

# Morte e morire: le emozioni vissute dagli infermieri in Pronto Soccorso

*Death and dying: the nurses' emotions in Accident and Emergency*

Elsa Labelli, Dott.ssa Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, Corso di laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Padova, sede di Portogruaro (VE)

Laura Bertossi, Infermiera, Medicina ASS n°5 "Bassa Friulana", Palmanova (UD)

Cristiano Cortello, Infermiere, Master 1° livello di Area Critica in Anestesia e Rianimazione, Master 1° livello in Coordinamento Professioni Sanitarie

## Riassunto

**Introduzione:** la realtà improvvisa e scioccante della morte non è mai lontana dalla vita quotidiana dei Pronto Soccorso. In tutti i casi, l'evento luttuoso provoca spesso un'ansia acuta, il rischio di una crisi d'identità, il senso d'insicurezza, la disperazione e la rabbia. Tale aspetto nella pratica infermieristica ha portato a stressanti e insostenibili esperienze, lasciando nel professionista un'eredità d'inadeguatezza, disagio e insoddisfazione, rappresentando una minaccia per la competenza professionale.

**Obiettivo:** lo studio di tipo qualitativo intende identificare le principali emozioni e sentimenti vissuti dagli infermieri di emergenza (Pronto Soccorso), in seguito alla morte improvvisa di loro assistiti e descrivere l'esperienza di sofferenza e di elaborazione del lutto degli stessi.

**Materiali e metodi:** dal 28 giugno al 25 luglio 2010 nel Pronto Soccorso dell'Ospedale di Portogruaro (VE), sono stati raccolti, per mezzo di interviste semi-strutturate, i vissuti degli infermieri che hanno esperito almeno un decesso di un assistito. Sono stati intervistati 9 infermieri su 20 in dotazione organica.

**Risultati:** il 55,56% del campione erano femmine, il 44,44% maschi. È emerso che il 78% degli infermieri sui 9 intervistati, ha presentato distacco emotivo in situazioni di morte, il 44,44% ha dichiarato di aggrapparsi disperatamente a qualcosa per dar senso alla morte, il 33,33% che si è occupato di attività diversive, assumendo comportamenti di evasione dalla notizia del decesso inatteso e improvviso. Rispetto alle emozioni percepite, si è rilevato nel campione una prevalenza del 100% di sentimenti di accettazione, dolore e tristezza, seguiti per l'89% da angoscia.

**Conclusioni:** le esperienze di sofferenza evidenziate dagli infermieri sono accompagnate da sentimenti di tristezza, angoscia e dolore. La totalità del campione, attraversando in modo diversificatole fasi di elaborazione del lutto, dichiara di aver acquisito la consapevolezza di quanto accaduto. Gli infermieri stessi affermano e dimostrano di attribuire a tali esperienze di morte, un significato positivo di crescita personale e professionale.

**Parole chiave:** Emozioni, Pronto Soccorso, Infermieri, Morte Improvvisa, Lutto, Elaborazione del Lutto

## Abstract

**Introduction:** the sudden and shocking reality of death is never far away from the daily life of A & E. In all cases, in fact, the sad event often causes acute anxiety, the risk of an identity crisis, the sense of insecurity, despair and anger. This aspect in nursing practice has led to stressful and unsustainable experiences and a sense of inadequacy, discomfort and dissatisfaction, which represent a threat to professional competence.

**Objective:** the qualitative study identifies the key emotions and feelings experienced by emergency nurses following the sudden death of their patients and describe the experience of suffering and mourning of the same nurses.

**Materials and methods:** from June 28th to July 25th, 2010 in the A & E of Hospital in Portogruaro (VE), the background of nurses who have experienced at least one death of a patient was collected through semi-structured interviews. Interviews were conducted with 9 out of 20 nurses in staffing.

**Results:** the 55.56% were females, 44.44% male. It showed that 78% of the nurses interviewed presented emotional detachment in situations of death, 44.44% said to desperately cling to something to give meaning to death, the 33.33% were involved in diversionary activities, behaving with evasiveness to avoid the news of the unexpected and sudden death. With regards to the emotions felt, it was found a feeling of acceptance, pain and sadness in 100% of the sample and of anxiety in the 89%.

**Conclusions:** we highlighted the existing nurses' experiences of suffering accompanied by feelings of sadness, anxiety, pain and disgust. The whole sample, more or less evenly across the various stages of the grieving process, claims to have acquired the awareness of what happened. Despite the recognition of a missing psychological support, nurses say and show to give these death experiences, a positive sense of personal and professional growth.

**Keywords:** Emotions, Accident and Emergency, Nurses, Sudden Death, Bereavement, Mourning

## ARTICOLO ORIGINALE

PERVENUTO IL 8/4/2011

ACCETTATO IL 19/5/2011

GLI AUTORI DICHIARANO DI NON AVER CONFLITTO DI INTERESSI.

CORRISPONDENZA PER RICHIESTE  
DOTT.SSA ELSA LABELLI,  
elsa.labelli@ulss10.veneto.it

## Introduzione

In una società ove vi è un mutismo disumano, un'emarginazione dalla dimensione sia individuale sia collettiva del vivere e una sordità totale di fronte alla morte e al lutto,<sup>1</sup> è importante che l'infermiere trovi degli spazi strutturati in cui potersi domandare che cosa è la morte e nei quali possa far emergere le emozioni

che sorgono dopo tale esperienza.<sup>2</sup> La realtà improvvisa e scioccante della morte non è mai lontana dalla vita quotidiana dei Pronto Soccorso.<sup>3</sup> Frequentemente, difatti, si entra in contatto con la sofferenza del decesso dei pazienti e la necessità di fornire assistenza empatica ai parenti in lutto.<sup>4</sup> Alla morte è associato l'inevitabile assalto delle forze interiori che, potendo essere visibili, rappresentano una minaccia per

la competenza professionale. In tutti i casi, l'evento luttuoso provoca spesso un'ansia acuta, il rischio di una crisi d'identità, il senso d'insicurezza, la disperazione e la rabbia.<sup>5</sup> Tale aspetto nella pratica infermieristica ha portato a stressanti e insostenibili esperienze, lasciando nel professionista un'eredità d'inadeguatezza, disagio e insoddisfazione.<sup>6</sup> Il percorso emotivo del lutto, così come suggerisce Kübler-Ross, parte dal rifiuto della perdita e dall'isolamento, per transitare attraverso uno stato di collera con successive fasi del venire a patti e della depressione, e infine per approdare nello stato di accettazione in cui, con gran dolore, la morte avvenuta viene ammessa.<sup>7</sup> Vivere correttamente le fasi del lutto, permette a chi lo sperimenta di renderlo più tollerabile, di far sì che i propri sentimenti non incidano sul rapporto con coloro nei cui confronti hanno precise responsabilità di aiuto e di non sviluppare comportamenti che potrebbero assumere connotati patologici.

### Obiettivi dello studio

L'ambito della ricerca attiene al vissuto degli infermieri di Pronto Soccorso, che hanno avuto un'esperienza di decesso di un proprio assistito durante l'attività lavorativa. Si vuole identificare le principali emozioni e sentimenti esperiti dagli infermieri in tale occasione e verificare se l'esperienza dell'elaborazione del lutto, possa estendere la propria conoscenza personale e professionale ed implementare interventi che siano utili alla gestione dei comportamenti conseguenti alle emozioni percepite. Verificare, inoltre, quale percezione ciò comporta sulla qualità dell'assistenza infermieristica erogata.

### Materiali e metodi

Lo studio di tipo qualitativo fenomenologico, è stato condotto sottoponendo il campione ad un'intervista semi-strutturata di cinque domande aperte. Le interviste sono state in seguito analizzate utilizzando il metodo *Van Kaam*. Il modello è stato impiegato come strumento guida nell'analisi delle interviste, rimanendo aderenti ai significati dichiarati dagli intervistati.

Il campione selezionato per lo studio ha incluso 20 infermieri in organico al 2

Luglio 2010, presso l'Unità Operativa Complessa di Pronto Soccorso, Accettazione ed Osservazione Temporanea dell'Ospedale di Portogruaro dell'ASSL n°10 "Veneto Orientale"-Regione Veneto.

Il campionamento ha previsto come unico criterio di inclusione che i partecipanti fossero infermieri che hanno vissuto un'esperienza di decesso di un proprio assistito durante l'attività lavorativa in Pronto Soccorso e che esprimessero una chiara disponibilità ad essere intervistati.

Il campione finale arruolato allo studio, è stato di 9 infermieri.

Le interviste, di durata media tra i 22 e i 28 minuti, sono state condotte dal 28 giugno 2010 al 25 luglio 2010. Per consentire all'intervistatore di accedere nuovamente ai dati è stato fatto uso di un registratore digitale. Le riproduzioni, al termine della trascrizione delle interviste, sono state consegnate ai rispettivi intervistati o eliminati.

Agli infermieri, tramite quesiti semi-strutturati posti durante l'intervista in modo non direttivo, si chiedeva:

- di raccontare quali emozioni/sentimenti avessero vissuto di fronte all'episodio di morte improvvisa di un proprio assistito;
- quali comportamenti avessero assunto dopo tale esperienza nei mesi successivi durante l'attività lavorativa;
- come si fossero evolute le emozioni nel tempo a distanza dall'episodio di morte;
- il significato conclusivo conferito all'esperienza luttuosa.

Le nove interviste sono state trascritte verbatim e sono state analizzate per mezzo di tabelle impostate secondo il modello concettuale della teoria di Kübler Ross e della classificazione delle emozioni di base previste da Ortony e Turner.<sup>8</sup>

### Risultati

L'età media dei soggetti reclutati nello studio, è stata di 37,78 anni ( $\pm 5,01$ ). Dei 9 infermieri coinvolti nello studio, la distribuzione per sesso era composta da 5 femmine (55,56%, età media di 40 anni  $\pm 4$ ) e 4 (44,44%) maschi (44,44%, età media di 35 anni  $\pm 5,23$ ).

L'esperienza lavorativa degli infermieri

era compresa tra 2,5 e 27, con una media di 10,06 anni  $\pm 8,38$ .

### Il processo di elaborazione del lutto

Analizzando i dati del campione d'indagine, riguardo la *prima fase del processo di elaborazione del lutto*, è emerso che 7 (78%) infermieri sui 9 intervistati hanno presentato distacco emotivo in situazioni di morte. Il 44,44% degli infermieri ha dichiarato di aggrapparsi disperatamente a qualcosa per dar senso alla morte; 3 (33,33%) si sono occupati di attività diversive e hanno assunto comportamenti di evasione alla notizia del decesso inatteso e improvviso.

Rispetto alla *fase di collera*, è emerso che il 56% del campione si è domandato con indignazione perché la morte fosse sopraggiunta a un paziente piuttosto che a un altro. L'affrontare la morte e i familiari in lutto con freddezza e indifferenza, è stato evidenziato dal 33,33% del campione.

Il 56% degli infermieri, rispetto alla *terza fase del processo di elaborazione del lutto*, ha dichiarato di aver pensato che il destino fosse intervenuto nel determinare la morte improvvisa del paziente. Inoltre, è emerso che 4 infermieri hanno ricercato co-morbilità o altri espedienti che potessero dar senso e significato provvisorio all'accaduto e che 3 sono venuti ad un accordo che potesse alleviare le intense e profonde emozioni esperite.

Rispetto alla *fase della depressione*, è affiorato che l'89% del campione ha presentato pensieri ricorrenti accompagnati da tristezza e profonda empatia ai familiari e alle persone in lutto. In seguito al decesso di un proprio assistito, il 44,44% del campione ha mostrato comportamenti di pianto, ha ritenuto che non ci fosse nessun aiuto per affrontare esperienze così profonde e che non ci fosse tempo a sufficienza per elaborare quanto accaduto. Il 33,33% degli intervistati ha esperito sensi di colpa irrealistici per la morte inaspettata e improvvisa di un proprio paziente ed ha dichiarato che questo è stato percepito come una sconfitta. La rassegnazione all'evento luttuoso e la ricerca di un tempo di silenzio utile per l'intensificazione della preparazione emotiva, sono state espresse, sempre, dal 33,33% del campione.

Analizzando la *fase dell'accettazione*

Tabella n.1. I vissuti degli infermieri secondo la teoria sull'elaborazione del lutto di Kübler Ross.

| Stadi/fasi di afflizione | Comportamenti rilevabili                                                                                               | %      |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| RIFIUTO E ISOLAMENTO     | Aggrapparsi disperatamente a qualcosa per dar senso alla morte                                                         | 44,44% |
|                          | Distacco emotivo in situazioni di morte                                                                                | 78,00% |
|                          | Occuparsi di attività diverse e assumere comportamenti di evasione alla notizia del decesso inatteso e improvviso      | 33,33% |
| COLLERA                  | Domandarsi con indignazione perché la morte è sopraggiunta a un paziente piuttosto che un altro                        | 56,00% |
|                          | Affrontare la morte, i familiari in lutto con freddezza e con indifferenza                                             | 33,33% |
| VENIRE A PATTI           | Venire ad un accordo che possa alleviare le intense emozioni esperite                                                  | 33,33% |
|                          | Pensare che il destino sia intervenuto all'evento                                                                      | 56,00% |
|                          | Ricercare comorbidità o altri espedienti che possano dare un senso e un significato provvisorio all'accaduto           | 44,44% |
| DEPRESSIONE              | Esperire sensi di colpa irrealistici per la morte inaspettata e improvvisa di un proprio paziente                      | 33,33% |
|                          | La morte di un proprio assistito viene percepita come una sconfitta                                                    | 33,33% |
|                          | Ricerca di silenzio utile per l'intensificazione della preparazione emotiva                                            | 33,33% |
|                          | Ritenere che non ci sia nessun aiuto per elaborare esperienze così profonde                                            | 44,44% |
|                          | Piangere                                                                                                               | 44,44% |
|                          | Pensieri ricorrenti, accompagnati da tristezza e profonda empatia, ai familiari e alle persone in lutto                | 89,00% |
|                          | Rassegnazione all'evento luttuoso, visto come sconfitta personale                                                      | 33,33% |
|                          | Altro: Ritenere che non ci sia tempo a sufficienza                                                                     | 44,44% |
| ACCETTAZIONE             | Dimostrazione di aver consapevolezza circa l'accaduto                                                                  | 100%   |
|                          | Trovare un senso di soddisfazione quando si ripensa a quanto fatto per l'assistenza al morente e ai familiari in lutto | 44,44% |
|                          | Non avere paura di affrontare nuovamente esperienze simili                                                             | 100%   |
|                          | Annullamento dei sensi di colpa esperiti nella fase precedente                                                         | 78,00% |
|                          | Dichiarare con dignità e serenità che la morte è iscritta nell'esistenza umana                                         | 78,00% |
|                          | Trovare consolazione e significato nella famiglia, negli amici e nei colleghi                                          | 56,00% |
|                          | Avere il coraggio di parlare e riflettere circa l'accaduto con persone fidate                                          | 78,00% |
|                          | Altro: Accettazione dei propri limiti                                                                                  | 44,44% |

dell'evento luttuoso, è affiorato che il 100% del campione ha dimostrato e dichiarato di aver consapevolezza circa l'accaduto e di non aver paura di affrontare nuovamente esperienze simili. Il

78% del campione ha riconosciuto e dichiarato con dignità e serenità, che la morte è iscritta nell'esistenza umana. Il 78% ha avuto il coraggio di parlare e riflettere circa l'accaduto con persone

fidate e annullare i sensi di colpa irrealistici esperiti nella fase precedente. Il 56% degli infermieri ha trovato consolazione e significato all'esperienza luttuosa nella famiglia, negli amici e nei colleghi. L'accettazione dei propri limiti e il senso di soddisfazione che si prova quando si ripensa a quanto fatto per l'assistenza al morente e ai familiari in lutto, sono affiorati nel 44,44% dei professionisti sanitari (Tabella n. 1).

### Le emozioni e i sentimenti esperiti dagli infermieri

L'esplorazione delle emozioni ha visto una prevalenza (100%) dei sentimenti di accettazione, dolore e tristezza, seguiti per l'89% da angoscia. Il 67% degli infermieri ha dichiarato di aver esperito sentimenti di disgusto connessi al modo di percepire se stessi come esseri umani, all'indifferenza espressa dai familiari alla notizia di morte del proprio caro, a stimoli sensoriali esperiti durante il tentativo di soccorso del paziente e che hanno ispirato repulsione. Dalle 9 interviste è emerso che 5 (56%) infermieri hanno esperito sentimenti di interesse. Il 56% del campione, difatti, ha espresso il desiderio e la necessità di aggiornarsi, ricercando informazioni, documentazioni, consigli e chiarimenti circa l'accaduto; sentimenti d'interesse sono documentati anche dalla manifesta volontà degli infermieri di ottenere informazioni, circa gli aspetti psicologici dei superstiti. Paura e abbattimento sono emozioni esperite dal 44,44%, seguite dal 33,33% che ha provato sensi di colpa, rabbia e disprezzo (Tabella n. 2).

### I significati conclusivi conferiti all'evento luttuoso

Si è evinto, inoltre, che 7 (78%) infermieri ritengono di aver fatto professionalmente il possibile per salvare il paziente morente e per i familiari in lutto, conferendo all'evento luttuoso un significato di crescita personale e professionale; il 67% valuta l'esperienza di morte in sé come negativa e attribuisce un maggior significato esistenziale della vita. Dei 9 intervistati, 3 hanno ritenuto che l'esperienza gli abbia aiutati a confermare e crescere il senso di appartenenza alla professione infermieristica.

Tabella n. 2. I sentimenti degli infermieri secondo la classificazione delle emozioni di base previste da Ortony e Turner.

| Le emozioni base | Frequenza assoluta | %      |
|------------------|--------------------|--------|
| ABBATTIMENTO     | 4                  | 44,44% |
| ACCETTAZIONE     | 9                  | 100%   |
| ANGOSCIA         | 8                  | 89%    |
| DISGUSTO         | 6                  | 67%    |
| DISPREZZO        | 3                  | 33,33% |
| DOLORE           | 9                  | 100%   |
| INTERESSE        | 5                  | 56%    |
| PAURA            | 4                  | 44,44% |
| RABBIA           | 3                  | 33,33% |
| SENSO DI COLPA   | 3                  | 33,33% |
| TRISTEZZA        | 9                  | 100%   |

### Discussione

Come riportato nelle trascrizioni delle interviste e come riscontrato anche in letteratura, nei precedenti paragrafi si è posto l'accento su come gli infermieri possano, con intensità e natura diversa, soffrire quando un paziente da loro assistito muore e quanto risulti importante vivere correttamente le varie fasi del processo di lutto.<sup>9</sup> Elaborarlo attraverso gli stadi di negazione, collera, patteggiamento, depressione ed accettazione, permette di renderlo più tollerabile, favorisce un'adeguata accettazione della perdita,<sup>10, 11, 12</sup> fa sì che i propri sentimenti non interferiscano sull'efficacia della relazione d'aiuto<sup>13</sup> e di non sviluppare comportamenti che potrebbero assumere connotati patologici.<sup>14</sup> È interessante che la totalità degli intervistati dimostri e dichiari di aver consapevolezza circa l'accaduto e di non aver paura di affrontare nuovamente esperienze simili.

*"In quella situazione [...] a livello di lavoro, personalmente ritornerei a fare le stesse cose... [...]"* (Intervista n. 4)

Più di due terzi del campione, riconosce che la morte è iscritta nell'esistenza umana.

*"[...] resterà sempre quell'angolino buio in cui tu non puoi intervenire. Comunque la morte fa parte della vita, purtroppo. [...] Devi arrivare a capire che la vita come la morte è un mistero. È sempre stato un mistero e sempre continuerà a restare un mistero."* (Intervista n. 4)

Sebbene tali comportamenti corrispondano a quelli espressi da Kübler Ross nella quinta fase del processo di elaborazione della perdita, gli infermieri in lutto possono avvertire *"l'oltraggio"* subito per la loro incapacità di controllare gli eventi, manifestando sentimenti di frustrazione e d'impotenza. Il 33,33 % degli intervistati, difatti, esperisce sensi di colpa irrealistici per la morte inaspettata e subitanea di un proprio paziente, fino a considerarla un fallimento personale e professionale; ciò conferma quanto detto negli studi di Farrell e Brysiewicz.<sup>15, 16</sup>

*"Beh, essenzialmente... mmh, come dire è una sconfitta; essenzialmente è una sconfitta..."* (Intervista n. 1)

A supporto di quanto dichiarato in precedenza, emerge che il 44,44% del campione esperisce emozioni come abbattimento, seguito dall'89% da angoscia e dal 100% da tristezza.

Come indicato da *Ordog*, il personale sanitario intervistato che ha assistito a una morte improvvisa e prematura, ha presentato risposte difensive utili per non entrare in contatto con ciò che gli induce ansia.<sup>17</sup> Il 78% degli infermieri, difatti, ha dichiarato di presentare distacco emotivo dal paziente e dai famigliari in situazioni di morte, focalizzandosi sugli aspetti biomedici delle malattie.

Tale reazione, definita da *Ordog* come apparente insensibilità verso la morte e la sofferenza che ne deriva, è sviluppata e riconosciuta dal personale infermieristico, per proteggersi contro l'investimento emozionale e la frustrazione.

*"Probabilmente è un atto di autodifesa [...]"* (Intervista n. 3)

Secondo Mandel, risposte di evitamento s'innescano nel momento in cui non si può o si è incapaci di verbalizzare il proprio disagio emotivo, le proprie sensazioni ed emozioni. Contrariamente a tale ipotesi, il 78% del campione ha dichiarato e dimostrato di aver coraggio

di parlare e riflettere circa l'accaduto con persone fidate, seguito dal 56% che trova consolazione e significato dall'esperienza luttuosa nella famiglia, negli amici e nei colleghi.

Ciò facilita il percorso di elaborazione della perdita e rileva l'importanza delle risorse individuali e sociali come indicato da Biondi e Tabarini.<sup>18</sup> Nonostante il 44,44% ritenga che non ci sia nessun aiuto e che non si abbia tempo a sufficienza per elaborare circostanze così profonde, la quasi totalità degli intervistati dichiara e valuta tali esperienze lavorative, come un momento di crescita personale e professionale, uniformemente con quanto detto da Saines.

*"[...] è un'esperienza che ti fa crescere sicuramente... [...]. Situazione che ti fa crescere... perché innanzitutto ti fa capire l'importanza della vita e quindi, promuovere il più possibile la salute... ti fa crescere perché ti fa capire se... [...]. ti invoglia a documentarti, chiedere consigli, a essere più scrupolosi nel tuo lavoro, e quindi sia dal punto di vista professionale ma anche tanto dal punto di vista umano."* (Intervista n. 1)

Dei 9 intervistati, 6 hanno avvalorato quanto dichiarato dallo studio di Mandel e dal report di Gonzalez<sup>19</sup> il 67% degli intervistati, difatti, conferisce un maggiore significato esistenziale alla vita.

*"Certo che tutto il resto, tutto il superfluo diventa futile, diventa di poca importanza. [...] Impari anche ad amare le piccole cose che di solito tutti i giorni ti sfuggono. [...] capisci che a volte, che questa vita così frenetica ti porta a trascurare quello che invece sono le piccole gioie, le piccole soddisfazioni, che poi in realtà sono enormi."* (Intervista 1)

Inoltre, coerentemente a quanto detto da Gonzalez e da *Ordog*, il 44,44% del campione ha sostenuto nelle interviste, come la morte abbia insegnato loro a consapevolizzare concretamente le limitazioni insite nell'esercizio professionale, in qualità di professionisti sanitari.

### Conclusioni

Per gli infermieri di Pronto Soccorso, in cui il contesto lavorativo sembra non concedere loro tempo a sufficienza per poter riflettere sul loro operato e su quanto esperiscono, il decesso di un

paziente è un evento destabilizzatore e stressante. Di tutte le separazioni, la morte è la più temuta sia riguardi noi stessi sia una persona vicina.<sup>20</sup> Nonostante il riconoscimento e la potente ed energica dichiarazione che manca un continuo supporto psicologico-sociale all'interno delle realtà ospedaliere, gli infermieri nella loro quasi totalità affermano e dimostrano di attribuire alle esperienze di morte, un significato positivo di crescita personale e professionale.

La morte è una delle esperienze spesso vissute, ma talvolta poco trattate e/o discusse. Evitare l'espressione delle proprie emozioni e dei sentimenti percepiti, non acquisire supporti psicologici ed emotivi adeguati e costanti, sottrae la possibilità agli infermieri di terminare il processo di lutto in maniera soddisfacente e di considerare il momento del lutto, come tempo di cambiamento personale. Auspicabile è un'accurata preparazione durante la formazione professionale di base su tematiche riguardanti le emozioni, la morte e l'elaborazione del lutto, per il maggior sviluppo di abilità comunicative, soprattutto in merito ai propri sentimenti riconosciuti ed esperiti in esperienze assistenziali di morte, nella logica di offrire un supporto psicologico ed emotivo adeguato al morente e al familiare in lutto, permettendo così agli infermieri di garantire un ambiente lavorativo cooperativo e di miglior qualità assistenziale in area di Emergenza.

#### Bibliografia

1. CROZZOLI A. *Il travaglio del lutto*, 2002, [http://digilander.libero.it/mariabianchi/preparazione/morte\\_morire/travagliolutto.htm](http://digilander.libero.it/mariabianchi/preparazione/morte_morire/travagliolutto.htm) ultimo accesso 6 Luglio 2010.
2. MELE C. *La morte capovolta: analisi sulla morte e sul morire in ospedale*. Nursing Oggi 2005; 3: 6-9.
3. SAINES JC. *Phenomenon of sudden death: Part I*. Accident and emergency nursing 2007; 5(3): 164-171.
4. PAYNE SA, DEAN SJ, KALUS C. *A comparative study of death anxiety in hospice and emergency nurses*. Journal of advanced nursing 1998; 28(4): 700-706.
5. MANDEL HR. *Nurses' feelings about working with the dying*. The American journal of nursing 1981; 81(6): 1194-1197.
6. SAINES JC. *Phenomenon of sudden death: Part II*. Accident and emergency nursing 1997; 5(4): 205-209.
7. KÜBLER – ROSS E. *La morte e il morire*, Ed. Cittadella, Assisi, 1992.
8. ORTONY A, TURNER TJ. *What's basic about basic emotions?*. Psychological Review 1990; 97(3): 316.
9. SOCORRO LL, TOLSON D, FLEMING V. *Exploring Spanish emergency nurses' lived experience of the care provided for suddenly bereaved families*. Journal of advanced nursing 2001; 35(4): 562-570.
10. ROCCATO P. *L'incapacità di elaborare il lutto come conseguenza di un inadeguato apprendimento della gestione delle emozioni*, 1995, <http://www.sicap.it/merciai/ctp/paolo.htm> ultimo accesso 19 Maggio 2010.
11. BRUNELLI T. *A concept analysis: The grieving process for nurses*. Nursing Forum 2005; 40(4): 123-128.
12. CAMPIONE F. *The last dance: L'incontro con la morte e il morire*. CLUEB, Bologna 2005.
13. CALAMANDREI C, D'ADDIO L. *Commentario al nuovo codice deontologico dell'infermiere*. Mc Graw-Hill, Milano 1999.
14. ERSOY-KART MGE. *Relations among social support, burnout, and experiences of anger: An investigation among emergency nurses*. Nursing Forum 2009; 44(3): 165-174.
15. FARRELL M. *Dying and bereavement. The role of the critical care nurse*. Intensive care nursing 1989; 5(1): 39-45.
16. BRYSEWICZ P. *Violent death and the South African emergency nurse*. International Journal of Nursing Studies 2002; 39(3): 253-258.
17. ORDOG GJ, WASSEBERGERJ. *Dealing with Sudden Death of the Emergency Patient*. Can Fam Physician 1986; 32: 797-802.
18. BIONDI G, TABARINI P. *Gli operatori sanitari e il lutto tra acuzie e cronicità. Il processo di elaborazione*. In M. Sgarro (Ed.), *Il lutto in psicologia clinica e psicoterapia*. Centro Scientifico Editore, Torino 2008.
19. GONZALEZ V. "Life" at 1:15, "Death" at 2:33: The perspective of a new graduate emergency nurse. Journal of emergency nursing 2005; 31(3): 283-284.
20. PANGRAZZI A. *Aiutami a dire addio: Il mutuo aiuto nel lutto e nelle altre perdite*. Edizioni Erickson, Torino 2006.

aniarti@aniarti.it