicale dell'obitorio e le cerimonie arcaiche in ambiente domestico- con fiori e musica, alle esequie solenni con sepoltura in cimiteri monumentali disegnati come parchi), non sono più riconducibili alla celebrazione del morto, bensì alla sua trasformazione in quasi-vivente operata dall'arte dei "morticians": per dimenticare la morte e creare l'illusione della vita.

Religione

"... il modo migliore per servire Dio
è dedicarsi al servizio dell'umanità"
(F. Nightingale)

L'adesione ad un culto religioso può essere una via molto importante per capire ed elaborare il lutto. Come afferma lo psicologo Robert Emmons, "*la spiritualità e la religione sono parte integrante della cultura umana e come tali hanno il potere di formare l'individuo e la personalità*." [16]

La religione offre sollievo, attribuisce significati alla morte e mette a disposizione rituali del lutto che alleviano il dolore; offre sostegno ai bisogni contingenti sia fisici che psichici, aiutando allo stesso tempo anche le persone vicine al morente.

Nelle moderne società secolarizzate, benché siano molto diminuite le manifestazioni di affiliazione religiosa, la religiosità ed ancor più la spiritualità, intesa come espressione del relazionarsi ai valori ultimi e alle domande sul senso della vita, giocano ancora un ruolo fondamentale nel comprendere i modi con cui si affronta la prospettiva della morte.

Mentre nei secoli passati la cura dei moribondi, intesa come opera di misericordia, era inserita in una concezione di vita religiosa, divenendo fonte di interiore rassicurazione sia per coloro che morivano sia per coloro che restavano, attualmente, nel contesto della

[16] Berardi M. A., Buda P., Maltoni M. "Primo corso di formazione e aggiornamento in Cure Palliative in Oncologia

società laica, anche se non sempre il morente chiede un'assistenza religiosa, confessionale, sempre però manifesta un bisogno di tipo spirituale che non deve essere eluso; la presenza di chi assiste è molto importante perché a quanto sembra il travaglio spirituale ha bisogno di un testimone.

L'Infermiere, l'assistenza

Si può intendere l'assistenza sia nell'accezione di guarire (il "*to cure*" degli anglosassoni, cioè curare, trattare), che con la valenza di accompagnare, sostenere ("*to care*" cioè prendersi cura, come pure dall'etimologia del termine italiano giuntoci dal tardo latino "ad-sistere", stare vicino); nel primo caso andrà considerato quanto può gravare su chi opera la vulnerabilità di fronte al fallimento, nel secondo l'accentuarsi della dimensione relazionale e quindi del coinvolgimento.

L'idea che prevale, in un'analisi storico-etimologica del concetto nelle principali lingue europee, è quella del farsi carico.

In tutti i casi, "Cura" e "Assistenza" nelle accezioni sottolineate indicano comunque uno "stare accanto a qualcuno" con forti connotazioni e valenze morali.

L'assistenza Infermieristica

Mentre l'assistenza è la concretizzazione culturale e fattuale del principio di solidarietà umana, l'Assistenza Infermieristica può essere definita come realizzazione nella prassi di una disciplina, configurandosene come una derivazione specifica e specialistica.

Essa comincia a delinearsi nel XIX secolo, attraverso un cammino che rispetta le tappe identificate dal sociologo funzionalista Wilensky per definire una professione (svolgere l'attività a tempo pieno, formare associazioni professionali, promuovere attività legislativa dedicata,

definire un proprio codice deontologico, avere scuole di formazione a livello universitario).

Va sottolineato che la realtà italiana si è conformata a questo modello ormai ampiamente diffuso solamente negli ultimi anni, con l'entrata in vigore della Legge 26 febbraio 1999 N. 42 con cui si ottiene la definizione giuridica della Professione Infermieristica, e che costituisce un vero e proprio salto di qualità all'interno del nostro ordinamento.

L'Assistenza infermieristica è un "*comportamento che si esplica mediante lo svolgimento di un complesso di azioni fra loro coordinate e finalizzate a risolvere un bisogno specifico dell'individuo malato*" (Emanuel); già Virginia Henderson nella seconda metà del secolo scorso parla dell'Infermiere come di colui che è promotore di una "*sana personalità civica*".[17]

Sua funzione precipua è l'assistere l'individuo, sano o malato, per aiutarlo a compiere tutti quegli atti tendenti al mantenimento della salute o alla guarigione, o a prepararlo ad una morte serena, atti che l'Utente compirebbe da solo se disponesse della forza, della volontà e delle cognizioni necessarie, e di favorire la sua partecipazione attiva a questo processo, in modo da aiutarlo a riconquistare, il più rapidamente possibile, la propria indipendenza.

La stessa Henderson diceva ancora che l'Infermiere è membro di una Équipe sanitaria, una organizzazione circolare, dove non ci deve essere una sovrapposizione di ruoli, ma una specifica identità di funzione.

Il Codice Deontologico, nonché il Patto Infermiere–Cittadino, confermano con tono innovativo questi principi, e specificano come l'etica

[17] Manzoni E. "Storia e filosofia dell'Assistenza Infermieristica"

della responsabilità sia l'elemento qualificante della Professionalità Infermieristica, così come una crescita in formazione personale e tecnica che sia complementare, specifica, mirata e altamente qualificata, in grado di inserire il processo di Nursing in un quadro gestionale di Assistenza conformata alla Qualità delle prestazioni.

Rapporto col Paziente

In passato il Personale Sanitario faceva molto per consolare e prendersi cura del Paziente, anche perché frequentemente il conforto era tutto ciò che gli si poteva offrire; ora invece, la possibilità di rifugiarsi in tecnicismi complessi e rassicuranti nel loro agire schematico offre una sbrigativa via di fuga alla difficoltà e al peso della relazione con il Malato.

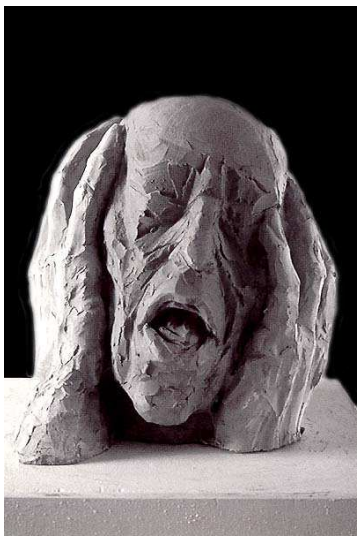
In realtà, quella che ci sia una relazione di scambio tra Terapeuta e Paziente è una convinzione che accompagna l'umanità dalla notte dei tempi. Le antiche tradizioni sciamaniche, che ancora sono patrimonio vivo ed attivo di alcune popolazioni del pianeta, considerano la malattia come una rottura dell'equilibrio fra l'uomo e la natura, sua madre e suo nutrimento, ed il sintomo come manifestazione simbolica di questa frattura; per questo "l'uomo della medicina" non va alla ricerca della malattia che origina il sintomo, ma guida il paziente in un viaggio rituale che lo aiuti a scoprire in quale tempo ed in quale modo si sia rotta la sua alleanza con il Tutto. E quando questo punto di frattura è stato individuato è il guaritore che, con l'aiuto degli spiriti e delle forze della natura, ponendosi come canale attraverso il quale scorre l'energia cosmica, permette il ricongiungimento dell'individuo con la Madre terra, il ricostituirsi dell'equilibrio ed il reintegrarsi della condizione di salute.

In realtà anche il mondo occidentale, scettico ma curioso, ha studiato il problema dello scambio energetico, giungendo alla conclusione

che ogni individuo possiede un suo campo, indicato come aura, e che nelle relazioni fra gli esseri umani avvengono continuamente sovrapposizioni, scambi, interferenze fra i campi stessi.

Marco Maltoni, riferendosi alle Cure Palliative, esprime un concetto che si può estendere a tutta l'Assistenza Infermieristica: "*Il porre il significato dell'uomo nella sua utilità sta alla base dell'insostenibile sofferenza per cui si elimina il paziente terminale, il demente, il portatore di handicap, fino al sofferente psichico.*

La sofferenza per la propria inutilità è il surplus di sofferenza che la moderna mentalità pone sulle spalle di chi già soffre, fino a fargli chiedere e desiderare l'interruzione di tale sofferenza.



L'utilità nostra, di operatori sanitari, sta nell'affermare e nel dimostrare che la consistenza del sofferente si esprime in un rapporto.

Noi non guariamo; il nostro scopo è che i pazienti nostri possano vivere con dignità. Il valore della nostra vita e della nostra azione coincide con il bene che la nostra azione rappresenta per l'altro; da qui deriva una tenacia nel portarcelo sulle spalle fino alla fine.

La persona vale il mondo, anche l'ultimo istante di vita vale tutto il mondo. (…) Per questo ci impegniamo nell'impatto con le persone e con le cose in qualunque condizione, non c'è nulla che al nostro istante concreto sia estraneo.

Per questo vale la pena di valutare bene i sintomi, di cercare soluzioni tempestive e tecnicamente adeguate, senza in queste soluzioni tecniche cercare facile rifugio."[18]

[18] Berardi M. A., Buda P., Maltoni M. op. cit.

Il lutto professionale

Il gioco è questo:
cercare
al buio
qualcosa che non c'è,
e trovarlo.
(B.Brecht)

Nel corso della storia della medicina, i Medici ma ancora di più gli Infermieri hanno tradizionalmente avuto il compito di prendersi cura dei Pazienti gravemente malati ed in procinto di morire.

Nonostante l'apparato tecnico dell'ospedale, che per la sua definizione istituzionale implica una distanza tra il corpo sofferente e lo sguardo che su di esso si pone, la morte vi rimane qualcosa di "selvaggio" eppure di intensamente sociale.

Ospedalizzazione

David Sudnow nel 1967 esaminò le pratiche del Personale Ospedaliero esplorando le categorie connesse alla fine della vita, cercando di elaborarne una definizione in base alle azioni relative al suo riconoscimento, alla gestione e alle conseguenze. La morte "sociale" all'interno dell'ospedale (intendendo con questo termine l'esclusione dell'individuo dal suo gruppo di appartenenza, cosa questa che l'ospedalizzazione tende spesso a realizzare) inizia, secondo Sudnow, quando gli attributi socialmente rilevanti di un Paziente vengono meno: la

condizione di mero corpo viene evidenziata nel modo in cui lo Staff discute, si muove intorno a lui e dal modo in cui lo tratta, limitandosi spesso alla pura e semplice attività di "registrarne" gli eventi biologici.

Nell'ambito ospedaliero il morire deriva il suo significato principale da quanto la morte sia ritenuta probabile nel periodo del ricovero in corso, perché è in questo caso che l'ospedale, il Personale e le sue attività ne sono direttamente coinvolti.

In uno studio che ebbe vasta eco negli anni Sessanta, due sociologi americani, Glaser e Strauss, avevano mostrato come i sistemi di comportamento di coloro che circondano il Morente (Medici, Infermieri, eventualmente parenti e amici) dipendessero dalla risposta a questa domanda: "*colui che sta per morire sa che sta per morire?*".[19] Gli autori scoprono un ideale della morte, uno "style of dying", o meglio un "acceptable style of living while dying", affinché la morte sia tale da poter essere tollerata dai superstiti; lo Staff ritarda o addirittura rifiuta il momento di comunicare la verità per timore di trovarsi coinvolto in una

[19] Glaser B. G., Strauss A. L. "Time for Dying"

catena di reazioni sentimentali tali da rischiare di perdere il controllo di sé. Un accettabile "stile di morte" implica che vengano evitate tutte quelle manifestazioni troppo rumorose, troppo commoventi, che rischiano di turbare la routine dell'ospedale.

In definitiva, pare che il Morente abbia solo due diritti: quello di essere discreto, cioè di non sapere che sta per morire o, se lo sa, di non dimostrarlo, per permettere al personale di "dimenticare che sa"; l'altro diritto è quello di rispettare i pronostici. Infatti gli è richiesto di adeguarsi agli sforzi e ai tempi delle cure attive o della palliazione, tempi spesso stabiliti al di fuori e al di sopra di lui, ma ai quali deve essere aperto e collaborante, perché la sua indifferenza rischia di creare nel Personale lo stesso "imbarazzo" di un eccesso di emotività. Può accadere che i Malati si voltino verso il muro e non si muovano più: è questo uno dei gesti più antichi dell'uomo all'approssimarsi della morte; così morivano gli Ebrei del Vecchio Testamento, e ancora nel XVI secolo l'Inquisizione Spagnola ravvisava, da questo segno, i marrani mal convertiti. Tuttavia, in questo gesto ancestrale Medici e Infermieri di oggi colgono spesso soltanto un rifiuto antisociale di comunicare, una colpevole rinuncia alla lotta per la vita.

Il Medico

Sudnow affronta anche la differenza esistente tra Medici e Infermieri di fronte al morire: per i primi molto più che per i secondi, assumere un atteggiamento esistenziale verso la morte sarebbe come intaccare la nozione fondamentale secondo la quale il compito del Curante è impedirla.

Infatti nel Medico è più frequente riscontrare in questi casi un senso personale di sconfitta delle proprie capacità, nonostante l'ovvia

consapevolezza che non è sempre possibile salvare la vita del Malato. Quando si cade nella trappola di un eccessivo tecnicismo, tuttavia, proprio questa tendenza a considerare la morte come espressione di un insuccesso terapeutico costituisce una delle motivazioni principali a ritardare, con tutti i mezzi possibili, fino al limite dell'accanimento, il momento del decesso.

Anche il cosiddetto "riduzionismo" alimenta questa concezione distorta, in quanto comporta la perdita di personalità del Paziente, che viene identificato e confuso con la sua malattia; in tale prospettiva la morte è ritenuta, a torto, la complicanza finale di una patologia e non il naturale termine della vita.

Secondo Donatella Cozzi e Daniele Nigris, emergono tre tipi di sguardo che, all'interno delle strutture sanitarie, i Professionisti della Sanità possono gettare sulla morte, che vengono a coincidere con quello che ciascuno può gettare sulla vita: il primo è uno sguardo inautentico, narcisista o paternalista, di solito muto; il secondo è uno sguardo oggettivo, critico, demistificatore, efficace in senso tecnico; il terzo è uno sguardo post-critico, al di là della distanza oggettiva introdotta dalla mera prestazione, che consacra una volontà di comunicare con l'altro, accettando lo scacco di una reciprocità, l'assenza finale di una risposta, in cui l'azione terapeutica diventa relazione.

L'Infermiere

Il contenuto spesso sommerso o poco riconosciuto del rapporto con il Paziente, l'intreccio tra la condizione fisico–emotiva della persona malata e la struttura fisico–emotiva dell'Operatore, questo aspetto innegabile e

inevitabile della relazione, porta a chiedersi quale sia il senso ultimo dello svolgere una professione di aiuto.

In definitiva, che cosa rappresenta realmente il Morente per l'Infermiere?

L'insegnamento della Kubler-Ross ha definito un nuovo "modo di essere" del Personale che fa assistenza, e un'altra posizione per il Morente, che da elemento debole della relazione diviene insegnante; resta inequivocabile il fatto che ogni rapporto è un universo a se stante, inserito comunque nell'ambito di una ricerca costante e sempre nuova: non esistono risposte universali su come si impara a "saper essere".

Afferma F. Gaudio che in questo campo la sola abilità tecnica evidentemente non basta, perché avvicinare la sofferenza dell'altro porta in un territorio per tutti sconosciuto e oscuro.

Una storia della tradizione Sufi narra: "*Un uomo vide Nasrudin che cercava qualcosa per terra davanti casa. –Cosa hai perso, Mulla?- gli chiese. –La chiave- rispose Mulla. Si misero tutti e due in ginocchio a cercarla. Dopo un po' l'uomo chiese: -Dove ti è caduta esattamente?- -In casa.- -Ma allora perché la cerchiamo qui?- -Perché qui c'è più luce che in casa.*-"[20]

Di fronte alla paura, al senso di inadeguatezza, al disagio, per necessità ci si rivolge ad un elemento tranquillizzante, un qualcosa di familiare, con poche variabili. Questo elemento diviene spesso la strutturazione dell'attività lavorativa in funzioni sempre più tecniche, anche quando non sono strettamente necessarie. Ma la sofferenza e la morte restano sempre lì, e prima o poi occorre prenderne atto. Se non si esplora mai il territorio oscuro della relazione con la sofferenza, si continuerà come Mulla a rimanere fuori di casa, perché è molto difficile trovare qualcosa dove non è.

[20] Di Nola A. M. op. cit.

Sostiene M. De Hennezel: "*La morte la nascondiamo come se fosse vergognosa e sporca (…) è invece il momento culminante della nostra vita, ne è il coronamento, quello che le dà senso e valore.*

Paradossalmente è proprio questa consapevolezza così intima che ci accomuna a tutti gli altri esseri umani. Ecco perché la morte altrui mi colpisce. Mi permette di puntare diritto al cuore dell'unica vera domanda: che senso ha la mia vita?

Così, dopo anni di assistenza a coloro che definiamo "moribondi", e che invece sono "vivi" fino all'ultimo, mi sento più viva che mai, e lo devo a coloro che ho accompagnato negli ultimi istanti, e che, nell'umiltà in cui li ha precipitati la sofferenza, si sono rivelati maestri."[21]

In qualche modo gli Infermieri vengono ad essere i nuovi ministri della vita e della morte, per il loro ruolo di accompagnare colui che muore, come i veri Ministri di Dio. Entrambe sono figure di mediazione culturale e simbolica, seppur in modi significativamente diversi.

E' un mandato esigente, che la società, non riuscendo a farsene carico, delega a qualcun altro, cercando di circondare la morte di un apparato tecnico e istituzionale che la contenga. Ma il tecnico non è che un ministro di sola morte se non comprende che essa è incorporata nella vita, e che nella Relazione d'Aiuto entrambe sono nelle sue stesse mani.

[21] De Hennezzel M. op. cit.

"Vorrei
una corsia di letti
rossi, verdi, gialli
azzurri e rosa
per far festa
alla morte
come sposa.
E dottori sorridenti
curvi sul corpo rotto
di un uomo
con camici variopinti
di voile, di chiffon,
di seta pura
per far festa
alla morte
senza paura.
E muri
disegnati
dai pittori più grandi
da Giotto, Raffaello
da Pier della Francesca
dal Giorgione
e cancellare
il bianco del dolore.
Muoia la morte
per una volta
senza il suo colore."
(E. Aprea)

Etica e Deontologia

Il morire non appartiene più all'agonizzante o alla sua famiglia, essendo ormai sostanzialmente gestito dal management ospedaliero, il quale tratta la morte come evento che deve evitare ogni impaccio possibile, e deve verificarsi in una accurata assenza dell'altro.

Nella "fabbrica delle cure" è possibile esercitare un potere di benevolenza – come la definisce la bioetica – e di empatia – nei modi in cui la definisce il nursing, a patto di accettare la morte per meglio vivere e quindi di ridimensionare i poteri e le loro rappresentazioni.

Consultando il Codice Deontologico degli infermieri elaborato dal Comitato Centrale della Federazione Nazionale Collegi IPASVI nel 1999, la cura ai morenti è elemento fondante di diversi articoli:

"Art. 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. L'infermiere tutela il diritto a porre dei limiti ad eccessi diagnostici e terapeutici non coerenti con la concezione di qualità della vita dell'assistito.

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

Art. 4.17 L'infermiere non partecipa a trattamenti finalizzati a provocare la morte dell'assistito, sia che la richiesta provenga dall'interessato, dai familiari o da altri." [22]

E' bene leggere questo testo unitamente all' Art. 37 del Codice di Deontologia Medica, dedicato al malato inguaribile: "*In caso di malattie a prognosi sicuramente infausta o pervenute alla fase terminale, il medico deve limitare la sua opera all'assistenza morale e alla terapia atta a risparmiare inutili sofferenze, fornendo al malato i trattamenti appropriati a tutela, per quanto possibile, della qualità di vita*."

Dunque l'Infermiere è impegnato, nei confronti dell'Utente, a mantenere il "conforto relazionale" (oltre che quello fisico, psicologico, spirituale, ambientale) fino al termine della vita, assistendo 'la persona" e tutelandola dagli eccessi diagnostici e terapeutici, impegnandosi a non partecipare a trattamenti finalizzati a provocarne la morte: mentre i concetti di accanimento e tutela della vita sono presenti in entrambi i documenti, il conforto relazionale definisce specificatamente un ambito di

[22] Calamandrei C., D'Addio L. " commentario al nuovo Codice dell'Infermiere"

intervento precipuo per il Nursing, lasciando al Medico il compito di una meno definita "assistenza morale".

Pianificazione

Con la formazione permanente e l'esperienza lavorativa, la professionalità dell'Infermiere diviene sempre più qualificata e adeguata alle varie esigenze del paziente terminale; l'abitudine a un metodo di lavoro che approdi alla definizione dei bisogni assistenziali e alla compilazione di un piano, pone il Professionista in una condizione di contatto diretto e continuo con il malato che gli permette idi cogliere, meglio di chiunque altro, l'inizio della fase terminale e l'imminenza della morte.

- Lutto correlato a imminenza della morte, perdite funzionali e chiudersi in sé o abbandono da parte degli altri.
- Senso di impotenza correlato a passaggio dallo stato curativo allo stato palliativo.
- Mancanza di speranza correlata a perdite funzionali gravi o imminenza alla morte.
- Rischio elevato di sofferenza spirituale, correlato a paura della morte, lutto grave e crisi del sistema si credenze
- Rischio elevato di compromessa gestione del mantenimento della casa, correlato a morte imminente.
- Nutrizione alterata correlata a diminuzione dell'apporto orale
- Stipsi correlata a diminuito apporto di fibre con la dieta, diminuita mobilità intestinale.
- Prurito correlato a secchezza cutanea secondaria a disidratazione

- Liberazione inefficace delle vie aeree correlata a diminuita capacità di espettorare le secrezioni secondaria ad astenia, aumento della viscosità e dolore.
- Sindrome da immobilizzazione correlata a dolore, astenia, affaticamento e edemi
- Rischio elevato di lesione correlato ad astenia, affaticamento secondario ad anemia e squilibri elettrolitici
- Deficit della cura di sé correlato ad affaticamento astenia, sedazione, dolore e diminuzione delle capacità sensoriali - percettive
- Disturbo del concetto di sé correlato a dipendenza da altre persone per soddisfare i bisogni di base
- Alterazione dei processi familiari correlata a passaggio allo stato terminale e conflitti relazionali irrisolti.

Tabella 1 Diagnosi infermieristiche correlate al lutto

I familiari

Un aspetto interessante che emerge tra gli altri dall'analisi del Codice Deontologico, è quello del rapporto con la famiglia al momento della perdita e del lutto.

Oggi la maggior parte delle morti avviene all'interno di una istituzione (circa l'80%). I dati relativi all'area geografica oggetto di indagine parlano, per la sola città di Ravenna nell'anno 2004, di 4004 decessi per la popolazione generale (1 ogni 91 residenti); i decessi in ospedale sono 1 ogni 24-26 ricoveri.

I familiari del defunto, più che partecipare agli eventi che segnano la fine della vita, demandano spesso all'Equipe sanitaria ogni decisione,

mostrandosi impotenti e impreparati davanti alla perdita; può capitare che richiedano trattamenti invasivi, per mancata accettazione della terminalità, o evitino ad ogni costo di cogliere segnali seppur chiari della fine imminente.

Le reazioni dei parenti in lutto possono arrivare all'ostilità verso i Curanti, rei di essere stati incapaci di evitare la morte del congiunto.

In queste situazioni, è frequente che sugli Operatore gravi inoltre il peso della "congiura del silenzio": ciascuno degli attori coinvolti, familiari ma anche lo stesso paziente, finge di non sapere, nega l'evidenza, giungendo a bloccare la relazione con l'altro nel timore di produrgli o amplificargli la sofferenza, condizionando la spontaneità non solo del rapporto ma anche di molte prestazioni di Nursing.

Emerge dalla relazione di un Infermiere del Servizio Domiciliare dell' AUSL di Ravenna[23] che spesso il Sanitario deve imporsi, pur nel massimo rispetto di tutti, per poter ristabilire la comunicazione tra Paziente e familiari, falsata dal pudore del risparmiare all'altro il dolore legato al condividere la fine imminente.

Come sottolinea splendidamente N. Elias, "*stiamo per perdere progressivamente le parole stesse per esprimere cordoglio agli altri*",[24] anche quando si è emotivamente vicini.

Il Curante deve imparare allora a padroneggiare la sua personale angoscia di fronte alla morte, per evitare di suscitare nel Morente e nei familiari la cosiddetta "paura di ritorno", cioè la paura che il malato legge

[23] Atti citati: "Il cammino verso la fine" Ravenna 11-18 marzo 2006

[24] Elias N. "La solitudine del morente"

negli occhi di chi lo circonda e fa propria, e rispondere invece alla sua domanda di essere accompagnato, tenuto per mano, almeno fino là dove si può arrivare.

Tutto questo è compito arduo, rischioso, ma alla luce di un'Assistenza Infermieristica di Qualità, serenità e competenza divengono non solo scelte operative auspicabili, ma veri e propri imperativi di adesione allo specifico mandato professionale.

"*Quando curi una malattia puoi vincere o perdere. Quando ti prendi cura di una persona puoi solo vincere*." [25]

25Patch Adams, medico inventore della "Clown Therapy"

La formazione e il supporto

I Professionisti della sanità lavorano in ambienti nei quali la morte è presente più che in qualunque altra occupazione.

Se chi assiste ha instaurato una relazione profonda con il Paziente terminale, è probabile che si sentirà in lutto, così come chi avrà affrontato il traumatismo di una morte improvvisa, specie se violenta; quando ciò si ripete di frequente nel tempo, si può essere tentati di rifugiarsi nella routine per alleviare lo stress, e si può giungere in breve a fenomeni di burn out.

Evitare di pensare alla morte, o di parlarne, non immunizza dal suo potere; l'ostracismo ottiene, come unico risultato, la limitazione degli strumenti utili per fronteggiarla; se invece la si tratta in modo palese, si coglie l'opportunità di buttare via le cose inutili e conservare quelle essenziali.

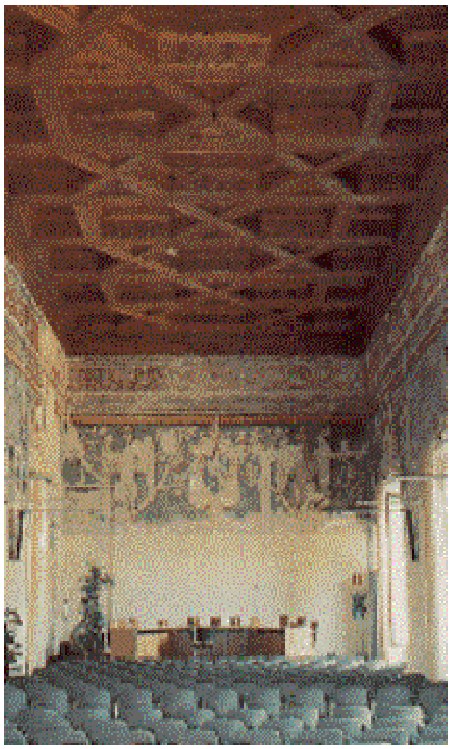
E' importante essere ben consapevoli del fatto che la mancata elaborazione emozionale costituisce la base per un lutto patologico: è necessario imparare ad esprimere le emozioni, così come a consentire agli altri di esprimere le proprie, acquisendo la difficile arte di controllare la comunicazione di fronte agli Utenti.

Afferma N. Sinnico: "*Il risvegliarsi e l'emergere delle emozioni nell'Operatore è come l'accendersi di un piccolo fuoco, che mano a mano, nel trascorrere dei mesi e degli anni e nell'accumularsi di esperienze drammatiche, si fa più esteso, più caldo, più pericoloso; non può avere una dimensione solitaria, ma deve essere necessariamente condiviso, è questa una fiamma che può scaldare e confortare il gruppo, l'Equipe, ma può travolgere e bruciare dolorosamente il singolo Operatore. Per questo motivo uno dei metodi, universalmente riconosciuti come validi, per*

contenere e contrastare la combustione è quello di esternare, far circolare e compartecipare le emozioni."[26]

L'Educazione

Alcuni ricercatori sostengono che vivere nella cosiddetta "età post-moderna", circondati da immagini e produzioni artigianali provenienti da tutti i periodi storici e da ogni latitudine geografica e culturale, possa dare all'individuo l'opportunità di conoscere l'intera esperienza della razza umana, con modalità di cui le generazioni precedenti non hanno potuto disporre; tale visione predispone un contesto atto alla creazione di una sintesi significativa per sé, e adeguata socialmente per i tempi in cui si vive, e nei quali si morirà.



Gli psicologi ci dicono che ogni persona è composta di identità multiple, e che la capacità di gestirle è un aspetto importante del sé. La cultura non determina totalmente, dunque, il comportamento, ma mette a disposizione dei suoi membri un repertorio di idee e di azioni possibili attraverso cui capire se stessi, l'ambiente in cui si vive e le proprie esperienze.

[26] Sinnico N. "La prevenzione del Burn out: la relazione e l'energia"

La Tanatologia classica, da sempre esistita in tutte le culture, e la Tanatologia scientifica attuale hanno in comune l'idea che l'uomo affronta la morte tanto meglio quanto più la conosce, così la propria come quella dell'altro.

L'educazione alla morte dovrebbe coinvolgere sia l'istruzione formale che le discussioni informali su tutti gli argomenti correlati, che possono scaturire dalle cosiddette occasioni pedagogiche che traggono origine da eventi quotidiani.

Negli Stati Uniti, il primo corso universitario ufficiale di Educazione alla Morte fu organizzato da Robert Fulton[27] nel 1963; in genere, i corsi di questa disciplina si rivolgono a Medici, Infermieri, Operatori Sanitari, ad Impresari di Pompe Funebri e altri professionisti la cui attività implica il contatto con la morte e con le famiglie dei defunti; essi beneficiano del supporto di associazioni quali la Association of Death Education and Counseling (ADEC) e, sul piano internazionale, l'International Work Group on Death, Dying and Bereavement (IWG).

In Italia, poco si fa a livelli istituzionale; nello specifico della formazione infermieristica, lo studente "*…rischia la sindrome da mini-medico e non trova spazio e sostegno per gestire la maturazione del proprio –Saper Essere-*"[28]

Gli viene richiesto di controllare e modulare in breve tempo le sue caratteristiche personali, in maniera che risultino congruenti con la necessità di gestire i risvolti emotivi della relazione con il Paziente; ma allo stato attuale il supporto formativo si riduce ad un limitato numero di ore di lezioni teoriche di psicologia.

---

27 Università del Minnesota; seguì una conferenza nel 1970 presso la Hamline University, sempre in Minnesota.

28 Catapane E. "L'infermiere dimenticato"

La pretesa è quella di impartire specifiche capacità relazionali, senza peraltro creare appositi spazi affinché questo si verifichi: il rischio può essere allora quello della messa in atto di meccanismi psicologici inadeguati, che possono precludere in maniera irreversibile la possibilità di una relazione matura con il paziente. Difatti, l'elaborazione del lutto porta, se attuata in tali condizioni, a ricondurre tutto alla sfera privata, mancando la possibilità di sperimentare le ansie in un ambiente che offra sostegno e protezione.

Garantire degli spazi in cui portare alla coscienza certi vissuti emozionali, anche negativi, significa assicurare professionalità, nella misura in cui con la verbalizzazione li si può riconoscere come non inibenti la relazione interpersonale.

Di contro il tirocinio formativo pone spesso lo Studente nelle condizioni di un apprendimento basato sull'imitazione dei ruoli e degli atteggiamenti del personale già in servizio, senza che di ciò egli abbia piena consapevolezza, e tanto meno che sia fornito di strumenti adeguati per esprimere il proprio dissenso. Il Tirocinante rischia così di fare propri comportamenti inadeguati soltanto perché mutuati, senza alcun vaglio critico, dal personale che ha il ruolo di guida nonché di valutazione, su cui modellerà gli atteggiamenti professionali sucessivi; per citare ancora Elisabetta Catapane (sue sono queste ipotesi, ampiamente condivise dagli Studenti infermieri), risulta oltremodo elevato il rischio di uniformarsi al "*…funzionamento della grande machina sanitaria, con la conseguenza di rimanere travolto e avvilito".*

"Le avevano detto che nel suo grembo il bambino era morto(…). Quella giovane donna, sgomenta, non riusciva a piangere: le lacrime non le venivano. Il problema ora era far uscire in qualche modo il bambino, con un parto indotto per vie naturali. Io" – è una Studentessa che parla- "*ero dietro la porta: sentivo le sue urla laceranti. Urlava la sua disperazione, urlava il suo dolore mentre spingeva per partorire quel figlio*

morto. Neppure l'intero universo avrebbe potuto contenere il suo immenso dolore per non aver saputo dare la vita a suo figlio. –Calma, signora, calma- ammoniva il personale sanitario. –Forza, spinga, forza, il bambino è morto e non la può aiutare! Deve fare da sola, su, da brava!- Io ero dietro la porta e le sue urla erano dentro di me: mi sentivo affranta. –Ecco, brava, visto che ce l'ha fatta?-

Tirarono fuori il bambino, violaceo ed inerme. (…) Lei era distesa sul lettino: un braccio sulla fronte, le gambe divaricate e gli occhi fissi, sbarrati nel vuoto. La pulirono e la portarono in camera. Lei non aveva neppure potuto toccare quell'essere, piangere su di lui, tenerlo tra le braccia e cullarlo.

Però era stata brava: si era sbrigata, ed in reparto c'era davvero tanto da fare."

La relazione di gruppo

La capacità di riconoscere, esprimere, comunicare, elaborare le proprie emozioni deve dunque essere affinata e approfondita passando attraverso training formativi (e diversi approcci psicologici offrono percorsi per il raggiungimento di questi obbiettivi); altrettanto dicasi per la capacità di costruire relazioni di gruppo efficaci e soddisfacenti.

L'eterogeneità delle professioni e delle esperienze di lavoro è una ricchezza, di fronte ad un compito comune così difficile. Sia che si parta

da un impegno comune, sia che lo si faccia da provenendo da ambiti diversi, si può iniziare un processo per costituire un gruppo, una Equipe, che tenga conto delle relazioni con gli Utenti, ma anche di quelle che si instaurano tra gli Operatori. "*Sorge una domanda: può l'equipe ritagliarsi uno spazio proprio, riprendersi il suo tempo, darsi dei confini, costruirsi una pelle (una forma, un setting) per contenersi e contenere? Come può, in altri termini, trasformarsi in gruppo operativo*?" [29]

Non basta infatti mettere insieme le persone: c'è tutto un percorso da fare per passare da un certo numero di Professionisti che lavorano nello stesso posto, ad una Equipe che lavora insieme su di un medesimo compito.

In un ambiente lavorativo che funzioni adeguatamente, diventa possibile quella condivisione sociale delle emozioni che non è solo un fattore protettivo della salute individuale, ma che può diventare una risorsa in più per le dinamiche relazionali, l'investimento professionale e la produttività del gruppo stesso.

[29] Buda P. op. cit.

Il sostegno

"Io ne ho viste cose che voi umani non potreste imaginare.
Navi da combattimento in fiamme al largo dei bastioni di Orione.
E ho visto raggi γ balenare nel buio vicino alle porte di Tannoiser.
E tutti quei momenti andranno perduti nel tempo,
come lacrime nella pioggia.
E' tempo di morire…"
(dal film "Blade Runner")

Per mantenere un rapporto di empatia con il Malato, sono quindi necessarie efficaci modalità di supporto e di ricarica: non è pensabile, per sostenere il peso della relazione d'aiuto, poter ricorrere a meccanismi di difesa tipo l'indifferenza o l'attività frenetica.

In Italia solo da poco tempo si è presa coscienza dell'importanza di tutto ciò; nelle stesse riviste specializzate per i Professionisti della Sanità solo recentemente sono stati pubblicati articoli riguardanti queste tematiche, e attualmente iniziano ad essere organizzati convegni specifici sull'argomento. E' quindi possibile documentarsi sulle numerose esperienze sorte a questo riguardo ai più svariati livelli; la piccola disamina che segue è puramente esemplificativa.

Gruppi Balint

La tecnica messa a punto dal dottor Balint, psichiatra ungherese che nell'Inghilterra post bellica lavorò soprattutto con i Curanti dei sopravissuti al conflitto, è un esempio che si basa sulla condivisione delle emozioni nate all'interno della relazione tra Paziente e

Terapeuta; in un piccolo gruppo, composto da poche persone con diverse professionalità, coordinate da un esperto di comunicazione e dinamiche di gruppo, chiunque lo desideri, in un clima dove è tassativa la sospensione del giudizio, porta le proprie difficoltà relazionali, le emozioni, le angosce, le paure, ma anche i desideri e le speranze, scaturiti dall'incontro con la sofferenza.

Flussi energetici

Alcune tecniche di rilassamento che Psicologi, Psichiatri o Counselor adottano (il cosiddetto Training autogeno), affondano le loro radici in metodi tradizionali antichissimi, che a tutt'oggi vengono praticati in culture diverse dalla nostra.

Ecco dunque che l'antica conoscenza del "Chi" cinese, del "Prana" indiano, del "Tutto" nativo americano, della "Pachamama" peruviana, può essere chiamata in soccorso; ancora oggi milioni di cinesi praticano il Tai Chi (una forma di meditazione in movimento che ha lo stesso significato dell'esercitazione degli antichi samurai) come terapia e prevenzione; uguale significato metodologico è applicabile al Reiki, pratica che agisce sui nodi energetici, i cosiddetti chakra.

D'altro canto tecniche come l'Agopuntura, lo Shiatzu, la Digitopressione, la Riflessologia (e alcuni ospedali e cliniche universitarie le hanno introdotte per i loro pazienti), si basano esclusivamente sul concetto del fluire energetico: tutte le antiche tradizioni hanno chiaro il problema della "ricarica energetica", ed anche se con tecniche apparentemente diverse, tutte hanno trovato delle risposte.

Critical Incident Stress Debriefing

Un esperienza specifica per gli Operatori dell'Area dell'Emergenza, in questo momento uno degli strumenti più accreditati per soddisfare le esigenze di intervenire nelle situazioni di grave stress, è il Critical Incident Stress Management[30].

All'interno di questo programma troviamo il Critical Incident Stress Debriefing (CISD), utilizzato frequentemente dopo un intervento d'emergenza psicologicamente pesante, che ha le caratteristiche di preparare i partecipanti a far fronte in futuro ai sintomi conseguenti all'elevato stress, nonché di aiutarli ad accettare i loro sentimenti, ed eventuali sintomi residui, senza per questo "reputarsi pazzi"; tutto ciò grazie al supporto reciproco.

Durante gli incontri, parte dei problemi sorti dopo l'evento traumatico può essere risolta attraverso una analisi dettagliata da parte di altri operatori: i partecipanti si sentono rassicurati nell'esprimere i propri stati d'animo e scoprire che non sono dissimili da ciò che provano i loro colleghi, rendendosi conto che quanto viene chiesto loro è di essere professionisti capaci e non super uomini.

Un recente studio condotto da Hanneman, ha permesso di rilevare l'impatto positivo di questo metodo sul funzionamento del dipartimento che ne fa uso, e a livello del singolo operatore, il quale può definire i suoi problemi nella loro reale dimensione ed eliminare senso di colpa e malessere. Il C.I.S.D. produce inoltre un cambiamento della rete di relazioni interpersonali degli operatori, permettendo la costruzione di legami affettivi più intensi e la nascita di reali amicizie.

Hanneman così conclude la sua indagine: " *questa ricerca è in grado di confermare la validità del modello Mitchell. Il debriefing*

[30]Metodo ideato da Jeffrey T.Mitchell e George S. Everly Jr. negli Stati Uniti

psicologico permette effettivamente di ridurre i segni e i sintomi causati da distress…e il supporto dei pari si è rivelato molto prezioso" .

In ambito europeo vi sono alcune esperienze in questo settore[31].

Assistenza Spirituale d'Emergenza

Il progetto pilota Assistenza Spirituale d'Emergenza (ASE)[32] è un iniziativa conosciuta e ripresa dalle esperienze fatte in Germania; si tratta di un servizio di assistenza psicologica e spirituale alle persone che si trovano, a causa di incidenti o situazioni traumatiche, in uno stato acuto di grave disagio personale o sociale.

L'ASE è concepita quale servizio aggiuntivo al sostegno psicologico, ed ha come obiettivi il recupero dalle reazioni acute da stress, la prevenzione di disturbi post-traumatici da stress e la prevenzione della patologia da lutto; propone interventi sul luogo di incidenti, catastrofi o altre situazioni di emergenza per offrire sostegno ed assistenza umana, psico-sociale e spirituale per tutti coloro che sono stati coinvolti direttamente o indirettamente nell'evento (compresi familiari, amici, colleghi di lavoro, Operatori Sanitari e altre figure professionali che siano intervenute, come Vigili del Fuoco, Carabinieri, Soccorso Alpino,...).

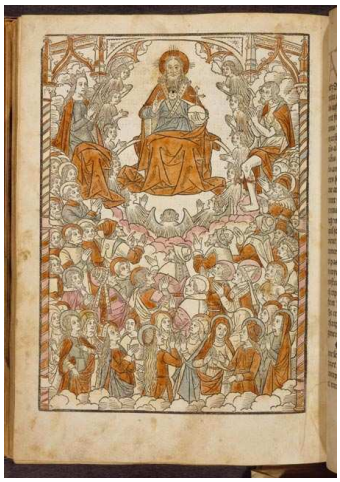
Vengono utilizzati incontri individuali, previsti per la riflessione ed elaborazione del proprio vissuto, con personale competente e qualificato

---

31 Ad esempio, in Svizzera dopo l'introduzione della normativa LAVI (legge per l'aiuto alle vittime nella Confederazione Elvetica) nel 1996, sono stati eseguiti corsi della durata di due giorni per apprendere la tecnica del debriefing, ed ora gli operatori sanitari e la cittadinanza sanno di poter contare, se richiesto, sul supporto di debriefer che possono essere allertati in qualsiasi momento.

32 Nato a Bressanone, ad opera dell'Associazione Provinciale di Soccorso Croce Bianca nel maggio 1996.

oppure altri provvedimenti eventualmente necessari per assicurare la salute dell'operatore, la sua motivazione e la qualità del servizio, anche facendo riferimento ad altri servizi psico-sociali.



Counseling

Si trovano in letteratura diverse definizioni di Counseling: il termine deriva dal latino "consulo" cioè venire in aiuto, avere cura, mettendo a disposizione competenza; utilizzando l'accezione inglese "to counsel" [33], parleremo di sostegno e conforto, senza menzionare comunque il consiglio.

La psicologia umanistica lo definisce una relazione d'aiuto connotata professionalmente, la cui centralità è riferita al paziente.

Siamo in definitiva davanti ad un insieme di tecniche, abilità, atteggiamenti volti ad aiutare le persone a gestire i propri problemi utilizzando le risorse personali, un processo che affronta con una visione olistica problematiche individuali, sociali, culturali; è un metodo di lavoro attraverso sentimenti, percezioni, pensieri, conflitti interni ed esterni.

[33]Che il vocabolario definisce "to listen and give support to someone with problems"

In questo senso, oltre a porsi come obbiettivo professionale per l'Infermiere che può farne una competenza operativa, il Counseling può essere valido strumento di supporto nell'elaborazione del lutto professionale.

Bioenergetica

A Genova, l'esperienza di un gruppo infermieristico ha avuto come obbiettivo, partendo da ciò che i Professionisti "sentivano" durante la relazione, di cercare di capire insieme come poter gestire queste emozioni e come collocarle nella vita di tutti i giorni, senza necessariamente esserne sopraffatti.

L'approccio utilizzato è stato quello corporeo che fa riferimento alla Bioenergetica di Alexander Lowen, integrato con alcune tecniche di Qigong, una pratica psico-fisica cinese.

Lowen dice: *"Se voi siete il vostro corpo, e il vostro corpo è voi, allora il corpo esprime ciò che voi siete. E' il vostro modo di essere al mondo. Più il vostro corpo è vivo, più siete nel mondo."* [34] Allora lavorando sul corpo e con il corpo si può entrare in contatto con queste emozioni e sperimentare come condizionino in positivo o in negativo tutte le nostre funzioni ed espressioni. Quanto è emerso ha permesso l'analisi di contenuti molto importanti della relazione che, se ben gestiti, possono determinarne la buona riuscita: *"Anche se ci sono due mondi che soffrono, quello della persona malata per ciò che le sta accadendo e quello dell'Operatore per il continuo contatto con il dolore altrui, da questa relazione si può uscire soddisfatti, anche se, come spesso accade, questo non significa sconfiggere la malattia*."

[34] Berardi M. A., Buda P., Maltoni M. op. cit.

La ricerca

Nel variegato campo delle emozioni lavorative, per tutti coloro che instaurano una relazione di aiuto Giovannini e Speltini suggeriscono che il migliore percorso professionalizzante risieda "*in una formazione di base e in aggiornamenti ricorrenti che sviluppino la competenza comunicativa e che permettano la lettura, la gestione e il miglioramento dei processi di gruppo*".[35]

Davanti al senso di profonda inadeguatezza provato dall'autrice ai primi lutti professionali, e all'esigenza di un approfondimento, l'analisi di un'ampia bibliografia correlata ai temi della morte e dell'assistenza ha portato alla creazione di una documentazione propedeutica in tema di cordoglio, formazione all'elaborazione del lutto, supporto ai meccanismi disfunzionali eventualmente verificatisi; il materiale, raccolto tra biblioteca e web, ha permesso di raggiungere una certa organicità di pensiero grazie anche e soprattutto all'essenziale confronto con professionisti ed esperti del settore.

[35] Giovannini D., Speltini G. "Coinvolgimento emozionale, condivisione sociale e strategie di fronteggiamento negli operatori sanitari"

Il problema

"Ci compiacciamo di riposare nella società dei nostri simili:
miserevoli come noi, impotenti come noi,
essi non ci presteranno aiuto;
si muore da soli".
(B. Pascal)

Si legge sul commento di Calamandrei e D'addio al Codice Deontologico dell'Infermiere: "*Una cosa che può accadere all'infermiere che assiste una persona in fase terminale è di vivere egli stesso un processo di lutto più o meno intenso: i rischi sono quelli di una grande sofferenza personale e di un sostegno poco efficace al morente e alle persone che gli stanno accanto. In casi del genere un professionista sufficientemente addestrato all'introspezione fa in modo che i suoi sentimenti non incidano sul rapporto con coloro nei cui confronti ha precise responsabilità di aiuto. Comunque egli deve tener conto dei propri limiti e ricorrere all'aiuto di colleghi se in qualche momento rischia di non sopportare una situazione che è tra le più difficili da gestire*." [36]

Estrapolando i punti salienti di questo documento, appare evidente quale intenso sforzo occorra all'Infermiere per maturare e mantenere la capacità di distingue tra la propria performance professionale e il risultato finale che può coinvolgere comunque il Paziente; concretamente, egli dovrà:

- ✓ essere sufficientemente addestrato (e perciò aver ricevuto una valida formazione) all'introspezione, quindi anche alle modalità relazionali della Professione;

[36] Calamandrei, D'Addio op. cit.

- ✓ saper tenere conto dei propri limiti, esercizio questo che richiede un continuo lavoro sul sé e presuppone un adeguato supporto;
- ✓ ricorrere laddove necessario all'aiuto di colleghi, per potersi avvalere delle professionalità dell'intera Equipe in cui è inserito.

Quando tutto questo processo non è strutturato ma lasciato all'iniziativa personale del singolo Professionista, il risultato più immediato sarà l'ottenimento di una grande varietà di atteggiamenti profondamente differenti nei confronti del morente, a scapito dell'uniformità di prestazioni a standard elevato richiesta oggi in sanità; a tutto ciò dovrà aggiungersi una pesante sequela di disagi per gli Operatori che progressivamente andranno cumulando lo stress di lutti ripetuti ed irrisolti.

E' stato più volte osservato come il luttuato viva, secondo la terminologia di Van Gennep, in una fase marginale, il cui aspetto precipuo è la sospensione dell'esistenza in un tempo sui generis, che in qualche modo riflette lo stupore e il dramma del decesso e si separa nettamente dalla quotidianità: è, in sostanza, un tempo della autonegazione e della cancellazione del mondo circostante.

Quando tutto ciò accade ad un Professionista, quale valore possono conservare le sue prestazioni?

Burn out

Per meglio definire e quantificare le conseguenze professionali della mancata elaborazione del lutto, può essere interessante il paragone con il problema del cosiddetto "Burn out".

Di esso sono state date numerose definizioni e molteplici interpretazioni, a partire dal lavoro di Freudenberger, lo psicanalista che per primo utilizzò questo termine per indicare "*uno stato di affaticamento*

o frustrazione nato dalla devozione ad una causa, un modo di vita o una relazione che hanno mancato di riprodurre la ricompensa attesa".[37]

Il concetto di burn out, letteralmente "scoppiato", "bruciato", "cortocircuitato", è stato introdotto per indicare una serie di fenomeni di affaticamento, logoramento, improduttività lavorativa, registrati in particolar modo tra gli Operatori della sanità; è un processo nel quale un Professionista precedentemente impegnato si disimpegna dal proprio lavoro; si esprime, sul versante individuale, a più livelli: comportamentale, cognitivo, emozionale, fisiologico, con un ampia variabilità.

Ma il distacco emozionale è una manovra dalle conseguenze pericolose: se nell'immediato riduce la pressione percepita, toglie poi ogni fonte di gratificazione personale, diventando ben presto controproducente.

E' essenziale ricordare che le ripercussioni di questa condizione si giocano anche a livello di qualità del servizio prestato, con esiti che dagli Operatori come individui si riversano sull'intero gruppo di lavoro, sui Pazienti e, di seguito, su tutta l'organizzazione. Secondo Cherniss il burn out "*è una strategia di adattamento che ha conseguenze negative sia per la persona che per l'organizzazione*".

Come non mettere tutto ciò in parallelo con quanto accade al Curante troppo sollecitato dal lutto professionale?

Ma mentre da tempo la letteratura si occupa di individuare le sorgenti di questa forma di demotivazione, in uno sforzo continuo che da

[37] Tratto da "Burnout e valutazione del proprio lavoro tra gli operatori sanitari della Medicina Oncologia Geriatria" A cura di Buda P. / Giorgetti W. / Guidi R. Repubblica di San Marino – Istituto Sicurezza Sociale.

quasi trent'anni a questa parte ha visto proliferare una miriade di studi, per quanto concerne perdita e cordoglio la bibliografia specificamente legata ai problemi dell'Assistenza è assai scarna.

Lutto disfunzionale

La morte si pone come dato irreversibile; è momento internamente drammatico quando ciò passa da livello del vissuto all'intimità della coscienza, creando una situazione lacerante e inaccettabile che porta, per chi muore e per il gruppo cui il morto appartiene, ad un trauma di angoscia, di smarrimento e di perdita della propria sicurezza, in quanto la morte di per sé costituisce un'esperienza di disordine e disgregazione del reale.

La dinamica del lutto, tuttavia, si sviluppa come incanalamento del caos e del disordine nella ritualità, così che la carica aggressiva si neutralizza passando dalla realtà autodistruttiva al livello di una pura comunicazione in cifra simbolica.

La cultura, più specificamente le varie culture con modalità differenziate, hanno elaborato ed intessuto a questo riguardo meccanismi di difesa, specifici ed appropriati per ogni figura in rapporto affettivo con il defunto.

Ma tutto ciò in un'ottica professionale è negato, in quanto nulla è destinato a supportare il lutto dell'Operatore: questo comporta un peso aggiuntivo, riconducibile al cosiddetto "lutto delegittimato", cioè associato ad una perdita che non è riconosciuta attraverso i rituali comuni.

Therése Rando[38] elenca le situazioni che possono aumentare il rischio di un lutto complicato:

[38] Campione F. op. cit.

- ✓ la presenza di una morte improvvisa o inattesa, specie se è traumatica
- ✓ la presenza di una morte per malattia molto prolungata
- ✓ quando la morte è quella di un bambino
- ✓ per la percezione della persona in lutto che la morte fosse, in qualche modo, prevenibile
- ✓ quando esiste una relazione di dipendenza tra la persona in lutto e la persona deceduta
- ✓ quando esistono per la persona in lutto precedenti situazioni di stress o di lutti non elaborati
- ✓ quando la persona in lutto sente la mancanza di supporto sociale

Tutti questi casi sono applicabili alla Professione Infermieristica!

Risulta quindi essere prevedibile il riscontro di un alto tasso di alterazioni riconducibili alla mancata elaborazione del lutto, e accorpate nel fenomeno cosiddetto della "morbilità secondaria"[39], che fa riferimento a difficoltà nella sfera della funzionalità fisica, cognitiva, emozionale e sociale delle persone strettamente coinvolte con il malato terminale, siano esse familiari o amici, o anche Personale di Assistenza.

Non solo: lavorare continuando a vivere una situazione di disagio psicologico facilità l'aumento della probabilità che si commettano errori, pericolosi perColleghi ma soprattutto Utenti.

Per citare F. Campione, "*prendersi cura di quelli che curano*"[40] è fondamentale per garantire ai Pazienti un'assistenza empatica; questo però nella stragrande maggioranza delle unità operative è ancora ben al di là dal venire.

---

[39] Nella griglia dei danni risarcibili delineata dalla giurisprudenza di rango superiore, a seguito di lutto derivato da fatto illecito è contemplato il danno biologico (compromissione dell'omeostasi psico-fisica, sostanziata da disturbi psichici e psico-somatici, inquadrabili entro la consolidata tassonomia clinica e suscettibili di quantificazione medico-legale).

[40] Campione F. op. cit.

L'ipotesi di ricerca

Un corretto atteggiamento di fronte alla morte è frutto di una ricerca costante che non può essere rinchiusa nella sfera del sentire personale; per accostarsi utilmente al morente bisogna essersi preparati sia sui libri che con esperienze e scambi professionali, avere e sviluppare capacità di empatia, oltre che una buona conoscenza di sè.

Per questo diventa sempre più importante che interventi di fronteggiamento del lutto disfunzionale siano promossi all'interno di una cornice di riferimento che vede la struttura sanitaria stessa impegnata a favorire quelle condizioni lavorative che possono migliorare il benessere degli Operatori, e con esso quello dell'Utenza.

Ciò che questo lavoro intende verificare è come il lutto professionale abbia un'elaborazione tanto più complessa quanto più essa è vissuta dall'Infermiere in solitudine, con un basso grado di formazione al riguardo e senza alcun supporto professionale.

Tale ricerca esplorativa, lungi dal voler proporre facilistiche soluzioni, intende fornire un quadro descrittivo della situazione lavorativa nell'ambito di alcune aree ospedaliere, e di conseguenza offrire spunti di riflessione utili ad una successiva e competente pianificazione di interventi preventivi e di recupero delle problematiche inerenti le alterazioni associate.

Aree

Nello scegliere le modalità di esecuzione più appropriate, sono sorte da subito diverse considerazioni, prima fra tutte la necessità di limitare il campione da prendere in esame; difatti, benché pressoché ogni settore del Nursing presenti peculiarità interessanti al fine di questa

ricerca (si pensi ad esempio all'assistenza Pediatrica dove occorre confrontarsi con la morte dei bambini, o il settore dell'Infettivologia permeato dall'aura delle nuove "pestilenze", o ancora alle Medicine per l'alto tasso di decessi, e alle Residenze Sanitarie Protette in cui il rapporto con il paziente diviene nel tempo tanto familiare, solo per citare alcuni tra i casi più eclatanti; notevole sarebbe stato anche il confronto con gli Operatori di strutture private), le risorse a disposizione non consentivano un'analisi tanto dettagliata.

Inoltre, le Aree indagate dovevano possedere caratteristiche tali da permettere la disamina delle risposte ottenute secondo profili sovrapponibili ma diversificabili in base alle diverse caratteristiche dei reparti di appartenenza, in modo tale da consentirne un utile comparazione.

A tal fine, si è scelto di rivolgersi ai settori dell'Emergenza, dell'Oncologia e dell'Assistenza Domiciliare, ritenendo di avere a disposizione in questo modo un campione rappresentativo di differenti modalità di approccio al Paziente, di motivazioni nella scelta professionale, di percorso formativo in ambito specialistico.

In Area Critica, i decessi sono un evento forse meno atteso, ma hanno un forte impatto per la subitaneità e le circostanze nelle quali avvengono. Secondo il senso comune, questi Operatori sono protetti da una corazza psicologica che permette loro di agire senza riportare sequele di nessun tipo, senza mai mostrare disagio, malessere, insicurezza; gli stessi Professionisti, in modo più o meno consapevole, sono spesso convinti

della validità di questo modello, definito "Macho Man Style"[41], o "sindrome di John Wayne"[42], che può però riservare loro devastanti conseguenze.

Il mancato riconoscimento delle proprie reazioni psicologiche a eventi drammatici e la difficoltà di integrare tali reazioni nel sistema di risposta professionale potrà essere vissuto e interpretato come un limite insormontabile, causante una dissonanza col modello di riferimento.

Tutto questo può avere la massima risonanza tra gli Infermieri dell'Emergenza territoriale; nella scelta del campione oggetto di studio, essi sono però stati esclusi, in quanto le peculiarità del loro lavoro sono tali da rendere inefficacie la comparazione con gli altri risultati.

L'Oncologia Medica è una disciplina transmuraria comprendente variegatre attività diagnostico-terapeutiche, che possono essere attualizzate in diversi setting assistenziali: domicilio, ambulatorio, degenza in Day Ospital, degenza ordinaria. Considerando come studi anglosassoni ipotizzino che circa il 90% dei deceduti per neoplasia passi attraverso una fase terminale della durata media di 90 giorni (la mediana è generalmente più bassa, intorno ai 40 – 45 giorni), si può ben comprendere come il legame che si crea con gli Operatori acquisti forti valenze personali[43]. In questo contesto ben si inseriscono gli Hospice, istituzioni diffuse nei paesi anglosassoni e in altre nazioni, ma ancora

[41] Definizione di Frighi e Cuzzolaro, tratta da Monti M. "Lo stress acuto negli operatori d'emergenza e sue complicanze"

[42] Definizione Marchei e Mennuni, tratta da Catalane E. op. cit.

[43] I dati locali, relativi al reparto di degenza ospedaliera di Ravenna, riportano nel periodo tra il 2001 ed il 2005 un numero di decessi compreso tra i 22 e i 30 annui, con un'età media dei deceduti di 59 anni (range tra 24 e 78 anni).

poco presenti in Italia[44]. Lo scopo principale di queste strutture e del modello assistenziale a cui hanno dato origine, con un ruolo centrale degli Infermieri, è di evitare alla persona morente la sofferenza (offrono difatti prevalentemente cure cosiddette palliative, dal latino "pallium", il mantello che ricopriva e proteggeva gli antichi Greci e Romani), mantenendola a proprio agio e vigile nelle ultime fasi della vita e garantendole un contesto il più possibile analogo a quello domestico.

L'approccio multidimensionale di una Equipe pluridisciplinare, che si riunisce regolarmente, rappresenta una delle caratteristiche più peculiari e centrali dell'intervento assistenziale e dell'organizzazione del lavoro svolto in Hospice.

Le origini di questi servizi possono essere fatte risalire alle antiche usanze cristiane di ospitare i pellegrini e i viaggiatori nell'Hospitium (in latino, luogo per ricevere ospiti). Il modello più seguito di Hospice moderno è quello inglese[45], un'alternativa all'abbandono terapeutico e al sottotrattamento di cui erano oggetto i pazienti in fase terminale; la diffusione avvenuta in Nord America[46], invece, si sviluppò in opposizione ai trattamenti sproporzionati di cui, in quei paesi tecnologicamente avanzati, tali pazienti erano vittime.

Il Centro Cure Palliative San Domenico di Lugo, inserito nella ricerca, è stato inaugurato nel 2002[47].

---

44 La situazione italiana, aggiornata ai primi mesi del 2005, presenta 86 di queste strutture, prevalentemente raggruppate in alcune regioni (38 in Lombardia, 11 in Lazio e altrettante in Emilia Romagna, dove i posti letto offerti sono 135).

45 Capostipite il St.Christopher's Hospice a Sydenam, presso Londra, fondato dalla Dottoressa Cicely Saunders nel 1967

46 Il primo Hospice americano è nato nel 1974 a New Haven.

47 Inserita nell'ambito di una Residenza Sanitaria Protetta, la struttura ha visto l'ingresso, dall'inaugurazione a tutto il 2004, di 155 Pazienti, con una media di ricovero di 27 giorni e con 88 decessi avvenuti al suo interno.

Nata anche in risposta a una situazione epidemiologica caratterizzata da un netto incremento delle patologie cronico-degenerative, che portano a morte attraverso una fase terminale più o meno lunga, l'Assistenza Domiciliare, pur rappresentando un elemento di umanizzazione rispetto all'assistenza ai morenti in ospedale, mostra sul versante dell'Operatore difficoltà aggiuntive nella gestione emozionale del rapporto.

Difatti, l'ingresso diretto nella casa e quindi nella vita del Paziente può ingenerare un alto grado di coinvolgimento, fatto questo che intra moenia è parzialmente inibito dalla presenza rassicurante della struttura ospedaliera e dei colleghi.

Risulta inoltre molto importante l'impatto con i familiari, cui occorre fornire non solo consulenza tecnica nella gestione del familiare grave, ma anche e soprattutto un supporto emotivo tale da far comprendere al care giver che non è mai lasciato completamente solo[48].

Chiavi di lettura

Una sezione del questionario sottoposto al campione indagato è relativa alla formazione ricevuta in materia di elaborazione del lutto, sia come percezione della sua congruità alle esigenze professionali, che come modalità di ottenimento della formazione stessa.

Tutto questo, oltre ad oggettivarsi in una serie di dati al riguardo, è alla base di una successiva disamina della maggior parte delle risposte

[48] Nel 2005, limitatamente all'area di Ravenna, il Servizio Domiciliare ha seguito tra gli altri 32 casi di malati terminali di AIDS, 358 pazienti cosiddetti critici (che hanno richiesto un totale di 9617 accessi infermieristici e dei quali 251 sono deceduti, in parte a domicilio –129- e in parte in regime di ricovero ospedaliero).

ottenute attraverso l'utilizzo della discriminante soddisfatto / insoddisfatto della propria formazione.

Lo stesso scopo aveva il suddividere le risposte in base al sesso; in questo caso però è mancata la significatività del dato vista l'esiguità numerica degli uomini nella maggior parte dei reparti.

Un ulteriore chiave di lettura è stata utilizzata sulla suddivisione delle risposte in base all'età professionale degli intervistati, raccolti in tre fasce (anzianità di servizio minore di 5 anni, compresa tra 5 e 10 o maggiore di 10, rispettivamente). Purtroppo il raffronto tra i dati raccolti è stato in molti casi limitato dalla scarsità di neoassunti.

La metodologia

Lo strumento

Si è scelto di utilizzare come strumento per il lavoro in oggetto un questionario[49] (ottenuto attraverso una rielaborazione personale, mirata a contestualizzare un lavoro di ricerca statunitense[50] inerente la prevalenza dei sintomi correlati al cordoglio, e il bisogno di supporto nell'elaborazione del lutto, tra il Personale Sanitario che presta cure a lungo termine); si tratta di uno strumento descrittivo – trasversale – retrospettivo sull' elaborazione disfunzionale del lutto nella relazione di cura, rivolto agli Infermieri di alcune Aree specifiche della Azienda Sanitaria Locale di Ravenna.

Le domande proposte sono di natura Anagrafica, per individuare le caratteristiche del campione relativamente al sesso, al Titolo di Studio abilitante alla professione, all'anzianità di sevizio globale e presso il reparto attuale, nonché alla gratificazione lavorativa; seguono quesiti relativi alla formazione in materia di elaborazione del lutto (in merito alla congruità e alla fonte), e altri sulle conseguenze osservate in seguito a lutto professionale (cambiamenti in diverse aree relazionali, sintomatologia vera e propria). Per concludere, un'indagine in merito al supporto utilizzato e auspicabile.

Il questionario è a scelta multipla e a risposta chiusa, singola, su differenziale semantico o su altre scale a seconda dei casi; è anonimo, e vi è stata allegata una busta per garantirne la riservatezza una volta compilato.

I questionari sono stati distribuiti, previa Autorizzazione del Direttore del Servizio Infermieristico e Tecnico Aziendale e dei Responsabili del Servizio Infermieristico e Tecnico di articolazione di Presidio e Distretto, e dopo avere stabilito i debiti contatti con i diversi

[49] Vedi Allegato 1

[50] "How well are we caring for caregivers?" – E. Rickerson – Journal of Pain and Symptom Management – Vol.30 N.3 - settembre 2005

Coordinatori, al Personale dei Reparti di Area Critica (Pronto Soccorso e Rianimazione di Ravenna, Faenza e Lugo), di Area Oncologica (Oncologia Degenza di Ravenna, Day Hospital Oncologico di Ravenna, Faenza e Lugo, Hospice di Lugo) e di Assistenza Domiciliare (nei tre distretti di Ravenna, Faenza e Lugo). In questo modo il campione è venuto a comprendere tutti gli Infermieri operanti in queste tre Aree nel settore pubblico, fatta esclusione per gli Operatori del Soccorso Territoriale.

Tutti i reparti contattati hanno risposto all'indagine, ad eccezione del Pronto Soccorso di Ravenna che, nonostante una formale adesione, non ha poi fattivamente partecipato.

Dopo un congruo periodo di tempo, modulato sulle esigenze di reparto, si è provveduto alla raccolta: dei 240 questionari consegnati, si è ottenuta la restituzione da 173 Infermieri con una adesione quindi del 72%, con valori pressoché sovrapponibili per le diverse Aree (dal 69% dell'Assistenza Domiciliare al 76% dell'Area Oncologica, passando per il 72% dell'Area Critica) (vedi Tabelle in Allegato); questa fase ha richiesto circa tre mesi.

L'analisi dei dati

Il campione analizzato è costituito da 173 Infermieri (40 appartenenti al Servizio Domiciliare, 86 di Area Critica, 47 di Area Oncologica).

Si tratta in larga maggioranza di donne, il 75% del totale, con un'ampia variabilità tra le Aree, in quanto dei 45 uomini (contro 130

donne) presenti, ben 30 lavorano in Pronto Soccorso e Rianimazione, a fronte di 8 e 5 in Domiciliare e Oncologia rispettivamente.

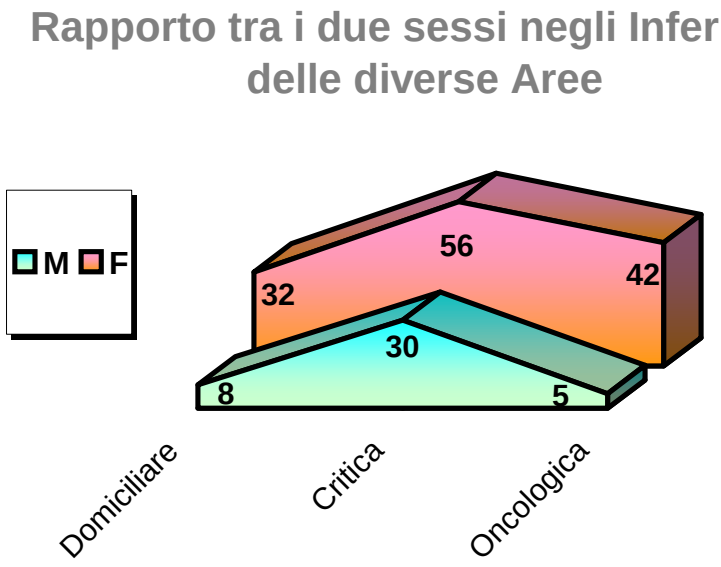


Figura 1 Grafico della distribuzione del campione in base al sesso; i valori numerici indicano il numero di individui di ciascun sesso per ogni Area indagata.

Nessun uomo lavora in Hospice, e, benché il numero dei questionari raccolti presso questo servizio – 10 – sia troppo esiguo per essere statisticamente significativo, è possibile riscontrarvi la stessa tendenza del dato precedente, e cioè la propensione maschile ad identificarsi maggiormente con gli aspetti tecnici della Professione piuttosto che con la relazione di cura.

Per quanto riguarda il Titolo di Studio, pressoché la totalità degli individui formanti il campione (156, cioè oltre il 90%) è in possesso del Diploma Regionale di Infermiere Professionale; solamente 8 sono coloro che hanno conseguito il titolo con percorso universitario, cui se ne aggiungono 7 in possesso di Master; presenti anche 2 Infermieri Generici.

Anzianità di servizio e di reparto

Analizzando i dati relativi all'Anzianità di servizio, si è ritenuto opportuno raggruppare i Professionisti in tre fasce corrispondenti ad una esperienza lavorativa inferiore ai 5 anni, oppure compresa tra i 5 e i 10 anni, o ancora superiore ai 10.

E' interessante rilevare come manchino neo assunti in Area Oncologica (nessun infermiere con meno di 5 anni di servizio alle spalle).

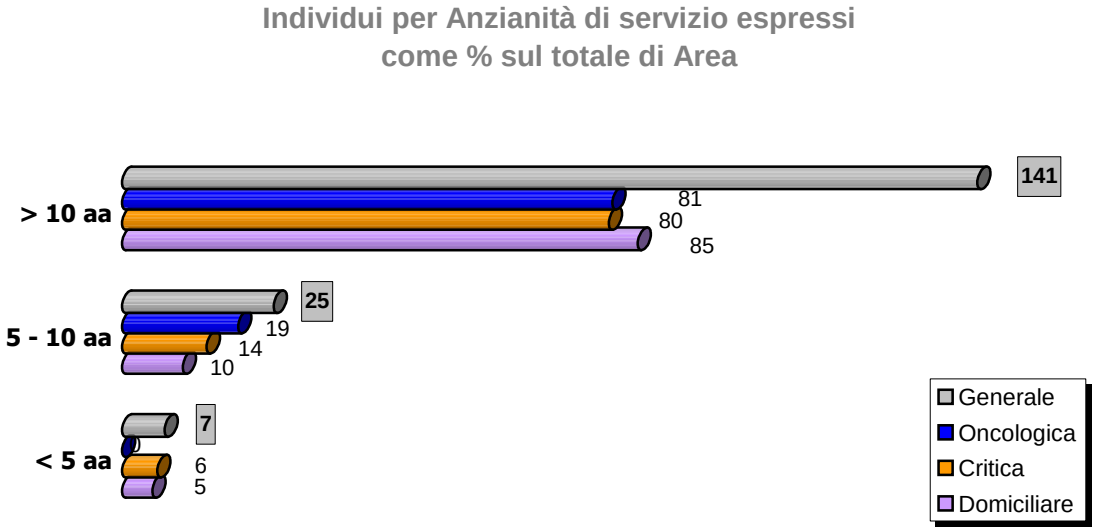


Figura 2 Grafico della distribuzione del campione per Anzianità di servizio; le barre rappresentanti gli Infermieri delle varie Aree nonché il campione globalmente, sono raggruppate in base agli anni totali di lavoro (meno di 5, tra 5 e 10, oltre 10).

La popolazione professionale più giovane è quella dell'Area Critica (16 anni in media dall'inizio dell'attività); Assistenza Domiciliare ed Area Oncologica presentano dati sovrapponibili (20 anni mediamente di lavoro alle spalle).

Relativamente invece alla Anzianità di permanenza presso il reparto, si riscontra una minore variabilità: difatti, raggruppando anche qui i dati in tre fasce (Professionisti presenti nello stesso reparto da meno di 5 anni, tra 5 e 10, oppure da oltre 10 anni), si rileva come esse siano rappresentate in maniera sovrapponibile in tutte le Aree.

Gli anni mediamente trascorsi presso l'unità operativa sono 9 sia in Area Critica che in Assistenza Domiciliare, addirittura 12 per l'Oncologia (questo dato è stato ottenuto tralasciando gli Infermieri dell'Hospice, essendo la struttura aperta soltanto dal 2002).

Il confronto tra i valori medi dell'anzianità di servizio e dell'anzianità di reparto, suggerisce che in Assistenza Domiciliare la maggior parte degli Operatori sia giunta dopo un congruo servizio effettuato altrove (20 anni in media di carriera contro 9 in questo servizio, con uno scarto di ben 11 anni); ciò è vero anche per l'Oncologia, dato questo confermato dalla mancanza di neo assunti, anche se l'esperienza pregressa è mediamente un po' inferiore (8 anni); gli Infermieri di Emergenza hanno un bagaglio di lavoro alle spalle inferiore , mediamente di soli 5 anni.

Motivazioni e gratificazione

La motivazione che più spesso porta l'Operatore in un determinato reparto è dettata dalla tipologia del Malato (33% del totale); gli aspetti tecnici hanno un'incidenza inferiore (16% per la qualità dell'assistenza, 14% per l'organizzazione del reparto); è collocato dal Servizio Infermieristico il 37% dei Professionisti.

La gratificazione professionale è alta: il 20% degli Infermieri si dichiara completamente soddisfatto del proprio lavoro, e ben il 72% soddisfatto almeno in parte.

I dati non presentano variazioni significative né tra le diverse Aree né per età professionale.

Congruità della formazione

Andando ad analizzare le risposte relative al tema della formazione sull'elaborazione del lutto, si riscontra che la maggioranza dei partecipanti alla ricerca (oltre il 61%) ha dichiarato di non esserne soddisfatto.

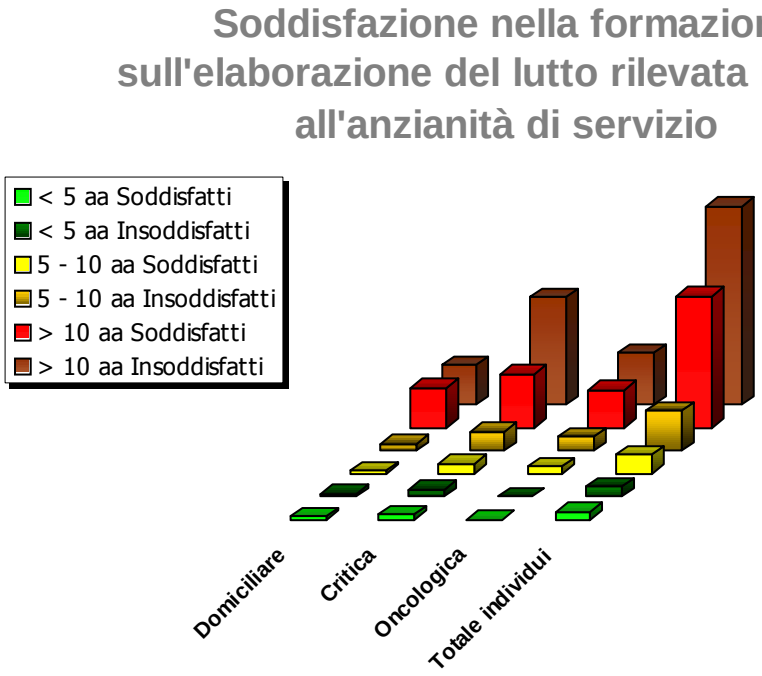


Figura 3 Grafico relativo alla soddisfazione espressa relativamente alla propria formazione sul tema dell'elaborazione del lutto, rilevata in base all'Anzianità di servizio; le barre rappresentano il numero di individui, rispettivamente soddisfatti o non soddisfatti, per ogni fascia di età e per ogni Area.

Di questi, la percentuale più elevata (66%) lavora in Area Critica, fatto questo probabilmente riconducibile alla mancata specificità dell'argomento nella preparazione del personale di Emergenza; è altrettanto evidente però come un così alto numero di insoddisfatti per tale carenza sia significante di un reale disagio.

Da notare inoltre che in Assistenza Domiciliare la differenza tra chi ritiene congrua la propria formazione sull'argomento e di chi ne è invece insoddisfatto è minima (47,50% contro 52,50% rispettivamente).

Analizzando le risposte in rapporto alle differenti fasce di età professionale, risulta una percentuale più elevata di Infermieri soddisfatti in materia nella fascia più giovane (chi ha meno di 5 anni di servizio lo è al 43%); occorre però considerare che in termini di numero assoluto questo gruppo è talmente esiguo da dover essere considerato purtroppo poco significativo.

Più interessante è invece leggere i dati in base alle modalità di ottenimento della formazione.

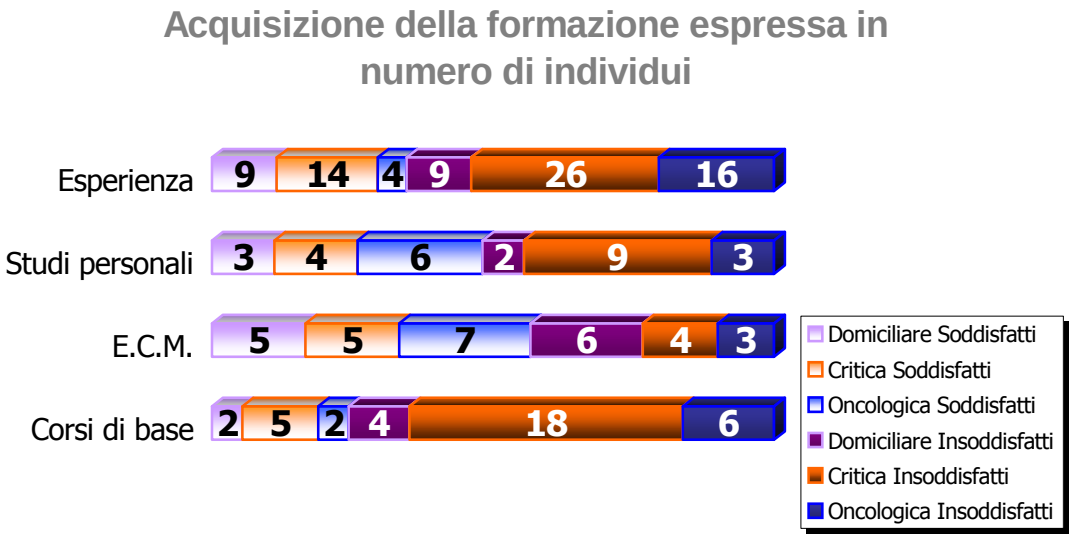


Figura 4 Grafico delle modalità di ottenimento della formazione relativa all'elaborazione del lutto, rappresentate ciascuna da una barra; i valori indicano il numero di individui, raggruppati in base all'area di appartenza ed alla congruità della formazione.

Relativamente ai corsi di base, essi sono indicati come unica fonte di preparazione professionale all'elaborazione del lutto in 37 questionari (il 21% del totale); è ampiamente più elevato il numero di Infermieri che li ritiene poco formativi su questo tema (28 contro 9 soddisfatti), e ciò è particolarmente evidente per l'Area Critica; di contro, si rileva che questa è l'Area in cui sono meno frequenti approfondimenti sull'argomento.

Studi personali o formazione E.C.M. risultano in 57 risposte (il 33% del totale, 16% e 17% rispettivamente); in Area Oncologica, dove si rileva una maggiore attenzione al problema con 13 individui che hanno

approfondito l'argomento, chi ha acquisito queste ulteriori nozioni sul lutto si dichiara in larga percentuale soddisfatto (il 69% ritiene congrua la propria formazione contro un 31% che resta comunque insoddisfatto); ciò non si riscontra nelle altre Aree, nelle quali tali corsi hanno prodotto un numero pressoché sovrapponibile di soddisfatti e insoddisfatti.

La fascia più ampia di Infermieri (il 45%), prevalentemente di Domiciliare ed Emergenza, indica l'esperienza come maggior fonte di formazione in tema di morte e morire; di questi il 34% si ritiene appagato, mentre il 66% (cioè quasi il 30% del totale di coloro che ha partecipato alla ricerca) non la ritiene sufficiente. In particolare, questo accade per i Professionisti dell'Oncologia (qui l'80% di chi si affida alla sola risorsa dell' esperienza è insoddisfatto della propria formazione). In Assistenza Domiciliare, l'esperienza è giudicata congrua invece dal 50% di coloro che l' hanno indicata come fonte prevalente della loro formazione sul lutto.

Morenti ricordati

La domanda relativa al "numero di morenti che si ricorda di avere assistito nell'ultimo anno", era intesa a verificare la percezione che il Professionista ha del peso che questo genere di assistenza comporta: nell'ambito di uno stesso servizio, dove il numero di decessi cui si assiste è analogo, riuscire a quantizzarne il ricordo può dare la misura del diverso coinvolgimento riportato.

Purtroppo, forse per una formulazione troppo generica delle modalità di risposta, i dati acquisiti non hanno significatività, in quanto le risposte sono uniformi per tutte le Aree, le fascie d'età professionale e la percezione della congruità della formazione.

Cambiamenti riscontrati

L'analisi dei dati relativi ai cambiamenti riscontrati dagli Infermieri in conseguenza della morte di un Paziente è stata fatta sia in base alle Aree di lavoro, che all'anzianità di servizio.

Il dato che risulta più evidente, come era facilmente prevedibile, è che l'ambito più alterato è quello Emozionale (per il 77% degli Infermieri di Area Critica, l '80% di Assistenza Domiciliare e l'85% di Area Oncologica), con una leggera prevalenza tra chi non ritiene congrua la sua formazione sul lutto (83% dei non soddisfatti, contro il 75%); analizzando però questo risultato per Aree, si rileva come, mentre in Oncologia non c'è sensibile differenza percentuale di mutamenti tra chi è soddisfatto della formazione sul lutto e chi non lo è, più marcata è invece la discrepanza tra gli altri Professionisti.

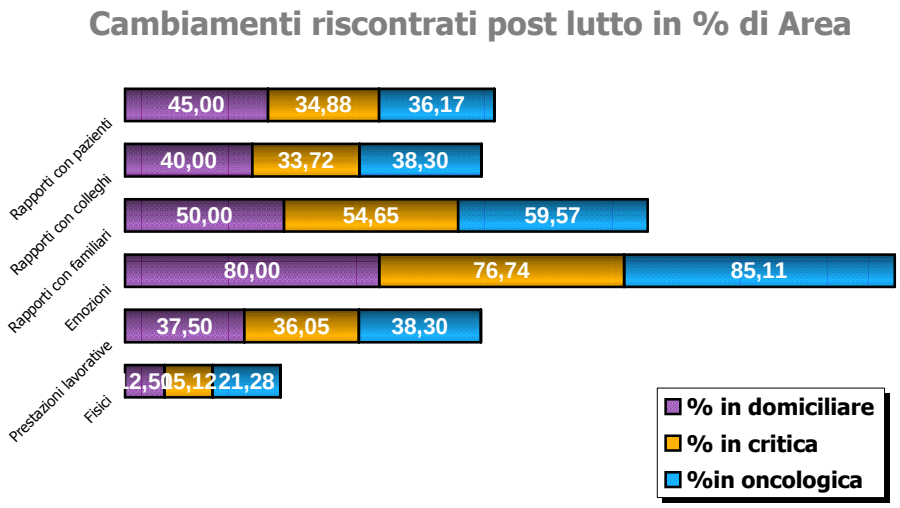


Figura 569 Grafico relativo ai cambiamenti riscontrati a seguito della morte di un paziente; i valori esprimono la percentuale degli Infermieri per ciascuna Area.

Molto interessante è l'incidenza sulle prestazioni lavorative ed il rapporto con i pazienti, che in tutti e tre i casi risultano più disturbati tra chi non è soddisfatto della propria formazione (prestazioni lavorative alterate tra il 27% dei soddisfatti contro il 43% di chi non lo è; rapporto

con i pazienti: 25% contro 45% rispettivamente); ciò è particolarmente evidente in Area Critica; per le altre serie di dati le variazioni tra gli uni e gli altri sono percentualmente di scarso significato.

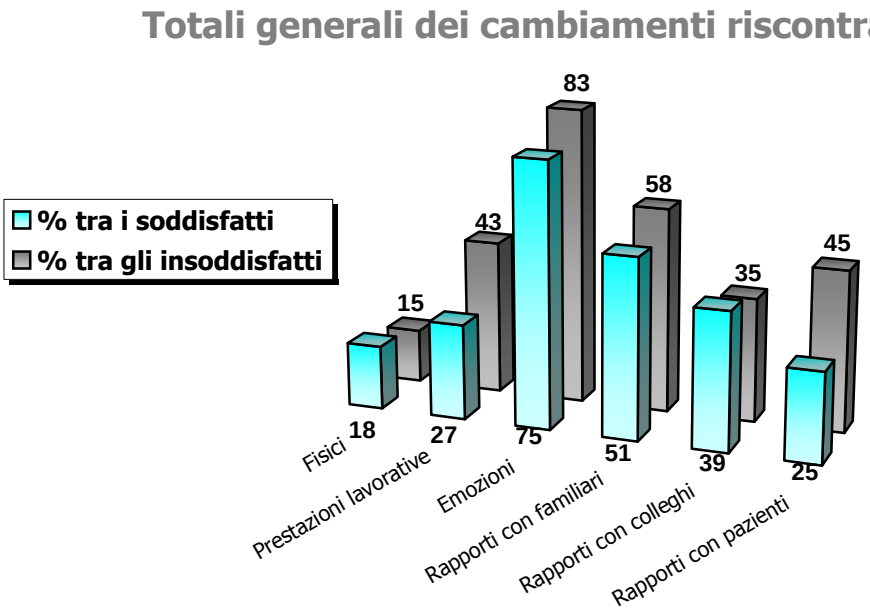


Figura 6 Grafico relativo ai cambiamenti riscontrati a seguito della morte di un paziente; i valori esprimono la percentuale degli Infermieri suddivisi in base alla percezione della congruità della propria formazione.

In Assistenza Domiciliare, tra soddisfatti e insoddisfatti della propria formazione risulta sovrapponibile il numero di chi riferisce variazioni delle Emozioni; ma nella seconda categoria si rileva una percentuale doppia di effetti sulle prestazioni lavorative. Sarebbe interessante verificare se il disagio relativo ad una preparazione ritenuta incongrua sia la causa oppure l'effetto di tale dato.

In Area Critica è da notare una percentuale molto bassa, tra chi è soddisfatto delle proprie nozioni sull'elaborazione del lutto, di problematiche relative al rapporto con il paziente.

In Oncologia è piuttosto rilevante l'incremento delle ripercussioni sul piano fisico (notate nel 21% dei casi).

Visionando poi i dati in base all'età lavorativa (escludendo purtroppo la fascia dei Professionisti con meno di 5 anni di lavoro, in quanto il loro numero estremamente esiguo ne rende inattendibile il valore), emerge la singolarità che chi ha meno di 10 anni di servizio ed è soddisfatto della propria formazione sul lutto, presenta percentualmente minori ripercussioni emozionale (50% contro il 75% generale) ma maggiori alterazioni fisiche (38% contro il 18% generale). Più in generale, si evidenzia come le problematiche in ambito fisico vadano progressivamente scemando all'aumentare dell'età professionale.

La fascia con 5 – 10 anni di lavoro alle spalle dichiara inoltre minori cambiamenti sul piano lavorativo e nel rapporto con il paziente, e modificazioni meno evidenti sul piano emozionale.

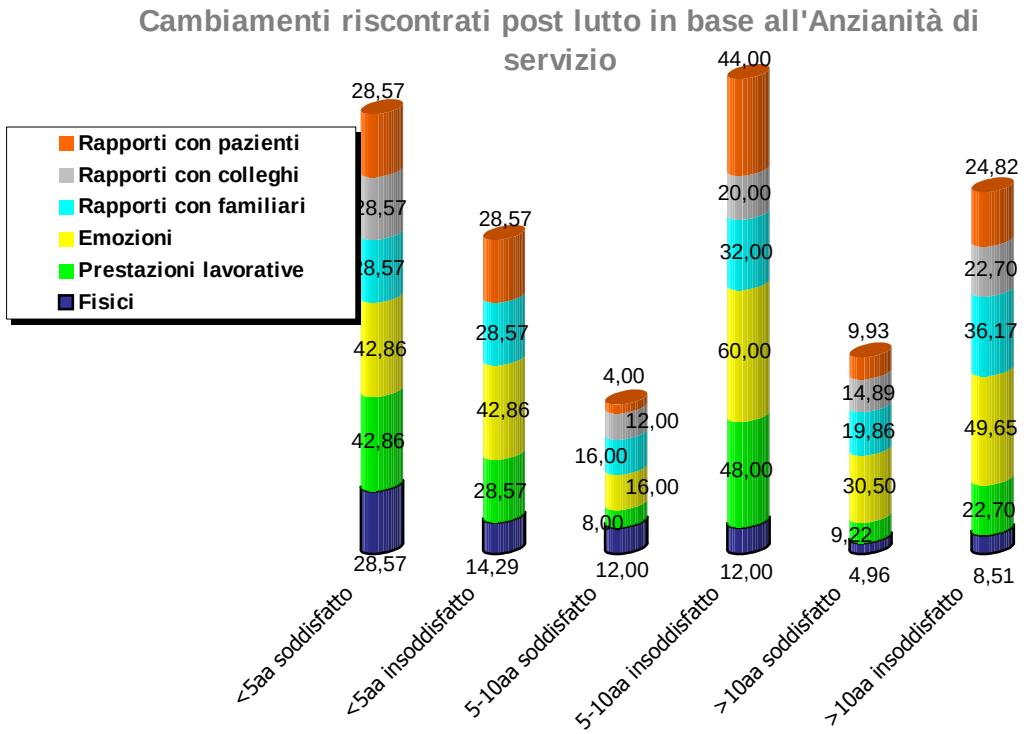


Figura 7 Grafico relativo ai cambiamenti riscontrati a seguito della morte di un paziente; i valori esprimono la percentuale degli Infermieri suddivisi in base alla Anzianità di servizio e alla congruità della formazione sull'elaborazione del lutto (ogni barra ne rappresenta la parte soddisfatta o insoddisfatta relativamente a ciascuna fascia d'età lavorativa).

Sintomatologia

Anche dai dati relativi alla Sintomatologia correlata alla morte dei pazienti, si evidenzia come il settore maggiormente alterato sia l'emozionale .

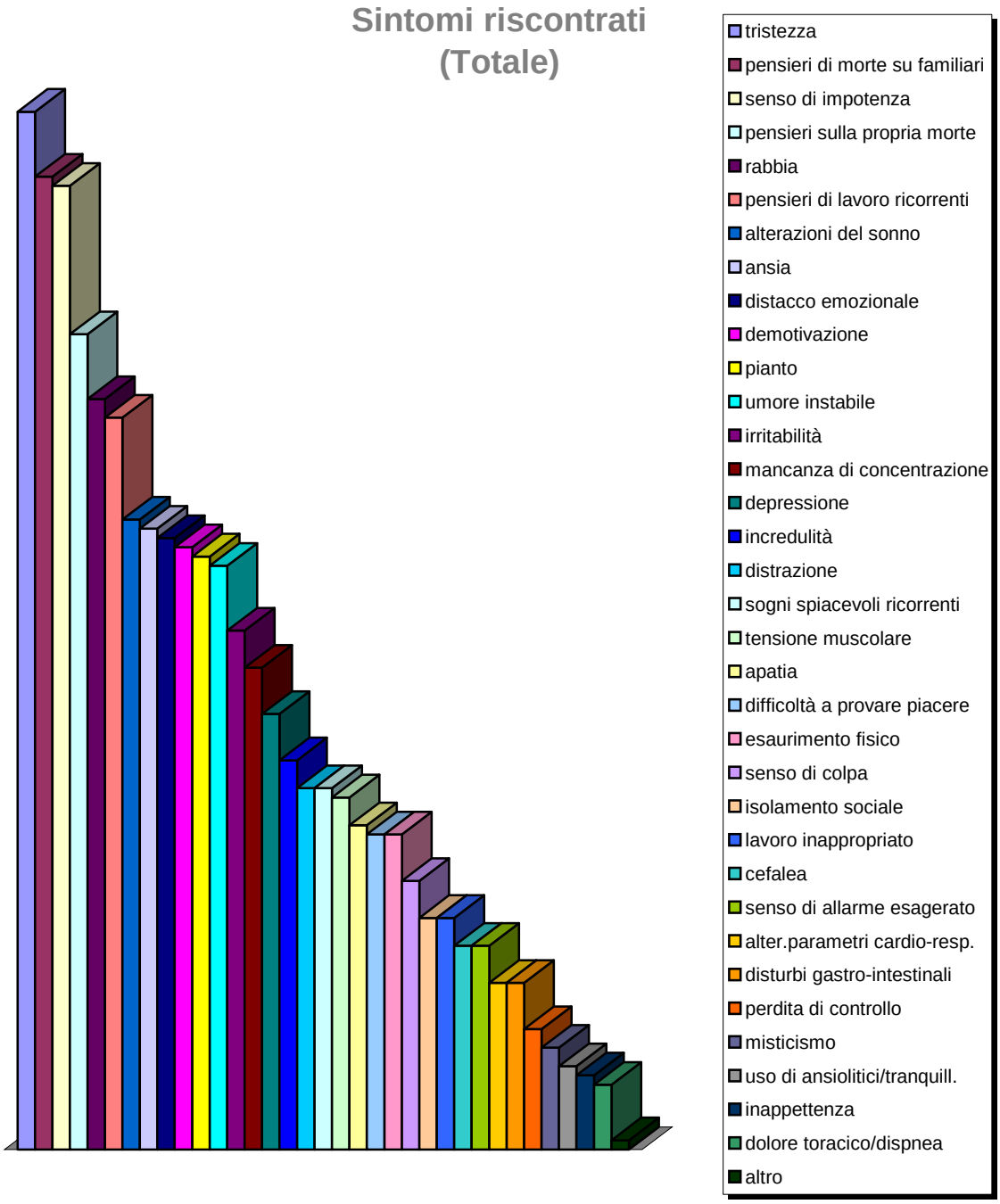


Figura 8 Grafico dei sintomi correlabili alla morte di un paziente, relativi all'intero campione in esame.

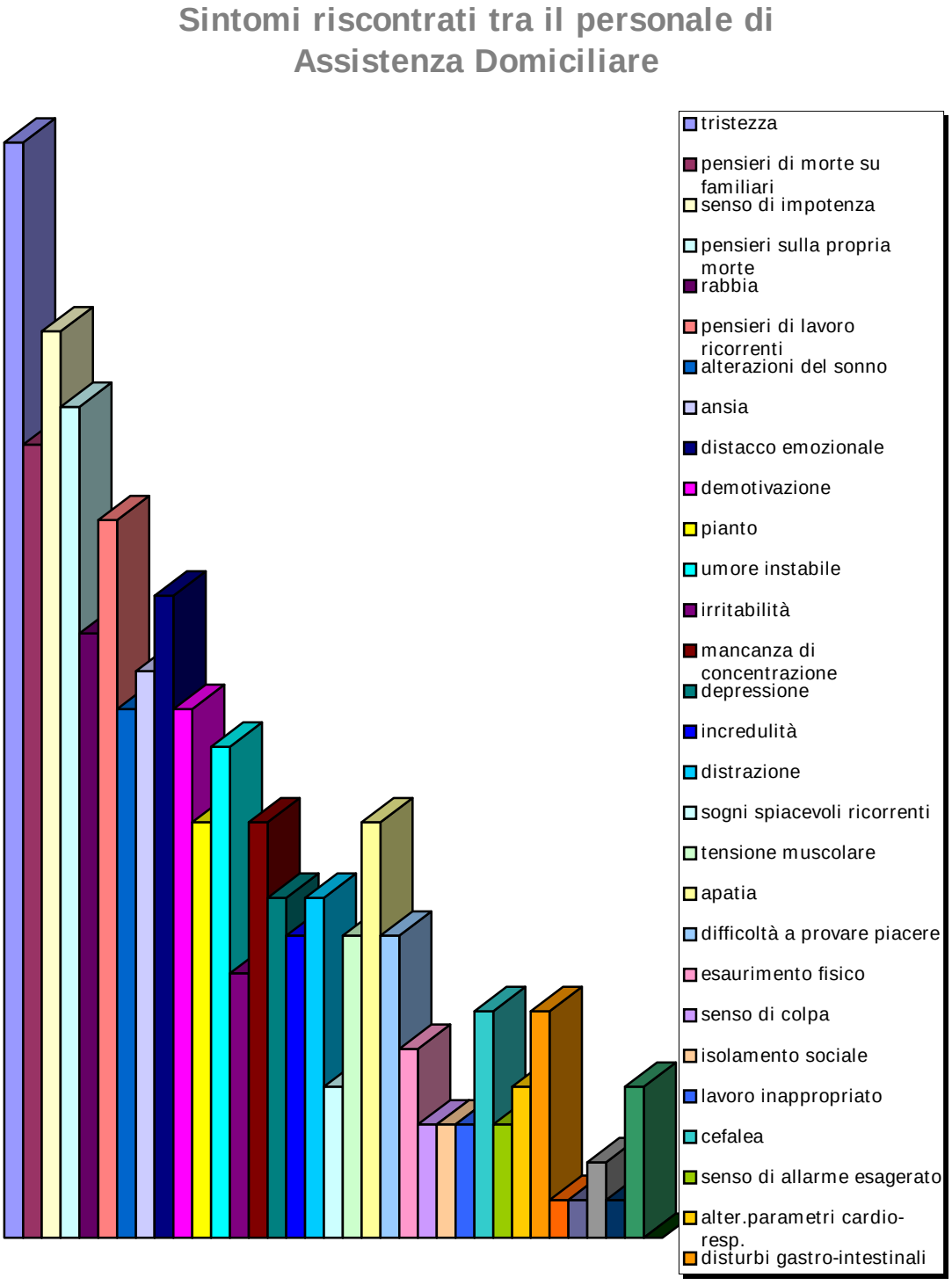


Figura 9 Grafico dei sintomi correlabili alla morte di un paziente, relativi all'Area dell'Assistenza Domiciliare.

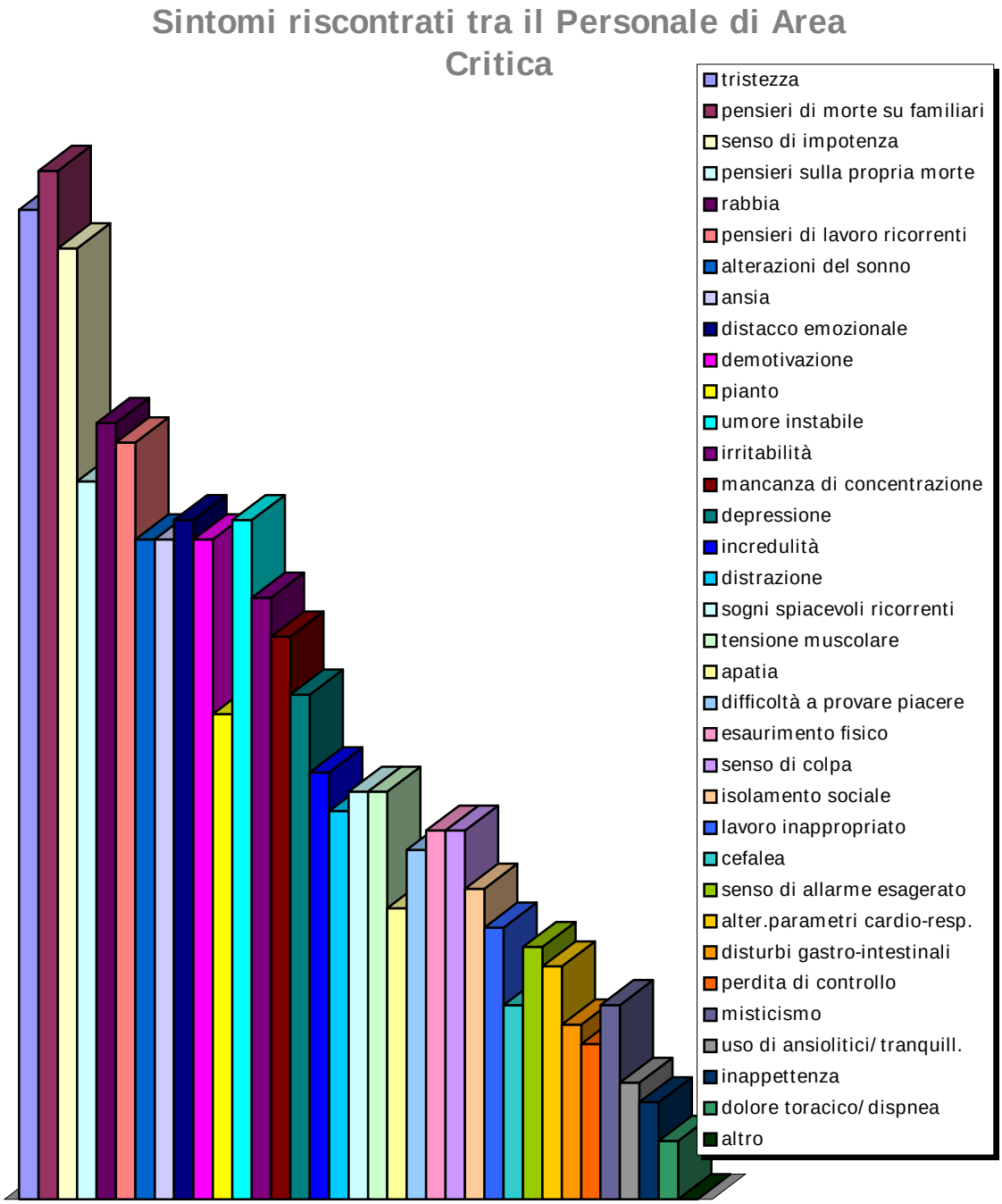


Figura 10 Grafico dei sintomi correlabili alla morte di un paziente, relativi all'intero campione in esame.

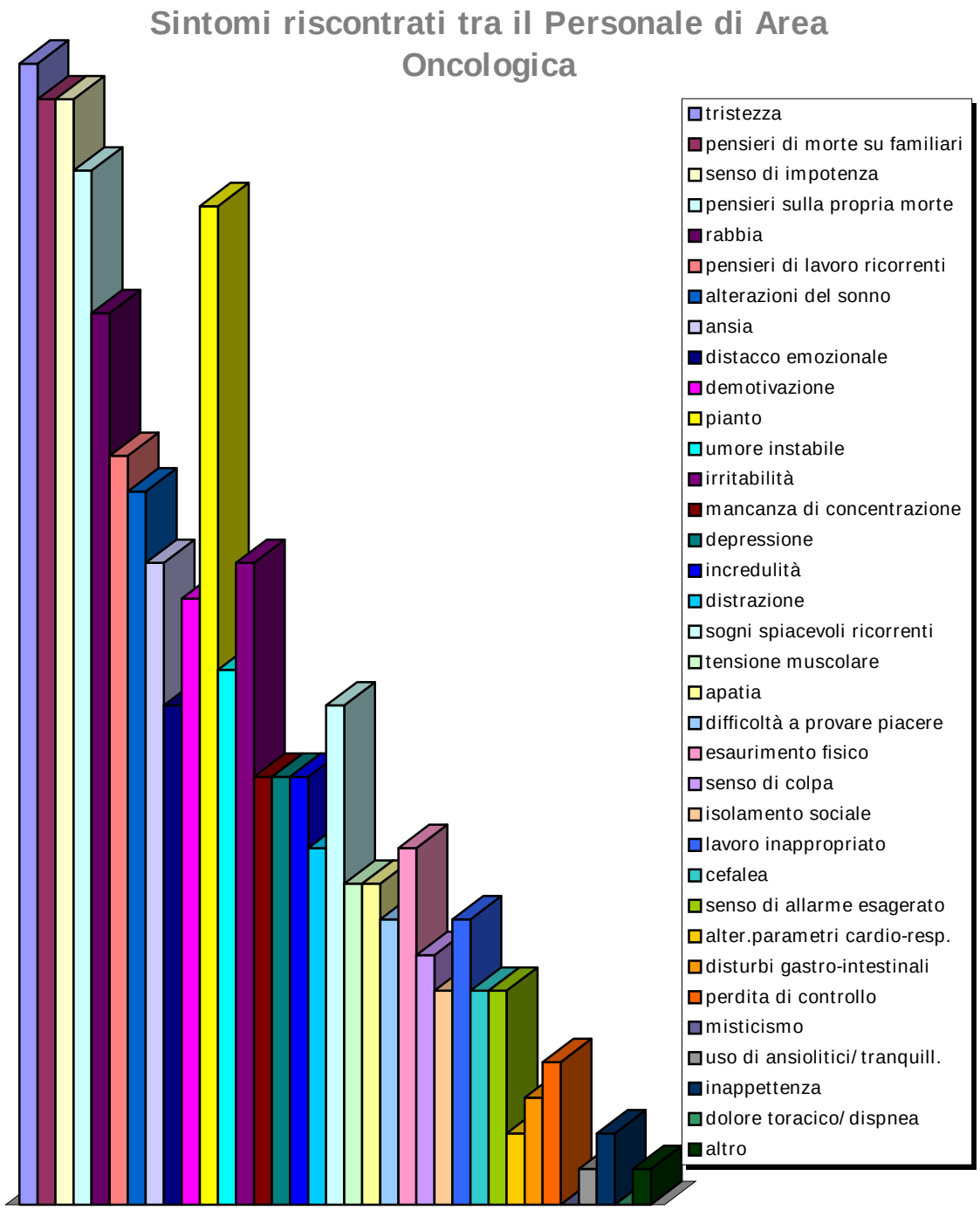


Figura 11 Grafico dei sintomi correlabili alla morte di un paziente, relativi all'intero campione in esame.

La percentuale più elevata di positività si ha per il sintomo "Tristezza" (65%), "Pensieri sulla morte dei propri familiari" (61%), "Senso di impotenza" (60%); visualizzando i dati per singola area, si nota come la voce immediatamente successiva, cioè "Pensieri sulla propria morte" sia barrata dal 62% degli Infermieri oncologici, dal 55% in Assistenza Domiciliare, e solo dal 43% in Area Critica.

E' interessante rilevare come la voce "Senso di colpa" abbia una percentuale di risposte positive proporzionale al grado di tecnicismo dell'Assistenza: è all'8% in Domiciliare, al 15% in Oncologia, e sale al 22% in Critica.

Gli Infermieri non sfuggono alla diffusa tabuizzazione del pianto, specie in Domiciliare e Critica (28% e 29% rispettivamente), mentre in Oncologica una percentuale molto più elevata (60%) dichiara questa naturale esplosione dello stato ansiogeno e angosciante; tendenza inversa per il "Distacco emozionale" che è 43% e 41% in Domiciliare e Critica, e solamente 30% in Oncologica.

Gli Infermieri dell'Assistenza Domiciliare sono meno "Irritabili" (18% contro il 32% globale), ma incappano più frequentemente nell' "Apatia" (28% contro il 17% e il 19% delle altre Aree).

Singolare che l'Area Oncologica presenti globalmente un minor peso di sintomi fisici quali "Alterazione dei parametri cardio-respiratori" (4% contro 10% e 14%) e "Disturbi gastro-intestinali" (6% contro 10% e 15%), o "Dispnea" che riscuote il 10% di positività in assistenza Domiciliare, mentre qui non è mai rilevante.

A qualsiasi area appartenga, possiamo definire l'Infermiere come professionista pesantemente segnato dagli strascichi del lutto: "Pensieri di lavoro ricorrenti" appartengono al 46% del campione totale, nonché "Alterazioni del sonno", "Ansia", "Demotivazione" a ben oltre il 30%.

Inquieta sapere che il 30% dei Professionisti, in maniera pressoché sovrapponibile per tutte le Aree, lamenta "Mancanza di concentrazione" e

il 23% "Distrazione" , mentre il 14% dichiara come conseguenza del lutto di offrire "Prestazioni lavorative qualitativamente inappropriate".

Analizzando i singoli questionari, emerge che alcuni Professionisti dichiarano di non avere mai riconosciuto alcun sintomo conseguente alla morte dei pazienti, altri invece barrano pressoché tutte le caselle: questo secondo caso è limitato però a pochi individui, 12 in totale (cioè il 7% del campione). La prima situazione si presenta invece per il 25% del Personale di Oncologia, il 30% in Domiciliare, il 33% di Critica.

Un'interessante incongruenza la si può notare confrontando i dati delle risposte relative ai Cambiamenti relativi al lutto professionale con quelli della Sintomatologia rilevata: il 49% degli Infermieri di Pronto Soccorso e Rianimazione, il 42% della Domiciliare e il 21% delle Oncologie, mentre dichiara di non avvertire modificazioni in alcuni settori (più frequentemente quelli delle Prestazioni di Lavoro, e dell'Area Fisica), riporta invece nella disamina fine uno o più sintomi chiaramente correlati ad essi (chi non ha rilevato Mutamenti Fisici barra poi voci quali "Cefalea", "Esaurimento fisico", "Alterazione dei parametri cardio-respiratori", "Tensione muscolare"; sul versante di chi non avverte compromissione delle proprie prestazioni lavorative emergono invece "Difficoltà di concentrazione" e "Distrazione"). Se ne può dedurre come questi sintomi non siano consapevolmente correlati al lutto professionale, e come ciò accada maggiormente laddove l'assistenza al morente non sia vissuta come facente naturalmente parte del bagaglio del Curante, ma piuttosto come un incidente di percorso.

Richiesta di supporto

Nell'ambito del Supporto all'elaborazione del lutto professionale, in larga parte gli Infermieri si dichiarano consapevoli della sua utilità teorica (sì per il 75% del campione), ma quando viene richiesto se l'individuo abbia mai personalmente pensato di ricorrervi, sono molti meno (solo il 47%) coloro che danno ancora una risposta positiva.

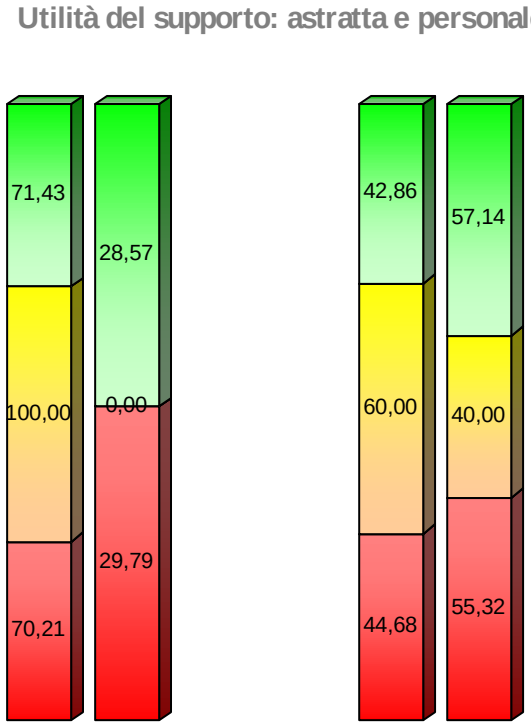


Figura 12 Grafico relativo all'utilità di un supporto nell'elaborazione del lutto, come possibilità generica nel gruppo di sinistra e come possibile utilizzo personale a destra; per entrambi i gruppi, la colonna di sinistra corrisponde ai sì e quella di destra ai no, mentre la suddivisione è relativa alle fasce di anzianità professionale (minore di 5 anni in verde, tra 5 e 10 in giallo, maggiore di 10 in rosso).

La percentuale scende ulteriormente al 38% relativamente ad un utilizzo effettivo di tale supporto.

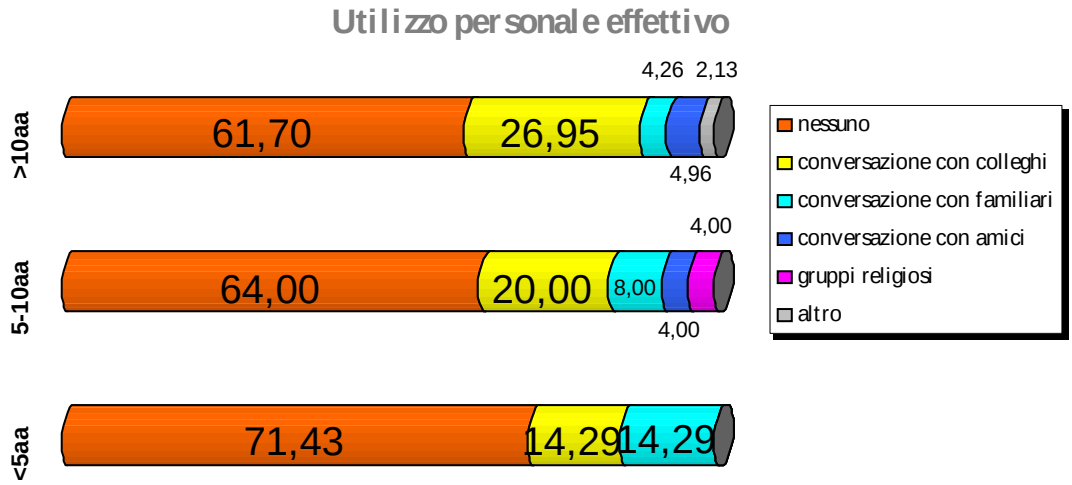


Figura 13 Grafico relativo all'utilizzo personale effettivo di supporti all'elaborazione al lutto, per fasce di Anzianità professionale.

Il concetto dell'utilità del supporto è particolarmente diffuso tra i Professionisti con 5 – 10 anni di lavoro, che lo fanno proprio nel 100% dei casi; sono però quegli stessi che ne asseriscono l'utilità personale solo al 60%, e ne fanno un utilizzo effettivo nel 36% dei casi.

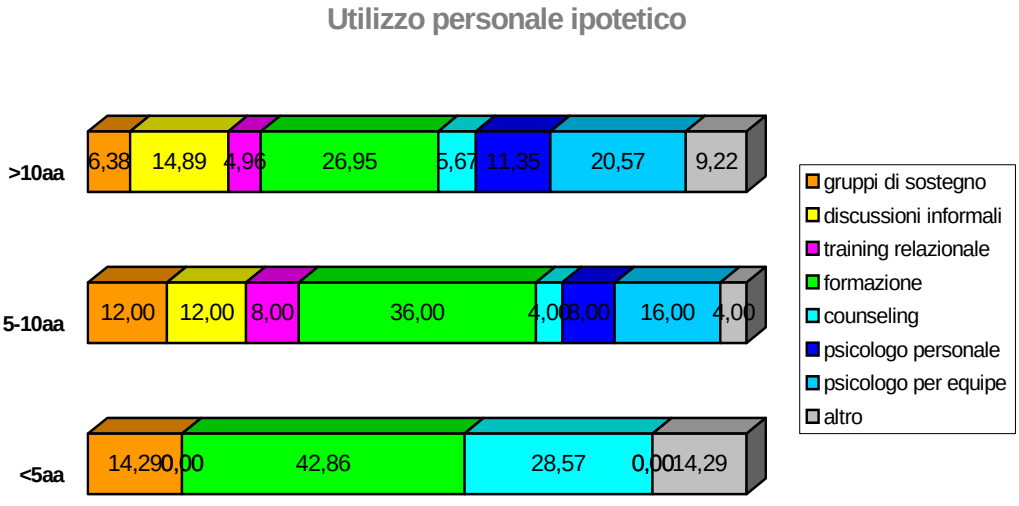


Figura 14 Grafico relativo all'utilizzo personale ipotetico di supporti all'elaborazione del lutto eventualmente forniti, in base alla modalità preferibile.

Le conclusioni

"E come un punto sarà nella memoria
questo mare di giorni"
(D. M. Turoldo)

Dai dati raccolti, è possibile evincere un certo numero di considerazioni.

Il grado di adesione alla ricerca (173 questionari compilati su 240 consegnati, pari al 72% del campione) rende ragione di come l'argomento del lutto professionale riscuota l'interesse della categoria infermieristica.

Relativamente all'età professionale, i dati suggeriscono come il primo approccio al Nursing porti a prediligerne gli aspetti più tecnici ed eclatanti, rappresentati per lo più dai reparti di Pronto Soccorso e Rianimazione, mentre si giunge a lavorare in Oncologia dopo aver trascorso in media 8 anni in altri reparti, in Assistenza Domiciliare dopo 11.

I dati anagrafici paiono mostrare anche una tendenza maschile ad identificarsi maggiormente con gli aspetti tecnici della Professione piuttosto che con la relazione di cura (concentrazione in Area Critica, molto bassa la presenza altrove).

Una annotazione interessante riguarda il limitato grado di turn over rilevato: nonostante l'elevato carico di fattori stressogeni propri dei settori in esame, fra la popolazione oggetto del campione è presente una percentuale pari al 70% di Infermieri che sono nel reparto da almeno 5

anni, il 38% addirittura da oltre 10 (ben al di fuori di questi valori si pone il Day Hospital Oncologico, nel quale gli infermieri con oltre 10 anni di permanenza sono il 60%; ciò è comunque probabilmente legato alle particolarità delle prestazioni e dell'orario di lavoro).

La comprensione di questo dato risulta semplificata alla luce delle risposte al quesito sulla Gratificazione lavorativa, che è assai elevata: il 20% della popolazione oggetto di studio si dichiara completamente soddisfatto, giungendo al 92% se si assume la soddisfazione almeno parziale, tutto ciò in modo uniforme sia per Età professionale che per Area lavorativa[51].

Relativamente alla Motivazione che sottende la scelta della collocazione lavorativa, la fascia più consistente di risposte (37%) appartiene a coloro che sono stati inseriti dal Servizio Infermieristico; tra quelli che hanno potuto scegliere la destinazione, la prevalenza è di chi ha deciso in base alla tipologia del Malato che avrebbe incontrato.

Tutto ciò, per chi si dedica al Nursing di area Oncologica, è fortemente significativo di un elevato grado di consapevolezza relativamente al problema in esame.

I valori medi complessivi dei dati sulla Formazione in tema di elaborazione del lutto riportano come la maggioranza degli Infermieri se ne dichiari insoddisfatta (61%). Ciò è particolarmente vero per chi lavora in Emergenza; se il dato è prevedibile tenendo conto del fatto che la formazione specifica di questi operatori è meno orientata al problema, per contro l'elevato grado di disagio (riscontrabile nel 66% degli

51 Per chi scrive è fonte di grande rassicurazione la scheda di un professionista con 34 anni di carriera alle spalle che si dichiara completamente gratificato dal punto di vista professionale.

operatori) può essere letto come una necessità di riconsiderare il tema non più come superfluo tra le competenze specialistiche del settore.

Più significativa l'analisi in base alle modalità di ottenimento della formazione: la fascia più ampia di Infermieri (il 45%), prevalentemente di Domiciliare ed Emergenza, indica l'esperienza come maggior fonte di formazione in tema di morte e morire; di questi il 34% si ritiene appagato, mentre il 66% (cioè quasi il 30% del totale di coloro che ha partecipato alla ricerca) non la ritiene sufficiente.

Sono per lo più i Professionisti dell'Oncologia ad approfondire le proprie conoscenze in tema di lutto (qui l'80% di chi si affida alla sola risorsa dell' esperienza è insoddisfatto della formazione, e 13 individui hanno seguito studi personali o corsi di Educazione Continua in Medicina al riguardo), e chi ha acquisito queste ulteriori nozioni si dichiara in larga percentuale soddisfatto; ciò non si riscontra nelle altre Aree, nelle quali tali corsi hanno prodotto un numero pressoché sovrapponibile di soddisfatti e insoddisfatti.

Caratteristica comune è che la formazione sull'elaborazione del lutto ottenuta attraverso i corsi di base è giudicata in tutte le Aree prevalentemente insoddisfacente per le esigenze della professione. Manca però un corrispondente aumento del ricorso ad altre fonti formative, in quanto chi non partecipa a studi ulteriori è il 21% del totale.

In generale, da questi dati si evince che chi ritiene congrua la propria formazione sull'elaborazione del lutto l'ha ricavata prevalentemente dall'esperienza (16% del totale generale) o dagli E.C.M. (10%); ma di contro anche chi ne è insoddisfatto indica l'esperienza come fonte precipua (29%) insieme alla formazione di base (16%).

Di fronte al ricorso ad una così massiva acquisizione diretta, tramite il contatto col paziente, degli strumenti per elaborare il lutto, ci si può domandare quale livello di qualità (intesa come erogazione di prestazioni

uniformi su standard elevati anche in situazioni di stress) possa offrire l'Infermiere al riguardo.

Un discorso interessante, anche se complesso, riguarda quanto l'Infermiere percepisce in termini di cambiamenti (Fisici, Emozionali, Prestazioni lavorative, Relazione con Familiari o Colleghi o Pazienti) in seguito alla morte dell' assistito, correlati agli specifici Sintomi (sempre riferiti allo stesso evento) di cui gli viene proposta una puntuale disamina.

L'appartenenza ad Aree professionali differenti non interviene come variabile discriminativa per quanto concerne il versante dell'Emotività, che è per tutti, e comprensibilmente, il settore maggiormente interessato.

Percentualmente questo dato si fa più rilevante tra gli insoddisfatti della propria formazione, che risultano anche essere i più disturbati sul versante delle Prestazioni lavorative e del Rapporto con i Pazienti.

Sarebbe interessante verificare se il disagio relativo ad una preparazione ritenuta incongrua sia la causa oppure l'effetto di tale situazione.

In ambito di "Cambiamenti fisici", emerge la tendenza ad un progressivo calo delle ripercussioni all'aumentare dell'età professionale. Tentare interpretazioni fini di questo risultato appare arbitrario ed esula dagli scopi del lavoro; le due chiavi di lettura dell'esperienza (vista come fattore che migliora l'elaborazione del lutto, quindi ne fa diminuire le ripercussioni) e del Burn out (cioè della la possibilità che subentrino condizioni di distacco tali da offrire una maggior salvaguardia degli aspetti fisici a scapito del versante relazionale) portano a considerazioni diametralmente opposte.

Il rapporto con i familiari è globalmente fortemente alterato: l'Infermiere risulta essere un professionista che "porta a casa" molto del

suo lavoro; ciò è riscontrabile anche dall'analisi dei singoli sintomi riferiti come conseguenza di un lutto professionale: "Pensieri di lavoro ricorrenti" appartengono al 46% del campione totale, nonché "Alterazioni del sonno", "Ansia", "Demotivazione" che sono propri a ben oltre il 30%.

Un'interessante incongruenza la si può notare laddove alcuni Professionisti, mentre dichiara di non avvertire modificazioni in alcuni settori (più frequentemente quelli delle Prestazioni di Lavoro, e dell'Area Fisica), riporta invece nella disamina fine uno o più Sintomi chiaramente correlati ad essi (chi non ha rilevato Mutamenti Fisici barra poi voci quali "Cefalea", "Esaurimento fisico", "Alterazione dei parametri cardio-respiratori", "Tensione muscolare"; sul versante di chi non avverte compromissione delle proprie prestazioni lavorative emergono invece di frequente "Difficoltà di concentrazione" e "Distrazione").

Se ne può dedurre come questi fenomeni non vengano associati consapevolmente al lutto professionale, e solo una analisi più attenta e dettagliata faccia emergere tale correlazione.

Ciò accade maggiormente laddove l'assistenza al morente non è vissuta come facente naturalmente parte del bagaglio del Curante, ma piuttosto come un incidente di percorso (si verifica infatti nel 49% degli Infermieri di Pronto Soccorso e Rianimazione, nel 42% della Domiciliare e solo nel 21% delle Oncologie).

Le stesse conclusioni si evincono anche da una differente serie di dati: mentre appare piuttosto rilevante l'incremento delle ripercussioni sul piano Fisico in Oncologia (notate nel 21% dei casi), si riscontra globalmente negli infermieri di questa Area un minor peso percentuale rispetto ai colleghi di Sintomi fisici, quali "Alterazione dei parametri cardio-respiratori" (4% contro 10% e 14%) e "Disturbi gastro-intestinali" (6% contro 10% e 15%), o "Dispnea" che riscuote il 10% di positività in assistenza Domiciliare, mentre qui non è mai rilevante.

Tutto ciò suggerisce come una maggiore attenzione al problema produca aumentata consapevolezza, ("Pensieri sulla propria morte" è difatti una voce barrata dal 62% degli Infermieri oncologici, dal 55% in Assistenza Domiciliare, e solo dal 43% in Area Critica), e come la migliore espressione del cordoglio ("Piange" in Domiciliare e Critica il 28% e 29% rispettivamente, mentre in Oncologica si riscontra una percentuale molto più elevata -60-; tendenza inversa per il "Distacco emozionale" che è 43% e 41% in Domiciliare e Critica, e solamente 30% in Oncologica) conduca ad una reale diminuzione delle somatizzazioni.

E' interessante rilevare come la voce "Senso di colpa" abbia una percentuale di risposte positive proporzionale al grado di tecnicismo dell'Assistenza: è all'8% in Domiciliare, al 15% in Oncologia, e sale al 22% in Critica.

Inquieta invece sapere che il 30% dei Professionisti, in maniera pressoché sovrapponibile per tutte le Aree, lamenta "Mancanza di concentrazione" e il 23% "Distrazione" , mentre il 14% dichiara come conseguenza del lutto di offrire "Prestazioni lavorative qualitativamente inappropriate".

Nell'ambito del Supporto all'elaborazione del lutto professionale, gli Infermieri, pur dichiarandosi consapevoli della sua utilità teorica, valutano raramente la possibilità di ricorrervi in pratica, e ancor meno ne fanno un utilizzo effettivo; ciò è meno vero tra coloro che sono soddisfatti della propria formazione sul tema del lutto.

L'orientamento ad un ipotetico accesso è verso eventi Formativi, o a situazioni che coinvolgano l'Equipe con marginale partecipazione di Esperti esterni ad essa.

Alla luce di quanto raccolto, le considerazioni finali di chi scrive sono le seguenti:

- Il problema dell'elaborazione del lutto professionale coinvolge pesantemente l'Infermiere, in quanto fonte sia di disagio personale dell'Operatore che sottostà a conseguenze emozionali, relazionali, comportamentali e fisiche, che di qualità disattesa, nel senso di elargizione di prestazioni al di sotto degli standard richiesti dall'attuale Sistema Sanitario, cui va aggiunto l'aumento del rischio percentuale di errore.
- Il disagio non è limitato alle Aree professionali storicamente dedite all'assistenza del morente, ma grava su tutti coloro che operano nel Nursing.
- La formazione al riguardo è insufficiente relativamente ai Corsi di Base, non riuscendo a rendere il Professionista consapevole dell'essenzialità di ulteriore approfondimento e supporto; emerge tra le altre la fondamentale esigenza di uniformare la base formativa fornendo, oltre all'imprinting comportamentale mutuato in tirocinio tramite l'osservazione del Personale, anche spazi concreti dove apprendere ad elaborare il lutto professionale.
- L'insoddisfazione sul grado di conoscenze personali si associa ad una aumento delle problematiche relazionali, specie verso il Paziente.
- Laddove si riscontra maggiore formazione, c'è parallelamente migliore consapevolezza delle conseguenze del cordoglio, e una minore incidenza di somatizzazioni correlate; la consequenzialità di tali eventi è realisticamente ipotizzabile .
- Il supporto all'elaborazione del lutto professionale è un'altra grande esigenza, anche se i valori medi complessivi prospettano una situazione piuttosto confusa.

"Oltre il 60% di chi svolge mestieri d'aiuto diventa almeno una volta nel corso della sua vita un guaritore ferito."

Molto correttamente, M. Klein ha osservato: *"…colui che è in lutto è favorito nel ripristino dell'armonia del suo mondo interiore se si trova vicino persone che condividono il suo cordoglio, e se è in grado di accettarne la solidarietà".*

Il punto non è tanto salvaguardare chi lavora, ma la coppia: chi aiuta e chi ha bisogno di aiuto. (…) Da questo nasce l'evidenza di rendere obbligatorie supervisioni esterne; della necessità di non perdere i contatti con chi svolge la medesima professione; del bisogno di sottoporsi a verifica per non finire smaciullati tra delirio di onnipotenza e senso d'impotenza."[52]

Tali considerazioni, che rispecchiano il pensiero dell'autrice di questo lavoro, vanno sempre più confermate e precisate attraverso lo strumento di ulteriori ricerche, perchè essendo in possesso di una conoscenza precisa del problema nella realtà sia possibile pianificare un intervento mirato.

A questo riguardo, per quanto ciò esuli dallo scopo di questo lavoro, non è possibile esimersi dall'auspicare sempre maggiore attenzione da parte della Struttura Sanitaria a quegli aspetti di multidimensionalità della Professione Infermieristica che solo in una visione globale possono essere affrontati, e che trovano espressione in un disagio ormai difficilmente ignorabile; tutto questo nell'ottica e per la salvaguardia di una professionalità in grado non solamente di aderire agli standard di riferimento, ma di migliorarli.

---

[52] Tratto da La Repubblica 17 novembre 1999, di Maria Stella Conte; citato in "Burnout e valutazione del proprio lavoro tra gli operatori sanitari della Medicina Oncologia Geriatria" A cura di Buda P. / Giorgetti W. / Guidi R. Repubblica di San Marino – Istituto Sicurezza Sociale

"Restare in hospice è difficile, tornavo a casa essendo grata dei chilometri da fare in auto, perché lì potevo piangere e sfogarmi. Alla fine ho capito che si può rimanere, essendo se stessi; semplicemente si può accettare di lasciarli andare, e di rimanere, senza sensi di colpa."[53]

[53] Le parole di una Infermiera dell'Hospice San Domenico di Lugo

Ringraziamenti

Grazie a Ferrara: l'ho amata così tanto da farne la culla di mio figlio.

Grazie all'Università: questo lungo, lungo, lungo…lungo cammino mi ha offerto armi di scienza e di dialogo, e un'armatura fatta delle tante risorse nascoste dentro di me e che nemmeno supponevo di avere.

Grazie al Nursing: ci sono arrivata sfuggendo un disagio, e in cambio ho trovato la cavalcatura che può portarmi lontano.

Grazie alla grigia eminenza che è stata dietro a tutto questo.

Grazie a Luca e Giuseppina che hanno atteso con pazienza di essere liberati dal drago della mia ansia e dei miei nervosismi di studentessa.

Grazie ai docenti, pungolo costante e affettuoso.

Grazie al Magnifico Relatore dott. Marco Piazza, che mi ha accolta trai molti cavalieri da addestrare.

Grazie soprattutto ai colleghi, che hanno accettato di collaborare a questo lavoro e che io ho sfinito con richieste di suggerimenti e consigli.

Grazie infine ai pazienti, che permettendomi di condividere le loro esperienze e il loro vissuto, mi hanno guidata e stimolata nelle varie tappe della formazione.

Grazie a tutti.

Grazie.

Grazie….

Grazie a Dio…è finita!!!!

Allegato 1

Questionario

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ravenna

Servizio Aziendale per la Formazione del Personale

Polo Formativo Prima Formazione

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI FERRARA

Facoltà di Medicina e Chirurgia

CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA
Sede di Faenza

Ricerca sulle reazioni dell'infermiere che assiste i pazienti morenti

Il mio nome è Giulia Casadio, studente del 3° anno di Infermieristica; per la Tesi di Laurea che sosterrò nei prossimi mesi, ho impostato una ricerca descrittiva – trasversale – retrospettiva sul lutto disfunzionale nella relazione di cura; intendo cioè ***definire il disagio dell' infermiere sottoposto frequentemente alla perdita del proprio paziente, e per farlo mi occorre conoscere la vostra esperienza.***

Il questionario allegato è distribuito nelle Unità Operative di ***Oncologia, Pronto Soccorso e Rianimazione*** dei Presidi Aziendali, nonché all' ***Hospice*** di Lugo, e al personale del Servizio di ***Assistenza Domiciliare*** dei tre distretti di Faenza, Lugo e Ravenna (campione universale per l'ambito dell' Azienda Sanitaria di Ravenna in Area Critica ed Oncologica).

Le risposte hanno l'intento di valutare il peso con cui questo vissuto emotivo può gravare sull' Infermiere e sull' intera Unità Operativa; ***non hanno pertanto alcuno scopo di giudizio o valutazione del singolo***, e sono ***raccolte in forma assolutamente anonima*** (allegata ad ogni questionario c'è una busta in cui chiuderlo prima della consegna); ***i risultati della ricerca, una volta elaborati, saranno trasmessi per conoscenza a tutte le equipe coinvolte.***

Intendo ***ringraziare fin da ora*** tutti i (futuri) colleghi che, mettendomi a disposizione la loro esperienza personale, mi permetteranno di portare a termine questo lavoro, con la speranza che i dati raccolti possano essere fonte di utili suggerimenti.

Il questionario utilizzato si basa sui dati tratti dall' analisi di una analoga esperienza statunitense ("How well are we caring for caregivers?" – E. Rickerson – Journal of Pain and Symptom Management – Vol.30 N.3 - settembre 2005).

Unità operativa_____

- **Sesso** F □ M □
- **Titolo di studio** Diploma Regionale□
  Diploma Universitario □
  Laurea □
  Master □
  Laurea Specialistica □
  Altro_____

- **Da quanto tempo svolge l'attività attuale?**
  di Infermiere da _____ anni
  presso questa U.O. da_____ anni

- **Quale motivazione l' ha portata a scegliere questa U.O.?** *(una sola risposta)*
  Tipologia del malato □
  Organizzazione del reparto □
  Qualità dell'assistenza prestata □
  Collocato dal Servizio Infermieristico □
  Altro _____

- **Si ritiene soddisfatto / gratificato del suo lavoro?**
  Completamente □
  In parte □
  Scarsamente □
  Per nulla □
  Non saprei □

- **Si ritiene sufficientemente formato sul tema dell'elaborazione del lutto?**
  SI □ NO □
- **Dove ha ottenuto le sue conoscenze su questo tema?** *(una sola risposta)*
  Formazione di Base □
  E.C.M. □
  Studi personali □
  Esperienze personali □
  Altro _____
- **Quanti pazienti morenti ricorda di avere assistito nell'ultimo anno?**
  Nessuno □
  Uno □
  Alcuni □
  Molti □

- **Nel corso delle due settimane successive alla morte di un paziente, ha notato cambiamenti delle sue condizioni/atteggiamenti in qualcuno dei seguenti ambiti, e con quale frequenza?** *(una o più risposte)*

	Mai	Al meno 1 volta	In diverse occasioni	Sp esso	Qu asi
Salute fisica	□	□	□	□	□
Prestazioni lavorative	□	□	□	□	□
Emozioni	□	□	□	□	□
Relazione coi familiari	□	□	□	□	□
Relazione coi colleghi	□	□	□	□	□
Relazione con pazienti	□	□	□	□	□

- **La perdita di un paziente può scatenare nell'operatore una serie di alterazioni. Saprebbe indicare quali tra i seguenti sintomi ha personalmente sofferto in seguito alla morte di un suo assistito, scegliendo tra le modalità di insorgenza e durata riportate ?** *(una o più risposte)*

	Mai	Almeno 1volta per 2 - 4 giorni	In diverse occasioni per 2 - 4 giorni	Almeno una volta per una settimana o più	Spesso per una settimana o più
Alterazione dei parametri cardio-respiratori	□	□	□	□	□
Alterazioni del sonno	□	□	□	□	□
Ansia	□	□	□	□	□
Apatia	□	□	□	□	□
Cefalea	□	□	□	□	□
Demotivazione	□	□	□	□	□
Depressione	□	□	□	□	□
Difficoltà a provare piacere	□	□	□	□	□
Difficoltà di concentrazione	□	□	□	□	□
Distacco emozionale	□	□	□	□	□
Distrazione	□	□	□	□	□
Disturbi gastro-intestinali	□	□	□	□	□
Esaurimento fisico	□	□	□	□	□
Impossibilità di distogliersi dai pensieri legati al lavoro	□	□	□	□	□
Inappetenza	□	□	□	□	□
Incredulità	□	□	□	□	□
Irritabilità	□	□	□	□	□
Isolamento sociale	□	□	□	□	□

Malessere toracico - dispnea	□	□	□	□	□
Misticismo	□	□	□	□	□
Pensieri di morte dei propri cari	□	□	□	□	□
Pensieri sulla propria morte	□	□	□	□	□
Perdita del controllo	□	□	□	□	□
Pianto	□	□	□	□	□
Prestazioni lavorative qualitativamente inappropriate	□	□	□	□	□
Rabbia	□	□	□	□	□
Risposte di allarme esagerato	□	□	□	□	□
Sensi di colpa	□	□	□	□	□
Senso di impotenza	□	□	□	□	□
Sogni spiacevoli ricorrenti	□	□	□	□	□
Tensione muscolare	□	□	□	□	□
Tristezza	□	□	□	□	□
Umore instabile	□	□	□	□	□
Uso di ansiolitici o tranquillanti	□	□	□	□	□
Altro_____	□	□	□	□	□

- **Pensa che azioni di supporto (es. gruppi di sostegno, consulenze psicoterapiche…) possano ridurre gli effetti sintomatici negativi del lutto disfunzionale?** SI □ NO □

  Ha mai pensato, in conseguenza della morte di un paziente, di poter trarre beneficio personale attraverso l'intervento di una fonte di supporto? SI □ NO □

  Dopo la morte di un paziente, ha mai utilizzato fonti di supporto? Se sì, quali? ***(una sola risposta)***

  NO □
  SI < Conversazioni con colleghi □
  < Conversazioni con familiari □
  < Conversazioni con amici □
  < Supporto di gruppi religiosi o spirituali □
  <Altro_____

- **Quali potenziali fonti di supporto riconosciute (fornite ad esempio dall'Azienda o da Associazioni di Volontariato) utilizzerebbe se le fossero messe a disposizione, tra:** ***(una sola risposta)***

> Gruppi di sostegno □
> Discussioni informali □
> Counseling individuale □
> Supporto personale di uno psicoterapeuta □
> Training relazionale operatore – paziente □
> Formazione sui temi del morire □
> Supervisione emozionale dell'equipe curante da parte di uno psicoterapeuta □
>Altro _____

Allegato 2:

Dati riassuntivi

Questionari consegnati	Consegnati	Raccolti	%servizio	% area
Domiciliare Ravenna, Faenza e Lugo	58	40	68,97	**69,00**
Pronto Soccorso Faenza e Lugo	62	43	69,35	**71,67**
Rianimazione Ravenna, Faenza e Lugo	58	43	74,14	
Oncologia Degenza Ravenna	15	10	66,67	
DH Oncologico Ravenna, Faenza e Lugo	32	27	84,38	**75,81**
Hospice Lugo	15	10	66,67	
Totale	**240**	**173**		**72,08**

Tabella 2 Dati concernenti il numero dei questionari elaborati. Totali generali, percentuali di Servizio e di Area.

Dati anagrafici	F	M	Tot
Domiciliare	32	8	**40**
Critica	56	30	**86**
Oncologica	42	5	**47**
Totale	**130**	**43**	**173**
%	**75,14**	**24,86**	**100,00**

Tabella 3 Dati concernenti la frequenza dei due sessi nel campione osservato. Totali per sesso e per Area, percentuali globali.

Titolo di studio	F	M	Tot
Diploma Regionale	118	38	**156**
Diploma Universitario	2	1	**3**
Laurea	4	1	**5**
Master	5	2	**7**
Laurea Specialistica	0	0	**0**
Altro*	1	1	**2**
Totale	**130**	**43**	**173**

Tabella 4 Dati concernenti il Titolo di Studio abilitante alla professione, suddivisi per sesso. Totali per singolo Titolo e per sesso. Altro: Infermiere Generico.

Anzianità

Individui per anzianità di servizio	< 5 aa	5 - 10 aa	> 10 aa	Anni in media
Domiciliare	2	4	34	
%	5,00	10,00	85,00	20
PS	0	2	41	
Rianimazione	5	10	28	
%	5,81	13,95	80,23	16
Oncologia	0	0	10	
DH Oncologico	0	5	22	20
Hospice	0	4	6	
%	0,00	19,15	80,85	
Generale				18
Totale individui	7	25	141	

Tabella 5 **Dati relativi all'anzianità di servizio (minore di 5 anni, compresa tra i 5 e i 10 anni, maggiore di 10 anni) espressi come numero di individui per Area. Media degli anni di anzianità di servizio calcolata per Area. Totali per singole voci e generali.**

Individui per anzianità di reparto	< 5 aa	5 - 10 aa	> 10 aa	Anni in media
Domiciliare	9	15	16	
%	22,50	37,50	40,00	9
PS	13	12	18	
Rianimazione	15	16	12	
%	32,56	32,56	34,88	9
Oncologia	4	2	4	
DH Oncologico	5	6	16	12*
%	24,32	21,62	54,05	
Generale				10
Totale individui	51	56	66	

Tabella 6 **Dati relativi all'anzianità presso lo stesso reparto (minore di 5 anni, compresa tra i 5 e i 10 anni, maggiore di 10 anni). Media degli anni di anzianità di reparto calcolata per Area. Totali generali, percentuali di individui per fasce di anzianità di reparto. (*)Valore ottenuto tralasciando i dati relativi all'Hospice, in quanto attivo solo di recente.**

Motivazione e gratificazione

Infermiere da	< 5 aa	5 - 10 aa	> 10 aa	Totale	%
Motivazione della scelta professionale					
Tipologia del Malato	4	9	43	**57**	**32,95**
Organizzazione del reparto	0	5	18	**24**	**13,87**
Qualità dell'assistenza prestata	1	2	24	**28**	**16,19**
Collocato dal S.I.	2	8	53	**64**	**36,99**
Altro	0	0	3	**0**	**0**

Tabella 7 Dati relativi alla motivazione nella scelta del reparto di lavoro, suddivisi per anzianità di servizio. Totale generale e percentuale sul totale generale.

Infermiere da	< 5 aa	5 - 10 aa	> 10 aa	Totale	%
Gratificazione professionale					
Completamente gratificato	2	4	28	**34**	**19,65**
Gratificato in parte	5	17	103	**125**	**72,25**
Gratificato scarsamente	0	4	8	**12**	**6,94**
Per nulla gratificato	0	0	1	**1**	**0,58**
Non saprei	0	0	1	**1**	**0,58**

Tabella 8 Dati relativi alla gratificazione professionale suddivisi per anzianità di servizio. Totale generale e percentuale sul totale generale.

Congruità della formazione

Infermiere da	< 5 aa		5 - 10 aa		> 10 aa		Totale			
Congruità della formazione	Soddisfatti	Insoddisfatti	Soddisfatti	Insoddisfatti	Soddisfatti	Insoddisfatti	Soddisfatti	**% soddisfatti**	Insoddisfatti	**% insoddisfatti**
Domiciliare	1	1	1	3	17	17	19	**47,50**	21	**52,50**
Critica	2	3	4	8	23	46	29	**33,72**	57	**66,28**
Oncologica	0	0	3	6	16	22	19	**40,43**	28	**59,57**
Totale individui	**3**	**4**	**8**	**17**	**56**	**85**	**67**		**106**	
% generale	**42,86**	**57,14**	**32,00**	**68,00**	**39,72**	**60,28**		**38,73**		**61,27**

Tabella 9 Dati relativi alla formazione sul tema dell'elaborazione del lutto: congruità della formazione ricevuta; i dati sono suddivisi in base all'anzianità di servizio. Totali per singola voce, per Area e generali; percentuali tra soddisfatti e insoddisfatti nell'ambito di una stessa Area.

Dove si è formato?	Domiciliare		Critica		Oncologica		Totale			
	Soddisfatti	Insoddisfatti	Soddisfatti	Insoddisfatti	Soddisfatti	Insoddisfatti	Soddisfatti	**% di soddisfatti sul Totale**	Insoddisfatti	**% di insoddisfatti sul Totale**
Corsi di base	2	4	5	18	2	6	9	**5,20**	28	**16,18**
E.C.M.	5	6	5	4	7	3	17	**9,83**	13	**7,51**
Studi personali	3	2	4	9	6	3	13	**7,51**	14	**8,09**
Esperienza	9	9	14	26	4	16	27	**15,61**	51	**29,48**
Altro*	0	0	1	0	0	0	1	**0,58**	0	**0,00**

Tabella 10 Dati relativi alla formazione sul tema dell'elaborazione del lutto: fonte di tale formazione; i dati sono suddivisi in base Area. Totali per singola voce e generali, percentuali tra soddisfatti e insoddisfatti nell'ambito di una stessa fonte di formazione. Altro*: Comitato Etico e Fondazione Lanza.

Cambiamenti riscontrati

Totale per Area dei cambiamenti riscontrati	% Domiciliare	% Critica	% Oncologica
Fisici	**12,50**	**15,12**	**21,28**
Prestazioni lavorative	**37,50**	**36,05**	**38,30**
Emozioni	**80,00**	**76,74**	**85,11**
Rapporti con familiari	**50,00**	**54,65**	**59,57**
Rapporti con colleghi	**40,00**	**33,72**	**38,30**
Rapporti con pazienti	**45,00**	**34,88**	**36,17**

Tabella 11 Quadro riassuntivo dei dati relativi ai cambiamenti riscontrati nelle due settimane successive alla morte di un paziente, per Area. Percentuale sul totale dell'Area.

Totali generali dei cambiamenti riscontrati	Totale ponderato	% tra i soddisfatti	Totale ponderato	% tra gli insoddisfatti
Fisici	21	**17,91**	27	**15,09**
Prestazioni lavorative	26	**26,87**	65	**43,40**
Emozioni	87	**74,63**	167	**83,02**
Rapporti con familiari	56	**50,75**	110	**57,55**
Rapporti con colleghi	43	**38,81**	59	**34,91**
Rapporti con pazienti	28	**25,37**	88	**45,28**

Tabella 12 Quadro riassuntivo dei dati relativi ai cambiamenti riscontrati nelle due settimane successive alla morte di un paziente, per congruità di formazione. Totali ponderati (vedi tabella precedente), e percentuali sul totale di soddisfatti o insoddisfatti, rispettivamente.

Non hanno mai riscontrato cambiamenti	N. individui Domiciliare	%	N. individui Critica	%	N. individui Oncologica	%
Fisici	35	**87,50**	73	**84,88**	37	**78,72**
Prestazioni lavorative	25	**62,50**	55	**63,95**	29	**61,70**
Emozioni	8	**20,00**	20	**23,26**	7	**14,89**
Rapporti con familiari	20	**50,00**	39	**45,35**	19	**40,43**
Rapporti con colleghi	24	**60,00**	57	**66,28**	29	**61,70**
Rapporti con pazienti	22	**55,00**	56	**65,12**	30	**63,83**

Tabella 13 Quadro riassuntivo dei dati relativi a coloro che non hanno mai riscontrato cambiamenti nelle due settimane successive alla morte di un paziente, suddivisi per Area. Totali per Area. Percentuale sul totale dell'Area.

Tabella 14 (pagina successiva) Dati relativi ai cambiamenti riscontrati nelle due settimane successive alla morte di un paziente, rilevati per frequenza e durata. I dati sono suddivisi sia per Aree che per congruità nella formazione sull'elaborazione del lutto. I Totali* sono ponderati ("1 volta" peso 1, "diverse volte" peso 2, "spesso" peso 3, "quasi sempre" peso 4).

Cambiamenti riscontrati post lutto (Aree)

Domiciliare

	Soddisfatto della formazione						Non soddisfatto della formazione					
	1volta	Diverse volte	Spesso	Quasi sempre	Totale ponderato	% soddisfatti formazione	1volta	Diverse volte	Spesso	Quasi sempre	Totale ponderato	% insoddisfatti formazione
Fisici	2	1	0	0	**4**	**15,79**	0	1	1	0	**5**	**9,52**
Prestazioni lavorative	5	0	0	0	**5**	**26,32**	7	3	0	0	**13**	**47,62**
Emozioni	6	6	1	0	**21**	**68,42**	8	5	5	1	**37**	**90,48**
Rapporti con familiari	7	2	2	0	**17**	**57,89**	5	2	1	1	**16**	**42,86**
Rapporti con colleghi	6	1	1	1	**15**	**47,37**	4	1	2	0	**12**	**33,33**
Rapporti con pazienti	5	1	2	0	**13**	**42,11**	6	2	2	0	**16**	**47,62**

Critica

	Soddisfatto della formazione						Non soddisfatto della formazione					
	1volta	Diverse volte	Spesso	Quasi sempre	Totale ponderato	% soddisfatti formazione	1volta	Diverse volte	Spesso	Quasi sempre	Totale ponderato	% insoddisfatti formazione
Fisici	2	2	1	0	**9**	**17,24**	3	4	1	0	**14**	**14,04**
Prestazioni lavorative	3	1	0	1	**9**	**17,24**	18	6	1	1	**37**	**45,61**
Emozioni	8	10	1	1	**35**	**68,97**	17	21	7	1	**84**	**80,70**
Rapporti con familiari	7	4	1	0	**18**	**41,38**	18	12	4	1	**58**	**61,40**
Rapporti con colleghi	6	1	2	0	**14**	**31,03**	12	6	2	0	**30**	**35,09**
Rapporti con pazienti	3	2	0	0	**7**	**17,24**	8	11	6	0	**48**	**43,86**

Oncologica

	Soddisfatto della formazione						Non soddisfatto della formazione					
	1volta	Diverse volte	Spesso	Quasi sempre	Totale ponderato	% soddisfatti formazione	1volta	Diverse volte	Spesso	Quasi sempre	Totale ponderato	% insoddisfatti formazione
Fisici	0	4	0	0	**8**	**21,05**	4	2	0	0	**8**	**21,43**
Prestazioni lavorative	4	4	0	0	**12**	**42,11**	6	3	1	0	**15**	**35,71**
Emozioni	6	8	3	0	**31**	**89,47**	6	12	4	1	**46**	**82,14**
Rapporti con familiari	4	5	1	1	**21**	**57,89**	4	8	4	1	**36**	**60,71**
Rapporti con colleghi	3	4	1	0	**14**	**42,11**	4	5	1	0	**17**	**35,71**
Rapporti con pazienti	2	0	2	0	**8**	**21,05**	5	6	1	1	**24**	**46,43**

Cambiamenti riscontrati post lutto (Anzianità di servizio)

< 5 aa

	Soddisfatto della formazione						Non soddisfatto della formazione					
	1volta	Diverse volte	Spesso	Quasi sempre	Totale ponderato	% soddisfatti formazione	1volta	Diverse volte	Spesso	Quasi sempre	Totale ponderato	% insoddisfatti formazione
Fisici	2	0	0	0	**2**	**66,67**	0	1	0	0	**2**	**25,00**
Prestazioni lavorative	2	1	0	0	**4**	**100,00**	2	0	0	0	**2**	**50,00**
Emozioni	3	0	0	0	**3**	**100,00**	1	2	0	0	**5**	**75,00**
Rapporti con familiari	2	0	0	0	**2**	**66,67**	1	1	0	0	**3**	**50,00**
Rapporti con colleghi	2	0	0	0	**2**	**66,67**	0	0	0	0	**0**	**0,00**
Rapporti con pazienti	2	0	0	0	**2**	**66,67**	0	2	0	0	**4**	**50,00**

5 - 10 aa

	Soddisfatto della formazione						Non soddisfatto della formazione					
	1volta	Diverse volte	Spesso	Quasi sempre	Totale ponderato	% soddisfatti formazione	1volta	Diverse volte	Spesso	Quasi sempre	Totale ponderato	% insoddisfatti formazione
Fisici	0	2	1	0	**7**	**37,50**	1	2	0	0	**5**	**17,65**
Prestazioni lavorative	0	1	0	1	**6**	**25,00**	7	4	1	0	**18**	**70,59**
Emozioni	1	2	1	0	**8**	**50,00**	4	7	3	1	**31**	**88,24**
Rapporti con familiari	1	3	0	0	**7**	**50,00**	5	2	0	1	**13**	**47,06**
Rapporti con colleghi	2	1	0	0	**4**	**37,50**	2	2	1	0	**9**	**29,41**
Rapporti con pazienti	0	1	0	0	**2**	**12,50**	3	6	1	1	**22**	**64,71**

> 10 aa

	Soddisfatto della formazione						Non soddisfatto della formazione					
	1volta	Diverse volte	Spesso	Quasi sempre	Totale ponderato	% soddisfatti formazione	1volta	Diverse volte	Spesso	Quasi sempre	Totale ponderato	% insoddisfatti formazione
Fisici	2	5	0	0	**12**	**12,50**	6	4	2	0	**20**	**14,12**
Prestazioni lavorative	10	3	0	0	**16**	**23,21**	22	8	1	1	**45**	**37,65**
Emozioni	16	22	4	1	**76**	**76,79**	26	29	13	2	**131**	**82,35**
Rapporti con familiari	15	8	4	1	**47**	**50,00**	21	19	9	2	**94**	**60,00**
Rapporti con colleghi	11	5	4	1	**37**	**37,50**	18	10	4	0	**50**	**37,65**
Rapporti con pazienti	8	2	4	0	**24**	**25,00**	16	11	8	0	**62**	**41,18**

Tabella 15(pagina precedente) Dati relativi ai cambiamenti riscontrati nelle due settimane successive alla morte di un paziente, rilevati per frequenza e durata. I dati sono suddivisi sia per anzianità di servizio che per congruità nella formazione sull'elaborazione del lutto. I Totali* sono ponderati ("1 volta" peso 1, "diverse volte" peso 2, "spesso" peso 3, "quasi sempre" peso 4).

Sintomi riscontrati

Sintomi riscontrati (Categorie)	Totale ponderato	Quota individuale dei sintomi	Totale ponderato	Quota individuale dei sintomi	Totale ponderato	Quota individuale dei sintomi
Sintomi fisici	73	2	168	2	82	2
Sintomi emozionali	334	8	830	10	530	11
Sintomi comportamentali	95	2	254	3	140	3

Tabella 16 Dati relativi ai sintomi riscontrati in seguito alla morte di un paziente, raggruppati tra Fisici (alterazione dei parametri cardio-respiratori, cefalea, disturbi gastro-intestinali, dolore toracico/dispnea, esaurimento fisico, inappetenza, alterazioni del sonno, tensione muscolare), Emozionali (ansia, apatia, demotivazione, depressione, distacco emozionale, incredulità, irritabilità, difficoltà a provare piacere, pensieri sulla morte dei familiari, pensieri sulla propria morte, perdita di controllo, rabbia, senso di colpa, senso di impotenza, sogni spiacevoli ricorrenti, tristezza, umore instabile) e Comportamentali (senso di allarme esagerato, distrazione, isolamento sociale, lavoro inappropriato, misticismo, mancanza di concentrazione, pensieri di lavoro ricorrenti, pianto, uso di ansiolitici e tranquillanti). Totali ponderati (vedi tabelle precedenti), Quota individuale dei sintomi (ottenuta dividendo il totale ponderato per il numero totale di Infermieri e per il numero di categorie di sintomi Fisici –8-, Emozionali –17-, Comportamentali –10-).

Sintomi riscontrati	Totale ponderato	% di area	Totale ponderato	% di area	Totale ponderato	% di area	Totale generale ponderato	% generale
tristezza	37	**72,50**	77	**59,30**	61	**68,09**	175	**64,74**
pensieri di morte su familiari	40	**52,50**	78	**61,63**	59	**65,96**	177	**60,69**
senso di impotenza	37	**60,00**	82	**56,98**	68	**65,96**	187	**60,12**
pensieri sulla propria morte	33	**55,00**	66	**43,02**	61	**61,70**	160	**50,87**
rabbia	26	**40,00**	61	**46,51**	51	**53,19**	138	**46,82**
pensieri di lavoro ricorrenti	29	**47,50**	67	**45,35**	38	**44,68**	134	**45,66**
alterazioni del sonno	21	**35,00**	46	**39,53**	30	**42,55**	97	**39,31**
ansia	19	**37,50**	51	**39,53**	28	**38,30**	98	**38,73**
distacco emozionale	26	**42,50**	70	**40,70**	25	**29,79**	121	**38,15**
demotivazione	21	**35,00**	53	**39,53**	24	**36,17**	98	**37,57**
pianto	17	**27,50**	34	**29,07**	41	**59,57**	92	**36,99**
umore instabile	17	**32,50**	58	**40,70**	22	**31,91**	97	**36,42**
irritabilità	11	**17,50**	50	**36,05**	27	**38,30**	88	**32,37**
mancanza di concentrazione	15	**27,50**	39	**33,72**	15	**25,53**	69	**30,06**
depressione	20	**22,50**	38	**30,23**	21	**25,53**	79	**27,17**
incredulità	9	**20,00**	32	**25,58**	21	**25,53**	62	**24,28**
distrazione	16	**22,50**	31	**23,26**	16	**21,28**	63	**22,54**
sogni spiacevoli ricorrenti	7	**10,00**	30	**24,42**	23	**29,79**	60	**22,54**
tensione muscolare	9	**20,00**	30	**24,42**	15	**19,15**	54	**21,97**
apatia	14	**27,50**	21	**17,44**	13	**19,15**	48	**20,23**
difficoltà a provare piacere	11	**20,00**	28	**20,93**	11	**17,02**	50	**19,65**
esaurimento fisico	7	**12,50**	39	**22,09**	14	**21,28**	60	**19,65**
senso di colpa	4	**7,50**	25	**22,09**	9	**14,89**	38	**16,76**
isolamento sociale	5	**7,50**	27	**18,60**	7	**12,77**	39	**14,45**
lavoro inappropriato	3	**7,50**	18	**16,28**	8	**17,02**	29	**14,45**
cefalea	8	**15,00**	11	**11,63**	11	**12,77**	30	**12,72**
senso di allarme esagerato	7	**7,50**	18	**15,12**	10	**12,77**	35	**12,72**
alter.parametri cardio-resp.	9	**10,00**	14	**13,95**	4	**4,26**	27	**10,40**
disturbi gastro-intestinali	11	**15,00**	18	**10,47**	6	**6,38**	35	**10,40**
perdita di controllo	2	**2,50**	10	**9,30**	6	**8,51**	18	**7,51**
misticismo	1	**2,50**	12	**11,63**	0	**0,00**	13	**6,36**
uso di ansiolitici/tranquill.	2	**5,00**	8	**6,98**	1	**2,13**	11	**5,20**
inappettenza	4	**2,50**	7	**5,81**	2	**4,26**	13	**4,62**
dolore toracico/dispnea	4	**10,00**	3	**3,49**	0	**0,00**	7	**4,05**
altro*	0	**0,00**	0	**0,00**	4	**2,13**	4	**0,58**

Tabella 17 Dati relativi ai sintomi riscontrati in seguito alla morte di un paziente. Totali ponderati in base a frequenza e durata (vedi Tabelle relative ai singoli dati di reparto nei Allegati 3, 4, e 5). Percentuali dei dati assoluti per Area.

Utilità del supporto

Utilità del supporto all'elaborazione del lutto	< 5 aa	%	5 - 10 aa	%	> 10 aa	%
1) In linea generale						
sì	5	**71,43**	25	**100,00**	99	**70,21**
no	2	**28,57**	0	**0,00**	42	**29,79**
2) Riferita a sè						
sì	3	**42,86**	15	**60,00**	63	**44,68**
no	4	**57,14**	10	**40,00**	78	**55,32**
3) Utilizzo effettivo						
nessuno	5	**71,43**	16	**64,00**	87	**61,70**
conversazione con colleghi	1	**14,29**	5	**20,00**	38	**26,95**
conversazione con familiari	1	**14,29**	2	**8,00**	6	**4,26**
conversazione con amici	0	**0,00**	1	**4,00**	7	**4,96**
gruppi religiosi	0	**0,00**	1	**4,00**	0	**0,00**
altro	0	**0,00**	0	**0,00**	3	**2,13**
4) Utilizzo ipotetico laddove fossero disponibili						
gruppi di sostegno	1	**14,29**	3	**12,00**	9	**6,38**
discussioni informali	0	**0,00**	3	**12,00**	21	**14,89**
counseling	2	**28,57**	1	**4,00**	8	**5,67**
psicologo personale	0	**0,00**	2	**8,00**	16	**11,35**
training relazionale	0	**0,00**	2	**8,00**	7	**4,96**
formazione	3	**42,86**	9	**36,00**	38	**26,95**
psicologo per equipe	0	**0,00**	4	**16,00**	29	**20,57**
altro	1	**14,29**	1	**4,00**	13	**9,22**

Tabella 18 Dati relativi all'utilità di azioni di supporto all'elaborazione del lutto; 1)utilità generica di azioni di supporto sulla riduzione della sintomatologia; 2)utilità personale riferita all'aver pensato di utilizzare una fonte di supporto; 3)utilizzo effettivo di un supporto dopo la morte di un paziente; 4)potenziale utilizzo di una ipotetica fonte di supporto eventualmente resa disponibile. I dati generali sono suddivisi per anzianità di servizio. Totali per singole voci, percentuali nell'ambito dell'Anzianità di servizio.

Utilità del supporto all'elaborazione del lutto	Totale	% generale		Soddisfatto della formazione	%	Non soddisfatto formazione	%
1) In linea generale							
sì	129	**74,57**		48	**71,64**	81	**76,42**
no	44	**25,43**		19	**28,36**	25	**23,58**
2) Riferita a sè							
sì	81	**46,82**		25	**37,31**	56	**52,83**
no	92	**53,18**		42	**62,69**	50	**47,17**
3) Utilizzo effettivo							
nessuno	108	**62,43**	di cui	42	**62,69**	66	**62,26**
conversazione con colleghi	44	**25,43**		20	**29,85**	24	**22,64**
conversazione con familiari	9	**5,20**		3	**4,48**	6	**5,66**
conversazione con amici	8	**4,62**		2	**2,99**	6	**5,66**
gruppi religiosi	1	**0,58**		0	**0,00**	1	**0,94**
altro	3	**1,73**		0	**0,00**	3	**2,83**
4) Utilizzo ipotetico laddove fossero disponibili							
gruppi di sostegno	13	**7,51**		3	**4,48**	10	**9,43**
discussioni informali	24	**13,87**		12	**17,91**	12	**11,32**
counseling	11	**6,36**		6	**8,96**	5	**4,72**
psicologo personale	18	**10,40**		8	**11,94**	10	**9,43**
training relazionale	9	**5,20**		3	**4,48**	6	**5,66**
formazione	50	**28,90**		18	**26,87**	32	**30,19**
psicologo per equipe	33	**19,08**		11	**16,42**	22	**20,75**
altro	15	**8,67**		6	**8,96**	9	**8,49**

Tabella 19 Dati relativi all'utilità di azioni di supporto all'elaborazione del lutto; 1)utilità generica di azioni di supporto sulla riduzione della sintomatologia; 2)utilità personale riferita all'aver pensato di utilizzare una fonte di supporto; 3)utilizzo effettivo di un supporto dopo la morte di un paziente; 4)potenziale utilizzo di una ipotetica fonte di supporto eventualmente resa disponibile. I dati sono suddivisi per congruità nella formazione sull'elaborazione del lutto. Totali per singole voci, percentuali rispettivamente generali, dei soddisfatti, degli insoddisfatti.

Allegato 3

Pronto Soccorso

Titolo di studio	F	M	Tot
Diploma Regionale	**25**	**15**	**40**
Diploma Universitario	0	0	0
Laurea	0	0	0
Master	0	1	**1**
Laurea Specialistica	0	0	0
Altro*	**1**	**1**	**2**
Totale	**26**	**17**	**43**

Tabella 20 Dati concernenti il Titolo di Studio abilitante alla professione, suddivisi per sesso. Totali per singolo Titolo e per sesso. Altro: Infermiere Generico

Individui per anzianità di servizio	< 5 aa	5 - 10 aa	> 10 aa	Tot
Totale	0	**2**	**41**	**43**
Motivazione nella scelta dell'U.O.				
Tipologia del malato		**2**	**18**	**20**
Organizzazione del reparto		0	**4**	**4**
Qualità dell'assistenza prestata		0	**4**	**4**
Collocato dal S.I.		0	**15**	**15**
Altro		0	0	0
Gratificazione lavorativa				
Completamente gratificato		0	**7**	**7**
In parte		**2**	**28**	**30**
Scarsamente		0	**5**	**5**
Per nulla		0	**1**	**1**
Non saprei		0	0	0

Tabella 21 Dati sulla motivazione nella scelta dell'Unità Operativa e sulla gratificazione lavorativa, suddivisi per anzianità di servizio (minore di 5 anni, compresa tra i 5 e i 10 anni, maggiore di 10 anni). Totali per singole voci e generali.

Individui per anzianità di reparto	< 5 aa	5 - 10 aa	> 10 aa	Anni mediamente trascorsi in reparto
Totale	13	12	18	**10**
%	**30,23**	**27,91**	**41,86**	

Tabella 22 Dati relativi all'anzianità presso lo stesso reparto (minore di 5 anni, compresa tra i 5 e i 10 anni, maggiore di 10 anni). Totali generali, percentuali di individui per fasce di anzianità di reparto, media degli anni di anzianità di reparto.

Infermiere da	5 - 10 aa		> 10 aa		Totale	
Formazione sufficiente?	**si**	**no**	**si**	**no**	**Tot sì**	**Tot no**
	0	**2**	**17**	**24**	**17**	**26**
Dove si è formato?						
Corsi di base	0	**1**	**1**	**5**	**0**	**0**
E.C.M.	0	0	**2**	**1**	**0**	**0**
Studi personali	0	**1**	**3**	**4**	**1**	**6**
Esperienza	0	0	**11**	**14**	**2**	**1**
Altro	0	0	0	0	**3**	**5**

Tabella 23 Dati relativi alla formazione sul tema dell'elaborazione del lutto: congruità della formazione ricevuta, fonte di tale formazione; i dati sono suddivisi in base all'anzianità di servizio. Totali per singola voce e generali.

Infermiere da	5 - 10 aa	>10 aa	Tot.
Ricordo di pz. morenti assistiti nell'ultimo anno			
Nesuno	0	**4**	**4**
Uno	0	**1**	**1**
Alcuni	**2**	**30**	**32**
Molti	0	**6**	**6**

di cui	Soddisfatto della formazione	Non soddisfatto formazione	**F**	**M**
Nesuno	**1**	**3**	**1**	**3**
Uno	**1**	0	**1**	0
Alcuni	**13**	**19**	**19**	**13**
Molti	**2**	**4**	**5**	**1**

Tabella 24 Dati relativi al numero di pazienti morenti assistiti nell'ultimo anno, suddivisi per anzianità di servizio e successivamente per congruità della formazione sull'elaborazione del lutto e per sesso. Totali per singole voci e generali.

Cambiamenti riscontrati post lutto	5 - 10 aa								Tot*
	Soddisfatto della formazione				Non soddisfatto della formazione				
	1 volta	Diverse volte	Spesso	Quasi sempre	1 volta	Diverse volte	Spesso	Quasi sempre	
Fisici					0	0	0	0	**0**
Prestazioni lavorative					**1**	**1**	0	0	**3**
Emozioni					**1**	**1**	0	0	**3**
Rapporti con familiari					**2**	0	0	0	**2**
Rapporti con colleghi					**1**	0	0	0	**1**
Rapporti con pazienti					**1**	**1**	0	0	**3**
	> 10 aa								
	Soddisfatto della formazione				Non soddisfatto della formazione				
	1 volta	Diverse volte	Spesso	Quasi sempre	1 volta	Diverse volte	Spesso	Quasi sempre	
Fisici	0	**1**	0	0	**1**	**2**	0	0	**7**
Prestazioni lavorative	**2**	0	0	0	**6**	**3**	0	**1**	**18**
Emozioni	**5**	**7**	**1**	**1**	**9**	**5**	**4**	**1**	**61**
Rapporti con familiari	**3**	**3**	**1**	0	**8**	**3**	**1**	**1**	**33**
Rapporti con colleghi	**3**	0	**2**	0	**4**	**4**	**1**	0	**24**
Rapporti con pazienti	**2**	**1**	0	0	**3**	**4**	**4**	0	**27**

Tabella 25 Dati relativi ai cambiamenti riscontrati nelle due settimane successive alla morte di un paziente, rilevati per frequenza e durata. I dati sono suddivisi sia per anzianità di servizio che per congruità nella formazione sull'elaborazione del lutto. I Totali* sono ponderati ("1 volta" peso 1, "diverse volte" peso 2, "spesso" peso 3, "quasi sempre" peso 4).

Totale generale dei cambiamenti riscontrati	Ponderato	Non ponderato	%
Fisici	7	4	9,30
Prestazioni lavorative	21	14	32,56
Emozioni	64	35	81,40
Rapporti con familiari	35	22	51,16
Rapporti con colleghi	25	15	34,88
Rapporti con pazienti	30	16	37,21

Tabella 26 Quadro riassuntivo dei dati relativi ai cambiamenti riscontrati nelle due settimane successive alla morte di un paziente. Totali ponderati (vedi tabella precedente) e assoluti, e percentuali dei dati assoluti.

Non hanno mai riscontrato cambiamenti		%	di cui	5 - 10 aa		> 10 aa	
				si	no	si	no
Fisici	39	90,70			2	16	21
Prestazioni lavorative	29	67,44			0	15	14
Emozioni	8	18,60			0	3	5
Rapporti con familiari	21	48,84			0	10	11
Rapporti con colleghi	28	65,12			1	12	15
Rapporti con pazienti	27	62,79			0	14	13

Tabella 27 Quadro riassuntivo dei dati relativi a coloro che non hanno mai riscontrato cambiamenti nelle due settimane successive alla morte di un paziente, suddivisi sia per anzianità di servizio che per congruità nella formazione sull'elaborazione del lutto. Totali e percentuali dei dati assoluti.

Sintomi riscontrati	Mai	Almeno 1 volta	Alcune volte	Almeno 1 volta a lungo	Spesso	Tot. pond. to	Tot. gen. ponderati	Tot. non pond.to	%
cefalea	37	5	1	0	0	7	Sintomi fisici	6	13,95
disturbi gastro-intestinali	38	2	0	1	2	13		5	11,63
dolore toracico/dispnea	41	2	0	0	0	2		2	4,65
esaurimento fisico	32	5	2	0	4	25		11	25,58
inappettenza	39	2	2	0	0	6		4	9,30
alter.parametri cardio-resp.	39	3	0	1	0	6		4	9,30
alterazioni del sonno	23	13	4	3	0	30		20	46,51
tensione muscolare	31	9	3	0	0	15	104	12	27,91
ansia	25	12	4	1	1	27	Sintomi emozionali	18	41,86
apatia	32	8	2	1	0	15		11	25,58
demotivazione	24	13	3	2	1	29		19	44,19
depressione	29	10	2	1	1	21		14	32,56
distacco emozionale	22	9	5	1	6	46		21	48,84
incredulità	29	9	2	1	2	24		14	32,56
irritabilità	23	11	5	0	4	37		20	46,51
difficoltà a provare piacere	31	7	2	1	2	22		12	27,91
pensieri di morte su familiari	14	19	6	1	3	46		29	67,44
pensieri sulla propria morte	25	10	4	0	4	34		18	41,86
perdita di controllo	39	2	2	0	0	6		4	9,30
rabbia	21	13	6	0	3	37		22	51,16
senso di colpa	31	10	1	1	0	15		12	27,91
senso di impotenza	13	20	5	1	4	49		30	69,77
sogni spiacevoli ricorrenti	30	9	2	2	0	19		13	30,23
tristezza	15	18	6	0	4	46		28	65,12
umore instabile	24	12	2	1	4	35	508	19	44,19
senso di allarme esagerato	36	5	2	0	0	9	Sintomi comportamentali	7	16,28
distrazione	31	8	2	1	1	19		12	27,91
isolamento sociale	35	4	2	1	1	15		8	18,60
lavoro inappropriato	35	7	1	0	0	9		8	18,60
misticismo	37	6	0	0	0	6		6	13,95
mancanza di concentrazione	27	11	3	2	0	23		16	37,21
pensieri di lavoro ricorrenti	20	12	7	1	3	41		23	53,49
pianto	30	10	2	1	0	17		13	30,23
altro	43	0	0	0	0	0		0	0,00
uso di ansiolitici/tranquill.	39	2	2	0	0	6	145	4	9,30

Tabella 28 Dati relativi ai sintomi riscontrati in seguito alla morte di un paziente, rilevati per frequenza e durata. Totali ponderati per singola voce e per area, totali assoluti e percentuali dei dati assoluti.

Utilità di supporto all'elaborazione del lutto	5 - 10 aa	> 10 aa	Tot		F	M	Soddisfatto della formazione	Non soddisfatto formazione
1) In linea generale								
sì	**2**	**30**	**32**		**18**	**14**	**10**	**22**
no	0	**11**	**11**		**8**	**3**	**7**	**4**
2) Riferita a sé								
sì	**2**	**21**	**23**		**12**	**11**	**6**	**17**
no	0	**20**	**20**		**14**	**6**	**11**	**9**
3) Utilizzo effettivo								
no	**1**	**23**	**24**		**16**	**8**	**11**	**13**
conversazione con colleghi	**1**	**10**	**11**		**5**	**6**	**4**	**7**
conversazione con familiari	0	**4**	**4**		**1**	**3**	**2**	**2**
conversazione con amici	0	**3**	**3**		**3**	0	0	**3**
gruppi religiosi	0	0	0		0	0	0	0
altro*	0	**1**	**1**		**1**	0	0	**1**
4) Utilizzo ipotetico laddove fossero disponibili								
gruppi di sostegno	0	**2**	**2**		**1**	**1**	**1**	**1**
discussioni informali	**1**	**3**	**4**		**2**	**2**	**3**	**1**
counseling	0	0	0		0	0	0	0
psicologo personale	0	**8**	**8**		**4**	**4**	**3**	**5**
training relazionale	0	**1**	**1**		**1**	0	**1**	0
formazione	**1**	**13**	**14**		**8**	**6**	**3**	**11**
psicologo per equipe	0	**8**	**8**	di cui	**5**	**3**	**4**	**4**
altro#	0	**1**	**1**		**2**	**1**	**2**	**1**

Tabella 29 Dati relativi all'utilità di azioni di supporto all'elaborazione del lutto; 1)utilità generica di azioni di supporto sulla riduzione della sintomatologia; 2)utilità personale riferita all'aver pensato di utilizzare una fonte di supporto; 3)utilizzo effettivo di un supporto dopo la morte di un paziente; 4)potenziale utilizzo di una ipotetica fonte di supporto eventualmente resa disponibile. I dati sono suddivisi per anzianità di servizio, per sesso e per congruità nella formazione sull'elaborazione del lutto. Totali per singole voci. Altro*: Supporto psicanalitico. Altro#: Non so.

Rianimazione

Titolo di studio	F	M	Tot
Diploma Regionale	**25**	**11**	**36**
Diploma Universitario	0	**1**	**1**
Laurea	**3**	**1**	**4**
Master	**2**	0	**2**
Laurea Specialistica	0	0	0
Altro	0	0	0
Totale	**30**	**13**	**43**

Tabella 30 Dati concernenti il Titolo di Studio abilitante alla professione, suddivisi per sesso. Totali per singolo Titolo e per sesso.

Individui per anzianità di servizio	< 5 aa	5 - 10 aa	> 10 aa	Tot
Totale	**5**	**10**	**28**	**43**
Motivazione nella scelta dell'U.O.				
Tipologia del malato	**3**	**3**	**12**	**18**
Organizzazione del reparto	0	**2**	**1**	**3**
Qualità dell'assistenza prestata	**1**	**1**	**6**	**8**
Collocato dal S.I.	**1**	**3**	**8**	**12**
Altro*	0	**1**	**1**	**2**
Gratificazione lavorativa				
Completamente gratificato	**1**	**2**	**5**	**8**
In parte	**4**	**5**	**21**	**30**
Scarsamente	0	**3**	**2**	**5**
Per nulla	0	0	0	0
Non saprei	0	0	0	0

Tabella 31 Dati sulla motivazione nella scelta dell'Unità Operativa e sulla gratificazione lavorativa, suddivisi per anzianità di servizio (minore di 5 anni, compresa tra i 5 e i 10 anni, maggiore di 10 anni). Totali per singole voci e generali. Altro*: 1)Continuare un'esperienza iniziati altrove. 2)Non so-non ricordo

Individui per anzianità di reparto	< 5 aa	5 - 10 aa	> 10 aa	Anni mediamente trascorsi in reparto
Rianimazione	15	16	12	**7**
%	**34,88**	**37,21**	**27,91**	

Tabella 32 Dati relativi all'anzianità presso lo stesso reparto (minore di 5 anni, compresa tra i 5 e i 10 anni, maggiore di 10 anni). Totali generali, percentuali di individui per fasce di anzianità di reparto, media degli anni di anzianità di reparto.

Infermiere da	< 5 aa		5 - 10 aa		> 10 aa		Totale	
Formazione sufficiente?	si	no	si	no	si	no	Tot sì	Tot no
	2	**3**	**4**	**6**	**6**	**22**	**12**	**31**
Dove si è formato?								
Corsi di base	**2**	**2**	**1**	**1**	**1**	**9**	**4**	**12**
E.C.M.	0	0	**1**	0	**2**	**3**	**3**	**3**
Studi personali	0	**1**	**1**	**2**	0	**1**	**1**	**4**
Esperienza	0	0	**1**	**3**	**2**	**9**	**3**	**12**
Altro*	0	0	0	0	**1**	0	**1**	**0**

Tabella 33 Dati relativi alla formazione sul tema dell'elaborazione del lutto: congruità della formazione ricevuta, fonte di tale formazione; i dati sono suddivisi in base all'anzianità di servizio. Totali per singola voce e generali.Altro*: Comitato Etico e Fondazione Lanza.

Infermiere da	< 5 aa	5 - 10 aa	>10 aa	Tot.
Ricordo di pz. morenti assistiti nell'ultimo anno				
Nesuno	0	0	0	**0**
Uno	0	0	0	**0**
Alcuni	**2**	**8**	**21**	**31**
Molti	**3**	**2**	**7**	**12**
di cui	Soddisfatto della formazione	Non soddisfatto formazione	**F**	**M**
Nesuno	0	0	0	0
Uno	0	0	0	0
Alcuni	**8**	**23**	**22**	**9**
Molti	**4**	**8**	**8**	**4**

Tabella 34 Dati relativi al numero di pazienti morenti assistiti nell'ultimo anno, suddivisi per anzianità di servizio e successivamente per congruità della formazione sull'elaborazione del lutto e per sesso. Totali per singole voci e generali.

Cambiamenti riscontrati post lutto	< 5 aa								Tot*
	Soddisfatto della formazione				Non soddisfatto della formazione				
	1 volta	Diverse volte	Spesso	Quasi sempre	1 volta	Diverse volte	Spesso	Quasi sempre	
Fisici	**1**	0	0	0	0	**1**	0	0	**3**
Prestazioni lavorative	**1**	**1**	0	0	**1**	0	0	0	**4**
Emozioni	**2**	0	0	0	0	**2**	0	0	**6**
Rapporti con familiari	**2**	0	0	0	0	**1**	0	0	**4**
Rapporti con colleghi	**2**	0	0	0	0	0	0	0	**2**
Rapporti con pazienti	**1**	0	0	0	0	**1**	0	0	**3**
	5 - 10 aa								
	Soddisfatto della formazione				Non soddisfatto della formazione				
	1 volta	Diverse volte	Spesso	Quasi sempre	1 volta	Diverse volte	Spesso	Quasi sempre	
Fisici	0	**1**	**1**	0	0	0	0	0	**5**
Prestazioni lavorative	0	0	0	**1**	**5**	0	0	0	**9**
Emozioni	0	**2**	0	0	**2**	**2**	0	0	**10**
Rapporti con familiari	0	**1**	0	0	**3**	0	0	0	**5**
Rapporti con colleghi	0	**1**	0	0	**1**	0	0	0	**3**
Rapporti con pazienti	0	**1**	0	0	0	**2**	**1**	0	**9**
	> 10 aa								
	Soddisfatto della formazione				Non soddisfatto della formazione				
	1 volta	Diverse volte	Spesso	Quasi sempre	1 volta	Diverse volte	Spesso	Quasi sempre	
Fisici	**1**	0	0	0	**2**	**1**	**1**	0	**8**
Prestazioni lavorative	0	0	0	0	**5**	**2**	**1**	0	**12**
Emozioni	**1**	**1**	0	0	**5**	**11**	**3**	0	**39**
Rapporti con familiari	**2**	0	0	0	**5**	**8**	**3**	0	**32**
Rapporti con colleghi	**1**	0	0	0	**6**	**2**	**1**	0	**14**
Rapporti con pazienti	0	0	0	0	**4**	**3**	**1**	0	**13**

Tabella 35 Dati relativi ai cambiamenti riscontrati nelle due settimane successive alla morte di un paziente, rilevati per frequenza e durata. I dati sono suddivisi sia per anzianità di servizio che per congruità nella formazione sull'elaborazione del lutto. I Totali* sono ponderati ("1 volta" peso 1, "diverse volte" peso 2, "spesso" peso 3, "quasi sempre" peso 4).

Totale generale dei cambiamenti riscontrati	Ponderato	Non ponderato	%
Fisici	16	9	20,93
Prestazioni lavorative	25	17	39,53
Emozioni	55	31	72,09
Rapporti con familiari	41	25	58,14
Rapporti con colleghi	19	14	32,56
Rapporti con pazienti	25	14	32,56

Tabella 36 Quadro riassuntivo dei dati relativi ai cambiamenti riscontrati nelle due settimane successive alla morte di un paziente. Totali ponderati (vedi tabella precedente) e assoluti, e percentuali dei dati assoluti.

Non hanno mai riscontrato cambiamenti		%	di cui	< 5 aa		5 - 10 aa		> 10 aa	
				si	no	si	no	si	no
Fisici	34	79,07		1	2	2	6	5	18
Prestazioni lavorative	26	60,47		0	2	3	1	6	14
Emozioni	12	27,91		0	1	2	2	4	3
Rapporti con familiari	18	41,86		0	2	3	3	4	6
Rapporti con colleghi	29	67,44		0	3	3	5	5	13
Rapporti con pazienti	29	67,44		1	2	3	3	6	14

Tabella 37 Quadro riassuntivo dei dati relativi a coloro che non hanno mai riscontrato cambiamenti nelle due settimane successive alla morte di un paziente, suddivisi sia per anzianità di servizio che per congruità nella formazione sull'elaborazione del lutto. Totali e percentuali dei dati assoluti.

Sintomi riscontrati	Mai	Almeno 1 volta	Alcune volte	Almeno 1 volta a lungo	Spesso	Tot. pond. to	Tot. gen. Ponderati	Tot. non pond.to	%
Cefalea	39	4	0	0	0	4	Sintomi fisici	4	9,30
disturbi gastro-intestinali	39	3	1	0	0	5		4	9,30
dolore toracico/dispnea	42	1	0	0	0	1		1	2,33
Esaurimento fisico	35	4	3	0	1	14		8	18,60
Inappetenza	42	1	0	0	0	1		1	2,33
alter.parametri cardio-resp.	35	8	0	0	0	8		8	18,60
alterazioni del sonno	29	13	0	1	0	16		14	32,56
tensione muscolare	34	6	1	1	1	15	64	9	20,93
Ansia	27	11	3	1	1	24	Sintomi emozionali	16	37,21
Apatia	39	2	2	0	0	6		4	9,30
Demotivazione	28	9	4	1	1	24		15	34,88
Depressione	31	9	2	0	1	17		12	27,91
distacco emozionale	29	9	2	1	2	24		14	32,56
Incredulità	35	8	0	0	0	8		8	18,60
Irritabilità	32	9	2	0	0	13		11	25,58
difficoltà a provare piacere	37	6	0	0	0	6		6	13,95
pensieri di morte su familiari	19	18	5	0	1	32		24	55,81
pensieri sulla propria morte	24	10	7	0	2	32		19	44,19
perdita di controllo	39	4	0	0	0	4		4	9,30
Rabbia	25	12	6	0	0	24		18	41,86
Senso di colpa	36	5	1	1	0	10		7	16,28
Senso di impotenza	24	12	3	1	3	33		19	44,19
Sogni spiacevoli ricorrenti	35	7	0	0	1	11		8	18,60
Tristezza	20	17	5	0	1	31		23	53,49
umore instabile	27	12	2	1	1	23	322	16	37,21
Senso di allarme esagerato	37	4	1	1	0	9	Sintomi comportamentali	6	13,95
Distrazione	35	6	1	0	1	12		8	18,60
isolamento sociale	35	6	1	0	1	12		8	18,60
lavoro inappropriato	37	5	0	0	1	9		6	13,95
Misticismo	39	2	2	0	0	6		4	9,30
mancanza di concentrazione	30	12	0	0	1	16		13	30,23
pensieri di lavoro ricorrenti	27	10	4	0	2	26		16	37,21
Pianto	31	9	2	0	1	17		12	27,91
Altro	43	0	0	0	0	0		0	0,00
uso di ansiolitici/tranquill.	41	2	0	0	0	2	109	2	4,65

Tabella 38 Dati relativi ai sintomi riscontrati in seguito alla morte di un paziente, rilevati per frequenza e durata. Totali ponderati per singola voce e per area, totali assoluti e percentuali dei dati assoluti.

Utilità del supporto all'elaborazione del lutto	< 5 aa	5 - 10 aa	> 10 aa	Tot	di cui	F	M	Soddisfatto della formazione	Non soddisfatto formazione
1) In linea generale									
Sì	**3**	**10**	**17**	**30**		**21**	**9**	**9**	**21**
No	**2**	0	**11**	**13**		**9**	**4**	**3**	**10**
2) Riferita a sé									
Sì	**2**	**7**	**12**	**21**		**14**	**7**	**3**	**18**
No	**3**	**3**	**16**	**22**		**16**	**6**	**9**	**13**
3) Utilizzo effettivo									
No	**4**	**8**	**20**	**32**		**22**	**10**	**11**	**21**
conversazione con colleghi	0	**2**	**5**	**7**		**5**	**2**	**1**	**6**
conversazione con familiari	**1**	0	**1**	**2**		**1**	**1**	0	**2**
conversazione con amici	0	0	0	0		0	0	0	0
gruppi religiosi	0	0	0	0		0	0	0	0
altro*	0	**1**	**1**	**2**		**2**	0	0	**2**
4) Utilizzo ipotetico laddove fossero disponibili									
gruppi di sostegno	**1**	**2**	**1**	**4**		**1**	**3**	**3**	**1**
discussioni informali	0	0	**6**	**6**		**5**	**1**	**3**	**3**
Counseling	**2**	**2**	**2**	**6**		**3**	**3**	**2**	**4**
psicologo personale	0	**2**	**2**	**4**		**3**	**1**	**1**	**3**
training relazionale	0	0	0	0		0	0	0	0
Formazione	**1**	**1**	**5**	**7**		**6**	**1**	**2**	**5**
psicologo per equipe	0	**2**	**6**	**8**		**5**	**3**	0	**8**
altro#	**1**	**1**	**6**	**8**		**1**	0	**1**	0

Tabella 39 Dati relativi all'utilità di azioni di supporto all'elaborazione del lutto; 1)utilità generica di azioni di supporto sulla riduzione della sintomatologia; 2)utilità personale riferita all'aver pensato di utilizzare una fonte di supporto; 3)utilizzo effettivo di un supporto dopo la morte di un paziente; 4)potenziale utilizzo di una ipotetica fonte di supporto eventualmente resa disponibile. I dati sono suddivisi per anzianità di servizio, per sesso e per congruità nella formazione sull'elaborazione del lutto. Totali per singole voci. Altro*: conversazioni con me stessa. Altro#: Non so.

Allegato 4

Oncologia Degenza

Titolo di studio	F	M	Tot
Diploma Regionale	**7**	**2**	**9**
Diploma Universitario	0	0	0
Laurea	0	0	0
Master	0	**1**	**1**
Laurea Specialistica	0	0	0
Altro	0	0	0
Totale	**7**	**3**	**10**

Tabella 40 Dati concernenti il Titolo di Studio abilitante alla professione, suddivisi per sesso. Totali per singolo Titolo e per sesso.

Individui per anzianità di servizio	< 5 aa	5 - 10 aa	> 10 aa	Tot
Totale	**0**	**0**	**10**	**10**
Motivazione nella scelta dell'U.O.				
Tipologia del malato	0	0	**2**	**2**
Organizzazione del reparto	0	0	**1**	**1**
Qualità dell'assistenza prestata	0	0	**2**	**2**
Collocato dal S.I.	0	0	**4**	**4**
Altro*	0	0	**1**	**1**
Gratificazione lavorativa				
Completamente gratificato	0	0	**2**	**2**
In parte	0	0	**7**	**7**
Scarsamente	0	0	0	0
Per nulla	0	0	0	0
Non saprei	0	0	**1**	**1**

Tabella 41 Dati sulla motivazione nella scelta dell'Unità Operativa e sulla gratificazione lavorativa, suddivisi per anzianità di servizio (minore di 5 anni, compresa tra i 5 e i 10 anni, maggiore di 10 anni). Totali per singole voci e generali. Altro*: Il male minore

Individui per anzianità di reparto	< 5 aa	5 - 10 aa	> 10 aa	Anni mediamente trascorsi in reparto
Oncologia	4	2	4	
%	40,00	20,00	40,00	10

Tabella 42 **Dati relativi all'anzianità presso lo stesso reparto (minore di 5 anni, compresa tra i 5 e i 10 anni, maggiore di 10 anni). Totali generali, percentuali di individui per fasce di anzianità di reparto, media degli anni di anzianità di reparto.**

Infermiere da	> 10 aa		Totale	
Formazione sufficiente?	si	No	Tot sì	Tot no
	6	4	6	4
Dove si è formato?				
Corsi di base	0	1	0	1
E.C.M.	2	0	2	0
Studi personali	2	1	2	1
Esperienza	2	2	2	2
Altro	0	0	0	0

Tabella 43 **Dati relativi alla formazione sul tema dell'elaborazione del lutto: congruità della formazione ricevuta, fonte di tale formazione; i dati sono suddivisi in base all'anzianità di servizio. Totali per singola voce e generali.**

Infermiere da	>10 aa	Tot.
Ricordo di pz. morenti assistiti nell'ultimo anno		
Nessuno	1	1
Uno	1	1
Alcuni	6	6
Molti	2	2

di cui	Soddisfatto formazione	Non soddisfatto formazione	F	M
Nesuno	1	0	0	1
Uno	0	1	1	0
Alcuni	3	3	4	2
Molti	2	0	2	0

Tabella 44 **Dati relativi al numero di pazienti morenti assistiti nell'ultimo anno, suddivisi per anzianità di servizio e successivamente per congruità della formazione sull'elaborazione del lutto e per sesso. Totali per singole voci e generali.**

Cambiamenti riscontrati post lutto	> 10 aa								Tot *
	Soddisfatto della formazione				Non soddisfatto della formazione				
	1 volta	Diverse volte	Spesso	Quasi sempre	1 volta	Diverse volte	Spesso	Quasi sempre	
Fisici	0	**1**	0	0	0	0	0	0	**2**
Prestazioni lavorative	**3**	**1**	0	0	**2**	0	0	0	**7**
Emozioni	**3**	**1**	**2**	0	**3**	**1**	0	0	**16**
Rapporti con familiari	**2**	**1**	**1**	**1**	**1**	**2**	0	0	**16**
Rapporti con colleghi	**1**	**1**	**1**	0	0	**1**	0	0	**8**
Rapporti con pazienti	0	0	**1**	0	**2**	0	0	0	**5**

Tabella 45 Dati relativi ai cambiamenti riscontrati nelle due settimane successive alla morte di un paziente, rilevati per frequenza e durata. I dati sono suddivisi sia per anzianità di servizio che per congruità nella formazione sull'elaborazione del lutto. I Totali* sono ponderati ("1 volta" peso 1, "diverse volte" peso 2, "spesso" peso 3, "quasi sempre" peso 4).

Totale generale dei cambiamenti riscontrati	Ponderato	Non ponderato	%
Fisici	2	1	10,00
Prestazioni lavorative	7	6	60,00
Emozioni	16	10	100,00
Rapporti con familiari	16	8	80,00
Rapporti con colleghi	8	4	40,00
Rapporti con pazienti	5	3	30,00

Tabella 46 Quadro riassuntivo dei dati relativi ai cambiamenti riscontrati nelle due settimane successive alla morte di un paziente. Totali ponderati (vedi tabella precedente) e assoluti, e percentuali dei dati assoluti.

Non hanno mai riscontrato cambiamenti		%	di cui	> 10 aa	
				si	no
Fisici	9	90,00		5	4
Prestazioni lavorative	4	40,00		2	2
Emozioni	0	0,00		0	0
Rapporti con familiari	2	20,00		1	1
Rapporti con colleghi	6	60,00		3	3
Rapporti con pazienti	7	70,00		5	2

Tabella 47 Quadro riassuntivo dei dati relativi a coloro che non hanno mai riscontrato cambiamenti nelle due settimane successive alla morte di un paziente, suddivisi sia per anzianità di servizio che per congruità nella formazione sull'elaborazione del lutto. Totali e percentuali dei dati assoluti.

Sintomi riscontrati	Mai	Almeno 1 volta	Alcune volte	Almeno 1 volta a lungo	Spesso	Totale ponderato	Tot. generali ponderati	Totale non ponderato	%
cefalea	9	1	0	0	0	1	Sintomi fisici	1	10,00
disturbi gastro-intestinali	9	0	1	0	0	2		1	10,00
dolore toracico/dispnea	10	0	0	0	0	0		0	0,00
esaurimento fisico	6	3	1	0	0	5		4	40,00
inappettenza	10	0	0	0	0	0		0	0,00
alter.parametri cardio-resp.	9	1	0	0	0	1		1	10,00
alterazioni del sonno	6	4	0	0	0	4		4	40,00
Tensione muscolare	7	1	1	1	0	6	19	3	30,00
ansia	4	5	1	0	0	7	Sintomi emozionali	6	60,00
apatia	8	2	0	0	0	2		2	20,00
demotivazione	7	3	0	0	0	3		3	30,00
depressione	6	3	1	0	0	5		4	40,00
Distacco emozionale	6	3	0	1	0	6		4	40,00
incredulità	8	1	1	0	0	3		2	20,00
irritabilità	3	5	2	0	0	9		7	70,00
difficoltà a provare piacere	6	4	0	0	0	4		4	40,00
pensieri di morte su familiari	1	7	1	0	1	13		9	90,00
pensieri sulla propria morte	4	4	1	0	1	10		6	60,00
Perdita di controllo	8	0	2	0	0	4		2	20,00
rabbia	4	4	2	0	0	8		6	60,00
Senso di colpa	9	0	1	0	0	2		1	10,00
senso di impotenza	4	2	2	1	1	13		6	60,00
Sogni spiacevoli ricorrenti	9	1	0	0	0	1		1	10,00
tristezza	3	5	0	1	1	12		7	70,00
Umore instabile	6	1	2	1	0	8	110	4	40,00
Senso di allarme esagerato	8	1	1	0	0	3	Sintomi comportamentali	2	20,00
distrazione	5	4	0	1	0	7		5	50,00
isolamento sociale	7	3	0	0	0	3		3	30,00
lavoro inappropriato	7	3	0	0	0	3		3	30,00
misticismo	10	0	0	0	0	0		0	0,00
mancanza di concentrazione	7	2	1	0	0	4		3	30,00
pensieri di lavoro ricorrenti	4	4	0	1	1	11		6	60,00
pianto	4	5	1	0	0	7		6	60,00
altro	10	0	0	0	0	0		0	0,00
uso di ansiolitici/tranquill.	10	0	0	0	0	0	38	0	0,00

Tabella 48 Dati relativi ai sintomi riscontrati in seguito alla morte di un paziente, rilevati per frequenza e durata. Totali ponderati per singola voce e per area, totali assoluti e percentuali dei dati assoluti.

Utilità del supporto all'elaborazione del lutto	> 10 aa	Tot	di cui	F	M	Soddisfatto della formazione	Non soddisfatto formazione
1) In linea generale							
sì	**7**	**7**		**4**	**3**	**4**	**3**
no	**3**	**3**		**3**	0	**2**	**1**
2) Riferita a sé							
sì	**7**	**7**		**4**	**3**	**4**	**3**
no	**3**	**3**		**3**	0	**2**	**1**
3) Utilizzo effettivo							
no	**7**	**7**		**5**	**2**	**4**	**3**
conversazione con colleghi	**2**	**2**		**1**	**1**	**1**	**1**
conversazione con familiari	0	0		0	0	0	0
conversazione con amici	**1**	**1**		**1**	0	**1**	0
gruppi religiosi	0	0		0	0	0	0
altro	0	0		0	0	0	0
4) Utilizzo ipotetico laddove fossero disponibili							
gruppi di sostegno	**1**	**1**		**1**	0	0	**1**
discussioni informali	**1**	**1**		**1**	0	**1**	0
counseling	**2**	**2**		**2**	0	**2**	0
psicologo personale	**2**	**2**		**2**	0	**1**	**1**
training relazionale	**1**	**1**		0	**1**	**1**	0
formazione	**1**	**1**		**1**	0	0	**1**
psicologo per equipe	**2**	**2**		0	**2**	**1**	**1**
altro	0	0		0	0	0	0

Tabella 49 Dati relativi all'utilità di azioni di supporto all'elaborazione del lutto; 1)utilità generica di azioni di supporto sulla riduzione della sintomatologia; 2)utilità personale riferita all'aver pensato di utilizzare una fonte di supporto; 3)utilizzo effettivo di un supporto dopo la morte di un paziente; 4)potenziale utilizzo di una ipotetica fonte di supporto eventualmente resa disponibile. I dati sono suddivisi per anzianità di servizio, per sesso e per congruità nella formazione sull'elaborazione del lutto. Totali per singole voci.

Day Hospital Oncologico

Titolo di studio	F	M	Tot
Diploma Regionale	**23**	**2**	**25**
Diploma Universitario	**1**	0	**1**
Laurea	0	0	0
Master	**1**	0	**1**
Laurea Specialistica	0	0	0
Altro	0	0	0
Totale	**25**	**2**	**27**

Tabella 50 Dati concernenti il Titolo di Studio abilitante alla professione, suddivisi per sesso. Totali per singolo Titolo e per sesso.

Individui per anzianità di servizio	< 5 aa	5 - 10 aa	> 10 aa	Tot
Totale	**0**	**5**	**22**	**27**
Motivazione nella scelta dell'U.O.				
Tipologia del malato	0	**1**	**3**	**4**
Organizzazione del reparto	0	0	0	0
Qualità dell'assistenza prestata	0	0	0	0
Collocato dal S.I.	0	**4**	**19**	**23**
Altro	0	0	0	0
Gratificazione lavorativa				
Completamente gratificato	0	**1**	**2**	**3**
In parte	0	**3**	**20**	**23**
Scarsamente	0	**1**	0	**1**
Per nulla	0	0	0	0
Non saprei	0	0	0	0

Tabella 51 Dati sulla motivazione nella scelta dell'Unità Operativa e sulla gratificazione lavorativa, suddivisi per anzianità di servizio (minore di 5 anni, compresa tra i 5 e i 10 anni, maggiore di 10 anni). Totali per singole voci e generali.

Individui per anzianità di reparto	< 5 aa	5 - 10 aa	> 10 aa	Anni mediamente trascorsi in reparto
DH Oncologico	5	6	16	12
%	18,52	22,22	59,26	

Tabella 52 **Dati relativi all'anzianità presso lo stesso reparto (minore di 5 anni, compresa tra i 5 e i 10 anni, maggiore di 10 anni). Totali generali, percentuali di individui per fasce di anzianità di reparto, media degli anni di anzianità di reparto.**

Infermiere da	5 - 10 aa		> 10 aa		Totale	
Formazione sufficiente?	si	no	Si	no	Tot sì	Tot no
	1	4	7	15	8	19
Dove si è formato?						
Corsi di base	0	1	0	2	0	3
E.C.M.	1	0	2	3	3	3
Studi personali	0	1	3	0	3	1
Esperienza	0	2	2	10	2	12
Altro	0	0	0	0	0	0

Tabella 53 **Dati relativi alla formazione sul tema dell'elaborazione del lutto: congruità della formazione ricevuta, fonte di tale formazione; i dati sono suddivisi in base all'anzianità di servizio. Totali per singola voce e generali.**

Infermiere da	5 – 10 aa	>10 aa	Tot.
Ricordo di pz. morenti assistiti nell'ultimo anno			
Nesuno	3	7	10
Uno	0	1	1
Alcuni	0	14	14
Molti	2	0	2

di cui	Soddisfatto della formazione	Non soddisfatto formazione	F	M
Nesuno	2	8	9	1
Uno	0	1	1	0
Alcuni	6	8	13	1
Molti	0	2	2	0

Tabella 54 **Dati relativi al numero di pazienti morenti assistiti nell'ultimo anno, suddivisi per anzianità di servizio e successivamente per congruità della formazione sull'elaborazione del lutto e per sesso. Totali per singole voci e generali.**

Cambiamenti riscontrati post lutto	5 - 10 aa								Tot*
	Soddisfatto della formazione				Non soddisfatto della formazione				
	1 volta	Diverse volte	Spesso	Quasi sempre	1 volta	Diverse volte	Spesso	Quasi sempre	
Fisici					**1**	**1**	0	0	**3**
Prestazioni lavorative					0	**2**	**1**	0	**7**
Emozioni					**1**	**1**	**2**	0	**9**
Rapporti con familiari					0	**2**	0	0	**4**
Rapporti con colleghi					0	**2**	0	0	**4**
Rapporti con pazienti					**1**	**3**	0	0	**7**
	> 10 aa								
	Soddisfatto della formazione				Non soddisfatto della formazione				
	1 volta	Diverse volte	Spesso	Quasi sempre	1 volta	Diverse volte	Spesso	Quasi sempre	
Fisici	0	**1**	0	0	**3**	0	0	0	**5**
Prestazioni lavorative	0	**2**	0	0	**3**	0	0	0	**7**
Emozioni	**2**	**4**	0	0	**1**	**8**	**2**	0	**3**
Rapporti con familiari	**1**	**1**	0	0	**3**	**4**	**3**	0	**3**
Rapporti con colleghi	**1**	**1**	0	0	**4**	**2**	0	0	**1**
Rapporti con pazienti	**1**	0	**1**	0	**1**	**2**	**1**	0	**2**

Tabella 55 Dati relativi ai cambiamenti riscontrati nelle due settimane successive alla morte di un paziente, rilevati per frequenza e durata. I dati sono suddivisi sia per anzianità di servizio che per congruità nella formazione sull'elaborazione del lutto. I Totali* sono ponderati ("1 volta" peso 1, "diverse volte" peso 2, "spesso" peso 3, "quasi sempre" peso 4).

Totale generale dei cambiamenti riscontrati	Ponderato	Non ponderato	%
Fisici	8	6	22,22
Prestazioni lavorative	14	8	29,63
Emozioni	42	21	77,78
Rapporti con familiari	27	14	51,85
Rapporti con colleghi	15	10	37,04
Rapporti con pazienti	19	10	37,04

Tabella 56 Quadro riassuntivo dei dati relativi ai cambiamenti riscontrati nelle due settimane successive alla morte di un paziente. Totali ponderati (vedi tabella precedente) e assoluti, e percentuali dei dati assoluti.

Non hanno mai riscontrato cambiamenti		%	di cui	5 - 10 aa		> 10 aa	
				si	no	si	no
Fisici	21	77,78		1	2	6	12
Prestazioni lavorative	19	70,37		1	1	5	12
Emozioni	6	22,22		1	0	1	4
Rapporti con familiari	13	48,15		1	2	5	5
Rapporti con colleghi	17	62,96		1	2	5	9
Rapporti con pazienti	17	62,96		1	0	5	11

Tabella 57 Quadro riassuntivo dei dati relativi a coloro che non hanno mai riscontrato cambiamenti nelle due settimane successive alla morte di un paziente, suddivisi sia per anzianità di servizio che per congruità nella formazione sull'elaborazione del lutto. Totali e percentuali dei dati assoluti.

Sintomi riscontrati	Mai	Almeno 1 volta	Alcune volte	Almeno 1 volta a lungo	Spesso	Tot. pond. to	Tot. gen. ponderati	Tot. non pond.to	%
Cefalea	24	2	1	0	0	4	Sintomi fisici	3	11,11
disturbi gastro-intestinali	26	1	0	0	0	1		1	3,70
dolore toracico/dispnea	27	0	0	0	0	0		0	0,00
esaurimento fisico	23	2	1	1	0	7		4	14,81
Inappetenza	25	2	0	0	0	2		2	7,41
alter.parametri cardio-resp.	26	0	0	1	0	3		1	3,70
alterazioni del sonno	14	8	3	2	0	20		13	48,15
tensione muscolare	23	3	1	0	0	5	42	4	14,81
Ansia	20	4	1	1	1	13	Sintomi emozionali	7	25,93
Apatia	23	3	0	0	1	7		4	14,81
Demotivazione	19	4	3	1	0	13		8	29,63
Depressione	21	4	0	2	0	10		6	22,22
distacco emozionale	20	3	1	1	2	16		7	25,93
Incredulità	21	4	1	1	0	9		6	22,22
Irritabilità	21	4	1	1	0	9		6	22,22
difficoltà a provare piacere	23	2	1	1	0	7		4	14,81
pensieri di morte su familiari	11	7	5	2	2	31		16	59,26
pensieri sulla propria morte	10	5	5	4	3	39		17	62,96
perdita di controllo	25	2	0	0	0	2		2	7,41
Rabbia	12	5	4	3	3	34		15	55,56
senso di colpa	23	3	1	0	0	5		4	14,81
senso di impotenza	9	7	4	2	5	41		18	66,67
sogni spiacevoli ricorrenti	17	6	1	3	0	17		10	37,04
Tristezza	8	9	5	2	3	37		19	70,37
umore instabile	19	6	1	1	0	11	301	8	29,63
senso di allarme esagerato	24	2	1	0	0	4	Sintomi comportamentali	3	11,11
Distrazione	22	3	0	2	0	9		5	18,52
isolamento sociale	24	2	1	0	0	4		3	11,11
lavoro inappropriato	22	5	0	0	0	5		5	18,52
Misticismo	27	0	0	0	0	0		0	0,00
mancanza di concentrazione	21	5	0	1	0	8		6	22,22
pensieri di lavoro ricorrenti	15	7	2	3	0	20		12	44,44
Pianto	10	9	4	4	0	29		17	62,96
Altro*	26	0	0	0	1	4		1	3,70
uso di ansiolitici/tranquill.	26	1	0	0	0	1	84	1	3,70

Tabella 58 Dati relativi ai sintomi riscontrati in seguito alla morte di un paziente, rilevati per frequenza e durata. Totali ponderati per singola voce e per area, totali assoluti e percentuali dei dati assoluti. Altro*: Rifletto sul lutto vissuto e ne faccio tesoro per la mia professione e la mia vita.

Utilità del supporto all'elaborazione del lutto	5 - 10 aa	> 10 aa	Tot		F	M	Soddisfatto della formazione	Non soddisfatto formazione
1) In linea generale								
sì	**6**	**17**	**23**		**21**	**2**	**7**	**16**
no	0	**4**	**4**		**4**	0	**1**	**3**
2) Riferita a sé								
sì	**5**	**8**	**13**		**11**	**2**	**5**	**8**
no	0	**14**	**14**		**14**	0	**3**	**11**
3) Utilizzo effettivo								
no	**4**	**12**	**16**		**15**	**1**	**5**	**11**
conversazione con colleghi	0	**7**	**7**	**di cui**	**6**	**1**	**2**	**5**
conversazione con familiari	0	**2**	**2**		**2**	0	**1**	**1**
conversazione con amici	**1**	**1**	**2**		**2**	0	0	**2**
gruppi religiosi	0	0	0		0	0	0	0
altro	0	0	0		0	0	0	0
4) Utilizzo ipotetico laddove fossero disponibili								
gruppi di sostegno	**1**	**4**	**5**		**5**	0	0	**5**
discussioni informali	**1**	**1**	**2**		**1**	**1**	**2**	0
counseling	0	0	0		0	0	0	0
psicologo personale	0	0	0		0	0	0	0
training relazionale	**1**	**4**	**5**		**5**	0	0	**5**
formazione	**2**	**5**	**7**		**6**	**1**	**1**	**6**
psicologo per equipe	0	**6**	**6**		**6**	0	**3**	**3**
altro*	0	**1**	**1**		**1**	0	**1**	0

Tabella 59 Dati relativi all'utilità di azioni di supporto all'elaborazione del lutto; 1)utilità generica di azioni di supporto sulla riduzione della sintomatologia; 2)utilità personale riferita all'aver pensato di utilizzare una fonte di supporto; 3)utilizzo effettivo di un supporto dopo la morte di un paziente; 4)potenziale utilizzo di una ipotetica fonte di supporto eventualmente resa disponibile. I dati sono suddivisi per anzianità di servizio, per sesso e per congruità nella formazione sull'elaborazione del lutto. Totali per singole voci. Altro*: Niente

Hospice

Titolo di studio	F	M	Tot
Diploma Regionale	**9**	0	**9**
Diploma Universitario	0	0	0
Laurea	0	0	0
Master	**1**	0	**1**
Laurea Specialistica	0	0	0
Altro	0	0	0
Totale	**10**	**0**	**10**

Tabella 60 Dati concernenti il Titolo di Studio abilitante alla professione, suddivisi per sesso. Totali per singolo Titolo e per sesso.

Individui per anzianità di servizio	< 5 aa	5 - 10 aa	> 10 aa	Tot
Totale	**0**	**4**	**6**	**10**
Motivazione nella scelta dell'U.O.				
Tipologia del malato	0	**1**	**1**	**2**
Organizzazione del reparto	0	**2**	**2**	**4**
Qualità dell'assistenza prestata	0	0	**1**	**1**
Collocato dal S.I.	0	**1**	**1**	**2**
Altro*	0	0	**1**	**1**
Gratificazione lavorativa				
Completamente gratificato	0	0	**1**	**1**
In parte	0	**4**	**4**	**8**
Scarsamente	0	0	**1**	**1**
Per nulla	0	0	0	0
Non saprei	0	0	0	0

Tabella 61 Dati sulla motivazione nella scelta dell'Unità Operativa e sulla gratificazione lavorativa, suddivisi per anzianità di servizio (minore di 5 anni, compresa tra i 5 e i 10 anni, maggiore di 10 anni). Totali per singole voci e generali. Altro*: Libera professione

Individui per anzianità di reparto	< 5 aa	5 - 10 aa	> 10 aa	Anni mediamente trascorsi in reparto
Hospice	5	5	0	*
%	50,00	50,00	0	

Tabella 62 **Dati relativi all'anzianità presso lo stesso reparto (minore di 5 anni, compresa tra i 5 e i 10 anni, maggiore di 10 anni). Totali generali, percentuali di individui per fasce di anzianità di reparto, media degli anni di anzianità di reparto. (*)Essendo aperto dal 2002, questo dato non è stato inserito.**

Infermiere da	5 - 10 aa		> 10 aa		Totale	
Formazione sufficiente?	si	no	si	no	Tot sì	Tot no
	2	2	3	3	5	5
Dove si è formato?						
Corsi di base	1	1	1	1	2	2
E.C.M.	1	0	1	0	2	0
Studi personali	0	1	1	0	1	1
Esperienza	0	0	0	2	0	2
Altro	0	0	0	0	0	0

Tabella 63 **Dati relativi alla formazione sul tema dell'elaborazione del lutto: congruità della formazione ricevuta, fonte di tale formazione; i dati sono suddivisi in base all'anzianità di servizio. Totali per singola voce e generali.**

Infermiere da	5 - 10 aa	>10 aa	Tot.
Ricordo di pz. morenti assistiti nell'ultimo anno			
Nesuno	0	0	0
Uno	0	0	0
Alcuni	1	1	2
Molti	3	5	8

di cui	Soddisfatto della formazione	Non soddisfatto formazione	F	M
Nesuno	0	0	0	0
Uno	0	0	0	0
Alcuni	0	2	2	0
Molti	5	3	8	0

Tabella 64 **Dati relativi al numero di pazienti morenti assistiti nell'ultimo anno, suddivisi per anzianità di servizio e successivamente per congruità della formazione sull'elaborazione del lutto e per sesso. Totali per singole voci e generali.**

Cambiamenti riscontrati post lutto	5 - 10 aa								Tot*
	Soddisfatto della formazione				Non soddisfatto della formazione				
	1 volta	Diverse volte	Spesso	Quasi sempre	1 volta	Diverse volte	Spesso	Quasi sempre	
Fisici	0	**1**	0	0	0	**1**	0	0	**4**
Prestazioni lavorative	0	**1**	0	0	**1**	**1**	0	0	**5**
Emozioni	**1**	0	**1**	0	0	**1**	0	**1**	**10**
Rapporti con familiari	**1**	**1**	0	0	0	0	0	**1**	**7**
Rapporti con colleghi	**1**	0	0	0	0	0	**1**	0	**4**
Rapporti con pazienti	0	0	0	0	0	0	0	**1**	**4**
	> 10 aa								
	Soddisfatto della formazione				Non soddisfatto della formazione				
	1 volta	Diverse volte	Spesso	Quasi sempre	1 volta	Diverse volte	Spesso	Quasi sempre	
Fisici	0	**1**	0	0	0	0	0	0	**2**
Prestazioni lavorative	**1**	0	0	0	0	0	0	0	**1**
Emozioni	0	**3**	0	0	**1**	**1**	0	0	**9**
Rapporti con familiari	0	**2**	0	0	0	0	**1**	0	**7**
Rapporti con colleghi	0	**2**	0	0	0	0	0	0	**4**
Rapporti con pazienti	**1**	0	0	0	**1**	**1**	0	0	**4**

Tabella 65 Dati relativi ai cambiamenti riscontrati nelle due settimane successive alla morte di un paziente, rilevati per frequenza e durata. I dati sono suddivisi sia per anzianità di servizio che per congruità nella formazione sull'elaborazione del lutto. I Totali* sono ponderati ("1 volta" peso 1, "diverse volte" peso 2, "spesso" peso 3, "quasi sempre" peso 4).

Totale generale dei cambiamenti riscontrati	Ponderato	Non ponderato	%
Fisici	6	3	30,00
Prestazioni lavorative	6	4	40,00
Emozioni	19	9	90,00
Rapporti con familiari	14	6	60,00
Rapporti con colleghi	8	4	40,00
Rapporti con pazienti	8	4	40,00

Tabella 66 Quadro riassuntivo dei dati relativi ai cambiamenti riscontrati nelle due settimane successive alla morte di un paziente. Totali ponderati (vedi tabella precedente) e assoluti, e percentuali dei dati assoluti.

Non hanno mai riscontrato cambiamenti		%	di cui	5 - 10 aa		> 10 aa	
				si	no	si	no
Fisici	7	70,00		1	1	2	3
Prestazioni lavorative	6	60,00		1	0	2	3
Emozioni	1	10,00		0	0	0	1
Rapporti con familiari	4	40,00		0	1	1	2
Rapporti con colleghi	6	60,00		1	1	1	3
Rapporti con pazienti	6	60,00		2	1	2	1

Tabella 67 Quadro riassuntivo dei dati relativi a coloro che non hanno mai riscontrato cambiamenti nelle due settimane successive alla morte di un paziente, suddivisi sia per anzianità di servizio che per congruità nella formazione sull'elaborazione del lutto. Totali e percentuali dei dati assoluti.

Sintomi riscontrati	Mai	Almeno 1 volta	Alcune volte	Almeno 1 volta a lungo	Spesso	Tot. pond.	Tot.gen pond.ti	Tot. on pond.to	%
cefalea	8	0	1	0	1	6	Sintomi fisici	2	20,00
disturbi gastro-intestinali	9	0	0	1	0	3		1	10,00
dolore toracico/dispnea	10	0	0	0	0	0		0	0,00
esaurimento fisico	8	2	0	0	0	2		2	20,00
inappettenza	10	0	0	0	0	0		0	0,00
alter.parametri cardio-resp.	10	0	0	0	0	0		0	0,00
alterazioni del sonno	7	1	1	1	0	6		3	30,00
tensione muscolare	8	1	0	1	0	4	21	2	20,00
ansia	5	2	3	0	0	8	Sintomi emozionali	5	50,00
apatia	7	2	1	0	0	4		3	30,00
demotivazione	4	5	0	1	0	8		6	60,00
depressione	8	0	1	0	1	6		2	20,00
distacco emozionale	7	3	0	0	0	3		3	30,00
incredulità	6	1	2	0	1	9		4	40,00
irritabilità	5	3	1	0	1	9		5	50,00
difficoltà a provare piacere	10	0	0	0	0	0		0	0,00
pensieri di morte su familiari	4	2	1	1	2	15		6	60,00
pensieri sulla propria morte	4	3	1	1	1	12		6	60,00
perdita di controllo	10	0	0	0	0	0		0	0,00
rabbia	6	2	0	1	1	9		4	40,00
senso di colpa	8	2	0	0	0	2		2	20,00
senso di impotenza	3	4	1	0	2	14		7	70,00
sogni spiacevoli ricorrenti	7	2	0	1	0	5		3	30,00
tristezza	4	2	3	0	1	12		6	60,00
umore instabile	7	3	0	0	0	3	119	3	30,00
senso di allarme esagerato	9	0	0	1	0	3	Sintomi comportamentali	1	10,00
distrazione	10	0	0	0	0	0		0	0,00
isolamento sociale	10	0	0	0	0	0		0	0,00
lavoro inappropriato	10	0	0	0	0	0		0	0,00
misticismo	10	0	0	0	0	0		0	0,00
mancanza di concentrazione	7	3	0	0	0	3		3	30,00
pensieri di lavoro ricorrenti	7	1	1	0	1	7		3	30,00
pianto	5	5	0	0	0	5		5	50,00
altro	10	0	0	0	0	0		0	0,00
uso di ansiolitici/tranquill.	10	0	0	0	0	0	18	0	0,00

Tabella 68 Dati relativi ai sintomi riscontrati in seguito alla morte di un paziente, rilevati per frequenza e durata. Totali ponderati per singola voce e per area, totali assoluti e percentuali dei dati assoluti.

Utilità del supporto all'elaborazione del lutto	> 10 aa	Tot	di cui	F	M	Soddisfatto della formazione	Non soddisfatto formazione
1) In linea generale							
sì	**9**	**9**		**9**	0	**5**	**4**
no	**1**	**1**		**1**	0	0	**1**
2) Riferita a sé							
sì	**5**	**5**		**5**	0	**2**	**3**
no	**5**	**5**		**5**	0	**3**	**2**
3) Utilizzo effettivo							
no	**3**	**3**		**3**	0	0	**3**
conversazione con colleghi	**7**	**7**		**7**	0	**5**	**2**
conversazione con familiari	0	0		0	0	0	0
conversazione con amici	0	0		0	0	0	0
gruppi religiosi	0	0		0	0	0	0
altro	0	0		0	0	0	0
4) Utilizzo ipotetico laddove fossero disponibili							
gruppi di sostegno	0	0		0	0	0	0
discussioni informali	**1**	**1**		**1**	0	0	**1**
counseling	**1**	**1**		**1**	0	0	**1**
psicologo personale	**1**	**1**		**1**	0	**1**	0
training relazionale	0	0		0	0	0	0
formazione	**2**	**2**		**2**	0	**1**	**1**
psicologo per equipe	**4**	**4**		**4**	0	**2**	**2**
altro*	**1**	**1**		**1**	0	**1**	0

Tabella 69 Dati relativi all'utilità di azioni di supporto all'elaborazione del lutto; 1)utilità generica di azioni di supporto sulla riduzione della sintomatologia; 2)utilità personale riferita all'aver pensato di utilizzare una fonte di supporto; 3)utilizzo effettivo di un supporto dopo la morte di un paziente; 4)potenziale utilizzo di una ipotetica fonte di supporto eventualmente resa disponibile. I dati sono suddivisi per anzianità di servizio, per sesso e per congruità nella formazione sull'elaborazione del lutto. Totali per singole voci. Altro*: (barrate tutte le voci disponibili)

Allegato 5

Assistenza Domiciliare

Titolo di studio	F	M	Tot
Diploma Regionale	**29**	**8**	**37**
Diploma Universitario	**1**	0	**1**
Laurea	**1**	0	**1**
Master	**1**	0	**1**
Laurea Specialistica	0	0	0
Altro	0	0	0
Totale	**32**	**8**	**40**

Tabella 70 Dati concernenti il Titolo di Studio abilitante alla professione, suddivisi per sesso. Totali per singolo Titolo e per sesso.

Individui per anzianità di servizio	< 5 aa	5 - 10 aa	> 10 aa	Tot
Totale	**2**	**4**	**34**	**40**
Motivazione nella scelta dell'U.O.				
Tipologia del malato	**1**	**2**	**6**	**9**
Organizzazione del reparto	0	**1**	**10**	**11**
Qualità dell'assistenza prestata	0	**1**	**11**	**12**
Collocato dal S.I.	**1**	0	**5**	**6**
Altro	0	0	**2***	**2**
Gratificazione lavorativa				
Completamente gratificato	**1**	**1**	**11**	**13**
In parte	**1**	**3**	**23**	**27**
Scarsamente	0	0	0	0
Per nulla	0	0	0	0
Non saprei	0	0	0	0

Tabella 71 Dati sulla motivazione nella scelta dell'Unità Operativa e sulla gratificazione lavorativa, suddivisi per anzianità di servizio (minore di 5 anni, compresa tra i 5 e i 10 anni, maggiore di 10 anni). Totali per singole voci e generali. *Altro: 1)indipendenza decisionale; 2)esperienza extraospedaliera.

Individui per anzianità di reparto	< 5 aa	5 - 10 aa	> 10 aa	Anni mediamente trascorsi in reparto
Totale	9	15	16	9
%	22,50	37,50	40,00	

Tabella 72 **Dati relativi all'anzianità presso lo stesso reparto (minore di 5 anni, compresa tra i 5 e i 10 anni, maggiore di 10 anni). Totali generali, percentuali di individui per fasce di anzianità di reparto, media degli anni di anzianità di reparto.**

Infermiere da	< 5 aa		5 - 10 aa		> 10 aa		Totale	
Formazione sufficiente?	si	no	si	no	si	no	Tot sì	Tot no
	1	1	1	3	17	17	19	21
Dove si è formato?								
Corsi di base	0	1	0	1	2	2	2	4
E.C.M.	0	0	0	1	5	5	5	6
Studi personali	0	0	0	1	3	1	3	2
Esperienza	1	0	1	0	7	9	9	9
Altro	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabella 73 **Dati relativi alla formazione sul tema dell'elaborazione del lutto: congruità della formazione ricevuta, fonte di tale formazione; i dati sono suddivisi in base all'anzianità di servizio. Totali per singola voce e generali.**

Infermiere da	< 5 aa	5 - 10 aa	>10 aa	Tot.
Ricordo di pz. morenti assistiti nell'ultimo anno				
Nesuno	0	0	0	0
Uno	0	0	3	3
Alcuni	1	1	16	18
Molti	1	3	15	19
di cui	Soddisfatto della formazione	Non soddisfatto formazione	F	M
Nesuno	0	0	0	0
Uno	2	1	3	0
Alcuni	9	8	14	4
Molti	7	12	15	4

Tabella 74 **Dati relativi al numero di pazienti morenti assistiti nell'ultimo anno, suddivisi per anzianità di servizio e successivamente per congruità della formazione sull'elaborazione del lutto e per sesso. Totali per singole voci e generali.**

Cambiamenti riscontrati post lutto	< 5 aa								Tot*
	Soddisfatto della formazione				Non soddisfatto formazione				
	1volta	Diverse volte	Spesso	Quasi sempre	1volta	Diverse volte	Spesso	Quasi sempre	
Fisici	**1**	0	0	0	0	0	0	0	**1**
Prestazioni lavorative	**1**	0	0	0	**1**	0	0	0	**2**
Emozioni	**1**	0	0	0	**1**	0	0	0	**2**
Rapporti con familiari	0	0	0	0	**1**	0	0	0	**1**
Rapporti con colleghi	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
Rapporti con pazienti	**1**	0	0	0	0	**1**	0	0	**3**
	5 - 10 aa								
	Soddisfatto della formazione				Non soddisfatto formazione				
	1volta	Diverse volte	Spesso	Quasi sempre	1volta	Diverse volte	Spesso	Quasi sempre	
Fisici	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
Prestazioni lavorative	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
Emozioni	0	0	0	0	0	**2**	**1**	0	**7**
Rapporti con familiari	0	**1**	0	0	0	0	0	0	**2**
Rapporti con colleghi	**1**	0	0	0	0	0	0	0	**1**
Rapporti con pazienti	0	0	0	0	**1**	0	0	0	**1**
	> 10 aa								
	Soddisfatto della formazione				Non soddisfatto formazione				
	1volta	Diverse volte	Spesso	Quasi sempre	1volta	Diverse volte	Spesso	Quasi sempre	
Fisici	**1**	**1**	0	0	0	**1**	**1**	0	**8**
Prestazioni lavorative	**4**	0	0	0	**6**	**3**	0	0	**16**
Emozioni	**5**	**6**	**1**	0	**7**	**3**	**4**	**1**	**49**
Rapporti con familiari	**7**	**1**	**2**	0	**4**	**2**	**1**	**1**	**30**
Rapporti con colleghi	**5**	**1**	**1**	**1**	**4**	**1**	**2**	0	**26**
Rapporti con pazienti	**4**	**1**	**2**	0	**5**	**1**	**2**	0	**25**

Tabella 75 Dati relativi ai cambiamenti riscontrati nelle due settimane successive alla morte di un paziente, rilevati per frequenza e durata. I dati sono suddivisi sia per anzianità di servizio che per congruità nella formazione sull'elaborazione del lutto. I Totali* sono ponderati ("1 volta" peso 1, "diverse volte" peso 2, "spesso" peso 3, "quasi sempre" peso 4).

Totale generale dei cambiamenti riscontrati	Ponderato	Non ponderato	%
Fisici	9	5	12,50
Prestazioni lavorative	18	15	37,50
Emozioni	58	32	80,00
Rapporti con familiari	33	20	50,00
Rapporti con colleghi	27	16	40,00
Rapporti con pazienti	29	18	45,00

Tabella 76 Quadro riassuntivo dei dati relativi ai cambiamenti riscontrati nelle due settimane successive alla morte di un paziente. Totali ponderati (vedi tabella precedente) e assoluti, e percentuali dei dati assoluti.

Non hanno mai riscontrato cambiamenti		%	di cui	< 5 aa		5 - 10 aa		> 10 aa	
				si	no	si	no	si	no
Fisici	35	87,50		0	1	1	3	15	15
Prestazioni lavorative	25	62,50		0	0	1	3	13	8
Emozioni	8	20,00		0	0	1	0	5	2
Rapporti con familiari	20	50,00		1	0	0	3	7	9
Rapporti con colleghi	24	60,00		1	1	0	3	9	10
Rapporti con pazienti	22	55,00		0	0	1	2	10	9

Tabella 77 Quadro riassuntivo dei dati relativi a coloro che non hanno mai riscontrato cambiamenti nelle due settimane successive alla morte di un paziente, suddivisi sia per anzianità di servizio che per congruità nella formazione sull'elaborazione del lutto. Totali e percentuali dei dati assoluti.

Sintomi riscontrati	Mai	Almeno 1 volta	Alcune volte	Almeno 1 volta a lungo	Spesso	Totale ponderato	Tot. generali ponderati	Totale non ponderato	%
cefalea	34	4	2	0	0	8	Sintomi fisici	6	15,00
disturbi gastro-intestinali	34	3	2	0	1	11		6	15,00
dolore toracico/dispnea	36	4	0	0	0	4		4	10,00
esaurimento fisico	35	4	0	1	0	7		5	12,50
inappettenza	39	0	0	0	1	4		1	2,50
alter.parametri cardio-resp.	36	2	0	1	1	9		4	10,00
Alterazioni del sonno	26	10	1	3	0	21		14	35,00
tensione muscolare	32	7	1	0	0	9	73	8	20,00
ansia	25	13	1	0	1	19	Sintomi emozionali	15	37,50
apatia	29	9	1	1	0	14		11	27,50
demotivazione	26	10	1	3	0	21		14	35,00
depressione	31	3	3	1	2	20		9	22,50
distacco emozionale	23	12	2	2	1	26		17	42,50
incredulità	32	7	1	0	0	9		8	20,00
Irritabilità	33	4	2	1	0	11		7	17,50
difficoltà a provare piacere	32	5	3	0	0	11		8	20,00
pensieri di morte su familiari	19	11	5	1	4	40		21	52,50
pensieri sulla propria morte	18	16	3	1	2	33		22	55,00
perdita di controllo	39	0	1	0	0	2		1	2,50
Rabbia	24	10	3	2	1	26		16	40,00
senso di colpa	37	2	1	0	0	4		3	7,50
senso di impotenza	16	16	5	1	2	37		24	60,00
sogni spiacevoli ricorrenti	36	1	3	0	0	7		4	10,00
Tristezza	11	24	3	1	1	37		29	72,50
umore instabile	27	9	4	0	0	17	334	13	32,50
senso di allarme esagerato	37	1	1	0	1	7	Sintomi comportamentali	3	7,50
Distrazione	31	6	1	0	2	16		9	22,50
isolamento sociale	37	2	0	1	0	5		3	7,50
lavoro inappropriato	37	3	0	0	0	3		3	7,50
Misticismo	39	1	0	0	0	1		1	2,50
mancanza di concentrazione	29	7	4	0	0	15		11	27,50
pensieri di lavoro ricorrenti	21	15	0	2	2	29		19	47,50
Pianto	29	9	0	0	2	17		11	27,50
Altro	40	0	0	0	0	0		0	0,00
uso di ansiolitici/tranquill.	38	2	0	0	0	2	95	2	5,00

Tabella 78 Dati relativi ai sintomi riscontrati in seguito alla morte di un paziente, rilevati per frequenza e durata. Totali ponderati per singola voce e per area, totali assoluti e percentuali dei dati assoluti.

Utilità del supporto all'elaborazione del lutto	< 5 aa	5 - 10 aa	> 10 aa	Tot	di cui	F	M	Soddisfatto della formazione	Non soddisfatto formazione
1) In linea generale									
sì	**2**	**4**	**22**	**28**		**22**	**6**	**13**	**15**
no	0	0	**12**	**12**		**10**	**2**	**6**	**6**
2) Riferita a sé									
sì	**1**	**1**	**10**	**12**		**12**	0	**5**	**7**
no	**1**	**3**	**24**	**28**		**20**	**8**	**14**	**14**
3) Utilizzo effettivo									
no	**1**	**3**	**22**	**26**		**19**	**7**	**11**	**15**
conversazione con colleghi	**1**	0	**9**	**10**		**10**	0	**7**	**3**
conversazione con familiari	0	0	**1**	**1**		**1**	0	0	**1**
conversazione con amici	0	0	**2**	**2**		**1**	**1**	**1**	**1**
gruppi religiosi	0	**1**	0	**1**		**1**	0	0	**1**
altro	0	0	0	0		0	0	0	0
4) Utilizzo ipotetico laddove fossero disponibili									
gruppi di sostegno	0	0	**2**	**2**		**2**	0	0	**2**
discussioni informali	0	**1**	**7**	**8**		**6**	**2**	**3**	**5**
counseling	0	0	**3**	**3**		**3**	0	**2**	**1**
psicologo personale	0	0	**3**	**3**		**3**	0	**2**	**1**
training relazionale	0	**1**	**1**	**2**		**1**	**1**	**1**	**1**
formazione	**2**	**2**	**13**	**17**		**13**	**4**	**11**	**6**
psicologo per equipe	0	0	**4**	**4**		**4**	0	0	**4**
altro*	0	0	**1**	**1**		0	**1**	0	**1**

Tabella 79 Dati relativi all'utilità di azioni di supporto all'elaborazione del lutto; 1)utilità generica di azioni di supporto sulla riduzione della sintomatologia; 2)utilità personale riferita all'aver pensato di utilizzare una fonte di supporto; 3)utilizzo effettivo di un supporto dopo la morte di un paziente; 4)potenziale utilizzo di una ipotetica fonte di supporto eventualmente resa disponibile. I dati sono suddivisi per anzianità di servizio, per sesso e per congruità nella formazione sull'elaborazione del lutto. Totali per singole voci. *Altro: Non so.

Relatore

Dott. Marco Piazza

Tesi di Laurea di:

Giulia Casadio

Bibliografia

Libri

Aprea E.	**Dall'amore con rabbia**	TraccEdizioni	Piombino	1990
Ariès P.	**L'uomo e la morte dal medioevo ad oggi**	Laterza	Bari	1980
Ariès P.	**Storia della morte in Occidente**	BUR	Milano	1998
Artioli G., Montanari R., Saffioti A.	**Counseling e professione infermieristica**	Carocci Faber	Roma	2004
Bassetti O.	**Lo specifico relazionale infermieristico**	Rossigni	Firenze	2001
Buda P.	**Nella buona e nella cattiva sorte**	Tipolito Laser	Coriano	1995
Buzzi F., Vanini M.	**Guida alla valutazione psichiatrica e medicolegale del danno biologico di natura psichica**	Giuffrè Ed.		2006
C. Saunders	**Care for the Dying**			
Calamandrei C., D'Addio L.	**Commentario al nuovo Codice Deontologico dell' Infermiere**	McGraw - Hill	Milano	1999
Campione F.	**Assistenza psicologica del malato grave**	Patron	Bologna	1986
Campione F.	**Manifesto della Tanatologia**	CLUEB Ed.	Bologna	2005
Campione F. (a cura di)	**The last dance**	CLUEB Ed.	Bologna	2005
Catapane E.	**L'infermiere dimenticato**	Ed. Nettuno	Verona	1994
Cortese C., Fedrigotti A.	**Etica infermieristica**	Ed. Sorbona	Milano	1992
Costantini A., Grassi L., Biondi M.	**Psicologia e tumori**	Il pensiero scientifico	Roma	1998
Cozzi D., Nigris D.	**Gesti di cura**	Ed. Colibrì	Torino	2003
De Hennezel M.	**La morte amica**	Rizzoli	Milano	1996
Di Nola A. M.	**La nera Signora**	Newton & Compton Ed.	Roma	2001
Elias N.	**La solitudine del**	Il Mulino		1985

	morente			
Freud S.	**La teoria psicanalitica**			
Garfield C.A.	**Assistenza psicosociale al malato in fase terminale**	McGraw – Hill	Milano	1987
Giovannini D., Speltini G.	**Coinvolgimento emozionale, condivisione sociale e strategie di fronteggiamento negli operatori sanitari.**			
Glaser B. G., Strauss A. L.	**Time for Dying**	Ed. Aldine	Chicago	1968
Henderson V.	**Principi di assistenza infermieristica**			
Kubler-Ross E.	**La morte e il morire**	Cittadella Ed.	Assisi	1984
Manzoni E.	**Storia e filosofia dell'Assistenza Infermieristica**	Masson	Milano	2003
Marchei S., Mennuni M.	**Nursing in cardiologia**			2002
Marzi A. M., Molini A.	**L'Hospice al sevizio del malato oncologico grave e della sua famiglia**	McGraw-Hill	Milano	2005
Maslach C.	**La Sindrome del Burn out, il prezzo dell'aiuto agli altri**	Ed. Cittadella	Assisi	1992
Mirando G.	**Riflessioni etiche intorno alla fine della vita**	Città Nuova	Roma	1997
Sebag-Lanoe R.	**L'assistenza ai morenti**	Red Edizioni	Como	1997
Spinsanti S. (a cura di)	**La morte umana - antropologia, diritto, etica**	Ed. Paoline	Milano	1987
Trombini G. (a cura di)	**Come logora curare**	Zanichelli	Bologna	1994
Zorza R., Zorza V.	**Un modo di morire**	Ed. Paoline	Milano	1987

Periodici

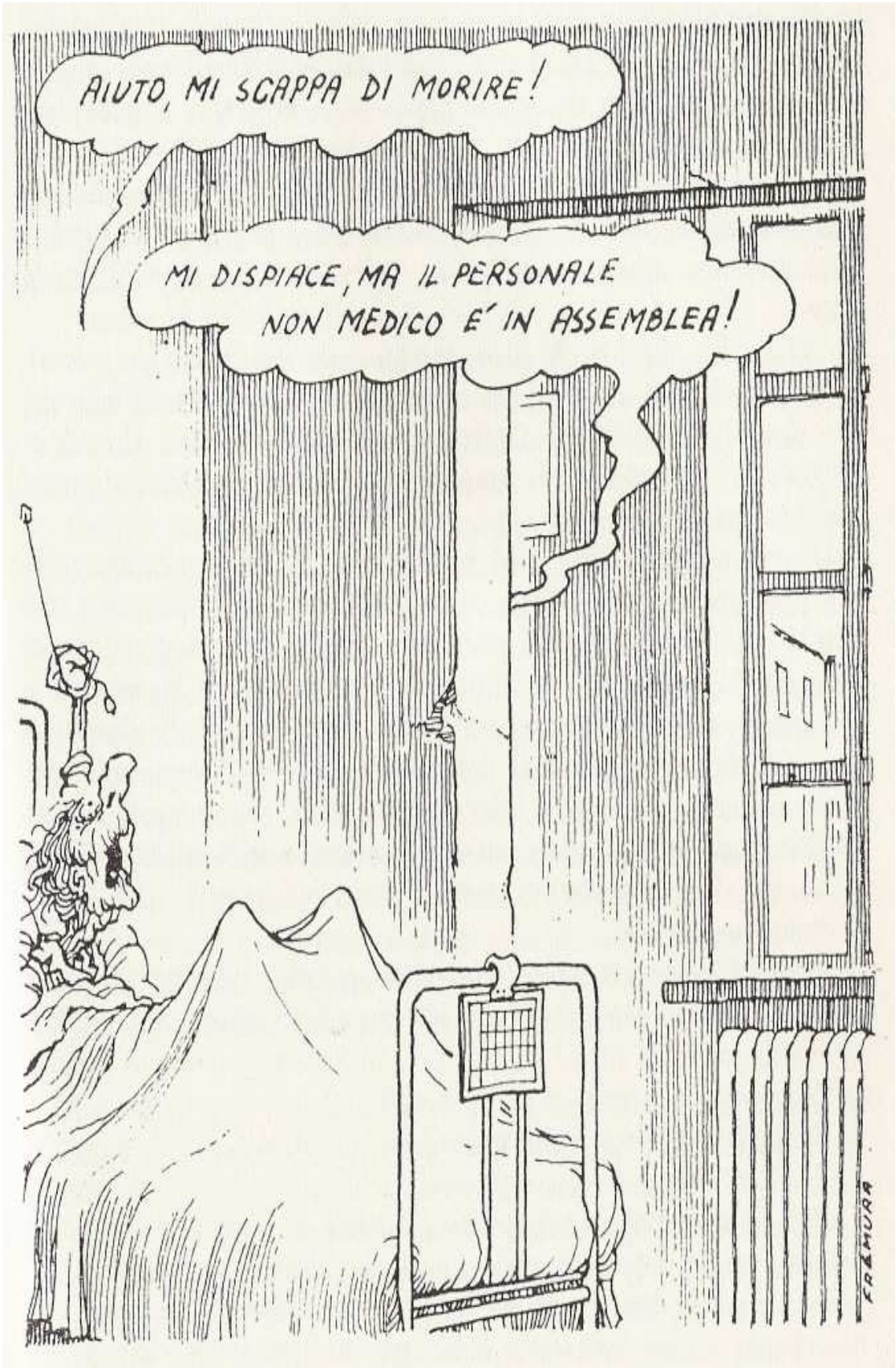
Ariès P.	**La morte capovolta**	Archives Europeennes de Sociologie, Vol 8°	1967
Ferrante M.A.	**Psicoantropologia**	Attualità in Psicologia, Vol 3°	1988
Gorer G.	**The pornography of Death**		
Rickerson E.	**How well are we caring for caregivers?**	Journal of Pain and Symptom Management, Vol 30 n.3	2005
Masera G.	**Il problema della finitudine umana: uno sguardo antropologico sull'accompagnamento alla morte**	Nursing Oggi n.4	2005
Comitato Nazionale per la Bioetica	**Questioni bioetiche relative alla fine della vita umana**	Medicina e Morale N.6	1999
Robustelli F., Pagani C.	**La psicologia e il problema della morte**	Psicologia contemporanea	
Sherwood S., Kastenbaurn R., Morris J. N., Wright S. M.	**The first months of bereavement**	The Hospice Experiment - J. Hopkins University Press	1988

Web

Fabbri M.	**Aspetti etico-deontologici dell'assistenza infermieristica in situazioni di stress**	www.chittalink.it	Mar 06
Hunter M.J., Davis P.J. Tunstall J.R.	**The influence of attachment and emotional support in end-stage cancer**	www.interscience.wiley.com	Dic 05
Maggi A.	**La morte**	www.thanatos.it	Set 06
Monti M.	**Lo stress acuto negli operatori di emergenza e sue complicanze. Descrizione e criteri di intervento nel personale.**	www.chittalink.it	Mar 06
Novelli B.	**Il problema del burn out: criteri di valutazione e percorsi di intervento**	www.chittalink.it	Mar 06
Price M., Butow P., Kirsten L.	**Support and training needs of cancer support group leaders: a review**	www.interscience.wiley.com	Dic 05
Sinicco N.	**La prevenzione del burn out: la relazione e l'energia**	www.chittalink.it	Mar 06
Ugolini G.	**Assistenza Spirituale d'urgenza: l'esperienza dell'Associazione Provinciale di Soccorso Croce Bianca di Bressanone**	www.chittalink.it	Mar 06

Convegni

AA. VV.	**Burn out in Emergency Department or the failure of self-fulfilment ?**	Azienda Sanitaria locale di Ravenna	
AA. VV.	**Guaritori da guarire – V° incontro per Operatori della salute**	Cittadella di Assisi	Giugno 2001
AA. VV.	**III° Seminario del Progetto Aziendale NODO: Antropologia della morte**	Azienda Sanitaria locale di Ravenna	Aprile 1999
AA. VV.	**Il Cammino verso la Fine**	Presidio Ospedaliero di Ravenna	2006
Berardi M. A, Buda P., Maltoni M.	**Primo Corso di formazione e aggiornamento in "Cure Palliative in Oncologia"**	Presidio Ospedaliero di Forlimpopoli	Gennaio Dicembre 2000
Buda P., Guidi R., Giorgetti W.	**Burn out e valutazione del proprio lavoro tra gli operatori sanitari della medicina oncologia Geriatria**	Repubblica di S. Marino - Segreteria di stato per la Sanità e la Sicurezza Sociale	1998


AIUTO, MI SCAPPA DI MORIRE!
MI DISPIACE, MA IL PERSONALE NON MEDICO E' IN ASSEMBLEA!
CARMURA