

# Quando si muore in Pronto Soccorso: approccio ai vissuti emozionali

*When one dies in A&E: approach to emotional experiences.*

Nicola Ramacciati, Infermiere Coordinatore, Dottorando in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, Università degli Studi "Tor Vergata" di Roma Pronto Soccorso, Azienda Ospedaliera di Perugia

## Riassunto

**Introduzione:** *l'esperienza della morte e del lutto è spesso poco considerata in Pronto soccorso. Lo scopo del presente lavoro è di proporre un approccio organizzato ai vissuti emozionali di chi ha perso un familiare in Pronto Soccorso.*

**Materiali e metodi:** *una sintetica revisione della letteratura sull'assistenza al lutto per morte inattesa e improvvisa e una breve analisi del processo di elaborazione del lutto sono state utilizzate per fornire solide basi alle scelte operative proposte.*

**Risultati:** *molti studi hanno indicato alcune azioni di aiuto: garantire un'area riservata ai familiari, fornire sostegno emozionale, permettere di stare e di vedere il deceduto, manifestare le ansie e il dolore.*

**Conclusioni:** *l'articolo suggerisce una linea guida per un'assistenza ottimale ai familiari dei pazienti deceduti. Un approccio più "umano" da parte dei sanitari è molto apprezzato dai familiari.*

**Parole chiave:** *Morte, Assistenza al lutto, Familiari, Dipartimento di emergenza, Pronto soccorso.*

## Abstract

**Background:** *death and bereavement are often poorly dealt with in emergency departments. The aim of this study is to suggest an approach to the emotional experiences of family members who have lost a loved one in A&E.*

**Method:** *a short review of literature on the bereavement care after a sudden and unexpected death and a brief analysis of the grief process are used to supply a firm basis for the proposed choices.*

**Results:** *many studies have identified a number of helpful actions: providing privacy to bereaved family members, offering emotional support, allowing them to be with the deceased, and to verbalize their anxieties, providing the opportunity for them to view the deceased body.*

**Conclusion:** *this article proposes a guideline for optimal care of bereaved relatives. Family members appreciate a more "human" approach from hospital staff.*

**Key words:** *Death, Bereavement care, Relatives, Families, Emergency Department, A&E.*

## Introduzione

**N**ella nostra società post-moderna, la morte non ha posto, tanto da assistere oggi ad un virtuale rifiuto/negazione dell'evento morte (in buona compagnia con la sofferenza). Probabilmente anche per questo si assiste oggi, tra l'altro, ad una sempre più frequente "medicalizzazione" e quindi "ospedalizzazione" della morte.

L'Ospedale, nei suoi diversi spazi operativi (Rianimazioni, Terapie Intensive, Reparti di Oncologia, ma anche di degenza ordinaria, Pronto Soccorso/DEA) assurge sempre più frequentemente a "luogo del morire".<sup>1</sup>

E il Pronto Soccorso in tal senso è un luogo privilegiato.

I servizi di Pronto Soccorso e i Dipartimenti di Emergenza ricevono spesso persone nell'evoluzione terminale della malattia ma ancora più spesso non sono in grado di "accogliere, ascoltare, assistere, comunicare, lenire" attra-

verso modalità relazionali e gesti i familiari nel momento della perdita e della elaborazione del lutto.<sup>2</sup>

Nei Pronto Soccorso si fronteggiano due morti: la morte improvvisa, inattesa, di chi "non doveva morire" (per la giovane età o per il presunto buono stato di salute) e la morte ingestibile di chi "sta inconcepibilmente per morire".

Due morti per le quali non c'è posto nella nostra percezione della realtà, realtà dipinta come immortale e priva di dolore, manifestazione entrambe del divenire umano, che diventano un vissuto sconvolgente, inspiegabile e inaccettabile.

"Vissuto" prima di tutto della persona morente, ma anche dei suoi familiari e degli operatori stessi.<sup>3</sup>

"Vissuto" particolare quello degli operatori di Pronto Soccorso, che affrontano quotidianamente la morte improvvisa e inattesa e la morte "adesso e ora" entrambe morti di "anime senza nome". È questa una caratteristica peculiare e costante dell'evento morte nei servizi di emergenza: l'assenza della conoscenza biografica della persona morente e dei

## REVISIONE

PERVENUTO 24/04/2010

ACCETTATO 29/05/2010

L' AUTORE DICHIARA DI NON AVER CONFLITTO DI INTERESSI.

CORRISPONDENZA PER RICHIESTE:

NICOLA RAMACCIATI

nicola.ramacciati@ospedale.perugia.it

Tabella 1. Facet Analysis

Popolazione	Intervento	Comparazione	Outcome (risultato)
Lutto, Morte improvvisa o inattesa Familiari Pronto Soccorso	Approccio organizzato ai familiari delle persone decedute in Pronto Soccorso	Nessuna procedura di approccio ai familiari dei deceduti in Pronto Soccorso	Facilitazione elaborazione del lutto dei familiari e del vissuto degli operatori, umanizzazione del servizio

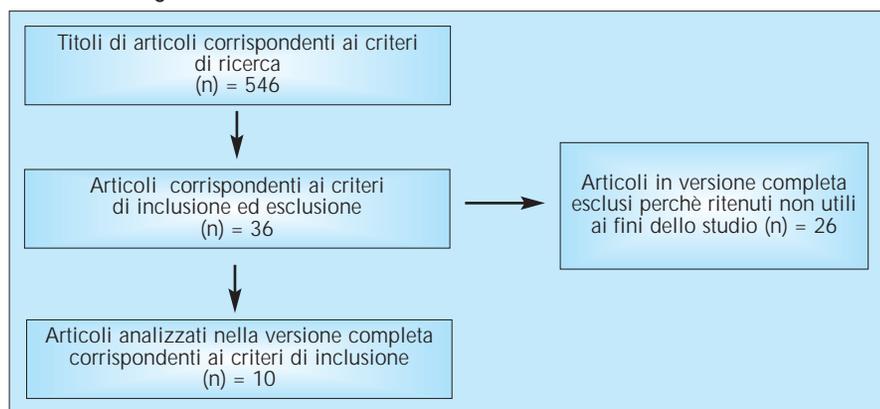
Tabella 2. Parole chiave

Popolazione	Intervento	Comparazione
Grief Grieving Bereavement Bereaved Mourning	Sudden death AND Family Families Relatives Survivors	Emergency Care Caring Managing Treatment Intervention Communication Counselling Counseling

Tabella 3. Criteri d'inclusione ed esclusione

Criteri di inclusione	Criteri di esclusione
Ricerche sull'implementazione in Pronto Soccorso di procedure di supporto ai familiari di persone decedute in PS.  Studi sull'elaborazione del lutto dei familiari di persone decedute in PS.	Descrizione di singoli casi clinici o di vissuti di operatori e familiari senza descrizione e/o indicazione delle attività di supporto specificamente utilizzate e/o implementate in Pronto Soccorso per la gestione del lutto.

Tabella 4. Diagramma di flusso delle fasi di ricerca e selezione della letteratura.



suoi cari,<sup>4</sup> così come lo spazio temporale limitato in cui si svolge il morire (tanto durante la gestione dell'evento acuto, che nell'immediata fase post evento).

La morte in Pronto Soccorso, esperienza inevitabile, non è solo un difficoltoso "dare cattive notizie", ma anche un "vissuto lavorativo" che deve essere consapevolmente e responsabilmente elaborato<sup>5</sup> da noi professionisti di aiuto per poter svolgere con autenticità, effi-

cazia e serenità la nostra attività assistenziale.<sup>6</sup>

Attraverso l'analisi della letteratura è proposto un approccio organizzato al morente e ai suoi familiari.

Questo può consentire non solo di migliorare la comunicazione, ma soprattutto di facilitare i processi di elaborazione del lutto vissuti in gradi diversi, tanto dai familiari che dagli operatori sanitari stessi.<sup>7,8</sup>

## Revisione della letteratura

### Contesto

Accogliere ed essere vicini ai familiari delle persone che muoiono in Pronto Soccorso, non è facile, ma è un compito dal quale il personale sanitario dei servizi di emergenza non può esimersi. Così anche le più o meno consapevoli strategie di fuga, spostamento o razionalizzazione, veri e propri meccanismi di difesa<sup>9</sup>, messe in atto dagli operatori, finiscono per rappresentare una frequente modalità di risposta del servizio. Risposta che non facilita né l'iniziale fase di elaborazione del lutto da parte dei superstiti, né una corretta metabolizzazione dell'esperienza professionale dei sanitari (medici e infermieri).<sup>10-13</sup>

### Strategia di ricerca bibliografica

Il vissuto dei familiari di una vittima di un incidente o di una morte improvvisa è ancora oggi molto spesso non adeguatamente gestito nei Pronto Soccorso/Dipartimenti di Emergenza,<sup>10</sup> eppure a livello internazionale, già da molti anni, numerose associazioni scientifiche raccomandano e propongono linee guida per un'ottimale gestione dei familiari delle persone sia rianimate che decedute in Pronto Soccorso/DEA,<sup>14-16</sup> e non mancano studi, che evidenziano l'utilità degli approcci orientati ai familiari nel favorire l'elaborazione del lutto,<sup>17-20</sup> anche attraverso la presenza in sala emergenza durante le manovre di rianimazione.<sup>21-26</sup>

Una sintetica analisi della letteratura è stata utile per cercare di individuare le più consigliate e diffuse pratiche di sostegno ai familiari delle persone decedute in Pronto Soccorso.

### Facets analysis

Attraverso il sistema della *Facet Analysis*, sono stati individuati i possibili contenuti chiave da ricercare nel mare magnum della letteratura scientifica, così da recuperare il maggior numero di articoli trattanti la gestione del lutto in Pronto Soccorso. La Tabella 1, che si rifà al metodo **P.I.C.O.**, mostra il tipo di ipotesi analitica presa in considerazione.

### Parole chiave

La scelta delle parole chiave è stata fondamentale per interrogare la banca dati

da cui attingere per individuare la bibliografia di riferimento per questo lavoro. (Tabella 2)

#### Banche dati

La ricerca è stata condotta nelle seguenti banche dati: Pub-Med/Medline, CINAHL/EBSCO Host e Cochrane Library. Le parole chiave scelte sono state collegate tramite gli operatori booleani **OR** e **AND** ed i termini MeSH. Per la letteratura "grigia" è stata scelta la ricerca libera nel web tramite il motore Google. In questo caso la stringa d'interrogazione era costituita dai termini "gestione AND lutto AND pronto soccorso". In questo modo è stato possibile individuare alcuni interessanti lavori di autori italiani sull'argomento, altrimenti non rintracciabili.

#### Criteri d'inclusione ed esclusione degli articoli

La ricerca, effettuata secondo i criteri di inclusione ed esclusione riportati nella Tabella 3 ha evidenziato 334 articoli in Pub-Med, e 212 articoli in CINAHL. Non sono state trovate revisioni sistematiche sull'argomento nella Cochrane Library. La disponibilità della versione *full text* dell'articolo è stata l'unico limite imposto. Questo per consentire un'analisi più approfondita tanto della metodologia di ricerca quanto dei risultati, ma anche per conoscere e valutare le diverse modalità di intervento assistenziale utilizzate nei servizi di Pronto Soccorso, che hanno adottato specifiche procedure di gestione del lutto. Sono stati selezionati 31 articoli in PubMed e 46 articoli in CINAHL di cui solo 1 presente in entrambe le due liste di ricerca. (Tabella 4)

#### Limiti della ricerca

L'obiettivo della ricerca, che si propone di analizzare e tracciare alcune scelte operative di approccio al lutto dei familiari di persone decedute in Pronto Soccorso, ha determinato la scelta di escludere le pubblicazioni sull'argomento in formato abstract e di valutare solamente gli articoli di cui è stato possibile accedere alla versione completa. Questa scelta tuttavia, a causa di una limitata possibilità di consultare riviste in abbonamento, ha circoscritto l'analisi ai soli articoli *free full text*.

#### Letteratura identificata

Dopo l'interrogazione delle banche dati sono stati identificati 36 articoli corrispondenti, ad una prima valutazione, alla tematica della gestione del lutto. Come indicato in Tabella 4 al termine della selezione della letteratura, solo 10 articoli sono risultati validi allo scopo del presente lavoro. La Tabella 5 presenta sinteticamente la metodologia di ricerca, il campione, gli interventi/approcci analizzati e i risultati a cui sono giunti gli autori degli articoli selezionati.

#### Considerazioni sulla letteratura analizzata

Tutti gli articoli selezionati, invero anche quelli scartati perché non rispondenti ai criteri di inclusione, sottolineano l'importanza che riveste un approccio organizzato ai vissuti emozionali dei familiari di una persona che muore in Pronto Soccorso. Una significativa crescente sensibilità e attenzione dei servizi di Pronto Soccorso verso questo drammatico e particolare evento è evidenziato in moltissimi degli articoli analizzati: i lavori di M. Condra<sup>26</sup> o di D.W. Yates<sup>27</sup> si riferiscono a due distinte esperienze, americana ed inglese, dei primi anni '80. Di poco successivi, i contributi di M.W. Cooke et al.<sup>28</sup> di K. Adamowski e coll.<sup>29</sup>, così come di A. Dent et al.<sup>31</sup> presentano i risultati di approcci strutturati al lutto attraverso Survey Analysis. La predisposizione di locali appositamente dedicati ad accogliere i familiari di persone in gravi condizioni o morenti in pronto soccorso, la presenza di un infermiere espressamente incaricato di assistere i familiari, fornire informazioni aggiornate, comunicare tempestivamente l'avvenuto decesso, consentire di toccare e vedere il defunto, offrire supporto tanto in PS quanto successivamente, sono tutte azioni positivamente valutate sia in termini di previsioni organizzative da parte dei servizi di emergenza, che di gradimento da parte dei familiari delle vittime. Williams<sup>32</sup> e colleghi partendo dalla domanda su "cosa vogliono i familiari?" durante l'esperienza di perdita di una persona cara, presentano un protocollo di gestione del lutto in uso presso un Pronto Soccorso australiano e la sua ricaduta su 34 famiglie. (Figura 1) Il Case study di M. Levetown<sup>34</sup> è invece l'occasione per analizzare le diverse fasi

di intervento di supporto ai familiari in una grande città degli stati Uniti. Di alcuni anni prima, l'interessante lavoro di ricerca di Christopher Tye<sup>30</sup> entra ancor più nel dettaglio e suggerisce, indicandole in ordine di "utilità" decrescente, secondo il parere di 70 infermieri esperti selezionati attraverso un campione di convenienza, 35 distinte attività infermieristiche specificamente utilizzate nella gestione del lutto. Studio ripetuto da Li e colleghi<sup>33</sup> in una realtà culturalmente diversa come quella rappresentata dal distretto sanitario di Hong Kong. La diversa posizione nella classifica dell'efficacia degli interventi evidenzia la possibile influenza dei fattori culturali nell'elaborazione del lutto. (Figura 2) Riflessione che è sottolineata anche nelle conclusioni del lavoro di Petra Brysiewicz<sup>35</sup>, inerente al vissuto emozionale di familiari di vittime di incidente o morte improvvisa in una realtà di Pronto Soccorso del Sud Africa. Un efficace intervento di gestione del lutto in Pronto Soccorso, quindi, non può non tener conto dell'importanza di un approccio transculturale ai familiari di deceduti, in una realtà sociale, che anche in Italia sta sempre più assumendo i caratteri di una collettività fortemente multietnica.

#### Il processo di elaborazione del lutto

Il lutto è un "normale processo complesso, comprendente risposte e comportamenti emotivi, fisici, spirituali, sociali e intellettivi, mediante il quale le persone, le famiglie e le comunità integrano nella loro vita quotidiana una perdita in atto, prevista o percepita".<sup>36</sup> Questa modalità di elaborazione del dolore e dei vissuti emozionali per la perdita di una persona affettivamente importante è un vero e proprio processo di adattamento alla separazione da un proprio caro che prevede modi e tempi adeguati (8-12 mesi sono il periodo normalmente necessario perché avvenga la risoluzione di un lutto fisiologico). Ritualità e manifestazioni esterne come il vedere e il toccare il corpo del defunto, il cordoglio dei vicini, i necrologi, il rito funebre, la sepoltura servono per suggellare il distacco. Non poter vivere alcuni di questi momenti, come talvolta accade in un contesto ospedaliero, può sfociare in

Tabella 5. Dati estratti dagli studi inclusi in ordine cronologico.

Autore/i (Anno)	Metodologia di ricerca	Campione	Trattamento	Risultati
1. Condra M, Groll L, Walker DM, Abrams MO, Sims P (1987)	Case report. Descrizione degli interventi eseguiti.	n.19 interventi svolti da novembre 1985 a ottobre 1986.	Stanza dedicata ai familiari, istituzione di un servizio di supporto al Pronto Soccorso (psicologi e assistenti sociali, palliativisti), supporto ai familiari e al personale di PS	Impressioni degli autori sull'esperienza attivata tramite feedback spontaneo dei familiari.
2. Yates DW, Ellison G, McGuiness S (1990)	Case report. Studio descrittivo: analisi degli interventi di counseling e di follow up per i familiari di pazienti deceduti in Pronto Soccorso	n. 109 famiglie visitate su 338 pazienti deceduti in P.S. in un anno	Supporto dei familiari e del personale in Pronto soccorso; ciclo di visite (mediamente 5 per caso) della durata di circa 1 ora ciascuna. Formazione dei senior nurses	A n.67 famiglie informazioni e spiegazioni sulle cause della morte; n.74 di queste ha avuto supporto da parenti, vicini e parrocchie; n.5 casi non avevano avuto nessun supporto prima della visita dei consuegli; n.21 persone presentavano reazioni: negazione e rabbia; n.1 persona rifiutava l'aiuto. La disponibilità di un aiuto precoce può ridurre il lutto disfunzionale.
3. Cooke MW, Cooke HM, Glucksman EE (1992)	Survey. Somministrazione di un questionario postale strutturato	n. 98 DEA con almeno 50.000 accessi/anno dell'Inghilterra e del Galles (n.78 quelli che hanno risposto)	Locali e arredi dedicati ai familiari; formazione specifica del personale; procedure per la gestione del lutto.	n.60 PS hanno una stanza dedicata ai familiari; in n.49 PS i familiari sono assistiti da un infermiere appositamente dedicato; in n.40 PS un infermiere sta con i familiari e in n.66 fornisce notizie sulle condizioni del pz; in pochi PS sono previsti accorgimenti per consentire di vedere o stare soli in privato con il defunto; n.25 non forniscono informazioni scritte sul lutto, solo n.4 PS fanno follow up.
4. Adamowski K, Dickinson G, Weizman B, Roessler C, Carter-Snell C (1993)	Case-control study. Somministrazione di un questionario postale prima e dopo l'implementazione di interventi di gestione dei familiari.	Gruppo di controllo (1987, prima dell'implementazione gestionale) n.49 famiglie di cui n.26 (53%) rispondenti, gruppo studiato (1990, dopo implementazione delle metodiche di gestione del lutto) n.57 famiglie di cui n.40 (70%) rispondenti.	Introduzione di un protocollo multidisciplinare e strutturato sulle informazioni e il sostegno dei familiari di persone decedute in Pronto Soccorso; corso di formazione specifico per lo staff del PS; distribuzione dipliant informativo per i familiari.	Informazioni significativamente adeguate nel 37% vs. 87% dei casi nei due gruppi (p<0,001); ritardi informativi ridotti dal 60% dei casi al 15% (p<0,01); precisione delle notizie sulla morte 53% vs 88% (p<0,05); percezione sulla presenza adeguata dei sanitari in PS 40% vs 79% (p<0,01); possibilità dei familiari di rimanere col proprio congiunto in PS per più di 2 ore 50% vs 81% (p<0,05); chiedere di essere presente durante le manovre di rianimazione 95% vs 11% (p<0,001)
5. Tye C. (1993)	Survey. Somministrazione questionario strutturato.	Campione di convenienza. n.70 infermieri esperti di Pronto Soccorso (di cui n.52 rispondenti).	Lista di 35 attività infermieristiche organizzate in 9 fasi di approccio: primo contatto; stanza dedicata; infermiere dedicato; informazioni aggiornate; la "cativa notizia"; la visione della vittima; la gestione delle reazioni dei familiari; informazioni sulle cause del decesso; follow up.	Lo studio analizza 35 distinte attività infermieristiche derivate dalla lista proposta da Fraser & Atkins nel 1990 costituita da 18 attività. Ogni intervistato attraverso una scala Likert ha attribuito un punteggio di "utilità" a ciascun intervento. Le 35 attività sono quindi elencate ed analizzate in ordine decrescente di utilità percepita dagli infermieri. In conclusione è enfatizzato che qualsiasi protocollo operativo (lista di interventi) deve essere flessibile e di volta in volta adattabile alle singole e particolari situazioni.

Autore/i (Anno)	Metodologia di ricerca	Campione	Trattamento	Risultati
6. Dent A, Condon L, Blair P, Fleming P (1996)	Survey. Somministrazione di un questionario postale strutturato.	n.72 famiglie di bambini deceduti nei P.S. dal maggio 1991 al maggio 1993 (di cui n.42 rispondenti) di 6 distretti regionali sanitari dell'Inghilterra e del Galles.	Assistenza offerta dal servizio di emergenza (il nostro 118); in Ospedale; informazioni dai media; Autopsie; Funerali; Supporto ai familiari per il lutto; bambini in famiglia.	Di seguito solo i risultati riguardanti il P.S.: 92% dei familiari riferisce di aver percepito una buona assistenza; il 100% ha percepito una grande sensibilità dei sanitari verso il loro bambino; molti ospedali (?%) hanno locali dedicati ai familiari; più di dei familiari non ha ricevuto notizie sull'evoluzione della situazione e 1/3 avrebbe apprezzato la presenza di un sanitario durante l'attesa; solo _ ha potuto toccare, lavare o accompagnare in obitorio il proprio figlio; < 1/2 è stato offerto di fotografare il proprio bambino, prendere l'impronta dei piedi o delle mani o una ciocca di capelli; < 1/2 è stato offerto di contattare parenti.
7. Williams AG, O'Brien DL, Loughton KJ, Jelinek GA (2000)	Studio descrittivo. Presentazione del protocollo in uso nel Pronto Soccorso del Sir Charles Gairdner Hospital (Australia).	n. 37 famiglie di deceduti in P.S. nei primi sette mesi del programma di presa incarico dei familiari.	Gestione della "cattiva notizia": contatto iniziale, informazione ai familiari, l'annuncio del decesso, la "visione" del morto, identificazione dei familiari "a rischio", conclusione del processo; follow up.	Il risultato (feedback positivo) è stato espresso verbalmente da tutte le famiglie seguite nel follow up (n.34). La ricerca non indica gli interventi ritenuti utili. Solo per n.2 casi è stato indicato l'uso del depliant informativo quale intervento specifico gradito ai familiari.
8. Li SP, Chan CWH, Lee DTF (2002)	Survey. Studio esplorativo-descrittivo tramite intervista telefonica con questionario modificato dello studio di Tye del 1993.	n.102 familiari di deceduti in PS di Hong Kong tra aprile 1999 e febbraio 2002 (di cui n.76 rispondenti).	Lista di 33 attività infermieristiche (questionario di Tye).	Alcune azioni di aiuto sono state valutate utili dalle intervistate, altre meno. Età, sesso, livello di istruzione, grado di parentela, religione di appartenenza non incide significativamente sulla percezione della maggior parte degli interventi. Approcci diversi possono essere necessari alla presenza di culture diverse (Cinese e occidentale). Utile studio comparativo sulle modalità di elaborazione del lutto nei due contesti culturali.
9. Levetown M (2004)	Case study.	Vengono descritti n.4 casi di decesso in Pronto Soccorso	Come comunicare una cattiva notizia; Presenza dei familiari in corso di rianimazione; Dare la cattiva notizia ai familiari non presenti in sala rianimazione, supporto al lutto in PS; supporto ai bambini affetti da patologia terminale in PS, assistenza ai familiari dopo il decesso; supporto agli operatori.	L'interazione con i sanitari nel momento del decesso può favorire una serena elaborazione del lutto ovvero segnare negativamente e a lungo tale esperienza. Vengono fornite raccomandazioni e suggerimenti per gestire il lutto in PS.
10. Brysiewicz P (2008)	Interpretative hermeneutic phenomenological research.	n. 5 famiglie di persone decedute in PS (Sud	Vengono descritti 5 aspetti dei vissuti esperiti: "accoglienza fredda"; mancanza di risoluzione; accettazione della perdita; "solitudine del lutto"; aiutare gli altri.	Dall'interpretazione dei vissuti raccontati dagli intervistati vengono forniti alcuni suggerimenti per la pratica infermieristica, la formazione e la ricerca con riferimento al contesto Sudafricano.

quello che viene definito lutto complicato. Diversi studiosi hanno descritto i complessi processi psicologici necessari per l'elaborazione del lutto: G. Engel negli

anni '60 descriveva tre fasi (la Negazione/Incredulità – la Presa di coscienza – la Risoluzione),<sup>37</sup> Bowlby, invece, quattro fasi (il Torpore – lo Struggimento – la Disperazione – la

Riorganizzazione)<sup>38</sup> così come Culberg (lo Shock, la Reazione, l'Elaborazione, il Riorientamento). Kubler-Ross ha ipotizzato cinque diversi momenti: la Negazione, la Rabbia, il Patteggiamen-

Figura 1. "Cosa vogliono i familiari?" Fonte: A.G. Williams et al. (2000)

**I familiari di una persona che sta morendo in Pronto Soccorso si sentono indifesi e disinformati e la loro esperienza è spesso negativa. Quello di cui hanno bisogno durante questi drammatici momenti è stato documentato:**

- Ricevere subito attenzione dallo staff sanitario appena giunti in Pronto Soccorso e ricevere frequenti aggiornamenti sulle condizioni del loro congiunto;
- Poter stare con il paziente prima che sopraggiunga la morte, anche durante le manovre di rianimazione;
- Sapere che il malato riceve immediati e appropriati trattamenti sia dal personale sanitario pre-ospedaliero che del Pronto Soccorso;
- Essere informati della morte in un maniera compassionevole e non frettolosa;
- Essere certi che gli effetti personali del paziente siano custoditi correttamente;
- Essere informati su cosa succederà dopo (per esempio, come contattare un'impresa di pompe funebri, quando tornare a casa);
- Avere l'opportunità di un follow-up con l'ospedale per ricevere risposte su domande non risolte.

to, la Depressione e l'Accettazione.<sup>39</sup> Worden suggerisce quattro momenti che devono essere superati per elaborare il lutto: accettare la "realtà della perdita", provare "il dolore per la perdita", ritornare alla vita senza la persona deceduta, "distaccarsi" dalla persona deceduta e intrecciare nuove relazioni<sup>40</sup> (Figura 3).

Indipendentemente dal modello teorico di lutto considerato, molti autori sostengono che il tipo di approccio ai familiari utilizzato in Pronto Soccorso faciliterà, ovvero ostacolerà, la prima fase di elaborazione della perdita legata alla morte (Figura 4).

La gestione attenta dei familiari è quindi assolutamente fondamentale per favorire un normale processo di elaborazione del lutto.<sup>41-43</sup>

### Un approccio organizzato ai vissuti emozionali dei familiari delle persone decedute in Pronto Soccorso

Gestire il vissuto emozionale dei familiari di un assistito che muore in Pronto Soccorso è sicuramente un'esperienza stressante e drammatica, ma è fondamentale che tutto lo staff sanitario non sottostimi mai l'importanza dell'iterazione che avviene in questo momento. È in ogni modo possibile tracciare alcune linee operative di riferimento:

#### Il contatto iniziale con la famiglia – Comunicare a distanza

Comunicare per telefono l'avvenuto decesso di un paziente in Pronto Soccorso, non è mai ideale. Tuttavia questa condizione si verifica frequentemente. Per prima cosa il medico strutturato o l'infermiere devono identificare loro stessi (presentandosi con il proprio nome) e quindi accertarsi dell'identità della persona chiamata. Generalmente i familiari non chiedono al telefono se il loro congiunto è deceduto, quindi in questi casi, il chiamante dovrebbe informare sommariamente dell'evento, dire che la persona versa in gravi condizioni e invitare l'interlocutore a raggiungere presto l'ospedale. Sugerire, quindi, ai familiari di farsi accompagnare o raccomandare di guidare con prudenza. Sarebbe opportuno anche comunicare il nome preciso di un sanitario di riferimento (di solito un infermiere) da cercare una volta giunti all'ingresso del Pronto Soccorso. Se invece è inevitabile dare telefonicamente la "cattiva notizia" (questo ad esempio accade quando i familiari risiedono a grande distanza dall'ospedale), il chiamante dovrebbe accertarsi che il familiare che riceve la notizia non sia in quel momento solo (per esempio domandando se c'è qualche persona con lui, oppure chiedendo di parlare con un amico o un parente). Un membro dell'équipe (quello di cui è stato eventualmente fornito il nome)

dovrebbe attendere i familiari all'ingresso, verificarne l'identità e accompagnandoli all'area riservata (stanza per i familiari).

#### Preparazione – Accoglienza nella Area/Stanza dedicata ai familiari

È importantissimo sin dal primo momento rivolgendosi ai familiari far riferimento al malato chiamandolo per nome ed essere pronti a rispondere con precisione alle domande sull'accaduto ("Che cosa è successo?, Chi c'era con lui?, quando è arrivato? Come?").

In ogni Pronto Soccorso dovrebbe essere individuato un luogo riservato (dove quindi non vi siano continue intrusioni) dove accogliere la famiglia. Se è prevista una stanza, questa deve essere confortevole, arredata semplicemente (alcune poltroncine, un divanetto, un tavolino, un distributore di bevande) e disporre di un telefono con accesso alle linee esterne. In mancanza della stanza, bisognerebbe comunque individuare un luogo che non sia nella sala d'attesa, in una zona di passaggio, bensì appartato e in ogni caso non distante dalla sala d'emergenza.

#### Tener informati i familiari

In caso di aggravamento delle condizioni cliniche o di manovre rianimatorie in corso, l'infermiere di riferimento deve tempestivamente spiegare quello che sta succedendo e iniziare a preparare i familiari alla possibilità del decesso: "...la situazione è molto grave... (nome del paziente) potrebbe non farcela..., se dovesse morire...?".

È molto importante tenere frequentemente aggiornata la famiglia su quanto viene fatto in sala emergenza e su come procede la rianimazione, infatti, questo può ulteriormente aiutare a rendere pronti i familiari al potenziale evento avverso.

Anche se in Italia non ancora diffusa, dovrebbe essere offerta ai familiari la possibilità di assistere ai tentativi rianimatori. Molti di loro lo chiederebbero perché sentono fortemente il bisogno di restare accanto al proprio caro fino all'ultimo, altri semplicemente per avere la conferma che è stato tentato tutto il possibile. In tali casi i familiari testimoni dovrebbero essere sempre affiancati da un infermiere in grado di spiegare tutto quello che viene fatto al

Figura 2. Classifica delle attività infermieristiche di supporto per punteggio di utilità (espresso in media aritmetica, M1) secondo un campione di infermieri esperti di Pronto Soccorso in Inghilterra e Hong Kong. Fonte: Elaborazione nostra da: C. Tye (1993) p.952; S.P. Li et al. (2002), p.175.

Azioni Infermieristiche	Inghilterra		Hong Kong	
	Rank	M1	Rank	M1
Accogliere prontamente i familiari all'arrivo in PS	1	4,60	8	3,83
Fornire una stanza separata ad uso esclusivo dei familiari	2	4,48	22	3,32
Dedicare tempo per ascoltare i membri di una famiglia in lutto	2	4,48	18	3,50
Identificare un infermiere incaricato di rimanere sempre accanto ai familiari	4	4,22	16	3,62
Permettere ai familiari di esprimere le loro ansie	5	4,40	24	3,26
Dare il permesso ai familiari di toccare o abbracciare il corpo del defunto	6	4,48	4	3,97
Rispettare le differenti usanze dopo la morte	6	4,48	3	4,00
Fornire informazioni scritte su cosa fare dopo la morte	8	4,37	1	4,22
Offrire supporto emozionale ai familiari	9	4,29	15	3,64
Fornire informazioni sulla gravità delle condizioni del paziente tempestivamente	10	4,27	4	3,79
Mostrare interesse e attenzione ai familiari	11	4,21	14	3,70
Assicurarsi che i familiari non tornino da soli a casa	11	4,21		
Preparare i familiari alla possibilità che possa sopraggiungere la morte	13	4,15	24	3,26
Incoraggiare la piena espressione del lutto	14	4,13	21	3,34
Assicurarsi che i familiari abbiano chiaramente compreso la notizia del decesso	14	4,13	13	3,72
Preparare la famiglia a quello che gli aspetta prima di far vedere il corpo del deceduto	16	4,11	10	3,82
Fornire una linea telefonica esterna	16	4,11	26	3,16
Rimuovere ogni dispositivo inutile prima di far vedere il corpo del deceduto	18	4,00	29	2,93
Se contattati al telefono, dare ai familiari un nominativo per quando arrivano in PS	19	3,94	17	3,59
Fornire ai familiari un riferimento nominativo del PS per successive informazioni	20	3,86	12	3,78
Dare la possibilità di chiedere sulle cause della morte, se conosciute	21	3,77	6	3,95
Offrire una tazza di the o di caffè	22	3,73	31	2,47
Consentire la visione del corpo del deceduto in Pronto Soccorso	23	3,71	2	4,13
Scoraggiare il senso di colpa rispetto la morte	24	3,65	23	3,30
Restare con i familiari durante la visione del corpo del deceduto	24	3,65	20	3,41
Fornire notizie sui trattamenti eseguiti prima della morte	26	3,54	6	3,95
Dare spiegazioni sull'accertamento autoptico, se chiesto il riscontro	27	3,29	8	3,83
Spiegare i sintomi di una elaborazione "normale" del lutto	28	3,21	30	2,75
Mostrare le proprie emozioni rispetto alla morte	29	3,13	10	3,82
Indicare ai familiari quando è il momento di andar via dal Pronto Soccorso	30	3,10	27	3,13
Assicurarsi che il medico fornisca la "cattiva notizia"	31	2,92		
Fornire un follow-up telefonico del PS dopo alcune settimane	32	2,54	19	3,39
Assicurare che i vestiti siano restituiti ai familiari indipendentemente dal loro stato	33	2,42	28	3,05
Somministrare sedativi ai familiari	34	2,02	33	2,01
Scoraggiare la visione del corpo del deceduto se gravemente mutilato	35	1,87	32	2,09

loro caro e di rispondere a tutte le eventuali domande.

#### **"Dare la cattiva notizia"- Informare la famiglia del decesso**

Il compito di comunicare la notizia del decesso, dovrebbe essere svolto dal medico responsabile del paziente. La presenza fisica del medico, colui che ha curato e rianimato il paziente, implicita-

mente indica che tutto quello che era possibile fare è stato fatto. Il medico dovrebbe presentarsi e sedersi di fronte ai familiari. Il sedersi fornisce segnali non verbali importanti: dimostra che si è lì per ascoltare, che si vuole dedicare tutto il proprio tempo alle necessità dei familiari, che la relazione è simmetrica e non autoritaria.

È subito importante identificare chi è nella stanza e il grado di parentela con

il defunto (alla presenza di amici, questi dovrebbero essere invitati ad aspettare fuori, nella sala d'attesa). Facendo riferimento al defunto il medico deve utilizzare il nome di battesimo, quello con il quale i familiari lo conoscevano, spiegare con precisione la situazione iniziale, le condizioni all'arrivo e quanto è successo in sala emergenza, utilizzando termini comprensibili e non strettamente medici. Spiegare i dettagli è molto

Figura 3. Alcuni modelli di elaborazione del lutto. Fonte: Elaborazioni nostre da: Torri (2004), pp. 37-42

Modello di Bowlby	Modello di Culberg	Modello di Kubler-Ross
<p>Fase 1. Il Torpore</p> <p>è il momento dello shock, dello stordimento, dell'incredulità. La persona è bloccata, vorrebbe fermare il tempo. Prevalgono meccanismi di difesa come la negazione (che ha una funzione protettiva di fronte ad una realtà troppo dolorosa per essere tollerata).</p>	<p>Fase 1. Io Shock</p> <p>è caratterizzato da sentimenti di paura e negazione; è essenziale: rispettare la chiusura della persona, ascoltare, trasmettendo comprensione e alleanza.</p>	<p>Fase 1. la Negazione</p> <p>la persona rifiuta la situazione che è intollerabile, si difende negandola. La solitudine è ciò che più la persona teme, perciò cerca comprensione, supporto degli altri: necessita di un sostegno rispettoso e di ascolto non invadente, che non intacchi la sua barriera protettiva.</p>
<p>Fase 2. Io Struggimento</p> <p>la persona è disorientata non riesce a capacitarsi della perdita, è privata dei suoi punti di riferimento stabili, sperimenta un sentimento di rabbia impotente verso il destino a volte contro la persona stessa che è scomparsa. L'individuo cerca la persona cara, insegue il suo ricordo raccogliendo foto, abiti, vivendo esperienze sensoriali illusorie, con crisi di pianto.</p>	<p>Fase 2. la Reazione</p> <p>prevalgono sentimenti di rabbia, angoscia e amarezza; queste emozioni possono evolvere in fenomeni di regressione ovvero di difesa come la razionalizzazione. La persona si sente schiacciata dal dolore oppure ne prende completamente le distanze.</p>	<p>Fase 2. la Rabbia</p> <p>è un sentimento di rifiuto che cela frustrazione, paura, insicurezza, desiderio di aiuto: la persona ha bisogno di sentire accolta la sua collera e che ne sia riconosciuta la legittimità.</p>
<p>Fase 3. la Disperazione</p> <p>avrà esito positivo se la persona riuscirà a dar libero sfogo alle proprie sensazioni e dar voce alla sofferenza.</p>	<p>Fase 3. l'Elaborazione</p> <p>la persona si trova in una condizione di depressione reattiva, che consegue alla presa di coscienza della realtà della perdita, per cui cerca di spiegarla, motivarla, darle un senso.</p>	<p>Fase 3. il Patteggiamento</p> <p>gradualmente segue la graduale consapevolezza della perdita e si riaffaccia la progettualità, che è speranza.</p>
<p>Fase 4. la Riorganizzazione</p> <p>gradualmente la persona si lascia alle spalle l'angoscia e ritorna alla vita, c'è la ripresa della progettualità, della capacità di investire sul futuro.</p>	<p>Fase 4. il Riorientamento</p> <p>la persona ripensa a ciò che ha vissuto e lo rielabora.</p>	<p>Fase 4. la Depressione</p> <p>la sofferenza precedentemente manifestata con la rabbia, che è un sentimento aperto e rivolto verso l'esterno è ora più insostenibile perché vissuta internamente, come chiusura, fatto privato e personale. È quindi ancora più importante l'ascolto, la comprensione e il riconoscimento del proprio diritto alla sofferenza e rabbia.</p>
		<p>Fase 5. l'Accettazione</p> <p>Dopo aver vissuto completamente tutte le fasi, la persona può raggiungere l'adattamento alla perdita.</p>

importante, così come sottolineare che il paziente era *"incosciente e che non ha sentito dolore"*. Prima però di dilungarsi sui dettagli è bene comunicare subito con poche frasi che la persona è

morta. È fondamentale comunicare la notizia del decesso usando chiaramente la frase *"è morto"*, piuttosto che eufemismi o giri di parole come *"non c'è più"*, *"ci ha lasciato"*, *"è mancato"*, che possono

generare false illusioni o fraintendimenti (è in un altro reparto!).

A questo punto il personale sanitario deve facilitare il processo di elaborazione del lutto, che per iniziare potrebbe richiedere un breve periodo (30-60 secondi). Il sanitario stesso può incoraggiare l'espressione del lutto anche con alcune domande, soprattutto quando qualche familiare persiste nel cosiddetto *enduring*, una sorta di atteggiamento stoico, che non deve essere interpretato e giudicato come distacco o disinteresse, bensì come annichilimento e smarrimento.

L'uso del *"contatto"*, del *"tocco"* è molto indicato, così come appoggiare una mano sulla spalla di un familiare per offrire conforto ed esprimere il cordoglio.

La risposta individuale all'inizio del processo di elaborazione del lutto varia

Figura 4. Approccio organizzato ai familiari dei deceduti in PS e fasi di elaborazione del lutto

L'approccio al lutto in Pronto Soccorso può facilitare i sentimenti di				
Fase 1.	Torpore	Shock	Negazione	Accettare la "realtà della perdita"
Fase 2.	Struggimento	Reazione	Rabbia	Provare il "dolore della perdita"
Fase 3.	Disperazione	Elaborazione	Patteggiamento	Ritornare alla vita senza la persona deceduta
Fase 4.	Riorganizzazione	Riorientamento	Depressione	Distaccarsi dalla persona deceduta e intrecciare nuove relazioni
Fase 5.			Accettazione	

Figura 6. Principi di buona pratica assistenziale nella gestione del lutto. Fonte: C. Smith (1995)

## PUNTI CHIAVE

- Specifiche procedure aziendali scritte dovrebbero essere disponibili, queste devono prevedere anche le indicazioni per le comunicazioni telefoniche.
- Buone abilità relazionali e comunicative sono essenziali. Lo staff dovrebbe essere adeguato per fornire qualificato sostegno al lutto.
- L'accesso alla salma dovrebbe essere un diritto riconosciuto e al contempo offerto in un ambiente ottimale.
- Una stanza dedicata ai familiari dovrebbe essere allestita e arredata con tutti i comfort del caso.
- Un depliant informativo su quanto segue il momento del decesso dovrebbe essere messo a disposizione dei familiari, in modalità multilingua in base alle esigenze linguistiche della collettività locale.
- Un follow-up per il supporto al lutto dovrebbe essere offerto.
- Formazione, addestramento e supporto agli operatori sanitari sono essenziali per la presa in carico dei familiari in lutto.
- Le procedure aziendali dovrebbero essere regolarmente aggiornate e il lutto dovrebbe rientrare nei percorsi di audit clinico.

grandemente, ma solitamente non dura più di 5-15 minuti. Normalmente dopo questa fase subentra la reazione iniziale dei membri della famiglia secondo le fasi descritte nel precedente paragrafo. Tra i diversi meccanismi di difesa anche l'attribuzione di colpe agli operatori (proiezione), sebbene difficile da accettare, deve essere interpretata come una reazione, espressione di dolore (si dirige verso il senso di colpa verso l'esterno). In questi casi un atteggiamento difensivo sarebbe controproducente. La migliore risposta è non prendere la cosa sul personale, ma invece far propria la percezione che hanno i parenti del fatto.

**Vedere la salma**

Molti familiari chiedono di poter vedere e toccare il corpo della persona amata. Questo può facilitare il processo di elaborazione del lutto. Tuttavia se non esprimessero tale desiderio, questo deve essere rispettato e mai giudicato. Gli infermieri devono dedicare un tempo adeguato per la preparazione della salma. Il corpo va preparato: occhi chiusi, coperto eccetto che mani e volto. Rimossi tubi e cateteri e quant'altro utilizzato durante le manovre rianimatorie. In caso di accertamento autoptico, in cui tali presidi devono essere lasciati sul cadavere ovvero in caso di evidenti mutilazioni,

è bene preparare i familiari anticipando le condizioni in cui vedranno il proprio caro. È bene sostare alquanto con i familiari, rimanendogli accanto con discrezione, senza il timore di manifestare il proprio cordoglio e fornendo ulteriori risposte alle loro eventuali domande (ricordando di riferirsi al paziente indicandolo per nome e non usando termini quali: "lui", "lei", "la salma", "il corpo").

**Processo conclusivo**

Durante la fase conclusiva si esprimono le proprie condoglianze e si chiede alla famiglia se ci sono altre domande. Spesso è in questo momento che il medico responsabile fornisce le informazioni sull'eventuale autopsia, facendo firmare moduli e dandone una copia.

Ultima accortezza sarebbe di fornire alla famiglia un recapito telefonico e il nome di un membro dello staff del Pronto Soccorso che potrà fornire successive informazioni.

Infine può essere necessario dire alla famiglia che è "il momento di andare" (i sopravvissuti spesso sono talmente scossi da non sapere quando è il momento di andare).

Accompagnarli alla porta e rassicurarli nuovamente, è l'ultimo gesto conclusivo, carico di tutta l'umanità, che un servizio di Pronto Soccorso può dimostrare.

**Conclusioni**

Accostarsi ai vissuti emozionali dei familiari di persone assistite e decedute in Pronto Soccorso non è facile, tuttavia creare un setting per gestire le prime fasi del lutto, se lo staff è motivato, non è impossibile.<sup>45</sup> (Figura 6)

Concretamente il numero di decessi ogni anno in Pronto Soccorso non è elevatissimo, quindi l'eventuale aumento dell'impegno lavorativo richiesto sarebbe minimo e rapidamente riassorbibile. Tuttavia ancora oggi non sono pienamente quantificabili o valutabili i benefici che ne deriverebbero ai familiari, parenti, ma anche ai sanitari e al servizio stesso. Sono tuttavia convinto che ciascun familiare di fronte alla perdita di un proprio caro vuole essere trattato con compassione e professionalità: offrire un approccio organizzato ai vissuti emozionali "quando si muore in Pronto Soccorso", può essere un modo concreto e reale per umanizzare e demedicalizzare il momento tanto drammatico, quanto naturale, del passaggio dalla vita alla morte.

**Bibliografia**

1. DI SAURO R. *La vita e la morte*. Aracne, Roma, 2008.
2. Federazione Nazionale Collegi IPASVI, *La persona nel fine vita*. Il pronunciamento della Federazione IPASVI. *L'Infermiere*, 2009, 53(5-6):5-6.

3. TORRI M. *La gestione del lutto della famiglia del paziente morente nel Dipartimento di Emergenza: il ruolo e il vissuto dell'infermiere* (Tesi di Laurea). Reggio Emilia, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia. Relatore Saffiotti A, A.a. 2003-2004.
4. DINOI R. *Anime senza nome....* Aniarti Coop Edizioni, Firenze, 1999.
5. BERTOLINI G. *Scelte sulla vita*. Ed. Angelo Guerini e Associati, Milano, 2007.
6. GENEVAY B. *Morire di una morte più umana*. In: Genevay B, Katz RS. *Le emozioni degli operatori nella relazione di aiuto*. Ed. Erikson, Trento, 1994.
7. GYGER-STAUER K. *Soccorritori e psicologia: quando muore un fratellino*. N&A, 2003, (12):141, 1-3.
8. FASSLER-WEIBEL P. *Quando muore un bambino*. N&A, 2003, (12):138, 1-9.
9. DI SAURO R. *Principi di psicologia clinica per l'operatore sanitario*. Arcane, Roma, 2007.
10. 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.
11. HALLGRIMSDOTTIR EM. *Accident and emergency nurses' perceptions and experiences of caring for families*. Journal of Clinical Nursing, 20, 9:611-619.
12. O'CONNOR J. *Nurses' perceptions of critical incidents*. Journal of Advanced Nursing 2003, 41(1):53-62.
13. MORRISSEY J. *Staff support after trauma in A&E*. Emergency nurse, Oct 2005, 13(6):8-10.
14. 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.
15. Emergency Nurses Association *End-Of-Life issues in Emergency Department*. In: E.N.A. Emergency Nursing. Core Curriculum. Saunders, St. Louis, 2007
16. American Heart Association. *Guidelines 2000 for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care*. Part 2: ethical aspects of CRP and ECC. Circulation, 2000, 102 (8 suppl.):i1-i21.
17. American Academy of Pediatrics and American College of Emergency Physicians. *Death of a child in the emergency department, a joint statement by AAP and ACEP*. Pediatrics, 2000, 110:839-840.
18. NORBY H, ØYVIND N. *Communication and empathy in an emergency setting involving person in crisis*. Scand J Trauma Resusc Emerg Med, 2008, 16(1):5-10.
19. KNAPP J, MULLIGAN-SMITH D. *Death of a Child in the emergency Department*. Pediatrics, May 2005, 115:1432-1437.
20. LIMERICK L, DOWNHAM MAPS. *Support for families bereaved by cot death: joint voluntary and professional view*. BMJ, June 1978, 1:1527-1529.
21. PHILLIPS BM. *Supporting relatives following a cot death*. Postgrad Med J, 1996, 72:648-652.
22. MITCHELL MH, LYNCH MB. *Should relatives be allowed in the resuscitation room?* J Accid Med, 1997, 14:366-369.
23. FULBROOK P. *The presence of Family Members During Cardiopulmonary Resuscitation*. Connect, 2007, 5(4):86-88.
24. BAMBI S, BECATTINI G, LUMINI E. *An Italian Perspective on Family Presence*. Am J Crit Care, 2007, 16:429-430.
25. DILL K, GANCE-CLEVELAND B. *With You Until the End: Family Presence During Failed Resuscitation*. JSPN Oct-Dec 2005, 10(4):204-207.
26. CONDR A M, GROLL L, WALKER DM, ABRAMS MO, SIMS P. *Operation of a support service team in the emergency department of a general hospital*. CMAJ, 1987, 137(15):281-284.
27. YATES DW, ELLISON G, MCGUINNESS S. *Care of suddenly bereaved*. BMJ, 1990, 301(7):29-31.
28. COOKE MW, COOKE HM, GLUCKSMAN EE. *Management of sudden bereavement in the accidental and emergency department*. BMJ, 1992, 304(5):1207-1209.
29. ADAMOWSKI K, DICKINSON G, WEIZMAN B, ROESSLER C, CARTER-SNELL C. *Sudden unexpected death in the emergency department: caring for the survivors*. Can Med Assoc J, 1993, 149(10):1445-1448.
30. TYE C. *Qualified nurses' perceptions of the needs of suddenly bereaved family members in accident and emergency department*. Journal of Advanced Nursing, 1993, 18:948-956.
31. DENT A, CONDON L, BLAIR P, FLEMING P. *A study of bereavement care after a sudden and unexpected death*. Arch Dis Child, 1996, 74(1):522-526.
32. WILLIAMS AG, O'BRIEN DL, LAUGHTON KJ, JELNIEK GA. *Improving services to bereaved relatives in the emergency department: making healthcare more human*. MJA, 2000, 173:480-483.
33. LI SP, CHAN CWH, LEE DTF. *Helpfulness of nursing action to suddenly bereaved family members in an accidental and emergency setting in Hong Kong*. Journal of Advanced Nursing, 2002, 40(2):170-180.
34. LEVETOWN M. *Breaking Bad News in the Emergency Department*. Top Emerg Med, Jan-Mar 2004, 26(1):35-43.
35. BRYESIEWICZ P. *The lived experience of losing a loved one to a sudden death in KwaZulu-Natal, South Africa*. Journal of Clinical Nursing, Jan 2008, 17(2):224-231.
36. NANDA-I. *Diagnosi infermieristiche, definizioni e classificazioni 2009-2011*. C.E.A., Milano, 2009.
37. ENGEL G. *Psychological development in health and disease*. Philadelphia, WB Saunders, 1962.
38. BOWLBY J. *Attachment and Loss, Vol.3: Loss, sadness and depression*. Ed. Pimlico, Londra, 1998.
39. KUBLER-ROSS E. *On death and Dying*. Macmillan, New York, 1969.
40. WORDEN JW. *Grief counselling and grief therapy*. Springer, New York, 1962.
41. PHILLIPS B.M. *Supporting relatives following a cot death*. Postgrad Med J, 1996, 72:648-652.
42. VANEZIS M, MCGEE A. *Mediating factors in the grieving process of the suddenly bereaved*. British Journal of Nursing, Jul-Aug 1999, 8(14):611-619.
43. PURVES Y, EDWARDS S. *Initial needs of bereaved relatives following sudden and unexpected death*. Emergency nurse, Oct 2005, 13(6):8-10.
44. MORTLOCK T. *Teenage bereavement*. Emergency nurse, May 2005, 13(2):13-16.
45. SMITH C. *Bereavement care in A&E departments*. British Journal of Nursing, 1995, 4(9):485-486.