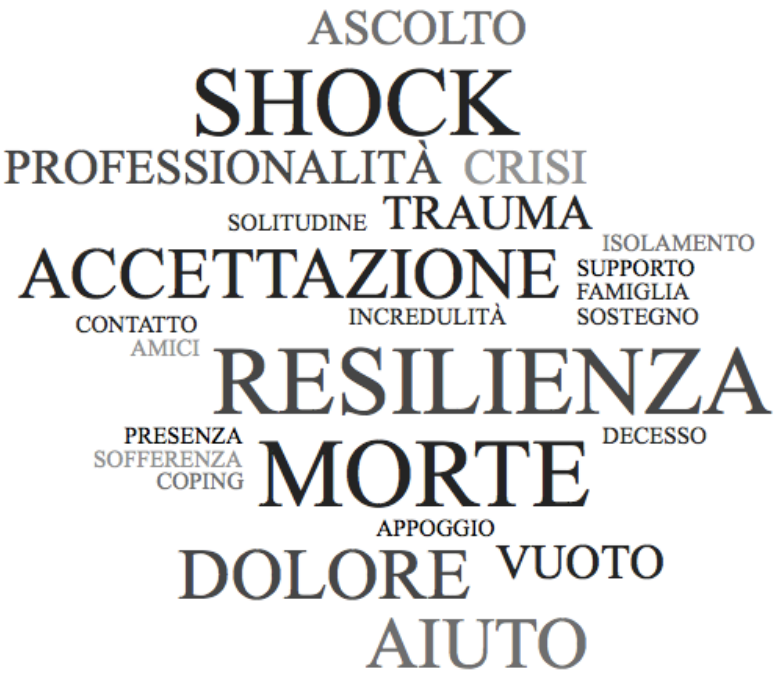
Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana
Dipartimento Economia Aziendale, Sanità e Sociale
Corso di laurea in Cure Infermieristiche

Lavoro di Tesi
(*Bachelor Thesis*)

di

Emilie Gilardi

"Il ruolo infermieristico nel momento della comunicazione alla famiglia di una morte cardiaca improvvisa"



Direttore di tesi: Mauro Realini

Anno accademico: 2016-2017
Manno, 31 luglio 2017

Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana
Dipartimento Economia Aziendale, Sanità e Sociale
Corso di laurea in Cure Infermieristiche

Lavoro di Tesi
(*Bachelor Thesis*)

di

Emilie Gilardi

“Il ruolo infermieristico nel momento della comunicazione alla famiglia di una morte cardiaca improvvisa”

Direttore di tesi: Mauro Realini

Anno accademico: 2016-2017
Manno, 31 luglio 2017

L’autrice è l’unica responsabile dei contenuti del lavoro di tesi.

Abstract

Tematica
La comunicazione di una morte cardiaca improvvisa ai famigliari, è la conseguenza di un evento inaspettato, a differenza di una malattia cronica per la quale c'è il tempo per prepararsi. Per questo bisogna essere consapevoli di come comportarsi e reagire correttamente per essere d'aiuto alla famiglia.

Motivazione
Con questo mio lavoro voglio approfondire il ruolo dell'infermiera in questa situazione: cosa fare, cosa dire, cosa non dire, come dire, come poter essere utile nella gestione della presa a carico immediata del lutto, in quanto indispensabile per aiutare i congiunti a cominciare a rielaborarlo.

Metodologia
Per svolgere la revisione della letteratura ho visitato diversi siti internet come www.suddendeath.org e banche dati come: *Nursing Reference Center* (EBSCO), *Cochrane Library*, *PubMed*. Ho utilizzato diversi boleani di ricerca con MeSH come Sudden Death AND family su PubMed che mi ha portato a trovare 4056 documenti.

Obiettivi e domanda di ricerca
Domanda: quali comportamenti adottare o evitare nella relazione con la famiglia che si trova ad affrontare la morte cardiaca improvvisa di un proprio caro?
Obiettivi: accrescere le conoscenze sulla morte cardiaca, individuare le possibili problematiche nella relazione d'aiuto con i famigliari, le loro più comuni strategie di *coping*, suggerire le strategie migliori da attuare per una presa a carico di qualità.

Risultati
Dopo aver analizzato diversi testi, sia documenti scientifici sia documenti elaborati da professionisti della salute, posso dire che nonostante ogni testo presentava sfumature specifiche, in tutti si trovano punti in comune quali le difficoltà dei parenti di fronte alla perdita improvvisa e il modo di accogliere le sofferenze dei famigliari.

Conclusioni
Dopo aver svolto lo stage in un reparto di medicina intensiva ed essermi trovata confrontata con delle morti improvvise posso dire che la teoria data dai testi scientifici si riscontra nella pratica professionale, nonostante bisogna sempre tener conto della specificità di ogni singolo caso.

Parole chiave
Morte cardiaca, morte cardiaca improvvisa, morte improvvisa, notifica di decesso, fasi del lutto, *coping* morte improvvisa, resilienza.

Un grazie particolare va a Mauro Realini che mi ha accompagnata con pazienza, professionalità e cordialità nella realizzazione di questo non semplice lavoro e a tutti coloro che in modo diretto o indiretto mi hanno sostenuta e aiutata a crescere e maturare in questo ambito.

Indice

1. Motivazione ..……..1
2. Introduzione ……2
2.1 Metodologia di lavoro …….2
2.1. 1 Revisione della letteratura ...……..2
2.1.2 Metodologia specifica del lavoro di *Bachelor* ..……...3
3. Morte cardiaca improvvisa ……...4
3.1. Definizione ……...5
3.2. Dati epidemiologici …….5
3.3. Fattori di rischio ……..6
3.4. Condizioni potenzialmente a rischio ……6
3.5. Cause ……...7
3.6. Manifestazioni cliniche premonitorie ……...7
4. Definizione di morte ……..7
4.1. Morte improvvisa ...……7
4.2. Caratteristiche di una “buona morte” …….……....8
5. Il lutto ..……9
5.1. Fasi del lutto secondo il modello di Elisabeth Kübler-Ross ……9
5.2. Reazioni della famiglia ……12
5.3. Gestione dei famigliari nel momento della comunicazione del decesso …….13
5.3.1. Accoglienza e comunicazione del decesso ...…..……13
5.3.2. Linguaggio adeguato ……14
5.3.3. Visionare il corpo ……...15
6. La resilienza e stili di *coping* ……..15
6.1. La resilienza ……..15
6.2. Il *coping* ……18
6.2.1. *Coping* dei famigliari ……..19
6.2.2. *Coping* del professionista della salute ……21
7. Revisione della letteratura ……22
7.1 Revisione ……22
7.2 Analisi ……25
8. Conclusione ……..31
9. Bibliografia ……33

Abbreviazioni

SNPs: Single-nucleotide polymorphism, polimorfismo a singolo nucleotide
LDL: Low-density lipoptotein, lipoproteine a bassa densità
ECG: Elettrocardiogramma
IPEV: Sigla che indica morti Inaspettate, Premature, Evitabili e Violenti

1. Motivazione

Ho deciso di scegliere questo tema di tesi, in quanto mi piacerebbe in futuro poter lavorare in un reparto di cure intensive.

La morte cardiaca improvvisa è un evento inaspettato, improvviso, al contrario della morte per malattia quando c'è il tempo per prepararsi al decesso. Agli operatori si chiede perciò di reagire in fretta utilizzando le giuste strategie di comportamento. Trovo che il tema della morte, sia un tema "complesso" con agganci in ambiti culturali, etici, ricco di emozioni, … un tema con il quale tutti, prima o poi ci si trova confrontati, che rimane ancora per molti un tabù.

Per quanto riguarda la nostra professione, la morte è una componente con la quale invece bisogna imparare a convivere e soprattutto, quando sopraggiunge, a saperla gestire.

Nella tesi mi piacerebbe poter approfondire la gestione della famiglia nel momento in cui si deve comunicare la morte di un loro caro; costruirmi un *setting* adeguato, delle strategie comportamentali corrette ed efficaci, pensando anche all'eventuale coinvolgimento di bambini. Vorrei sentirmi utile nell'elaborazione del lutto per non lasciare questo importante fardello unicamente sulle spalle dei famigliari.

Ritengo inoltre che sia importante, in questi frangenti, la presenza di un infermiere come ulteriore risorsa pronta a dare sostegno e aiuto.

Nella mia seppur breve esperienza prfessionale mi sono trovata confrontata con un paziente che, il giorno dopo il suo ricovero, è stato vittima di un arresto cardiaco improvviso che malgrado più di un'ora di rianimazione, è morto. La disperazione della moglie in corridoio, dopo aver ricevuto l'inattesa notizia dal medico, mi è rimasta impressa.

Per questo motivo ritengo che una presa a carico immediata nella gestione del lutto sia indispensabile per aiutare i congiunti a cominciare bene una rielaborazione.

Con questo mio lavoro voglio approfondire il ruolo dell'infermiere in questa situazione: cosa fare, cosa dire, cosa non dire, come dire, come poter essere utile… per far sentire ai famigliari la nostra presenza e il nostro sostegno.

Si tratta di un tema delicato e complesso soprattutto se si considera che i famigliari della vittima non sempre si conoscono, specialmente nel caso di un morte improvvisa e quindi il primo contatto con loro potrebbere essere proprio il momento in cui bisogna comunicare il decesso del loro caro.

Ho deciso di concentrarmi sulla morte improvvisa, visto come momento di crisi, come evento non prevedibile che richiede perciò di reagire in modo rapido ma corretto e professionale. Assume perciò grande valenza la comunicazione affinché i parenti possano capire cosa è successo e possano così iniziare da subito la rielaborazione del lutto.

2. Introduzione

Nella mio lavoro approfondirò due temi correlati:

1. La morte cardiaca improvvisa (causa) e
2. la gestione della famiglia nella comunicazione e nella sua presa a carico (effetto/intervento).

L'interesse per il tema della comunicazione della morte scaturisce dalla voglia di esplorare questo tema, che a volte, come detto, rimane ancora tabù e per trovare delle risposte a queste domande:

Quali significati può assumere la morte? Cosa succede nelle persone al momento della comunicazione del decesso? Con quali implicazioni psicologiche, emozionali e comportamentali si è confrontati? Quale linguaggio utilizzare? Che significato dare al concetto d'aiuto? Come sostenere e supportare la sofferenza dei famigliari? Come personale curante, come rielaborare lo stress della gestione di famiglie colpite dal lutto?

2.1 Metodologia di lavoro

2.1.1 Revisione della letteratura

La revisione della letteratura è considerata un'analisi critica e sistemica della letteratura accademica riguardante un argomento specifico (James & Vellone E., 2004).

Lo scopo è quello di conoscere ciò che in precedenza è già stato pubblicato, esplorato e scoperto allo scopo di non ripetersi, permettendo inoltre una comprensione migliore e approfondita dell'oggetto di indagine e poter così sviluppare un' ulteriore analisi fondata su struttere e basi logiche certe (James A. Fain & Vellone, 2004).

Per eseguire una buona revisione della letteratura, ritenuta la dificoltà nel selezionare le buone fonti, è fondamentale la modalità di ricerca che deve essere chiara, precisa e metodologicamente corretta (Sironi, 2010). Bisogna per esempio imporsi dei limiti rigorosi per selezionare accuratamente i documenti e gli studi che si vogliono utilizzare (Sala et al., 2006). Bisogna rispettare dei principi quali:

- la domanda di ricerca deve essere ben definita e pertinente;
- ricercare fonti ultili con un preciso processo di ricerca in modo tale da poter ritrovare i documenti utilizzati;
- utilizzare dei precisi criteri di inculsione ed esclusione per selezionare ulteriormente il materiale (Sala et al., 2006).

La metodologia di ricerca si compone fondamentalmente di 3 fasi:

1. **Scelta degli argomenti** (Sala et al., 2006). La scelta deve riguardare un argomento specifico nel quale definire il problema che si vorrà indagare e discutere (Sala et al., 2006). Deciso il tema si può iniziare la ricerca del materiale (Sala et al., 2006). I risultati possono essere quantitativamente scarsi oppure molto elevati per cui bisogna valutare se allargare o rispettivamente restringere il campo di ricerca (Sala et al., 2006).
2. **Stesura della revisione** (Sala et al., 2006). Dopo una prima parte riservata all'introduzione del problema si passa alla sua spiegazine per finire poi con la

descrizione di come è stata eseguita la ricerca (Sala et al., 2006). I dati devono venir esposti in modo logico e la conclusione dovrebbe contenere un riassunto critico di quanto analizzato (Sala et al., 2006).

3. **Revisione della revisione** (Sala et al., 2006). E' la fase in cui ci si concentra sulla rilettura critica del lavoro svolto per porre eventuali correzioni sia a livello linguistico sia a livello concettuale (Sala et al., 2006).

2.1.2 Metodologia specifica del lavoro di *Bachelor*

Per il mio lavoro di *Bachelor*, già dall'inizio del 3° semestre, ho cominciato a riflettere sul tema da scegliere. Sapevo di voler approfondire il tema della morte improvvisa ma, ritenuta la vastità dell'argomento, ero indecisa su quale percorso intraprendere e che tipologia di tesi avrei voluto svolgere.
Deciso il tema; *la morte cardiaca improvvisa*, ho iniziato a compiere svariate ricerche sui siti internet e nelle banche dati per valutare se ci fosse o meno una bibliografia specifica sufficiente a o se avessi dovuto modificare il tema.
Lo **scopo** del mio lavoro vuole essere quello di comprendere e valutare quali comportamenti sono più efficaci ed efficienti nella comunicazione di una morte cardiaca improvvisa da parte del medico ai famigliari, in modo da fornire loro il maggior supporto e aiuto possibile per affrontare la tragicità dell'evento.

La **domanda di ricerca** che mi sono quindi posta è la seguente:
"Quali comportamenti adottare o evitare nella relazione con la famiglia che si trova ad affrontare la morte cardiaca improvvisa di un proprio caro".

Gli **obiettivi** che mi sono imposta sono:

- Accrescere le conoscenze personali riguardo la fisiopatologia della morte cardiaca;
- Individuare le problematiche che possono insorgere nella relazione d'aiuto con i famigliari;
- Individuare le più comuni strategie di *coping* dei famigliari confrontati a una perdita subitanea;
- Suggerire, in base alla letteratura, le strategie (comunicative e di primo sostegno) migliori da attuare per una presa a carico di qualità della famiglia in lutto.

I criteri di inclusione utilizzati sono:

- **P**opolazione**:** famigliari adulti che si confrontano con la morte improvvisa di un loro caro;
  Intervento: relazione e supporto ai famigliari;
  Outcome: relazione/gestione ottimale della famiglia e aiuto ad iniziare il processo di accettazione dell'evento;
- Inclusione di tutti gli studi;

- Datazione dei documenti: 1990 in poi;
- Articoli in più lingue e provenienti da diverse nazioni (Canada, Italia, Spagna, Svizzera e USA)

Ricerca della letteratura scientifica:

La scelta metodologia mi ha perciò imposto, inizialmente, di concentrarmi sulla ricerca della documentazione specifica sulla quale poi lavorare; internet mi è perciò stato di molto aiuto. Ho visionato e consultato diversi siti, verificandone anche la credibilità, come ad esempio: www.suddendeath.org, e altri sui quali, esperti della salute dibattono e si consigliano a vicenda sui modi migliori di agire e comportarsi specialmente in quelle situazioni dove la comunicazione del decesso viene vissuta male dalla famiglia.

Oltre a fonti secondarie ho poi anche consultato diverse banche dati riguardanti l'ambito psicologico e quello sanitario, vedi ad esempio:

- *Nursing Reference Center* (EBSCO)
- *Cochrane Library*
- *Archives of WHO*
- *PubMed*
- Wiley

Come boleani di ricerca ho invece utilizzato il MeSH *Sudden Death AND family* su PubMed che mi ha portato a trovare 4056 documenti di cui ne ho visionati, per evidenti motivi, solamente una parte. Di questi, quelli che mi sono sembrati i più significativi e vicini alla mia problematica li ho analizzati più a fondo, per cercare quegli elementi che mi potessero aiutare a formulare le risposte al mio quesito iniziale.

44 documenti li ho poi trovati utilizzando e sfruttando il potenziale del motore di ricerca MeSH *Notificantion AND sudden death*, sempre su PubMed.

Altri boleani utilizzati sono stati infine *Sudden cardiac Death AND Family* tramite il quale ho avuto acceso a un totale di 1895 documenti. La ricerca con solo *Sudden Cardiac Death* dava accesso a 27'343 documenti.

Dopo aver letto innumerevoli articoli, quelli inerenti al mio lavoro e utilizzabili per la revisione sono stati:

- Articoli selezionati inizialmente: 18
- Articoli selezionati in un secondo momento utilizzati per il lavoro di revisione: 15.

La riduzione da 18 a 15 è semplicemente dovuta al fatto che durante la revisioni tre articoli si sono dimostrati meno pertinenti al tema di quanto pensassi.

3. Morte cardiaca improvvisa

La morte improvvisa per cause cardiache è la principale morte nei paesi industrializzati (Priori, 2001) e fa riferimento all'arresto cardiopolmonare irreversibile (Sharon Anne Newton, 2011).

3.1 Definizione

Per **definizione,** una morte naturale dovuta a cause cardiache, si caratterizza da un'improvvisa perdita della coscienza entro un'ora dall'esordio della sintomatologia acuta (Francesco De Rosa & Scarpelli Gianfranco, 2004; Priori, 2001). La presenza di una cardiopatia sottostante può essere nota o sconosciuta, ma il momento della morte rimane inatteso (Francesco De Rosa & Scarpelli Gianfranco, 2004; Priori, 2001). Gli elementi **caratterizzanti** sono: l'origine non traumatica e l'assenza di segnali premonitori nelle 24 ore precedenti (Deo & Albert, 2012; Francesco De Rosa & Scarpelli Gianfranco, 2004).

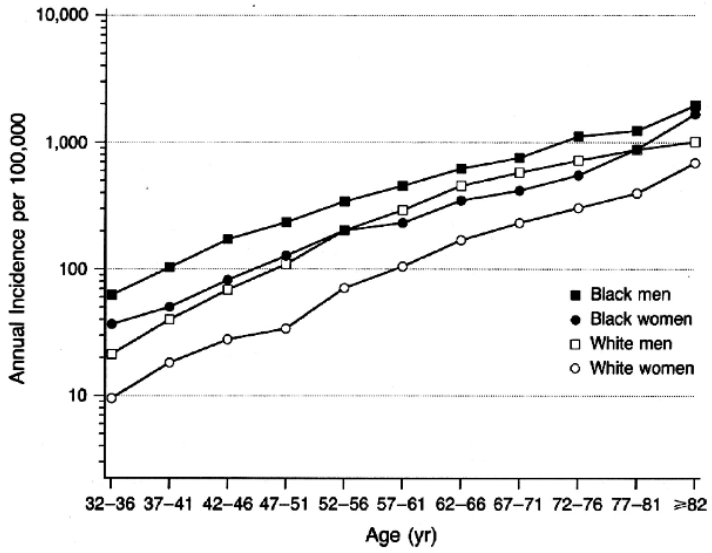
Il numero di soggetti che non riescono a sopravvivere entro un'ora dalla comparsa dei sintomi di origine aritmica è nell'ordine del 88-91% (Deo & Albert, 2012).

3.2 Dati epidemiologici

Nei paesi industrializzati l'**incidenza** di morte improvvisa per arresto cardiaco è di 1 caso ogni 1000 abitanti all' anno, in Europa i nuovi casi sono 300'000 annui (Francesco De Rosa & Scarpelli Gianfranco, 2004). Le percentuali possono variare a seconda del gruppo di popolazione considerato: tra i 60-69 anni risulta essere di 8/1'000 mentre tra i 20-75 anni di 1/1'000[4] (Francesco De Rosa & Scarpelli Gianfranco, 2004).

L'incidenza aumenta con l'età, il sesso e la razza dei soggetti (Deo & Albert, 2012). Ad esempio se a 50 anni per i maschi (che sono più a rischio delle donne) è pari a circa 100/100'000 a 75 anni è di 800/100'000 (Deo & Albert, 2012).

Altro fattore determinante è la razza, infatti le persone di colore hanno un rapporto di 1,3-2,8 volte superiore rispetto alle persone bianche (Deo & Albert, 2012).



(Deo & Albert, 2012)

Dopo cinque anni da un precedente arresto cardiaco c'è il 30% di rischio di avere una recidiva (Priori, 2001).

In Svizzera la morte per patologie cardiovascolari nel 2008 rappresentava il 30% che è aumentato nel 2012 al 33,8% delle 62'091 morti (Fanny Hofer, Florence Fellmann, Jürg Schläpfer and Katarzyna Michaud, 2014). L'incidenza nelle persone con età inferiore ai 40 anni varia tra 0,7-6,2 su 100'000 persone all'anno, questa è simile a quella di altri paesi come l'Inghilterra e la Danimarca (Fanny Hofer, Florence Fellmann, Jürg Schläpfer and Katarzyna Michaud, 2014).
Lo sport è ritenuto una pratica che favorisce la salute e il benessere della persona, paradossalmente però anche fra gli sportivi i dati dell'incidenza relativi all'arresto caridaco sono di 1-3/100'000 (C. Schmied & M. Borjesson, 2013). In questi casi l'accettazione della morte risulta perciò essere ancora più incomprensibile (C. Schmied & M. Borjesson, 2013).

3.3 Fattori di rischio

I **fattori di rischio** nella popolazione generale coincidono con quelli della cardiopatia ischemica e sono:

- Familiarità;
- Determinanti genetici (SNPs: Single-nucleotide polymorphisms);
- Età;
- Sesso maschile:
- Ipercolesterolemia (LDL);
- Ipertensione;
- Fumo;
- Sedentarietà;
- Diabete mellito;
- Malattie coronarie pregresse;
- Ipertrofia ventricolare destra;
- Disturbi del ritmo rilevato tramite ECG;
- Ischemia cardiaca con frazione d'eiezione ridotta <35%;

a questi si aggiungono tre fattori di rischio specifico: consumo eccessivo di alcol, frequenza cardiaca aumentata e segni di ipertrofia ventricolare sinistra (Deo & Albert, 2012; Francesco De Rosa & Scarpelli Gianfranco, 2004; Priori, 2001).

3.4 Condizioni potenzialmente a rischio

Ulteriori **condizioni potenzialmente a rischio** sono alcuni trattamenti farmacologici che possono creare delle aritmie pericolose (Francesco De Rosa & Scarpelli Gianfranco, 2004). I farmaci che generano questo rischio sono gli antiaritmici stessi, gli antidepressivi triciclici, alcuni tipi di antistaminici e diuretici ad azione ipokaliemica (Francesco De Rosa & Scarpelli Gianfranco, 2004).

3.5 Cause

Le **cause** principali che portano alla morte sono l'infarto miocardico acuto, l'ischemia senza la progressione in infarto e le alterazioni strutturali ventricolari secondarie all'infarto o a un'ischemia cardiaca (Deo & Albert, 2012). Questi di conseguenza portano a fibrillazione ventricolare in assenza di disturbi cardiaci, cardiotossicità e diselettrolitemie che causano l'arresto in quanto la fibrillazione ventricolare evolve in asistolia in pochi minuti se non si riesce ad intervenire precocemente (Deo & Albert, 2012; Priori, 2001).

Altre cause che possono portare al rischio di morte improvvisa per motivi cardiaci sono la cardiopatia ischemica, le cardiomiopatie dilatative, le cardiomiopatie ipertrofiche, le cardiopatie valvolari, la cardiopatia ipertensiva, la cardiomiopatia aritmogena del ventricolo destro, la sindrome del Q-T lungo congenito, la sindrome di Brugada, la sindrome di Wolff-Parkinson-White e il prolasso della valvola mitrale (Francesco De Rosa & Scarpelli Gianfranco, 2004).

3.6 Manifestazioni cliniche premonitorie

Le **manifestazioni cliniche premonitorie** si presentano sotto forma di lipotimie, sincopi(principalmente da sforzo) e cardiopalmo inappropriato (Francesco De Rosa & Scarpelli Gianfranco, 2004).

4. Definizione di morte

Il termine "morte" viene definito dal dizionario Treccani come la cessazione irreversibile delle funzioni vitali nell'uomo, l'estinzione dell'individualità corporea («mòrte in Vocabolario - Treccani», s.d.).

4.1 Morte improvvisa

La morte improvvisa si manifesta senza preannunciarsi e proprio per questo, per i parenti, può essere inspiegabile (Handsley, 2001). Per cui, per spiegarsi l'accaduto, per farsene una ragione, cercano cause esterne, magari colpevolizzando qualcuno o qualcosa (Handsley, 2001). La perdita imprevista e inattesa provoca una paralisi improvvisa e momentanea da shock e può essere vissuta come ingiusta (Schützengerg Anne Ancelin & Bissone Jeufory Evelyne, 2014).

Si tratta di un evento traumatogeno che può far insorgere delle tensioni nelle dinamiche famigliari e con il passare del tempo può generare problematiche psicologiche e fisiologiche (Handsley, 2001).

I sentimenti più comuni sono quelli di sentirsi disarmati e disorientati perché in un attimo la vita è sconvolta, emergono tutte le strategie difensive con il fine di disinnescare le sofferenze che la morte suscita (Handsley, 2001; Zuliani, 2010). Di fronte alla morte l'uomo è senza parole (Handsley, 2001; Zuliani, 2010).

La comunicazione del decesso spetta al medico, essa costituisce un'esperienza intensa sia a livello professionale, emotivo e personale (Zuliani, 2010).
Ci si confronta con forti emozioni che mettono a confronto se stessi con la propria percezione della morte e con le esperienze di lutti vissuti (Zuliani, 2010).
Professionalmente la preoccupazione è quella di sentirsi impreparato ad affrontare la sofferenza dell'altro e di non essergli di supporto; oltre a questo possono insorgere dei sensi di colpa per non essere riusciti a salvare la persona (Zuliani, 2010). Anche la gestione delle reazioni dei famigliari, come ad esempio l'aggressività, può generare nel personale curante delle ansie, anche se nella realtà si nota spesso il fenomeno contrario (Zuliani, 2010). Infatti, ai parenti fa piacere ed è motivo di conforto venir a contatto con chi ha assistito il deceduto nell'ultimo momento di vita (Zuliani, 2010). Spesso chiedono chiarezze sulla sua mancata sofferenza oppure sulle sue ultime parole pronunciate (Zuliani, 2010).
La reazione è diversa tra uomo e donna (Handsley, 2001). L'uomo/padre di regola sente l'obbligo di sentirsi forte per supportare la moglie, inoltre prova dolore e sofferenza in privato interiorizzandolo, mentre la donna è molto più emotiva e tende a dar sfogo alle sue emozioni (Handsley, 2001).
Possiamo quindi considerare anche come vittime i famigliari e gli amici intimi perché la loro vita viene radicalmente modificata (Kathleen Stassen Berger, 1996).
Nella psicologia dell'emergenza le vittime vengono classificate, per esempio secondo Chiara Cimbro:

- Di primo livello: sono persone che hanno subito direttamente il trauma;
- Di secondo livello: sono i parenti e gli amici delle vittime di primo livello;
- Di terzo livello: sono i soccorritori e i professionisti che sono intervenuti sulla scena dell'evento traumatico;
- Di quarto livello: i membri della comunità interessati all'accaduto (Chiara Cimbro, s.d.).

4.2 Caratteristiche di una "buona morte"

Non esiste un modo universale per poter definire cosa si intende per *una buona morte* poiché il vissuto è molto soggettivo (Smith, 2000).
Nell'elenco che segue riporto gli elementi principali che Smith (2000) considera come variabili positive che portano a definire una morte come "buona morte":

- Sapere quando sta per succedere e capire cosa ci aspetta;
- Controllare cosa sta accadendo;
- Affrontarla con dignità e *privacy;*
- Avere un controllo dei sintomi e del dolore;
- Avere la possibilità di scegliere dove morire;
- Avere le informazioni necessarie;
- Avere la disponibilità di supporto spirituale o supporto psicoemotivo;
- Avere la possibilità di ricevere le cure in qualsiasi luogo e non solo in ospedale;

- Scegliere chi sarà presente;
- Poter dare le direttive anticipate e sapere che verranno rispettate;
- Avere il tempo per dire addio e controllare che tutto sia sistemato prima della morte;
- Essere capaci di "andare" quando è il momento e non prolungare la vita inutilmente (Smith, 2000).

5. Il lutto

Il lutto potremmo definirlo come l'insieme delle reazioni psichiche e comportamentali che si manifestano in conseguenza alla perdita di una persona cara (Ceccotti, s.d.).
John Bowlby (1983) invece fa uso del termine *lutto per indicare tutti quei processi psicologici, consci o inconsci, che vengono suscitati dalla perdita di una persona amata, a prescindere dall'esito finale, se patologico o normale* (Vitale, 2015).
Il lutto è comunque un processo adattivo dell'individuo allo stress provocato da una perdita personale (Schützengerg Anne Ancelin & Bissone Jeufory Evelyne, 2014).
Come dice Marie Ireland, l'elaborazione del lutto consiste nel riconoscere e accettare la perdita e le sue conseguenze (Schützengerg Anne Ancelin & Bissone Jeufory Evelyne, 2014).
Ogni lutto è vissuto in modo differente; ognuno lo vive a modo suo, sulla base della propria esperienza, della propria storia, delle difficoltà che ha incontrato nella propria vita in precedenti lutti e al legame che aveva con la persona scomparsa (Schützengerg Anne Ancelin & Bissone Jeufory Evelyne, 2014).

5.1 Fasi del lutto secondo il modello di Elisabeth Kübler-Ross

Nell'elaborazione del lutto si possono individuare alcune fasi caratteristiche che non hanno un rigido e costante ordine cronologico (Schützengerg Anne Ancelin & Bissone Jeufory Evelyne, 2014). Possono apparire scomparire, riapparire e mescolarsi (Schützengerg Anne Ancelin & Bissone Jeufory Evelyne, 2014). L'elaborazione dell'evento traumatogeno può richiedere o meno un intervento specialistico e può anche restare incompleta, nel caso in cui non si riuscisse a confrontarsi con la realtà della perdita (Colusso Luigi, 2014; Schützengerg Anne Ancelin & Bissone Jeufory Evelyne, 2014).
Le fasi, nel modello proposto dalla psichiatra Elisabeth Kübler-Ross (1981), sono elencate di seguito. La loro conoscenza favorisce la lettura emozionale e la buona relazione con i famigliari nella pratica professionale (Colusso Luigi, 2014):

1. **Negazione**: è particolarmente evidente nelle situazioni di morte improvvisa quando c'è una sorta di sensazione di irrealtà, in quanto non c'è stata la possibilità di prepararsi all'evento: non c'è stato il così detto cordoglio anticipatorio (Colusso Luigi, 2014). La perdita improvvisa provoca uno shock, una paralisi che impedisce di parlare e muoversi; la morte viene vissuta come

“ingiusta” (Schützengerg Anne Ancelin & Bissone Jeufory Evelyne, 2014). La negazione e il rifiuto fungono da paracolpo, rappresentano un meccanismo di difesa psicologico per proteggere le persone da una perdita, sia di legami che d’affetto o della propria identità (Colusso Luigi, 2014; Elisabeth Kübler-Ross, 2015). Ne sono un esempio alcune tipiche frasi dei famigliari: “*Non è possibile*” oppure “*Non può essere morto, non così giovane*” dove è evidente la difficoltà (rifiuto) ad accettare la perdita di una persona cara (Schützengerg Anne Ancelin & Bissone Jeufory Evelyne, 2014).

2. **Rabbia**: dopo lo scontro con la dura realtà, si passa alla seconda fase, quella della rabbia che si manifesta con collera e ribellione e può essere devastante emotivamente e internamente, tanto da poter condizionare la propria vita (Colusso Luigi, 2014; Schützengerg Anne Ancelin & Bissone Jeufory Evelyne, 2014).
   Non è una fase che è sempre presente ma può durare a lungo; molto presente ed inevitabile dopo morti traumatiche e violente (Colusso Luigi, 2014; Elisabeth Kübler-Ross, 2015; Schützengerg Anne Ancelin & Bissone Jeufory Evelyne, 2014). Spesso il dolente si vergogna della propria rabbia che attribuisce a un suo capro espiatorio: il medico o l’équipe curante, al morto oppure a se stessi o anche a Dio (Colusso Luigi, 2014; Elisabeth Kübler-Ross, 2015; Schützengerg Anne Ancelin & Bissone Jeufory Evelyne, 2014).
   Tipica esternazione è la seguente: “*Non è giusto*” (Schützengerg Anne Ancelin & Bissone Jeufory Evelyne, 2014).
3. **Patteggiamento**: è la fase del compromesso, della metabolizzazione del lutto (Elisabeth Kübler-Ross, 2015).
   Ci si rende conto della morte e del fatto che è un fenomeno irreversibile e che quindi il proprio caro non ci sarà più, si comincia a “fare i conti” con la nuova realtà (Colusso Luigi, 2014). Insorgono sentimenti ritenuti estranei e che si vorrebbero rinnegare come ad esempio: sconforto, amarezza, colpa, smarrimento, malinconia, rimpianti e sensi di colpa (Colusso Luigi, 2014). In questa fase è difficile distinguere ciò che è bene trattenere da ciò che è meglio evacuare (Colusso Luigi, 2014). Gli oggetti assumono un valore simbolico importante (Colusso Luigi, 2014). E’ il momento in cui può esserci un avvicinamento famigliare per collaborare e sostenersi a vicenda per superare il lutto come pure un processo di allontanamento (Colusso Luigi, 2014).
   Tipiche in questo momento sono le domande che si pongono i genitori o i vedovi: “*Sarò all’altezza?”* oppure “*Sarò capace di svolgere tutto quanto da sola/o?”* (Colusso Luigi, 2014).
4. **Depressione**: indica una condizione temporanea che compare dopo la rabbia, la collera (Colusso Luigi, 2014; Elisabeth Kübler-Ross, 2015). E’ una sensazione di grave perdita di sé, che si manifestata con tristezza, desiderio di piangere, perdita di interesse e della voglia di vivere (Colusso Luigi, 2014; Elisabeth

Kübler-Ross, 2015). Appare quasi in contemporanea con l'accettazione (Colusso Luigi, 2014; Elisabeth Kübler-Ross, 2015). Più l'elaborazione della perdita o della mancanza della persona deceduta è lunga più aumenta la possibilità che questo stato si trasformi in depressione (Colusso Luigi, 2014).
In questa fase si possono sviluppare comportamenti a rischio come l'uso inadeguato di alcol e di psicofarmaci (Colusso Luigi, 2014). I farmaci possono essere invece utili quando si riscontra un peggioramento dell'umore nella ripresa delle attività quotidiane, senza dimenticare però che non sono risolutivi e che bisogna assumerli in modo adeguato (Colusso Luigi, 2014). Di fondamentale sostegno resta sempre la vicinanza dei famigliari e degli amici (Colusso Luigi, 2014).

5. **Accettazione:** é il momento in cui si riesce a costruire il distacco da quanto successo e si inizia perciò ad accettarlo guardando al futuro con ritrovata serenità (Colusso Luigi, 2014; Schützengerg Anne Ancelin & Bissone Jeufory Evelyne, 2014). E' una fase breve ma che permette di ritornare a prendere in mano la propria vita imparando a vivere senza la persona che aveva un ruolo importante in essa (Colusso Luigi, 2014; Schützengerg Anne Ancelin & Bissone Jeufory Evelyne, 2014). Riprendere la vita quotidiana risulta difficile, soprattutto se la persona deceduta era una moglie o un marito con il quale si svolgevano tutte le attività domestiche o economiche (Schützengerg Anne Ancelin & Bissone Jeufory Evelyne, 2014). In questi casi bisogna ri-imparare a svolgere nuove mansioni alle quali magari prima non si dava importanza (Schützengerg Anne Ancelin & Bissone Jeufory Evelyne, 2014). È una fase delicata dove ci si potrebbe sentire inadeguati nell'assolvere questi compiti e perciò sempre più frustrati e cadere in forme depressive (Colusso Luigi, 2014). Tappe, quelle elencate finora, che se superate con l'aiuto dell'altro, permettono di meglio accettare la dipartita e di ritornare a poco a poco alla normalità delle cose (Schützengerg Anne Ancelin & Bissone Jeufory Evelyne, 2014).
Bisogna stare attenti a non leggere questa fase, caratterizzata da un vuoto di sentimenti, come un momento felice (Schützengerg Anne Ancelin & Bissone Jeufory Evelyne, 2014). In realtà è il segnale che si sta passando dal dolore alla ripartenza (Elisabeth Kübler-Ross, 2015).
6. **Nuovo equilibrio**: è una fase di maturazione sia dal punto di vista personale, sia dal punto di vista relazionale del significato da dare alla vita e alla morte (Colusso Luigi, 2014). Non è facile per tutti accettare questa maturazione "forzata" , infatti le conseguenze per le persone che non sono pronte possono essere: l'insorgere di incomprensioni, conflitti e perdita di risorse disponibili (Colusso Luigi, 2014). Non si tratta di una ripartenza ma di una nuova partenza, che avviene su condizioni diverse da quelle che c'erano prima del decesso (Colusso Luigi, 2014). Una buona elaborazione del lutto permette un buon ritorno alla normalità e soprattutto accresce le nostre competenze nel gestire simili

situazioni in futuro (Colusso Luigi, 2014). Per aiutare la persona che ha subito una perdita, i famigliari o gli amici devono essere consapevoli che si è confrontati con emozioni forti e complesse (Kathleen Stassen Berger, 1996). Chi aiuta deve comprendere che l'elaborazione del lutto è un processo che richiede tempo, può durare mesi ma anche anni (Kathleen Stassen Berger, 1996). E' un periodo durante il quale bisogna essere presenti ed essere da supporto nella quotidianità della vita (Kathleen Stassen Berger, 1996).

5.2 Reazione della famiglia

Secondo il modello a fasi proposto da Bowlby e Parkers, le reazioni emotive provocate dalla perdita si suddividono in:

1. Reazioni acute: shock, torpore, senso di incredulità, negazione e scoppi di rabbia,…;
2. Intenso dolore psichico, ansia, rabbia, pianto, struggimento e ricerca disperata della persona perduta con rappresentazioni mentali per riaverla e riunirsi ad essa;
3. Disorganizzazione, con apatia e disperazione;
4. Riorganizzazione con accettazione della perdita e riprestino della funzionalità (Ceccotti, s.d.).

I limiti di questo modello sono dati dalla variabilità delle reazioni in quanto personali e soggettive e dal rischio di stigmatizzazione (Ceccotti, s.d.).

Pietrantoni e Prati nel 2009 suddividono invece le reazioni in cinque categorie differenti:

- Reazioni affettive: ansia, rabbia, ostilità e irritabilità, senso di isolamento, shock, senso di colpa, depressione, anedonia, paura, orrore, desiderio ardente della persona deceduta;
- Reazioni cognitive: incredulità, senso di presenza del deceduto, formulazione di accuse a sé o ad altri, bassa autostima e senso di impotenza, ideazioni suicidarie e pensieri di morte, crisi delle assunzioni di base e perdita del senso di vita, senso di irrealtà, difficoltà di concentrazione e memoria, perdita dell'identità, ruminazione intrusiva, allucinazioni o sviste, soppressione, negazione;
- Reazioni comportamentali e sociali: agitazione, tensione e irrequietezza, senso di fatica, comportamento disorganizzato, comportamento di ricerca del defunto, pianto, grida e singhiozzo, ritiro sociale, difficoltà nei compiti quotidiani;
- Cambiamenti endocrinologici e immunologici: vulnerabilità alle malattie;
- Reazioni fisiologiche e somatiche: palpitazioni, perdita di appetito, disturbi del sonno, perdita di energie, lamentele fisiche (Ceccotti, s.d.).

Particolare attenzione bisogna poi avere per le morti così dette "IPEV": inattese, premature, evitabili e violente in quanto tali circostanze di decesso, per i famigliari, sono a maggior rischio di lutto complicato e di disturbo post-traumatico da stress. (Ceccotti, s.d.).

Per concludere, riprendendo la Dottoressa Chiara Cimbro, si può quindi dire che in

generale ci sono tre categorie di reazioni al trauma:

- Prima categoria: racchiude le reazioni di tolleranza come la lucidità, l'adeguatezza comportamentale, le reazioni emotive e le reazioni differite cioè le reazioni che inizialmente sembrano adeguate ma poi evolvono in senso patologico;
- Seconda categoria: riguarda le reazioni iper-emotive brevi con manifestazioni psichiche e somatiche come shock, ansia, depressione, smarrimento, stupore, incredulità, comportamenti automatici, tremori,… che insorgono nei giorni successivi, che si dissolvono con il passare del tempo, nei casi gravi queste reazioni possono dare origine a quadri psicopatologici post-traumatici con sindromi nevrotiche;
- Terza categoria: risposte gravemente inadeguate, cioè di carattere dissociativo, come stato confusionale, deliri, comportamenti aggressivi e auto-lesivi, irrazionalità, stati di inibizione e depressione che persiste per un tempo limitato per poi diminuire fino a sparire (Chiara Cimbro, s.d.).

5.3 Gestione dei famigliari nel momento della comunicazione del decesso

5.3.1 Accoglienza e comunicazione del decesso

Dopo che i famigliari sono stati invitati a recarsi in ospedale, si accompagnano in un luogo privato dove il medico, in presenza di un infermiere, li informa del decesso del loro caro (Nursing Times, 2011; Paula J.Wells, 2003). E' preferibile la comunicazione faccia a faccia per meglio gestire le eventuali reazioni dei famigliari (Nursing Times, 2011; Paula J.Wells, 2003).

L'informazione alla famiglia del decesso di un proprio caro rientra nella categoria delle *bad news*, che in psicologia sono definite come notizie che modificano in modo negativo le aspettative future e che comportano un coinvolgimento emotivo sia di chi viene informato sia di chi comunica (Ceccotti, s.d.).

Il modello a passi di Pietrantoni, Prati e Palestini (2008) aiuta chi deve dare l'informazione ai famigliari e si compone di cinque fasi: autovalutazione, preparazione, dare la notizia, affrontare le reazioni dei familiari e il congedo (Ceccotti, s.d.).

- Autovalutazione: è il momento nel quale si decide chi darà la comunicazione ai famigliari valutando lo stato personale ed emotivo dell'équipe;
- Preparazione: dopo aver deciso chi si occuperà di dare la *bad news* la persona raccoglie informazioni sul deceduto, sul decesso e sulla famiglia che incontrerà a breve;
- Dare la notizia: dopo essersi accertati di trovarsi davanti alla persona giusta, ci si presenta e ci si reca in un ambiente confortevole e tranquillo, dove non si é disturbati (Ceccotti, s.d.). Questo permette anche agli operatori sanitari di saper dove trovare i famigliari in caso di bisogno (Paula J.Wells, 2003). I famigliari possono rimanere il tempo che desiderano (Paula J.Wells, 2003). Non bisogna

dimenticare di mettere a disposizione dei fazzoletti e delle bibite (Paula J.Wells, 2003). Dopodiché si inizia a preparare la famiglia a sentire quanto è successo; utilizzando poche ma chiare parole, si spiegano le circostanze e infine, in modo diretto si dice che il famigliare è deceduto porgendo le proprie condoglianze;

- Affrontare le reazioni dei famigliari: per l'operatore è importante riconoscere e gestire il proprio coinvolgimento emotivo per poi poter aiutare i famigliari al meglio, accogliendo qualsiasi emozione viene manifestata (Ceccotti, s.d.). Bisogna poi supportare i famigliari rispondendo ad eventuali domande;
- Congedo: prima di congedarsi bisogna: assicurarsi che il famigliare non rimanga solo, lasciare dei recapiti in caso di necessità e informarlo sulla volontà o meno di visionare la salma e di ricevere gli effetti personali del deceduto (Ceccotti, s.d.).

Saper gestire un colloquio è una competenza richiesta in ambito infermieristico (Colusso Luigi, 2014). Necessita di saper fare astrazione dei preconcetti e quindi riuscire a mantenere una corretta distanza tra operatore e famigliari (Colusso Luigi, 2014). Importante è aiutare il dolente senza rinunciare allo scudo della divisa come protezione personale (Colusso Luigi, 2014).

Durante e dopo la comunicazione data dal medico i famigliari necessitano di accoglienza umana, emotiva ed empatica e di un ascolto senza pregiudizio (Colusso Luigi, 2014).

Bisogna: 1. predisporre uno spazio dove poter piangere e narrare (Colusso Luigi, 2014). La narrazione assume un ruolo prezioso perché crea una sensazione liberatoria (Colusso Luigi, 2014). 2. Offrire il giusto tempo per affrontare la situazione e per cominciare a metabolizzare l'evento che ha modificato la loro vita (Colusso Luigi, 2014).

5.3.2 Linguaggio adeguato

Il linguaggio deve essere adeguato alle persone che si hanno di fronte, quindi se si vuole utilizzare il linguaggio specifico professionale bisogna "tradurre" in parole semplici quello che è appena stato detto (Nursing Times, 2011). Bisogna verificare che l'informazione sia stata compresa bene e verificare se sono necessari ulteriori chiarimenti (Nursing Times, 2011).

Particolare attenzione deve essere dedicata alla comunicazione non verbale, sia del professionista sia a quella manifestata dai famigliari (Paula J.Wells, 2003).

Bisogna parlare del decesso con un frasario chiaro e preciso evitando frasi fatte come "E' passato oltre" o "Si è addormentato per sempre e non tornerà" ma essere chiari nel dire che la persona è morta evitando fraintendimenti e creare confusione (Nursing Times, 2011; Paula J.Wells, 2003).

Ritenuto lo stato emotivo del destinatario è importante essere concisi evitando parafrasi troppo lunghe che ostacolerebbero la comprensione di ciò che è realmente importante (Colusso Luigi, 2014).

5.3.3 Visionare il corpo

Prima di far accedere i famigliari alla camera dove giace il deceduto è indispensabile prepararli a cosa vedranno, a come si presenta il deceduto (Paula J.Wells, 2003). Se ci sono persone che chiedono di non descriverlo è perché è probabile che vogliono scoprirlo da soli (Paula J.Wells, 2003; «Sudden - Sudden bereavement: Viewing the body», s.d.).

La decisione di vedere o non vedere il corpo è una grande scelta («Sudden - Sudden bereavement: Viewing the body», s.d.). Chi decide di vederlo può avere delle evocazioni forti rispetto al corpo morto («Sudden - Sudden bereavement: Viewing the body», s.d.). I motivi che portano a decidere di vederlo sono la ricerca della certezza che sia morto e che non si tratti di un errore, per salutarlo per l'ultima volta e per un senso d'obbligo; vedere il corpo facilita comunque l'accettazione (Harrington & Sprowl, s.d.; Paula J.Wells, 2003; «Sudden - Sudden bereavement: Viewing the body», s.d.). Chi decide di non vederlo spesso è per il fatto di essere ancora incredulo verso ciò che è accaduto («Sudden - Sudden bereavement: Viewing the body», s.d.).

6. La resilienza e stili di *coping*

6.1 La resilienza

Per definire la resilienza, cito la metafora di Lazarus riferita all' elasticità dei metalli:" E' la capacità di resistere alle deformazioni" (Lazarus, 1993).

Con il termine resilienza o processi di resilienza si fa riferimento al superamento sano di esperienze traumatiche (Matteo Selvini, Anna Maria Sorrentino, Maria Chiara Gritti, 2012).

È un processo attivo di resistenza e crescita come risposta ad eventi avversi della vita (Donini, s.d.).

In psicologia e sociologia si utilizza la parola resilienza per indicare la capacità di reagire a eventi traumatici o stressanti per la riorganizzazione della propria vita in maniera positiva (Malaguti E., 2005).

È una caratteristica innata di ogni individuo che si modifica in base alle esperienze che ognuno ha vissuto nella propria vita (Bernardelli Stefano, Patanè Alfio, Bertacco Martina, Allegrini Elisabetta, 2014). La definizione che meglio esprime il vero concetto di resilienza è però a mio parere quella di Wolin S. e Wolin S. nel 1993 "*Il paradosso della resilienza è proprio questo: i nostri e altrui momenti peggiori possono rilevarsi molto vantaggiosi"*. I peggiori vissuti possono quindi permetterci di mobilitare le nostre capacità e risorse più profonde (Wolin S. e Wolin S., 1993).

Resilienza non è però sinonimo di guarigione (George A. Bonanno, 2005). Se la guarigione ha una durata limitata nel tempo, la resilienza è la capacità di ognuno noi di mantenere un equilibrio stabile nel tempo (George A. Bonanno, 2005).

La resilienza insegna a sfruttare gli avvenimenti dolorosi e negativi della vita come esperienza comune dell'essere umano che può rappresentare una forte sfida con noi

stessi, permettendoci di sviluppare ulteriori nostre capacità adattative (Matteo Selvini, Anna Maria Sorrentino, Maria Chiara Gritti, 2012).
Dagli anni ’80 la resilienza è concepita come una causalità circolare e non più come una causalità lineare, in un’accezione sistemica dove il contesto è parte attiva del processo (Donini, s.d.).
Il costrutto della resilienza nel *nursing* ha un valore clinico, cioè relativo alle condizioni personali di *setting* e assistenziale che ne favorisce lo sviluppo, culturale cioè della persona stessa, degli operatori o del *caregiver,* trasformando l’esperienza di cura in crescita personale e professionale («Il concetto di resilienza nel contesto infermieristico - Rivista l’Infermiere N°4 - ECM», s.d.). Permette il superamento di momenti di difficoltà personali, aumentando il senso di appartenenza all’équipe; rinsalda il gruppo, lavorando assieme verso obiettivi comuni (Bernardelli Stefano, Patanè Alfio, Bertacco Martina, Allegrini Elisabetta, 2014).
Gli attributi critici sono le proprietà fondamentali della resilienza e si suddividono in attributi relativi alle percezione del sé e quelli sociali («Il concetto di resilienza nel contesto infermieristico - Rivista l’Infermiere N°4 - ECM», s.d.). Per quelli riguardanti la percezione di sé ci si riferisce all’autoefficacia, alla speranza e al *coping*; mentre per quelli sociali ci si riferisce a tutto ciò che favorisce il superamento delle difficoltà e il reinserimento sociale, ripristinando l’omeostasi psico-fisica della persona («Il concetto di resilienza nel contesto infermieristico - Rivista l’Infermiere N°4 - ECM», s.d.).
Matteo Selvini, Anna Maria Sorrentino, psicologi e psicoterapeuti della scuola di psicoterapia “Mara Selvini Palazzoli”, hanno individuato un modello a sei fasi per promuovere i fattori di resilienza individuali e familiari (Matteo Selvini, Anna Maria Sorrentino, Maria Chiara Gritti, 2012). Invece che alla resilienza del singolo spostano l’attenzione sulla resilienza del sistema famigliare integrando tutte le risorse disponibili (Matteo Selvini, Anna Maria Sorrentino, Maria Chiara Gritti, 2012).
Il modello a sei fasi comprende:

1. Prima fase: riconoscere l’esistenza di un trauma irrisolto cercando di individuare l’origine della sofferenza che la persona vive;
2. Seconda fase: messa in sicurezza della vittima (famigliare), fermare il trauma informando la persona, possibilmente quando è in compagnia di un proprio caro, per poter condividere il proprio dolore con qualcuno;
3. Terza fase: la condivisione del dolore avviene creando le condizioni per parlarne, dando un nome alle emozioni e alle sensazioni che si provano, permettendo così alla persona di aprirsi (Matteo Selvini, Anna Maria Sorrentino, Maria Chiara Gritti, 2012). Bisogna essere consapevoli che la condivisione può comunque favorire il rivivere la situazione traumatogena e perciò bisogna essere molto delicati e attenti;
4. Quarta fase: costruire un racconto coerente ed equilibrato (Matteo Selvini, Anna Maria Sorrentino, Maria Chiara Gritti, 2012). In questo momento bisogna creare un ambiente dove ci possa essere un ascolto empatico, privo di giudizi e

commenti, dove le persone possano guardare in faccia alla realtà che stanno vivendo per cercare le loro risorse, per elaborare il lutto;

5. Quinta fase: mai sentirsi vittima! Bisogna riuscire ad aiutare i parenti e gli amici a uscire dalla percezione di sentirsi loro stessi vittime del lutto (Matteo Selvini, Anna Maria Sorrentino, Maria Chiara Gritti, 2012). Questo permette di riconoscere quanto accaduto in modo tale da poter offrire il nostro supporto e aiuto (George A. Bonanno, 2005). Bisogna riuscire a far emergere le risorse della persona: l'ottimismo, l'autoefficacia, l'autostima, il controllo, la sfida e il *locus of control* interno;
6. Sesta fase: la riconciliazione: non sempre si raggiunge in modo efficiente ma essa permette di promuovere in modo adeguato il processo resiliente che favorisce il "voltare pagina e l'andare avanti", consapevoli di tutto il processo avvenuto (Matteo Selvini, Anna Maria Sorrentino, Maria Chiara Gritti, 2012).

Le conseguenze della resilienza portano a un miglioramento della personalità tramite uno sviluppo individuale («Il concetto di resilienza nel contesto infermieristico - Rivista l'Infermiere N°4 - ECM», s.d.). Si acquisisce la capacità di riconoscere e far evolvere la competenza di gestire le difficoltà in modo ottimale e controllato («Il concetto di resilienza nel contesto infermieristico - Rivista l'Infermiere N°4 - ECM», s.d.).

Possiamo dire che ci sono tre dimensioni connesse alla resilienza, il *self-enhancement* (ipervalorizzazione di sé), lo stile repressivo di *coping* e *l'hardiness* (solidità) (George A. Bonanno, 2005).

L'ipervalorizzazione di sé ha effetti adattivi e di promozione del benessere (George A. Bonanno, 2005). E' stata associata ad un'alta autostima (George A. Bonanno, 2005). È adattiva soprattutto per le persone che hanno subito le perdite più gravi, provocando un miglior adattamento, una rete sociale più attiva (George A. Bonanno, 2005). A livello fisiologico del cortisolo si è riscontrata invece una minima risposta allo stress (George A. Bonanno, 2005). Le persone che rientrano nello stile repressivo di *coping* tendono invece ad evitare emozioni, pensieri e ricordi spiacevoli (George A. Bonanno, 2005). Quelle relative all'*hardiness* valutano meno minacciose le situazioni potenzialmente pericolose e stressanti, minimizzano la sensazione di dolore, ammortizzando l'esposizione a stress estremi (George A. Bonanno, 2005). Hanno più fiducia in se stessi e ricorrono maggiormente ad un *coping* attivo e al supporto sociale per affrontare le sofferenze (George A. Bonanno, 2005).

Per finire la resilienza familiare per Walsh Froma (2008) è invece la serie di stili di *coping* e di processi di adattamento che avvengono nelle famiglie, dove il concetto di famiglia è inteso come unità funzionale permettendo così ai componenti di superare le crisi e i disagi (Walsh Froma, 2008).

6.2 Il *coping*

Lazarus e Folkman nel 1984 definiscono il *coping* come "*Gli sforzi cognitivi e comportamentali per trattare richieste specifiche interne od esterne (ed i conflitti tra esse) che sono valutate come eccessive ed eccedenti le risorse di una persona" (Lazarus, 1993)*.

Indica l'insieme di strategie utilizzate per fronteggiare una situazione difficile per raggiungere il benessere (Luigi Mastronardi, s.d.). La capacità di utilizzare il *coping* non fa riferimento solo alla risoluzione di problemi ma anche alla gestione delle emozioni e allo stress provocato dalle difficoltà che si riscontrano nella vita (Luigi Mastronardi, s.d.). Le nuove competenze di adattamento di ognuno si intrecciano quindi con le risorse che già si possedevano allargando così il repertorio strumentale individuale nell'affrontare le future difficoltà (Luigi Mastronardi, s.d.). Alcune strategie, inevitabilmente, sono più stabili e si applicano regolarmente come "prima scelta", in quanto sperimentati più volte e con successo (Luigi Mastronardi, 2013). Altre invece le attiviamo solamente nei casi in cui l'abituale scelta non basta o non è adeguata alla nuova situazione (Luigi Mastronardi, 2013). La possibilità di modificare il nostro stile di *coping* per affrontare più efficacemente le difficoltà dipende dal modo in cui valutiamo gli eventi stessi e da quanto sappiamo chiedere aiuto e sostegno (Luigi Mastronardi, 2013).

Il *coping* va di pari passo con *l'empowerment*, cioè la capacità di ognuno di attivare le proprie risorse per poter proseguire il percorso verso il benessere; questi due fattori promuovono il miglioramento della propria condizione psico-fisica e inoltre favoriscono l'evoluzione della gestione delle risorse personali (Luigi Mastronardi, s.d.).

Per presentare le strategie di *coping*, mi rifaccio al modello di Mastronardi:

- *Coping* attivo orientato al problema: le risposte consistono nella pianificazione, progettazione e orientamento del compito da svolgere, come ad esempio la comprensione del fattore stressante come sfida nella ricerca di supporto;
- *Coping* evitante orientato al problema: le risposte si presentano come evitamento del problema e di desistenza comportamentale;
- *Coping* attivo orientato all'emozione: in questa categoria rientrano la ristrutturazione cognitiva, la ricerca di supporti emotivi, l'accettazione di ciò che sta accadendo e l'attribuzione ad esso di significati positivi;
- *Coping* evitante orientato all'emozione: in queste risposte rientrano la negazione, il disimpegno morale e l'isolamento sociale (Luigi Mastronardi, 2013).

Le strategie di evitamento sono migliori di fronte a difficoltà con impatto emotivo molto forte e sono da utilizzare a breve termine, dopodiché bisogna passare a quelle di *coping* attivo (Luigi Mastronardi, 2013).

In altre parole riprendo Mary Ainsworth (1978) che rifacendosi ai lavori di Bowlby ha stabilito che c'è un certo legame tra gli stili di attaccamento e il modo di reagire di fronte a determinate situazioni di pericolo (Dr.ssa Baldini Elena, Dr.ssa Boselli Lorenza, Dr.ssa Piazza silvia, 2002). Gli individui sicuri reagiscono con comportamenti flessibili e con nuove strategie, gli individui evitanti invece cercano di rinnegare i propri sentimenti

e di allontanarsi dalle persone che necessitano del loro affetto (Dr.ssa Baldini Elena, Dr.ssa Boselli Lorenza, Dr.ssa Piazza silvia, 2002). Quelle ambivalenti tendono a diventare coraggiosi e provare strategie potenzialmente rischiose (Dr.ssa Baldini Elena, Dr.ssa Boselli Lorenza, Dr.ssa Piazza silvia, 2002). Un adattamento difensivo nel trauma può essere quello che caratterizza le persone evitanti e ambivalenti, dove compaiono delle modalità difensive disfunzionali ma soprattutto possono comparire disturbi che sono i primi sintomi post-traumatici da stress (Dr.ssa Baldini Elena, Dr.ssa Boselli Lorenza, Dr.ssa Piazza silvia, 2002).

6.2.1 *Coping* dei famigliari

Le emozioni maggiormente rilevanti nel trauma come può essere la morte improvvisa sono la paura, il senso di colpa e la rabbia (Dr.ssa Baldini Elena, Dr.ssa Boselli Lorenza, Dr.ssa Piazza silvia, 2002).

La **paura** è un sentimento forte e indispensabile che può lasciare segni indelebili e può generare importanti problemi di adattamento (Dr.ssa Baldini Elena, Dr.ssa Boselli Lorenza, Dr.ssa Piazza Silvia, 2002). Infatti non è solamente disorganizzativa e dannosa, ma è indispensabile alla sopravvivenza in quanto ci segnala la pericolosità di una o più minacce (Dr.ssa Baldini Elena, Dr.ssa Boselli Lorenza, Dr.ssa Piazza Silvia, 2002). Si differenzia dall'ansia in quanto è una risposta a determinati stimoli con conseguenti reazioni di fuga o attacco, mentre l'ansia è uno stato emotivo diffuso originato da stimoli neutri (Dr.ssa Baldini Elena, Dr.ssa Boselli Lorenza, Dr.ssa Piazza Silvia, 2002).

Il **senso di colpa** è un'emozione sociale e autoconsapevole in quanto richiede l'introspezione e la coscienza, spinge a mettersi nei panni degli altri ed è anche considerata un'emozione morale in quanto coinvolge anche i valori e le motivazioni personali (Dr.ssa Baldini Elena, Dr.ssa Boselli Lorenza, Dr.ssa Piazza Silvia, 2002). Si attiva quando c'è il riconoscimento di sofferenze provocate tramite comportamenti riparativi, ha una funzione adattiva insorgendo come risposta a situazioni di impotenza e paura in grado di immobilizzare la persona (Dr.ssa Baldini Elena, Dr.ssa Boselli Lorenza, Dr.ssa Piazza Silvia, 2002).

La **rabbia** invece è una forma di aggressività volta ad intimorire l'altro, viene attivata in risposta a situazioni di stress psicofisico per difendersi e per rafforzare l'autostima e l'autoefficacia (Dr.ssa Baldini Elena, Dr.ssa Boselli Lorenza, Dr.ssa Piazza Silvia, 2002). I momenti riscontrate da Averill nel 1982 in cui si scatena maggiormente l'aggressività sono:

- quando la responsabilità di un evento negativo è di un individuo cosciente e responsabile;
- quando l'evento negativo è considerato evitabile;
- quando non c'è motivazione all'evento esercitato solo per recare danno;

in queste situazioni la rabbia non è solo un'emozione ma anche un modo per scaricare le proprie tensioni (Dr.ssa Baldini Elena, Dr.ssa Boselli Lorenza, Dr.ssa Piazza Silvia,

2002). E' un meccanismo di difesa contro eventi inaccettabili (Dr.ssa Baldini Elena, Dr.ssa Boselli Lorenza, Dr.ssa Piazza Silvia, 2002).
Uno studio svolto dall'istituto di facoltà internazionale di metodologia qualitativa e dalla facoltà di infermieristica dell'università di Alberta in Canada, pubblicata sul "*American journal of critical care*" descrive l'interazione tra il paziente, i famigliari e gli infermieri nella sala di rianimazione (Morse & Pooler, 2002). Dall'articolo voglio estrapolare il concetto di *enduring* ed *emotional suffering,* perchè presente non solo tra paziente e parente ma anche tra i famigliari (Morse & Pooler, 2002).
Il termine *enduring* sta ad indicare la soppressione delle mie emozioni per concentrarmi su ciò che avviene nel presente (Morse & Pooler, 2002). La voce diventa monotona, l'espressione orale si limita a monosillabi o a frasi corte, l' espressione facciale è minima, la postura è bloccata "frozen" e i movimenti sono simili a un robot (Morse & Pooler, 2002).
Con *emotional suffering* invece si fa riferimento alle persone che non riescono a trattenere le emozioni, piangono, hanno una voce tremolante, la faccia triste, la postura ricurva e spesso cercano supporto per farsi consolare/confortare da terzi (Morse & Pooler, 2002).
Questi due fenomeni emozionali si alternano nelle persone colpite dal lutto per supportarsi reciprocamente; ovvero quando c'è un famigliare che presenta un *emotional suffering,* manifestando la sua sofferenza, l'altro famigliare assume un comportamento *enduring* supportando l'altro e così i ruoli si intercambiano (Morse & Pooler, 2002).
C'è però anche chi rimane in uno stato di *enduring* o in quello di *emotional suffering* (Morse & Pooler, 2002). In questo caso sarà perciò importante fare in modo che l'elaborazione del lutto evolva e che non si resti a lungo in uno stato di sofferenza (Morse & Pooler, 2002).
Ci sono due modi attraverso i quali la nostra psiche si difende dalla sofferenza interiore: i meccanismi di difesa inconsapevoli e le iniziative di autotutela personali (Chiara Cimbro, s.d.). I meccanismi di difesa inconsapevoli riguardano: l'elevazione progressiva della soglia di tolleranza, l'insorgere di reazioni istintive di attacco o fuga, l'attivazione della sindrome generale di adattamento, l'avvio del processo di assimilazione con l'obiettivo di "farsene una ragione" e la negazione (Chiara Cimbro, s.d.).
Le iniziative di autotutela personale si riferiscono invece, al riconoscere i nostri livelli di tolleranza, cioè fino a che punto posso spingermi prima che la mia vulnerabilità venga compromessa (Chiara Cimbro, s.d.).
È quindi importante che la vittima non si allontani dalla fonte della sofferenza ma che possa ampliare e consolidare la rete sociale, ridurre gli elementi stressanti in modo da distinguerli e fronteggiarli uno alla volta (Chiara Cimbro, s.d.). Si coinvolga in un'atmosfera solidaristica caratterizzata da comprensione e condivisione per evitare l'apparire di strategie di evitamento che la porterebbero ad evitare i problemi prolungando così il proprio malessere (Chiara Cimbro, s.d.).

6.2.2 *Coping* dei professionisti della salute

In ambito sanitario troviamo varie coniugazioni del concetto di *coping*: comportamenti focalizzati sul compito, distanziamento emotivo, strategie cognitive auto-dirette, altruismo, ricerca di supporto sociale (Dr.ssa Baldini Elena, Dr.ssa Boselli Lorenza, Dr.ssa Piazza Silvia, 2002). Fra queste le più attivate sono le tecniche di distanziamento, del *coping* proattivo e la possibilità di agire preventivamente conoscendo in anticipo il problema che si dovrà affrontare (Dr.ssa Baldini Elena, Dr.ssa Boselli Lorenza, Dr.ssa Piazza Silvia, 2002).

Per modificare le proprie strategie l'approccio di Donald Meichenbaum (1977, 1986) suggerisce di mirare a sostituire i pensieri negativi con altri positivi tramite la capacità di dire a se stessi cosa fare e come comportarsi in determinate situazioni (Dr.ssa Baldini Elena, Dr.ssa Boselli Lorenza, Dr.ssa Piazza Silvia, 2002). Scopo ultimo è di imparare a fronteggiare le emozioni negative invece di eliminarle (Dr.ssa Baldini Elena, Dr.ssa Boselli Lorenza, Dr.ssa Piazza Silvia, 2002).

Un'altra particolare strategia riscontrata negli operatori sanitari riguarda il riso e l'umorismo, utilizzati come strumento per ridurre i livelli di sofferenza dopo una situazione d'emergenza (Dr.ssa Baldini Elena, Dr.ssa Boselli Lorenza, Dr.ssa Piazza Silvia, 2002; George A. Bonanno, 2005). Infatti possono alleviare le emozioni negative favorendo l'adattamento individuale e il benessere sia a breve che a lungo termine (Dr.ssa Baldini Elena, Dr.ssa Boselli Lorenza, Dr.ssa Piazza Silvia, 2002; George A. Bonanno, 2005). L'umorismo assicura una protezione di sé perché permette di allontanare dalla propria coscienza i pensieri negativi e lo stimolo stressogeno, favorendo inoltre un legame emotivo nel gruppo che favorisce la socializzazione (Monica Fabbiani, s.d.). Le funzioni sociali dell'umorismo sono il controllo delle impressioni, l'influenza interpersonale, il controllo dell'altro e la facilitazione personale (Monica Fabbiani, s.d.). Inoltre svolgono una doppia funzione: riducono la percezione di difficoltà e aumentano la capacità di affrontarla (Monica Fabbiani, s.d.).

Diminuiscono lo stress e hanno molti effetti benefici a livello fisiologico come la riduzione della tensione muscolare, dell'ansia, dello stress, del ritmo cardiaco e respiratorio con conseguente rilassamento, potenziano il sistema immunitario e il rilascio di endorfine. Si ipotizza anche che l'umorismo sia una via di fuga dall'aggressività (Dr.ssa Baldini Elena, Dr.ssa Boselli Lorenza, Dr.ssa Piazza Silvia, 2002; Monica Fabbiani, s.d.).

Come per tutto è indispensabile che lo si sappia dosare per evitare che porti alla negazione del problema e al conseguente evitamento, oppure vada a mascherare sentimenti e emozioni nascoste (Dr.ssa Baldini Elena, Dr.ssa Boselli Lorenza, Dr.ssa Piazza Silvia, 2002).

7. Revisione della letteratura

7.1 Revisione

Per la mia revisione ho svolto parecchie ricerche in diverse banche dati; uno dei boleani che ho utilizzato su PubMed è stato *Sudden Death AND family* che mi ha portato a revisionare 4056 documenti, di questi ho analizzato ed estratto solo quelli che rispondevano al mio quesito di ricerca.
Nelle tabelle seguenti sono esposti testi, sia scientifici riguardante l'ambiente sanitario, psicologico e sociale sia testi dove professionisti si consigliano a vicenda su come è meglio comportarsi e agire in determinate situazioni data la loro esperienza.
Non tutti i documenti sono recenti in quanto i primi studi sono datati anni '90.

Obiettivi:

1 Individuare le problematiche che possono insorgere nella relazione d'aiuto con i famigliari

Notifying survivors about sudden, unexpected deaths	***Sudden bereavement: a traumatic and challenging experience***
Kenneth V Iserson Vol 173	Brake: www.suddendeath.org
2000	2013
- Caratteristiche della morte improvvisa - Differenza tra morte improvvisa e morte prevista - Problemi: improvvisa, inaspettata, distacco dalla realtà, non si vede un futuro, difficoltà a prendersi cura di sè	Come viene accettata la notizia in base - alla propria vita - alle proprie relazioni sociali - alla propria personalità

La morte improvvisa **Famigliari e soccorritori: comunicazione, rapporto e confronto**
Antonio Zuliani
2010
- Sentirsi impreparati - Senso di responsabilità per non essere riusciti a salvare la persona - Dover gestire eventuali reazioni aggressive

2 Individuare le più comuni strategie di *coping* dei famigliari confrontati a una perdita subititanea

Patient-Family-Nurse Interaction in the trauma-resucitation room	**Le strategie di coping**
American Journal of Critical Care	Luigi Mastronardi: La psicologia applicata allo stare meglio
2002	2013
Studio sull'*suffering-enduring*: - *Suffering*→persone che non riescono a trattenere le emozioni - *Enduring*→ sopprimere le proprie emozioni e concentrarsi su ciò che avviene nel presente	- Definizione di *coping* e collegamento con l'*empowerment* - Strategie di *coping*: risposte orientate all'emozione o al problema e di attivazione o di evitamento

Coping with grief when someone you love dies suddendly	**L'uso della drammatizzazione e dell'umorismo come strategie per affrontare gli stress acuti**
Mary Williams OBE : www.suddendeath.org	Monica Fabbiani Istituto Europeo di psicotraumatologia e stress management : l'uso della drammatizzazione e dell'umorismo come strategie per affrontare gli stress acuti
2001	2013
- *Coping* e rimedi - Possibili aiuti	- Tipologia di vittime - Tipi di relazione - Meccanismi di difesa inconsapevoli - Vissuto emotivo e conseguenze - Reazioni di stress dei superstiti

Coping with grief after a sudden death
CWC, Robin F. Goodman, American Psychological Association : www.suddendeath.org
2000
- Sentimenti che prova la famiglia - Consigli per un *coping* migliore

3 Suggerire in base alla letteratura le strategie (comunicative e di primo sostegno) migliori da attuare per una presa a carico di qualità della famiglia

Breacking news of death to relatives	***When a person Dies : guidance for professionals on developing bereavement services***
Nursing Times Vol 107 No 5	National End of Life Care Programme NHS
2011	2011
- Modello a sei passi per la comunicazione di decesso - Informazione ai famigliari da parte del medico/infermiere in base a chi ha stabilito una relazione migliore - Come gli infermieri supportano la famiglia - Esperienze dei parenti	- Presa a carico dei famigliari nel momento della morte (accoglienza, comunicazione, gestione emotiva, visionare il corpo) - Presa a carico dei famigliari nei giorni sucessivi (supporto)

Guìa para familiars en duelo	***Sudden bereavement : responses in the early weeks***
Recomendado por la sociedad espanola de cuidados paliativos (SECPAL)	Brake : www.suddendeat.org
2005	2013
- Cosa è il dolore - Quanto dura la sofferenza - Come aiutare le persone in lutto	Sintomi dei famigliari nelle prime ore e nella prima settimana di lutto

Information for bereaved people: at the beginning	***Providing care following sudden death***
Brake : www.suddendeath.org	Christina Harrington and Betbany Sprowl
2013	S.d.
Sentimenti iniziali e consigli per superare i primi giorni di lutto	- Reazioni dei famigliari - Perchè vedere il corpo? - Essere presenti e disponibili - Capire i bisogni

Patients and families in grief : providing support
Tanja Schub, Helle Heering
2013
- Dolore nella famiglia - Perchè aiutare? - Fatti scientifici - Cosa sapere dei famigliari prima della notifica di decesso - Come aiutare

7.2 Analisi

<u>Individuare le problematiche che possono insorgere nella relazione d'aiuto con i famigliari:</u>

Il testo « *Notifying survivors about sudden, unexpected death »* evidenzia alcune problematiche riscontrate con i famigliari : lo shock dovuto dall'imprevedibilità del decesso e il fatto che la morte sia improvvisa, dunque inaspettata e non lascia alle persone care il tempo per prepararsi (Iserson, 2000). Altri fattori influenti nell'accettazione del lutto da considerare, a differenza delle morti attese e che complicano l'informazione ai famigliari possono essere: il non poter "dire addio alla persona amata", l'età del deceduto, lo stato di salute della persona, malata o sana, il vuoto che può lasciare nella vita dei famigliari e il distacco della realtà dato dallo shock, (Iserson, 2000).

In « *Sudden bereavement : a traumatic and challenging experience »* si evidenzia come il modo in cui viene accettata la notizia e quindi le possibili fonti di problemi, possono essere riconducibili alla propria vita, al proprio vissuto, alle relazioni sociali che si hanno e alla propria personalità («Sudden - Sudden bereavement: a traumatic and challenging experience», s.d.).

Lo psichiatra Dr. Robert A Neimeyer, esperto del lutto, spiega come questi fattori possono risultare determinanti « *the loss of a security-enhancing attachment relationship and the decimation of a world of meaning occasioned by profound loss »* ; per esempio una persona può essere fortunata ad avere molte relazioni sociali e dunque trovare supporto e appoggio negli amici e nei parenti, mentre altre che avevano come unico riferimento sociale la persona deceduta si ritrovano soli ad affrontare il lutto («Sudden - Sudden bereavement: a traumatic and challenging experience», s.d.).

Il libro curato da Zuliani parla della reazione dei curanti in caso di morte improvvisa, evidenziando le problematiche primarie che insorgono al momento della comunicazione alla famiglia (Zuliani, 2010). I principali stati d'animo elencati sono il sentirsi impreparati, il non sapere come affrontare la famiglia, l'imprevedibilità della reazione alla notizia e di conseguenza la paura di non saper affrontare le relative manifestazioni (Zuliani, 2010).

Un'ultima caratteristica che può contraddistinguere questo momento è il sentimento di responsabilità che si prova nel non essere riusciti a salvare la persona (Zuliani, 2010). Non per forza di cose influisce sulla notifica e sul sostegno ai famigliari ma rimane come senso di colpa che il curante dovrà elaborare (Zuliani, 2010). Deve accettare il fatto che non è sua responsabilità, in quanto è stato fatto tutto ciò che la situazione richiedeva e che non si sarebbe potuto fare altrimenti (Zuliani, 2010).
Entrambi i tre testi sottolineano come il fatto che sia improvvisa e inaspettata provochi uno shock iniziale con un possibile distacco dalla realtà momentaneo dato dalla notizia.
Una problematica non immediata che può però insorgere, non nel momento della comunicazione ma, quando si ritorna alla vita quotidiana è il ruolo che aveva nella propria vita il deceduto (Iserson, 2000; «Sudden - Sudden bereavement: a traumatic and challenging experience», s.d.). Se era il punto di riferimento di un famigliare la reazione e le problematiche potrebbero infatti risultare maggiori (Iserson, 2000; «Sudden - Sudden bereavement: a traumatic and challenging experience», s.d.).
Un altro fattore può essere, come già detto, l'impreparazione: una persona può infatti aver già vissuto una situazione simile mentre per un'altra si tratta della prima volta («Sudden - Sudden bereavement: a traumatic and challenging experience», s.d.). Il vissuto che ognuno ha e di conseguenza il modo di far fronte a questi momenti critici e saperli superare, nonostante la difficoltà nel vedere un futuro prossimo, diventa determinante (Iserson, 2000; «Sudden - Sudden bereavement: a traumatic and challenging experience», s.d.).
Nonostante la reazione della famiglia, individuata come problema principale da tutti i testi, si possono però notare le diverse sfumature che questa problematica porta con sé.
Nel primo testo viene infatti interpretata come problema della famiglia, nel terzo come problema del curante, mentre nel secondo come propria all'individualità che influenza il modo di accettare l'accaduto.
Nella lezione "La morte nelle situazioni d'urgenza" di Eva Ghanfili, infermiera specializzata in medicina intensiva dell'ospedale Civico di Lugano, si sono descritte le difficoltà dei parenti di cui abbiamo già detto sopra, come la sorpresa dell'evento e il sentirsi impotente.
Per finire a scuola ci siamo soffermati anche su un importante aspetto finora non trattato: la dimensione tempo. Purtroppo, malgrado la letteratura ci insegna come sia importante dedicare tempo alle famiglie, in qualità di infermiere il "dovere ci chiama" e, dovendoci occupare di più pazienti in contemporanea, capita spesso che non ci siano le condizioni ideali per intervenire come si vorrebbe: manca il tempo necessario!

Individuare le più comuni strategie di *coping* dei famigliari confrontati a una perdita subititanea:

- Vissuto emotivo

Il vissuto emotivo viene descritto dai famigliari come essere devastante; è uno shock che ti fa sentire impauriti, abbandonati, incompresi e persi (Mary Williams OBE, 2011; Morse & Pooler, 2002).

Le persone possono avere vari tipi di reazioni (Monica Fabbiani, s.d.). Ci sono quelle di tolleranza che permettono di mantenersi lucidi e razionali: c'è adeguatezza nei comportamenti e nelle reazioni emotive; c'è autocontrollo (Monica Fabbiani, s.d.). Ci sono poi quelle iper-emotive brevi che si manifestano subito dopo la morte (Monica Fabbiani, s.d.). Reazioni che appaiono come esagerate ma che poi rientrano subito lasciando spazio alla razionalità (Monica Fabbiani, s.d.). Infine quelle gravemente "inadeguate", dissocianti, con comportamenti deliranti, aggressivi e autolesivi; irrazionali rispetto all'eveto (Monica Fabbiani, s.d.).

I sentimenti e le reazioni dei famigliari rientrano generalmente nelle prime due categorie: reazioni di tolleranza e iper-emotive brevi (Mary Williams OBE, 2011; Monica Fabbiani, s.d.).

La Dr.ssa Chiara Cimbro, che si occupa di psicolgia dell'emergenza, come già detto differenzia le vittime in quattro categorie, quelle di primo livello sono coloro che hanno subito direttamente il trauma, quelle di secondo livello sono i parenti e amici delle vittime di primo livello, quelle di terzo sono i curanti e i soccorritori della vittima chiamati ad intervenire e infine quelli di quarto sono i membri della comunità esterni alla situazione (Monica Fabbiani, s.d.).

- Stili di *coping*

Esistono diversi stili di *coping* che si possono ritrovare nelle persone in lutto (Luigi Mastronardi, 2013). Rientrano nel *coping* attivo: la ristrutturazione cognitiva, la ricerca attiva di supporti emotivi, l'accettazione e l'attribuzione di significati positivi; rientrano invece nel *coping* evitante, orientato all'emozione, la negazione, il disimpegno mentale e l'isolamento sociale (Luigi Mastronardi, 2013). Il coping evitante viene descritto dalla Dr.ssa Chiara Cimbro come la prima azione compiuta dalle persone che si trovano ad affrontare la notizia improvvisa, mentre il coping attivo rappresenta la seconda azione: le persone si avvicinano all'evento, cercano di fare chiarezza e iniziano ad accettare la situazione (Monica Fabbiani, s.d.).

A differenza di quanto asserito dal Dr. Luigi Mastronardi, nel testo « *L'uso della drammatizzazione e dell'umorismo come strategie per affrontare gli stress acuti* » gli stili di *coping* vengono suddivisi come attivo: dove la persona si confronta con la situazione che sta vivendo con le proprie emozioni e passivo: dove si distrae da ciò che sta succedendo (Monica Fabbiani, s.d.). Introduce poi il tema dell'*appraisal,* vale a dire la valutazione immediata del significato della situazione con una connotazione positiva o negativa a dipendenza dalle caratteristiche personali che interferiscono con la più o

meno accettazione del decesso (Monica Fabbiani, s.d.).
Lo studio svolto in « *Patient-Family-Nurse Interactions in the Trauma-Resuscitation Room »* parla di due stati delle persone al momento del lutto; il primo, descritto come *enduring,* sta ad indicare coloro che sopprimono le proprie emozioni concentrandosi sul presente (Morse & Pooler, 2002). Le manifestazioni sono un'espressione facciale minima, apparendo freddi e standosene in disparte (Morse & Pooler, 2002). Mentre in opposto abbiamo il secondo, chiamato *emotionally suffering* che sta ad indicare coloro che manifestano le proprie emozioni piangendo, mostrando tristezza e sconforto, necessitando un supporto per essere consolati (Morse & Pooler, 2002).
Normalmente questi due stati si alternano fra le persone per riuscire a supportarsi vicendevolmente (Morse & Pooler, 2002).
Un altro atteggiamento difensivo è dato dai meccanismi di difesa inconsapevoli: la reazione istintiva di attacco o fuga, la negazione, l'elevazione della soglia di tolleranza rispetto agli eventi incerti e il « farsi una ragione », descritti dalla Dr.ssa Chiara Cimbro (Monica Fabbiani, s.d.).
Il Dr. Robin F. Goodman infine suggerisce, come consigli per un *coping* migliore, la possibilità di condividere i propri sentimenti con altre persone che hanno subito una perdita simile, facendo attenzione ad ogni cambiamento psico-fisico che potrebbe essere correlato alla perdita; parlare con professionisti, come psicologi o psichiatri, ricercare e richiedere informazioni riguardanti la causa della morte, accettare che questi sentimenti sono corretti e temporanei e iniziare a programmare le attività quotidiane e mantenere i propri rituali per tornare ai ritmi di vita di prima (Robin F. Goodman, 2000).

<u>Suggerire in base alla letteratura le strategie (comunicative e di primo sostegno) migliori da attuare per una presa a carico di qualità della famiglia</u>

- <u>Bisogni</u>

I bisogni dei famigliari sono descritti nei testi "*Sudden bereavement: responses in the early weeks"* e *"Providing care following sudden death"*.
Nel primo testo vengono evidenziati i sintomi dei famigliari nella prima settimana subito dopo il lutto, mentre nel secondo si affronta l'importanza di capire i bisogni (Brake, 2013b).
Nelle prime settimane post lutto, le persone rimangono incredule, hanno difficoltà a svolgere le normali attività quotidiane come dormire, alimentarsi, prendersi cura di sé (Brake, 2013b). Ci possono essere delle ripercussioni a livello fisico come dolori addominali, cefalea, palpitazioni (Brake, 2013b). In questo periodo le persone necessitano protezione e sostegno nello svolgere le attività nelle quali si trovano in difficoltà o non si sentono di affrontare (Brake, 2013b). Bisogna ricordargli o aiutarli nel soddisfare i bisogni primari: alimentarsi e idratarsi, mantenere in ordine la casa, tenersi al caldo e riposare (Brake, 2013b). E' necessario valutare se ci sono gli estremi per chiedere l'intervento di qualcuno che li aiuti nella gestione dalla responsabilità di curare i figli, genitori anziani o animali domestici (Brake, 2013b).

Il secondo testo evidenzia anche l'importanza di "avere un cuore" cioè essere rispettosi, onesti, disponibili e comprensivi nei riguardi della famiglia, dei loro bisogni e delle loro richieste (Harrington & Sprowl, s.d.).
La possibilità di visionare il corpo del caro deceduto, se c'è la possibilità e se le persone si sentono pronte, permette di rispondere alle domande che i famigliari potrebbero porsi, aiuta inoltre il processo di accettazione, da' la possibilità di accomiatarsi e conduce la persona a confrontarsi con la realtà (Harrington & Sprowl, s.d.).
Entrambi i testi sottolineano l'importanza di "avere un cuore", cioè di essere disponibili, rispettosi, onesti, compassionevoli e di prendersi cura della persona in lutto che necessita aiuto per soddisfare i propri bisogni.

- Consigli

Il testo *"Breaking news of death to relatives"* spiega come gli infermieri supportano la famiglia nel momento della notifica di morte di un famigliare.
Hanno un ruolo cruciale in quanto hanno costruito una relazione nel tempo con i famigliari, rispetto ai medici e quindi possono prevedere alcune reazioni che potrebbero manifestarsi (Nursing Times, 2011). Conoscono meglio la situazione e inoltre, a differenza dei dottori, gli infermieri utilizzano un linguaggio più comprensibile (Nursing Times, 2011). Uno dei compiti è anche quello di informare i famigliari sui futuri passi da svolgere; come contattare le pompe funebri, il certificato di morte e la delicata scelta sulla donazione degli organi (National End of Life Care Programme NHS, 2011; Nursing Times, 2011).
La presa a carico della famiglia nel momento del decesso viene descritta anche nel testo *"When a person dies: guidance for professionals on developing bereavement services"*.
È indubbio che ai famigliari è meglio comunicare il decesso di persona e non telefonicamente, in modo tale da poter affrontare le loro reazioni e i loro bisogni (National End of Life Care Programme NHS, 2011). Questo permette inoltre di valutare se ci sono bambini o persone con disabilità cognitive e di conseguenza adeguare i modi e le forme della comunicazione (National End of Life Care Programme NHS, 2011).
In questi due testi si evidenzia da un lato l'importanza del supporto emotivo e relazionale e dall'altro l'importanza dell'informazione sugli aspetti più pratici: l'organizzazione delle pompe funebri e come detto la decisione in merito alla donazione degli organi.
La *"Guìa para familiars en duelo"* della società spagnola di cure palliative spiega in modo semplice cos'è il dolore. Descrive il processo d'adattamento che permette di ristabilire un equilibrio personale e famigliare. La sofferenza ha una durata variabile che dipende dal tempo necessario per adattarsi alla nuova vita (Racomandado por la sociedad espanola de cuidados paliativos, 2005). Oltre a queste spiegazioni indica come si possono aiutare le persone in lutto; come offrire il proprio appoggio; come favorire il ritorno ai ritmi quotidiani il prima possibile; come accettare e vivere il dolore;

come evitare di prendere decisioni importanti perché c'è il rischio di non essere sufficientemente lucidi; come sia utile leggere documenti e libri sul dolore per riconoscere i propri sentimenti; oppure utilizzare un diario per raccontare i propri sentimenti; come mantenere uno spazio dei ricordi; come curare i bisogni di base: come alimentarsi; come sia importante l'esercizio fisico; come ridurre le abitudini tossiche quali il fumare e il bere alcol; come anticipare i momenti difficili come il Natale e il compleanno e per finire come saper riconoscere le difficoltà e i bisogni e saper chiedere aiuto (Racomandado por la sociedad espanola de cuidados paliativos, 2005).
La famiglia rimane una fonte d'appoggio affidabile, nonostante ogni membro può vivere il lutto diversamente, per condividere i propri sentimenti perché aiuta a mantenere uniti i propri membri (Racomandado por la sociedad espanola de cuidados paliativos, 2005).
Per essere d'aiuto bisogna dedicare del tempo, essere comprensivi e disponibili all'ascolto, evitare di pronunciare frasi fatte, rispettare i momenti in cui la persona ha bisogno di ritrovarsi con se stesso e accettare la diversità del vivere il dolore (Racomandado por la sociedad espanola de cuidados paliativos, 2005).
Questa guida suggerisce, come ulteriore possibilità, quella di frequentare i gruppi di sostegno e, se ce ne fosse il bisogno, di ricorrere al sostegno di professionisti come gli psicologi (Racomandado por la sociedad espanola de cuidados paliativos, 2005).
I consigli che vengono suggeriti nel testo *"Information for bereaved people: At the beginning"* per superare i primi giorni dopo il lutto sono inizialmente il saper chiedere aiuto, il passare del tempo con persone che ti fanno sentire protetto, l'evitare di svolgere compiti che richiedono parecchia concentrazione e che possono risultare pericolosi. Bisogna riposare quando possibile, evitando di ingerire caffeina, se non si ha appetito cercare di fare piccoli spuntini nel corso della giornata e ricordarsi di bere molto (Brake, 2013a). La cosa più importante è comunque ricordarsi che la sofferenza non durerà per sempre ma che in questo precipuo momento è normale che si manifesti (Brake, 2013a).
Supportare i famigliari in lutto è fondamentale e viene ribadito anche nel testo *"Patient and families in grief: providing support"*. Necessitano supporto per accettare la perdita, per proseguire la propria vita, per stabilire obiettivi da raggiungere durante il processo del lutto affinché abbiano un impatto positivo sulla propria qualità di vita (Schub & Heering, 2013).
Il ruolo di chi supporta la sofferenza è quello di aiutare le persone a capire le proprie emozioni, assisterle durante le fasi del lutto, permettere loro di discutere sui propri sentimenti e informarli su possibili gruppi di sostegno (Schub & Heering, 2013).
Non bisogna dimenticare, in questi momenti, che le persone vivono il proprio dolore in modo differente, che non c'è un modo comune di esprimere il dolore, ad esempio gli uomini hanno maggiori difficoltà rispetto alle donne ad esprimere le proprie emozioni (Schub & Heering, 2013). I bambini vivono il dolore differentemente dagli adulti e dagli gli anziani che hanno avuto maggior esperienza con la morte e il lutto; senza dimenticare gli aspetti legati alla propria cultura e alle proprie credenze religioee (Schub

& Heering, 2013).
Nei testi "*Guìa para familiars en duelo*", "*Information for bereaved people: At the beginning*" e "*Patient and families in grief: providing support*" vengono evidenziati maggiormente gli accorgimenti e le strategie da acquisire e utilizzare nel momento in cui ci si trova confrontati con le persone in lutto. Mentre solo nei testi *"Guìa para familiars en duelo"* e *"Patient and families in grief: providing support"* ci si sofferma a come viene vissuto diversamente il dolore in base alla propria persona, cultura, religione, sesso ed età.
I consigli elencati si sono ribaditi anche nella lezione "La morte nelle situazioni d'urgenza" di Eva Ghanfili, infermiera specializzata in medicina intensiva dell'ospedale Civico di Lugano, quando elenca cosa si può fare come infermieri per i parenti: mostrare empatia, saper ascoltare, lasciar loro il tempo necessario, saper rispondere alle loro domande; in poche parole far loro quello che farebbe piacere a me.

8. Conclusione

La stesura di questo lavoro mi ha permesso prima di conoscere meglio e approfondire un tema che la società considera ancora e spesso un tabù: la morte; e poi di rispondere alle domande che mi ero posta all'inizio del percorso relativo alla gestione dei famigliari in caso di decesso improvviso.
Anche se ero consapevole che la gestione dei famigliari da parte del personale curante in questo particolare momento fosse complessa, lo svolgimento della tesi mi ha permesso di capire cosa soggiace dal punto di vista teorico e scientifico dietro ad un intervento che potrebbe sembrare semplice ma per il quale il buon senso può non bastare.
Durante la fase iniziale del lavoro di tesi ho cercato spesso di calarmi nei panni di un'infermiera confrontata con il caso reale di morte cardiaca improvvisa del suo paziente. Cosa avrei detto? Cosa avrei fatto? Come mi sarei comportata? Come avrei reagito? Questo mi ha resa consapevole della complessità dell'argomento e di come sia indispensabile avere un approccio scientifico che sia fondato da una parte sul significato della morte, in questo caso improvvisa, e dall'altra dal punto di vista psicologico ed emotivo legato alla relazione e alla comunicazione. Conoscenze indispensabili per poter intervenire in modo adeguato e rispondere ai bisogni specifici che possono variare da situazione a situazione e da persona a persona.
Adesso che sono alla fine di questo lavoro mi sentirei pronta ad afforntare questa situazione? Credo che ora dal punto di vista teorico mi sentirei più pronta, perché il mio intervento lo costruirei sulla base di una cresciuta conoscenza di quelli che sono i bisogni dei famigliari, delle loro possibili reazioni e quali sono i limiti del mio aiuto.
Resta comunque la consapevolezza dell'imponderabile, della complessità e dell'unicità della situazione che fa in modo che ci sia sempre una dimensione incontrollabile legata alle reazioni delle famiglie, a un evento traumatogeno soprattutto improvviso.

Ho acquisito degli strumenti che mi permetteranno di leggere e capire meglio le reazioni, le emozioni, gli stili di *coping*, i meccanismi di difesa che le famiglie mettono in atto davanti alla comunicazione del decesso. È però chiaro che la competenza sarà invece costruita e acquisita quando mi sarò confrontata con diverse situazioni reali.
È pur vero, che la comunicazione del decesso nella maggior parte dei casi nella nostra realtà professionale è compito del medico, in altre nazioni invece, vedi il Canada o gli Stati Uniti il compito è affidato anche ad assistenti sociali e a psicologi. Il mio ruolo di infermiera sarà perciò quello di accompagnare il medico in questo delicato compito. Quanto imparato in questo lavoro mi permetterà perciò di offrire un accompagnamento più professionale ed efficace alla persona chiamata a comunicare il decesso ai famigliari.
Durante il lavoro di tesi ho avuto l'opportunità di svolgere uno stage nel reparto di medicina intensiva, dove si è purtroppo spesso confrontati con la morte dei pazienti.
Questo mi ha permesso di vedere nella pratica quanto letto nei testi utilizzati per svolgere questo lavoro.
Concludo questa tesi con una citazione tratta dalla serie televisiva statunitense *Private Practice* uscita nel 2007 diretta da Michael Grossman dove si può ritrovare la realtà dei primi giorni dopo il decesso della persona cara prima che inizi il processo dell'accettazione.
L'attrice Amy Brenneman, interpreta il ruolo di una psicoterapeuta e mamma che si trova confrontata con la morte improvvisa del marito. Un giorno partecipando al gruppo di sostegno si apre alle sue emozioni: "Un paio di calzini lisi, una tazza sporca di caffè, una bolletta non pagata, gli occhiali poggiati sul comodino, il calendario da tavolo fermo per sempre su quell'indolente mercoledì. Ricordi di te restano intatti, eterei, come se toccandoli rischiassi di perderti per sempre. Te ne sei andato eppure sei ancora qui, e domani non farà cosi male. Io sono una psicoterapeuta, quindi dovrei sapere come vanno queste cose. Ho seguito tante persone durante le cinque fasi del lutto, magari potessi rispettare la lista e sapere ogni volta cosa mi aspetta. Ma in realtà le cose non succedono in un ordine specifico. Alcune persone non ne sperimentano nessuna, altre restano bloccate in una fase per molto tempo.
Mio figlio ha tre anni, e non capisce cos'è successo. Razionalmente lo accetto ma ogni volta che mi chiede dov'è papà devo ricordarmi di respirare. Ogni sera quando lo metto a letto io gli dico: "Ti voglio bene" e lui: "Ti voglio bene" e poi mi chiede: "Dov'è papà?" e io glielo ripeto, mi ci sono quasi abituata... Ma ieri sera è stato diverso: "Ecco qua amore, Occhibelli (peluche) ti terrà compagnia, ti terrà stretto stretto. Ti voglio bene" "Ti voglio bene mamma… anche a te papà".
Mio figlio ha raggiunto la fase dell'accettazione, sa che suo padre non tornerà più. E questo mi spezza il cuore."(Grossman, 2007).

9. Bibliografia

Bernardelli Stefano, Patanè Alfio, Bertacco Martina, Allegrini Elisabetta. (2014, novembre). La resilienza negli infermieri delle terapie intensive: uno studio osservazionale.

Brake. (2013a). Information for bereaved people: at the beginning. www.suddendeath.org.

Brake. (2013b). Sudden bereavement: responses in the early week. www.suddendeath.org.

C. Schmied & M. Borjesson. (2013). Sudden cardiac death in athletes. *Journal of INTERNAL MEDICINE*.

Ceccotti, A. (s.d.). La comunicazione del decesso ai familiari nelle emergenze. Recuperato da http://brescia.ipasvibs.it/images/atti/2015/CIVES/ceccotti%20-%20lutto.pdf

Chiara Cimbro. (s.d.). Reazioni emotive alle emergenze negli adulti e nei bambini. Istituto Europeo di Psicotraumatologia e Stress Manangement.

Colusso Luigi. (2014). *Il colloquio con le persone in lutto. Accoglienza ed elaborazione* (seconda ristampa). Trento: Edizione centro studi Erikson S.p.A.

Deo, R., & Albert, C. M. (2012). Epidemiology and Genetics of Sudden Cardiac Death. *Circulation*, *125*(4), 620–637. https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.111.023838

Donini, D. G. (s.d.). Resilienza: trasformare gli eventi. Recuperato da http://www.iscrainstitute.com/wp-content/uploads/downloads/2013/02/tesi-SOLDA-2012.pdf

Dr.ssa Baldini Elena, Dr.ssa Boselli Lorenza, Dr.ssa Piazza Silvia. (2002). Emozioni e

reazioni di coping in situazioni di emergenza. Recuperato da http://www.counselling-care.it/pdf/pdf_psico/psicotrauma73.pdf

Elisabeth Kübler-Ross. (2015). *La morte e il morire* (1a edizione, 17a ristampo). Assisi: Cittadella Editrice.

Fanny Hofer, Florence Fellmann, Jürg Schläpfer and Katarzyna Michaud. (2014). Sudden cardiac death in the young (5-39 years) in the canton of Vaud, Switzerland. BMC Cardiovascular Disorder.

Francesco De Rosa, & Scarpelli Gianfranco. (2004). *La morte cardiaca improvvisa nel bambino e nell'adulto*. Padova: PICCIN.

George A. Bonanno. (2005). Perdita, trauma e resilienza umana. Abbiamo sottovalutato la capcità dell'uomo di superare indenne eventi estremamente avversativi? *Nuove tendenze della psicologia*, *3*(3), 339–360.

Grossman, M. (2007, 2013). Buon dolore. *Private Practice*. Episodio 3, stagione 6

Handsley, S. (2001). «But what about us?» The residual effects of sudden death on self-identity and family relationships. *Mortality*, *6*(1), 9–29. https://doi.org/10.1080/13576270020028610

Harrington, C., & Sprowl, B. (s.d.). Providing Care Following Sudden Death. *Travail social canadien*. Recuperato da https://www.researchgate.net/profile/Raluca_Bejan/publication/267625810_I_love_my_job_butA_portrait_of_Canadian_social_workers'_occupational_conditions/links/547fcc440cf250f1edbfa719.pdf#page=51

Il concetto di resilienza nel contesto infermieristico - Rivista l'Infermiere N°4 - ECM. (s.d.). Recuperato 23 luglio 2016, da http://www.ipasvi.it/ecm/rivista-linfermiere/rivista-linfermiere-page-16-articolo-196.htm

Iserson, K. V. (2000). Notifying survivors about sudden, unexpected deaths. *Western*

Journal of Medicine, *173*(4), 261.

James A. Fain, & Vellone, E. (2004). *La ricerca infermieristica: leggerla, comprenderla e applicarla* (2a ed.). Milano: McGraw-Hill.

James, & Vellone E. (2004). *La ricerca infermieristica: leggerla, comprenderla e applicarla* (2a ed.). Milano: McGraw-Hill.

Kathleen Stassen Berger. (1996). *Lo sviluppo della persona. Periodo prenatale, infanzia, adolescenza, maturità, vecchiaia* (Prima edizione italiana condotta sulla terza americana). Zanichelli.

Lazarus, R. S. (1993). From Psychological Stress to the Emotions: A History of Changing Outlooks. *Annual Review of Psychology*, *44*(1), 1–22. https://doi.org/10.1146/annurev.ps.44.020193.000245

Luigi Mastronardi. (2013). Le strategie di coping.

Malaguti E. (2005). Educarsi alla resilienza. Centro studi Erikson.

Mary Williams OBE. (2011). Coping with grief when someone you love dies suddenly. www.suddendeath.org.

Matteo Selvini, Anna Maria Sorrentino, Maria Chiara Gritti. (2012, ottobre 1). Promuovere la resilienza «indiviuale-sistemica»: un modello a sei fasi.

Monica Fabbiani, I. europeo di psicotraumatologia e stress M. (s.d.). L'uso della drammattizzazione e dell'umorismo come strategie per affrontare gli stress acuti. Recuperato da http://www.psicotraumatologia.org/download/drammatizzazione.pdf

Morse, J. M., & Pooler, C. (2002). Patient-family-nurse interactions in the trauma-resuscitation room. *American Journal of Critical Care*, *11*(3), 240–249.

mòrte in Vocabolario - Treccani. (s.d.). Recuperato 28 settembre 2016, da http://www.treccani.it//vocabolario/morte

National End of Life Care Programme NHS. (2011). When a persone dies: guidance for professionals on developing bereavement services.

Nursing Times. (2011). Breaking news of death to relatives, *107*(5), 12–15.

Paula J.Wells. (2003, maggio). Preparing for Sudden Death: Social Work in tge Emergency Room. Notes frome the Field.

Priori, S. (2001). Task Force on Sudden Cardiac Death of the European Society of Cardiology. *European Heart Journal*, *22*(16), 1374–1450. https://doi.org/10.1053/euhj.2001.2824

Racomandado por la sociedad espanola de cuidados paliativos. (2005). Guìa para familiares en duelo.

Robin F. Goodman, C. A. P. A. (2000). Copng with grief after a sudden death. www.suddendeath.org.

Sala et al., V. (2006). Revisione sistemiche- breve guida all'uso.

Schub, T., & Heering, H. (2013). Patients and families in grief: providing support.

Schützengerg Anne Ancelin, & Bissone Jeufory Evelyne. (2014). *Uscire dal lutto. Superare la propria tristezza e imparare di nuovo a vivere* (prima ristampa seconda edizione). Di Renzo Editore.

Sharon Anne Newton. (2011). *Relatives' and nurses' experiences of sudden death in Accident and Emergency department* (Studio qualitativo). the University of Huddersfield.

Sironi, C. (2010). *Introduzione alla ricerca infermieristica: i fondamenti teorici e gli elementi di base per comprenderla nella realtà italiana*. Rozzano: Casa Editrice Ambrosiana.

Smith, R. (2000). A good death. *BMJ : British Medical Journal*, *320*(7228), 129–130.

Sudden - Sudden bereavement: a traumatic and challenging experience. (s.d.).

Recuperato 17 novembre 2016, da http://suddendeath.org/help-for-professionals/online-guidance/2-uncategorised/75-challenginggrief

Sudden - Sudden bereavement: Viewing the body. (s.d.). Recuperato 26 maggio 2016, da http://www.suddendeath.org/help-for-professionals/online-guidance/2-uncategorised/79-guidanceviewing

Vitale, I. (2015, agosto 12). La Psicologia del Lutto: Definizione, Freud, Cosa Fare. Recuperato 22 luglio 2016, da http://www.igorvitale.org/2015/08/12/la-psicologia-del-lutto-definizione-freud-cosa-fare/

Walsh Froma. (2008). La resilienza familiare. Raffaello Cortina Editore.

Wolin S. e Wolin S. (1993). The resilient Self: how surviviors of troubled families rise above adversity. Villard New York.

Zuliani, A. (2010). *La morte improvvisa - Familiari e soccorritori: comunicazione, rapporto e conffronto* (Croce rossa italiana). Tipografia Comuna, Brescia.

Letteratura grigia:

Ghanfili, E (2016). *La morte nelle situazioni d'urgenza* (Modulo di accompagnamento alla morte, SUPSI, Manno, Svizzera). Tratto da www.icorsi.ch

LT approvato in data: