

Assistenza infermieristica nel fine vita in pronto soccorso: revisione narrativa della letteratura.

End-of-life care in the emergency department: narrative review of the literature.

■ LUCA RESTA¹, NICOLA RAMACCIATI²

¹ Infermiere, Degenza Medica 3, Ospedale Sant'Anna Como, ASST Lariana

² Dottorando in Scienze Cliniche presso Dipartimento di Medicina Sperimentale e Cliniche- Università degli Studi di Firenze, Coordinatore Medicina del Dolore/DEA - Azienda Ospedaliero Universitaria di Perugia.

RIASSUNTO



Introduzione: la gestione del fine vita in Pronto Soccorso rappresenta una delle più importanti criticità che l'infermiere, insieme all'equipe assistenziale, è chiamato ad affrontare e gestire ed è spesso poco considerata.

Scopo: valutare il livello di assistenza fornita nel fine vita; indagare le competenze e i vissuti dell'infermiere rispetto al fine vita; valutare le barriere che ostacolano l'assistenza; proporre dei suggerimenti per migliorare l'assistenza in tale contesto.

Metodo: è stata condotta una revisione narrativa della letteratura internazionale nelle banche dati Pubmed e CINAHL combinando le parole chiave: emergenza, infermiere, fine vita, assistenza infermieristica nel fine vita. Sono stati inclusi articoli pubblicati dal 2012 ad aprile 2017, in lingua inglese e in lingua italiana.

Risultati: l'analisi dei 13 articoli, presi in esame ha evidenziato l'opinione comune che il Pronto Soccorso non è percepito come un luogo dove morire, a causa della sua natura ad elevata complessità assistenziale e di alcune barriere percepite dagli stessi operatori. L'assistenza al morente genera sentimenti contrastanti nell'infermiere, sia positivi che negativi. Sono emersi anche dei suggerimenti: redistribuzione dei carichi di lavoro, aumento del tempo diretto di assistenza, creazione di programmi di training specifici e di supporto, implementazione di protocolli e linee guida in supporto a questo tipo di assistenza.

Conclusione: l'assistenza nel fine vita in Pronto Soccorso mette l'infermiere e l'equipe dinanzi a questioni etiche così come negli altri setting assistenziali di emergenza; è un campo che presenta delle criticità che devono essere colmate. Garantire un'assistenza di qualità nel fine vita deve essere un obiettivo che l'infermiere deve raggiungere.

Parole chiave: infermiere, fine vita, morire, assistenza infermieristica nel fine vita, emergenza..

ABSTRACT



Introduction: the management of end of life care in the Emergency Department is one of the most critical issue that nurse, with care team, is called to face and to manage, and it is often not considered.

Objective: to evaluate the level of the end of life care in the Emergency Department; to investigate the nurses' skills and the experiences compared to the end of life care; to evaluate the barriers to care; to make suggestions to improve care in this context.

Method: it was carried out a narrative review of international literature in Pubmed and CINAHL databases by combining keywords: emergency, nurse, end of life, end of life care. English and Italian articles published from 2012 to April 2017 were included.

Results: the analysis of the 13 examined articles has highlighted the common opinion that Emergency Department is not a place of dying, because of its high complexity of care and because of some barriers perceived by the operators themselves. The end of life care creates mixed feelings, both positive and negative. Some suggestions were emerged: the redistribution of workloads, the increase in the time of caring, the creation of specific training programs and support, the implementation of protocols and guidelines supporting this type of caring.

Conclusion: the end of life care in Emergency Department puts nurse and team before ethical issues to be overcome. Ensuring quality care must be the goal that nurse must achieve.

Key words: nurse, end of life, dying, end of life care, emergency.

ARTICOLO ORIGINALE

PERVENUTO IL 01/04/2017

ACCETTATO IL 06/06/2017

Corrispondenza per richieste:

Luca Resta

luca_resta92@libero.it

Gli autori dichiarano di non aver conflitto di interessi.

INTRODUZIONE

Il Pronto Soccorso è un setting assistenziale deputato principalmente alla gestione delle emergenze, ossia di tutte quelle situazioni cliniche che se non prontamente trattate possono portare rapidamente alla morte o causare gravi danni all'assistito. Riconoscere rapidamente le condizioni di criticità vitale ed erogare prontamente trattamenti salva-vita è il primo compito dell'infermiere di emergenza.

Ma in Pronto Soccorso la morte non è un evento infrequente, anzi si presenta in modi diversi: quello tragico, inaspettato, non prevedibile per lo stato di salute della persona o tanto meno per l'età e quello ineluttabile, momento finale di una traiettoria di vita già tracciata, per una patologia terminale.^{1,2} Nei Pronto Soccorso questo secondo "tipo" di morte è in costante aumento.³ Ma per alcuni, i dipartimenti di emergenza, servizi di passaggio e di transizione per loro natura, non sono un "luogo" adatto per garantire le cure di fine vita.⁴ Tempi ristretti per valutare l'assistito, mancanza di riservatezza per la persona e per la famiglia, difficoltà comunicative o di accesso alle informazioni sulla "biografia" degli individui assistiti ma anche le aspettative riguardo alle cure di emergenza, sono tutti fattori che rendono difficile prestare assistenza di fine vita in Pronto Soccorso.⁵

Per di più, i malati che necessitano delle ultime cure di fine vita in Pronto Soccorso presentano un ampio ventaglio di fattori demografici, clinici e psicosociali, molto spesso diversi tra loro tra cui non rientrano solo le condizioni cliniche legate al cancro, ma anche a malattie croniche respiratorie, insufficienza cardiaca, disabilità fisiche e mentali o stati avanzati di demenza.^{6,7,8,9,10}

Accade così che in un Servizio deputato a fornire "risposte" rapide e risolutive, l'evento morte produce un forte impatto sul vissuto dell'intero team sanitario. Ecco che, alle specifiche e avanzate conoscenze e abilità tecniche proprie dell'assistenza di emergenza, l'infermiere di Pronto Soccorso deve affiancare qualità e competenze interpersonali per poter fornire la migliore assistenza di fine vita, per poter supportare i familiari nelle pri-

Tabella 1. P&PICO

POPULATION	Infermieri	Nursing/nurse
PROBLEM	Fine vita, morire	End of life/eol dying
INTERVENTION	Assistenza infermieristica di fine vita	End of life care/eolc terminal care
COMPARISON	Emergenza	Emergency
OUTCOME	Livello assistenza infermieristica nel fine vita	

Tabella 2. Stringhe di ricerca

Banca dati	Stringa di ricerca
PUBMED	(((((("end of life") OR "end of life care") OR eol) OR eolc)) OR ((dying or "terminal care")))) AND ((nursing or nurse*)) AND emergency
CINAHL	(((((end n3 life) OR "end n2 life n2 care) OR eol) OR eolc)) OR ((dying or terminal n2 care)) AND ((nursing or nurse*)) AND emergency

missime fasi iniziali di elaborazione del lutto e, non ultimo, per sviluppare modalità positive di controllo dello stress emozionale correlato alle esperienze vissute.^{11,12}

Attraverso l'analisi della letteratura internazionale si è voluto centrare l'attenzione sui diversi fattori che possono entrare in gioco nell'assistenza di fine vita in Pronto Soccorso, ma anche sulle emozioni e i vissuti sperimentati dagli infermieri di emergenza di fronte all'evento morte.

METODO

La ricerca di studi tratti dalla letteratura internazionale è stata effettuata nei database CINAHL e Pubmed utilizzando le parole chiavi desunte dalla Facet Analysis (analisi dei sinonimi) dei termini del quesito di ricerca formulato secondo la metodologia P&PICO.

(Tabella 1)

Le stringhe di ricerca sono state costituite utilizzando gli operatori booleani AND e OR, la funzione di troncamento, e per le parole composte le "virgolette" in PubMed, o gli operatori di vicinanza " N " in CINAHL, così da garantire la massima sensibilità e specificità di ricerca. (Tabella 2)

La scelta degli articoli analizzati è stata effettuata secondo i seguenti criteri di inclusione ed esclusione.

Criteri di inclusione:

- data pubblicazione a partire dal 2012;
- articoli scritti in lingua italiana e/o inglese;
- studi primari (studi qualitativi, studi trasversali, survey, ecc.);
- revisioni della letteratura;
- trattamento della tematica specificatamente infermieristica.

Criteri di esclusione:

- articoli scritti in lingua diversa dall'italiano e dall'inglese;
- letteratura grigia;
- linee guida e Position Statment;
- lettere e commentary;
- aspetti strettamente clinico-terapeutici non legati all'assistenza infermieristica di fine vita in Pronto Soccorso.

RISULTATI

La ricerca effettuata ha individuato 468 pubblicazioni (296 articoli in Pubmed e 172 articoli in CINAHL). Adottando il limite di ricerca agli ultimi 5 anni, sono rimasti 236, (135 articoli in Pubmed e 101 articoli in CINAHL). Sulla base della lettura del titolo e dell'abstract sono stati scartati secondo i criteri di esclusione previsti 135 articoli. Dei 59 articoli restanti (32 articoli in Pubmed e 27 articoli in CINAHL), dopo lettura del testo completo, 13 corrispondevano ai criteri di inclusione prescelti. (Tabella 3)

Tabella 3. Report della ricerca

TITOLO ARTICOLO, AUTORI	DISEGNO STUDIO	DESCRIZIONE CAMPIONE	OGGETTIVI	RISULTATI
The last frontier: rural emergency nurses' perceptions of End-of-Life care obstacles. Beckstrand RL, Giles VC, Luthy KE, Callister LC, Heaston S. (2012)	Studio descrittivo trasversale	n. 236 infermieri di 52 PS (Utah, Idaho, Nevada, Wyoming, USA).	Identificare le barriere e gli ostacoli nell'assistenza infermieristica nel fine vita in un piccolo PS.	I tre maggiori ostacoli percepiti dagli infermieri di PS sono: familiari e amici che chiamano continuamente l'infermiere per chiedere aggiornamenti sullo stato di salute del malato anziché contattare membri della famiglia; conoscere personalmente la persona è causa di stress; il setting del PS che non permette la privacy per la persona morente/morta e per la famiglia.

Emergency nurses' suggestions for improving End-of-Life care obstacles. Beckstrand RL, Wood D, Callister LC, Luthy KE, Heaston S. (2012)	Studio descrittivo trasversale	n. 1000 infermieri di PS (USA) (di cui n. 441 rispondenti ma n. 230 eleggibili per un totale di 295 suggerimenti).	Identificare suggerimenti per migliorare la qualità dell'assistenza infermieristica nel fine vita.	Aumentare il tempo di assistenza diretta nel fine vita, favorire la presenza di familiari durante le manovre rianimatorie, fornire stanze confortevoli dedicate, privacy alle persone per la gestione del lutto.
Emergency nurses' perception of Department design as an obstacle to providing End-of-Life care. Beckstrand RL, Rasmussen RJ, Luthy KE, Heaston S. (2012)	Studio descrittivo trasversale	n. 500 infermieri di PS (di cui n.215 rispondenti ma n.198 eleggibili).	Valutare quanto il setting del PS ostacoli l'assistenza infermieristica nel fine vita, analizzare eventuali suggerimenti degli infermieri di PS.	Il setting del PS non influenza negativamente sull'assistenza infermieristica nel fine vita, in quanto l'infermiere fornisce l'assistenza adeguandosi. Il suggerimento comune è la realizzazione di posti privati nei quali la famiglia possa star vicino al morente/morto.
Emergency and palliative care nurses' levels of anxiety about death and coping with death: a questionnaire survey. Peters L, Cant R, Payne S, O'Connor M, McDermott F, Hood K et al. (2013)	Studio Comparativo	Campione di convenienza n. 56 infermieri (n.28 infermieri PS, n.28 infermieri Cure Palliative).	Identificare i sentimenti degli infermieri di PS e Cure Palliative riguardo il morire e la morte.	I sentimenti più comuni sono: paura della morte 44%, evitare la morte 34%, sottrarsi all'accettazione 47%, accettazione 59%. Gli infermieri di PS mostrano una percentuale più alta di evitamento della morte e ridotte capacità di coping rispetto agli infermieri delle Cure Palliative.
Understanding emergency department staff needs and perceptions in the provision of palliative care. Shearer FM, Rogers IR, Monterosso L, Ross-Adje G, Rogers JR (2014)	Studio descrittivo Trasversale	n.66 rispondenti di cui n.44 infermieri di PS, n. 22 medici di PS Australia.	Identificare le percezioni e i bisogni dell'equipe di PS riguardo l'approccio al fine vita. Valutare i punti di vista sulla morte e il morire.	Buon livello di gestione della sintomatologia clinica, ma alcune lacune negli aspetti comunicativi e nelle questioni etiche. Si prospetta la formazione di specifici programmi di training per la gestione del fine vita in PS.
Emergency care staff experiences of lay presence during adult cardiopulmonary resuscitation: a phenomenological study. Walker WM (2014)	Studio Comparativo	n.8 AS (ambulance staff), n. 10 infermieri.	Valutare i vissuti di infermieri durante manovre RCP intra ed extra ospedaliera in presenza di laici (personale non sanitario).	La presenza di laici durante le manovre di RCP determina: rispetto per il laico (visto come una risorsa); dominanza professionale (controllo della situazione); inquietudine/ansia (sentirsi osservati e giudicati); preparazione della presenza del laico; effetti percepiti dall'esposizione (possibili benefici o turbamenti).
When someone dies in the Emergency Department: perspectives of emergency nurses. Hogan KA, Fothergill-Bourbonnais F, Brajzman S, Phillips S, Wilson KG. (2015)	Studio qualitativo	n.11 infermieri di PS (Canada)	Valutare le percezioni degli infermieri di PS riguardo l'assistenza infermieristica nel fine vita in PS, il rapporto con il morente e i familiari.	Il PS non è percepito dagli operatori come un luogo dove morire; l'infermiere è testimone del dolore del morente e dei propri familiari; sapere di aver fatto tutto il possibile.
The experiences of emergency nurses in providing end-of-life care to patients in the emergency department. Decker K, Lee S, Morphet J. (2015)	Studio descrittivo qualitativo, 3 focus group	n.25 infermieri di PS. Criterio di inclusione: almeno due anni di esperienza in PS). (Australia)	Descrivere le esperienze e le attitudini degli infermieri di PS rispetto all'assistenza infermieristica di fine vita in PS. Descrivere come viene erogata assistenza nello stesso specifico caso.	L'analisi dello studio ha evidenziato che il PS non è un posto "ideale" dove morire; l'ambiente fisico del PS non permette l'erogazione di un'assistenza infermieristica di fine vita di qualità; i pazienti morenti hanno una priorità di trattamento minore rispetto ai pazienti che richiedono trattamenti più urgenti.

<p>Exploring the management of death: emergency nurses' perception of challenges and facilitators in the provision of End-of-life care in the emergency department.</p> <p>Wolf LA, Delao AM, Perhats C, Clark PR, Moon MD et al. (2015)</p>	<p>Metodo misto: Interviste singole, focus group</p>	<p>n. 1879 Infermieri di PS (interviste singole)</p> <p>n.17 infermieri di PS (focus group)</p>	<p>Analizzare, dal punto di vista quantitativo e qualitativo, le percezioni degli infermieri di PS rispetto alle cure di fine vita in PS valutandone le criticità positive e negative.</p>	<p>L'indagine quantitativa ha individuato un alto livello di attitudini positive nel caring del morente. L'indagine qualitativa ha messo in luce 9 tematiche principali.</p>
<p>Resuscitation versus end-of-life care: exploring the obstacles and supportive behaviors to providing end-of-life care as perceived by emergency nurses after implementing the end-of-life care pathway.</p> <p>Ka-Ming Ho J. (2015)</p>	<p>Studio descrittivo trasversale</p>	<p>n. 42 infermieri di PS (Hong Kong)</p>	<p>Valutare gli ostacoli e i comportamenti costruttivi, percepiti dagli infermieri di PS, nella gestione dell'assistenza infermieristica di fine vita in PS.</p>	<p>I principali ostacoli emersi sono: elevato carico di lavoro, carenza di programmi di training. Situazioni di supporto: garantire privacy e tempo ai familiari per stare con il morente.</p>
<p>Staff perception of palliative care in a public Australian, metropolitan emergency department.</p> <p>Russ A, Mountain D, Rogers IR, Shearer F, Monterosso L et al. (2015)</p>	<p>Studio Qualitativo</p>	<p>n. 65 (n. 36 infermieri di PS, n. 29 medici di PS)</p>	<p>Indagare le esperienze e le attitudini del personale di PS rispetto alle cure di fine vita.</p>	<p>Le risposte sono state catalogate per aree tematiche. L'equipe di PS è in grado di gestire la sintomatologia del paziente. Necessità di programmi educativi e di training per colmare gli aspetti comunicativi e le questioni etiche nel fine vita.</p>
<p>Lived experience of caring for dying patients in emergency room.</p> <p>Kongsuwan W, Matchim Y, Nilmanat K, Loosin RC, Tanloka T, Yasuhara Y.</p> <p>International Nursing Review (2016)</p>	<p>Studio qualitativo</p>	<p>n. 12 infermieri di PS di 3 ospedali della Thailandia</p>	<p>Descrivere le esperienze di assistenza al morente in Sala Emergenza di un Pronto Soccorso.</p>	<p>L'assistenza è stata descritta usando 4 tematiche: sfidare la morte, mancanza di tempo per l'assistenza palliativa, carenza di supporto per la famiglia, privacy per il morente.</p>
<p>A literature review examining the barriers to the implementation of family witnessed resuscitation in the Emergency Department.</p> <p>Johnson C.</p> <p>Int Emerg Nurs (2017)</p>	<p>Revisione della letteratura</p>	<p>n. 27 articoli</p>	<p>Analizzare le barriere che impediscono di implementare la presenza dei familiari durante le fasi rianimatorie.</p>	<p>Le barriere sono: carenza di personale, mancanza di un supporto organizzativo, "credenze" personali degli operatori.</p>
<p>Understanding Advance Care Documents: what the nurse advocate needs to know.</p> <p>Kellogg E.</p> <p>J Emerg Nurs (2017)</p>	<p>Revisione della letteratura</p>	<p>Non definito</p>	<p>Analizzare la documentazione clinica ed infermieristica rispetto alle cure di fine vita</p>	<p>Il corretto utilizzo della documentazione, rispetto al fine vita, permette di garantire un'assistenza infermieristica di qualità.</p>

DISCUSSIONE

Il primo elemento che emerge chiaramente in molti dei lavori selezionati è che il Pronto Soccorso è considerato un luogo inadatto per morire per la presenza di alcune barriere, sia fisiche (architettoniche) che immateriali (prevalentemente attribuite alle particolari caratteristiche delle cure di emergenza), ma finiscono tutte insieme per incidere negativamente sull'agire infermieristico di fronte al morente.^{13,14,15}

Nello loro studio del 2012, Beckstrand et al.¹⁴ hanno analizzato, indagando 293 infermieri di emergenza statunitensi di 52 Pronto Soccorso rurali, le possibili barriere presenti nei Pronto Soccorso di piccole dimensioni. Il primo ostacolo evidenziato è dovuto alle numerose richieste da parte di parenti e familiari di essere aggiornati sulle condizioni dell'assistito. La mancanza di operatori di supporto o di personale dedicato a fornire informazioni tempestive, finisce per ripercuotersi negativamente sul tempo che l'infermiere dedica all'assistenza, anche in termini di qualità della stessa. Il secondo ostacolo è rappresentato dal fatto che l'infermiere nei piccoli ospedali rurali, molto spesso conosce personalmente l'assistito. I rapporti di conoscenza stretta che in questi contesti locali rappresentano anche un fattore gratificante nella relazione utente-professionista, finiscono per essere percepiti quali fonte di stress nella presa in carico assistenziale di una persona conosciuta. Anche i ridotti spazi architettonici dei piccoli Pronto Soccorso e la conseguente mancanza di stanze da poter dedicare all'assistenza di fine vita, o ambienti riservati per la persona morente ed i suoi cari, sono riconosciuti come un ostacolo ad un'assistenza di qualità.¹⁵ Alla carenza di risorse soprattutto in termini di personale di supporto e alla mancanza di un adeguato training e di una corretta educazione sulle cure di fine vita, gli studiosi statunitensi affiancano altri ostacoli percepiti dagli infermieri nella gestione del fine vita in PS: l'eccessivo carico di lavoro assistenziale che non consente un tempo adeguato per fornire un'assistenza di qualità; l'impossibilità di conoscere gli ultimi desideri dell'assistito a causa dello stato neurologico compromesso o per la sedazione; la gestione dei familiari.

In un altro studio¹⁶ sono stati analizzati gli ostacoli percepiti:

- eccessivo carico assistenziale che limita il tempo per un caring di qualità;
- non conoscenza degli ultimi desideri della persona assistita;
- mancanza di programmi di training rispetto alle cure di fine vita.

Per superare questi ostacoli, Beckstrand et al.¹⁷ hanno proposto alcune soluzioni: incrementare il tempo e la disponibilità degli infermieri nella gestione del paziente morente e dei familiari, consentire la presenza dei fami-

liari durante le manovre rianimatorie, garantire uno spazio confortevole per il paziente, garantire maggiore privacy nel fine vita, garantire una stanza per il lutto per il paziente e per la famiglia, coinvolgere gli operatori sanitari di supporto, controllare il dolore "totale", creazione di protocolli aziendali.

Un approccio, quindi, molto diverso rispetto quei contesti dove il malato terminale viene relegato in un'area del Pronto Soccorso meno visibile ed isolata, se non frettolosamente spostato dal Pronto Soccorso e rapidamente trasferito altrove.¹³

Nonostante tutto, il Pronto Soccorso rimane inevitabilmente un luogo dove si muore. L'evento morte, secondo Hogan et al.¹⁸ rappresenta per gli infermieri un elemento di forte stress, tanto che Shearer et al.¹⁹ nell'analizzare alcuni aspetti psicologici e ed etici rispetto alla gestione del fine vita in Pronto Soccorso, hanno evidenziato come spesso gli infermieri cerchino di sottrarsi al dialogo con l'assistito in fine vita. Una sorta di strategia d'evitamento mirante a produrre un distacco emotivo. Se il vissuto legato all'evento morte è particolarmente difficile da gestire tanto per i familiari che per gli infermieri e gli operatori sanitari coinvolti, si innescano nell'infermiere sentimenti ed emozioni contrastanti.

Lo studio australiano di Peter et al.²⁰ ha voluto confrontare i sentimenti degli infermieri di PS e dei colleghi delle Cure Palliative rispetto all'evento "morte". È emerso che gli infermieri delle Cure Palliative hanno maggiori capacità di coping, sono più preparati nella gestione di questo evento e tale differenza si palesa nel modo di reagire di fronte alla morte. Gli infermieri del PS cercano di evitare il rapporto con la morte.

Per superare questo limite alcuni autori propongono interventi formativi e training mirati ma anche l'adozione di procedure standard per garantire un'assistenza infermieristica di qualità.²¹ Kellogg et al.²² propongono due specifici strumenti, utilizzati negli Stati Uniti, nella gestione del fine vita: le POLST e le direttive avanzate. POLST (Physician Order for Life-Sustaining Treatment) è l'acronimo inglese che, tradotto in italiano, sta per "Indicazione Medica al Trattamento Salva-Vita", ossia un documento nel quale sono scritte le intenzioni della persona rispetto ai trattamenti salva-vita dichiarate con un colloquio tra medico e paziente. Le direttive avanzate si distinguono in "POA" e "Living Will". L'acronimo POA (Power Of Attorney), letteralmente traducibile come il "Potere della Procura", rappresenta la documentazione legale nel quale viene identificato un tutore che prende le decisioni riguardo la salute o le finanze del paziente nei casi in cui questa non sia più in grado di intendere e di volere, mentre il "Living Will" è un documento nel quale vengono espresse le volontà della persona assistita, da

seguire nel caso in cui fosse in una condizione terminale.

Differenti modalità di approccio al morente sono state oggetto anche dello studio di Walker.²³ Il confronto è stato tra le manovre di rianimazione in Pronto soccorso *versus* nell'extrapedaliero, dove l'utilità delle persone presenti sul posto (first responders) è riconosciuta e considerata importante, se non fondamentale. Non solo: gli operatori sanitari sono preparati ad operare alla presenza di assistenti e familiari, al contrario di quanto normalmente accade nel contesto intraospedaliero fortemente condizionato da alcuni fattori:

- disponibilità o meno da parte di tutta l'equipe di permettere l'ingresso dei familiari in sala emergenza;
- gravità della situazione clinica del paziente;
- natura e fase delle manovre rianimatorie;
- invasività degli interventi attuati;
- "gestione" del familiare;
- spazio disponibile e tempi adeguati;
- disponibilità del personale per la preparazione iniziale dei familiari;
- supporto del personale durante le manovre rianimatorie.

Spesso in ambito intraospedaliero, il familiare viene percepito come spettatore passivo, tanto che la presenza dei "laici" induce sensazioni di ansia e disagio in quanto l'operatore sa di essere osservato, rendendo lo scenario d'intervento più stressante. Il disagio espresso dagli intervistati, può essere interpretato anche come paura di essere giudicati, anche se per alcuni infermieri questa situazione può favorire la riduzione del carico emozionale in sala emergenza. Tuttavia secondo Johson implementare la presenza dei familiari durante le manovre rianimatorie in Pronto Soccorso non è facile da attuare.²⁴ In questa revisione della letteratura i carichi di lavoro eccessivi, la necessità di agire in tempi brevi, la carenza di personale, rappresentano i principali ostacoli ma altre importanti barriere sono la mancanza di politiche organizzative di supporto e la carenza di addestramento e formazione ai sanitari. Viene sottolineato come la presenza dei familiari durante le fasi rianimatorie, possa essere un aspetto positivo perché si possono render conto che è stato fatto tutto il possibile per salvare il proprio caro, facilitando anche la successiva elaborazione del lutto.

Un altro studio ha analizzato le esperienze degli infermieri sul morire in sala emergenza.²⁵ È emerso che in Pronto Soccorso si attuano tutte le manovre ed i trattamenti salva-vita possibili per cercare di evitare o di ritardare la morte. Tutti quei pazienti, che hanno condizioni cliniche terminali vengono trasferiti in qualche degenza. Ciò sta a dimostrare che il

Pronto Soccorso non è in grado di fornire assistenza palliativa alla persona, anche a causa della carenza di posti fisici dove poter garantire privacy al morente.

Infine, lo studio statunitense di Wolf et al.²⁶ ha messo in luce 9 tematiche principali:

- conoscenze e competenze: alti livelli di fiducia/sicurezza di sé sugli aspetti tecnici delle cure di fine vita. Non mancano però riferimenti espliciti a carenze percepite e alla dicotomia tra la teoria e la pratica;
- educazione: necessità di realizzare politiche e linee guida per migliorare le competenze infermieristiche nel fine vita e il caring per il paziente;
- opinioni e credenze rispetto al morire e alla morte: l'esperienza "morte" è fortemente influenzata dagli aspetti culturali, religiosi personali degli assistiti e degli operatori;
- appropriatezza del setting: il Pronto Soccorso è il posto peggiore dove poter morire a causa della sua natura caotica e frenetica;
- risorse limitate: carenza di risorse (tempo, spazio, personale interdisciplinare appropriato);
- intelligenza emozionale: alcuni infermieri riferiscono di aver scelto l'ambito di emergenza pensando di avere un carico emotivo minore. Esprimono una forte dissonanza tra l'ambito dell'emergenza e quello del fine vita, una difficoltà mentale ed emotiva nel passaggio dallo "stabilizzare la persona" al garantire il comfort del morente.
- gestione del paziente e dei familiari: gli infermieri cercano di essere il più possibile disponibili per garantire la miglior assistenza infermieristica, in quanto è l'ultimo contatto dei familiari con chi muore in Pronto Soccorso;
- desiderio di onorare la persona e i desideri familiari: frustrazione nel non conoscere i desideri delle persone assistite;
- modelli di assistenza coordinati: viene auspicata la presenza di un team specializzato nell'assistenza nel fine vita per supportare le persone assistite e gli operatori stessi.

CONCLUSIONI

Dalla letteratura analizzata emerge chiaramente che la natura caotica, prevalentemente legata al sovraffollamento in Pronto Soccorso, induce gli infermieri di emergenza a considerare il loro Servizio un luogo non adatto al morire.

La "carenza cronica" di personale, elevato carico assistenziale nelle situazioni di sperequazione tra risorse disponibili e utenti

da assistere, spesso non mette in condizione di fornire la miglior assistenza infermieristica, cosicché la maggior attenzione viene rivolta a quanti richiedano trattamenti salva-vita, piuttosto che fine-vita. Tuttavia è necessario che tutta l'equipe sviluppi una piena consapevolezza del proprio ruolo nei confronti della persona morente e dei suoi familiari. Se la morte è un condizione non infrequente in Pronto Soccorso, sembra che ancora permangano molte criticità non risolte, sia dal punto di vista prettamente assistenziale che sul piano emotivo e psicologico:

- l'incertezza nei trattamenti per la persona nel fine vita e la mancanza di informazioni cliniche sulla reale condizione della persona, mettono a rischio la garanzia di un trattamento adeguato al caso;
- la mancanza di comunicazione tra medico o infermiere e familiare non permette di comprendere la reale situazione dell'assistito, sottoponendolo a trattamenti inutili, senza reale beneficio;
- le questioni etiche e sociali, come le preferenze e le decisioni della persona assistita vengono spesso ignorate perché non conosciute;
- gli aspetti spirituali, inclusa la tendenza a non considerare essenziale la presenza di cappellani o di altre figure religiose anche se richieste dalla persona assistita, sono poco considerati.

Se è vero che ogni professionista si rapporta in maniera differente alle cure di fine vita e all'evento morte, affrontando gli aspetti negativi e positivi in base alle proprie credenze personali, morali e religiose, è fondamentale che l'infermiere si prenda cura anche di sé stesso, per riconoscere e gestire le proprie emozioni e per non precipitare in situazioni di patologia o burn-out.

In conclusione, per una garantire un'assistenza infermieristica nel fine vita di qualità non è necessario solo la buona volontà e la disponibilità del singolo infermiere, ma è necessario creare le giuste condizioni ambientali lavorative:

- ridistribuire i carichi di lavoro per poter aumentare il tempo dedicato all'assistenza diretta e quindi anche la qualità;
- realizzare protocolli e linee-guida;
- creare programmi educativi e di training per il miglioramento delle abilità comunicative e relazionali e delle competenze nell'ambito delle cure di fine vita;
- regolare la presenza dei familiari durante le manovre rianimatorie.

La sfida è comunque di garantire, anche in un luogo complesso come il Pronto Soccor-

so, sempre e in ogni modo la dignità alla persona assistita, anche nel momento finale della propria esistenza.

BIBLIOGRAFIA

1. CHAN GK. *End-of-life models and emergency department care*. Acad Emerg Med 2004; 11(1):79-86.
2. RAMACCIATI N. *Quando si muore in Pronto Soccorso: approccio ai vissuti emozionali*. Scenari 2010; 27(2): 37.
3. WRIGHT AA, KEATING NL, BALBONI TA, MATULONIS UA, BLOCK SD, PRIGERSON HG. *Place of death: correlations with quality of life patients with cancer and predictors of bereaved caregivers' mental health*. J Clin Onc 2010; 28(29): 4457-64.
4. EMERGENCY NURSES ASSOCIATION. *Position statement: end-of-life care in the emergency department*. Des Plaines, IL. <http://www.ena.org/about/position/position/Pages/Default.aspx>. [Ultimo accesso 01/04/2017].
5. KARDAMANIDIS K, LIM K, DA CUNHA C, TAYLOR LK, JORM LR. *Hospitals costs of older people in New South Wales in the last year of life*. Med J Aust 2007; 187(7):383-6.
6. ROCH A, WIRAMUS S, PAULY V, FOREL JM, GUERVILLY C, GAINNIER M ET AL. *Long-term outcomes in medical patients aged 80 or over following admission to an intensive care unit*. Crit Care 2011; 15(1).
7. GLARE P, VIRIK K, JONES M, HUDSON M, EYCHMULLER S, SIMES J ET AL. *A systematic review of physicians' survival predictions in terminally ill cancer patients*. Br Med J 2003; 327(7408): 195-8.
8. SMALL N, GARDINER C, BARNES S, GOTT M, PAYNE S, SEAMARK D ET AL. *Using a prediction of death in the next 12 months as a prompt for referral to palliative care acts to the detriment of patient with heart failure and chronic obstructive pulmonary disease*. Palliat Med 2010; 24(7):740-1.
9. GOTT M, GARDINER C, SMALL N, PAYNE S, SEAMARK D, BARNES S ET AL. *Barriers to advance care planning in chronic obstructive pulmonary disease*. Palliat Med 2009; 23(7):642-8.
10. MCCARRON M, MCCALLION P, FAHEY-MCCARTHY E, CONAIRE K. *The role of timing of palliative care in supporting persons with intellectual disability and advanced dementia*. J Appl Res Intellect 2011; 24(3): 189-98.
11. RAMACCIATI N, DORICCHI GP. *L'impatto relazionale nel primo soccorso: il contenimento del caos emozionale nel soccorso extraospedaliero*. Scenari (suppl) 2002; 19(2):31-4.
12. SHERMAN DW, MATZO ML, PITORAK E, FERRELL BR, MALLOY P. *Preparation and care at the time of death*. Journal for nurses in staff development 2005; 21(3): 93-100.
13. DECKER K, LEE S, MORPHET J. *The experiences of emergency nurses in providing end-*

- of-life care to patients in the emergency department. *Australas Emerg Nurs J* 2015; 18(2): 68-74.
14. BECKSTRAND RL, GILES VC, LUTHY KE, CALLISTER LC, HEASTON S. *The last frontier: rural emergency nurses' perceptions of end-of-life care obstacles*. *J Emerg Nurs* 2012 Sep; 38: 15-25.
 15. BECKSTRAND RL, RASMUSSEN RJ, LUTHY KE, HEASTON S. *Emergency nurses' perception of department design as an obstacle to providing end-of-life care*. *J Emerg Nurs* 2012 Sep; 38: 27-32.
 16. KA-MING HO J. *Resuscitation versus end-of-life care: exploring the obstacles and supportive behaviors to providing end-of-life care as perceived by emergency nurses after implementing the end-of-life care pathway*. *Appl Nurs Res*. 2016; 29: e7-e13.
 17. BECKSTRAND RL, WOOD D, CALLISTER LC, LUTHY KE, HEASTON S. *Emergency nurses' suggestions for improving end-of-life care obstacles*. *J Emerg Nurs* 2012 Sep; 38: 7-14.
 18. HOGAN KA, FOTHERGILL-BOURBONNAIS F, BRAJMAN S, PHILIPS S, WILSON GA. *When someone dies in the emergency department: perspectives of emergency nurses*. *J Emerg Nurs* 2015; 42(3): 207-12.
 19. SHEARER FM, ROGERS IR, MONTEROSSO L, ROSS-ADJE G, ROGERS JR. *Understanding emergency department staff needs and perceptions in the provision of palliative care*. *Emerg Med Australas* 2014; 26: 249-55.
 20. PETERS L, CANT R, PAYNE S, O'CONNOR M, McDERMOTT F, HOOD K. *Emergency and palliative care nurses' levels of anxiety about death and coping with death: a questionnaire survey*. *Australas Emerg Nurs J* 2013;16:152-9.
 21. RUSS A, MOUNTAIN D, ROGERS IR, SHEARER F, MONTEROSSO L ET AL. *Staff perceptions of palliative care in a public Australian, metropolitan emergency department*. *Emerg Med Australas*. 2015; 27(4): 287-94.
 22. KELLOGG E. *Understanding advance care documents: what the nurse advocate needs to know*. *J Emerg Nurs* 2017. pii:S0099-1767(16)30330-0. doi:10.1016/j.jen.2016.12.001.
 23. WALKER WM. *Emergency care staff experiences of lay presence during adult cardiopulmonary resuscitation: a phenomenological study*. *Emerg Med J* 2014; 31:453-8.
 24. JOHNSON C. *A literature review examining the barriers to the implementation of family witnessed resuscitation in the Emergency Department*. *Int Emerg Nurs*; 30(2017):31-35.
 25. KONGSUWAN W, MATCHIM Y, NILMANAT K, LOCSIN RC, TANIOKA T ET AL. *Lived experience of caring for dying patients in emergency room*. *Int Nur Rev* 2016; 63:132-8.
 26. WOLF LA, DELAO AM, PERHATS C, CLARK PR, MOON MD ET AL. *Exploring the management of death: emergency nurses' perception of challenges and facilitators in the provision of end-of-life care in the emergency department*. *J Emerg Nurs* 2015; 41(5): 23-33.