

legati all'operatore, al paziente e al tipo di sofferenza che bisogna fronteggiare. Un modo per ovviare a questo problema è quello di scomporre il problema, dividerlo in step, ognuno dei quali possa essere raggiunto con maggiore facilità.

Un esempio pratico: anche un infermiera esperta può trovarsi in difficoltà di fronte ad un routinario prelievo del sangue. Per questa ragione è pratica frequente seguire la tacita regola del "Terzo buco", ovvero l'autoimposizione di non andare oltre al secondo tentativo fallimentare di inserire l'ago al paziente, ma di avvalersi dell'aiuto di un altro operatore. Questo episodio non è sintomo di incapacità o di maldisposizione nei confronti del degente, tutt'altro: è una prova di responsabilità da parte dell'infermiera, che preso atto della difficoltà temporanea nello svolgere la pur semplice mansione, delega ad altri il compito salvaguardando la salute del paziente.

- **Ruminazione**

Portare alla memoria l'evento vissuto ed elaborare in un secondo momento la dinamica dello stesso può aiutare nell'individuazione di errori e possibili soluzioni al problema per motivi differenti: da una parte si osserva che la lucidità mentale facilita la messa in atto di strategie di coping funzionali, dall'altra la presa di coscienza degli errori stessi offre lo spunto per una migliore condotta futura.

- **Condivisione**

Cercare una soluzione ad un problema, specialmente in situazioni nuove di cui non abbiamo padronanza completa, non è sempre facile. Per questa ragione il confronto e la condivisione, (dal latino *cum-dividere, spartire insieme a...*), dell'esperienza può diventare efficace per raggiungere l'obiettivo prefissato, per accendere uno scambio continuo e migliorare il servizio nostro e degli altri soggetti coinvolti.

EMOZIONI E STRATEGIE DI COPING DEGLI OPERATORI NEL CONTESTO OSPEDALIERO DI FRONTE AD EVENTI AD ALTO IMPATTO EMOTIVO

Rita Ciceri*, Federica Biassoni*, Candida Villa**
Davide Di Fabio* (editing)



* Laboratorio di Psicologia della Comunicazione
Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano,

**A.O. San Gerardo, Monza, Corso di laurea in Scienze Infermieristiche

Sommario

1. Reagire al dolore

- Il coping
- Coping primario e secondario

2. A viva voce

3. Le strategie

Nel momento in cui si estingue l'emergenza, l'evitamento emotivo può, invece diventare meno efficace o controproducente, poiché non permette al soggetto di comunicare l'emotività che è stata occultata durante l'intervento, che non può quindi essere in seguito condivisa e superata, per raggiungere nuovamente l'equilibrio interno.

• **Fuga**

"Quando non può lottare contro il vento e il mare per seguire la sua rotta, il veliero ha due possibilità: l'andatura di cappa che lo fa andare alla deriva, e la fuga davanti alla tempesta con il mare in poppa e un minimo di tela. La fuga è spesso, quando si è lontani dalla costa, il solo modo di salvare barca ed equipaggio. E in più permette di scoprire rive sconosciute che spuntano all'orizzonte delle acque tornate calme. Rive sconosciute che saranno per sempre ignorate da coloro che hanno l'illusoria fortuna di poter seguire la rotta dei carichi e delle petroliere, la rotta senza imprevisti imposta dalle compagnie di navigazione. Forse conoscete quella barca che si chiama *desiderio*."

"...perseguire un obiettivo che cambia continuamente e che non è mai raggiunto è forse l'unico rimedio all'abitudine, all'indifferenza, alla sazietà. E' tipico della condizione umana ed è elogio della fuga, non per indietreggiare ma per avanzare. E' l'elogio dell'immaginazione mai attuata e mai soddisfacente".

(Henri Laborit, "Elogio della fuga")

• **Diluizione**

L'evitamento risulta essere efficace solo se usato temporaneamente, poiché consente di guadagnare tempo e risorse preziose. Non può, tuttavia, divenire l'unica strategia, poiché l'evento emotigeno non si dilegua semplicemente in virtù del fatto che lo si ignora. Viene definita diluizione la possibilità di prepararsi ad affrontare per gradi ciò che si valuta come pericoloso o di difficile superamento. Affrontare un evento ad alto impatto emotivo risulta spesso molto difficile a causa di fattori per loro stessa natura differenti, oltre che strettamente

Le strategie

Il passaggio cruciale dalla reazione all'azione è veicolato dall'esperienza e dalla possibilità di riflettere su di essa per cambiare le informazioni che abbiamo nella nostra memoria dell'evento emotigeno. La reazione cede il passo all'azione grazie alla possibilità da un lato di modificare le informazioni in memoria che consentono la valutazione dell'evento e dall'altro in virtù della capacità di prevedere e calibrare la forza della reazione emotiva del sistema.

Per reagire dinnanzi a situazioni ad alto impatto emotivo, per poter far fronte alla sofferenza non solo dei pazienti, ma anche dei parenti con i quali entriamo in contatto, non esistono strategie corrette o sbagliate in se stesse, non esistono modalità di coping funzionali o disfunzionali a priori.

Ciò che senza dubbio va evitato è la reiterazione della stessa strategia senza prendere in considerazione il contesto e gli agenti coinvolti.

Riportiamo di seguito alcune delle strategie più ricorrenti:

- **Distanziamento ed evitamento emotivo**

In contesti di emergenza, come ad esempio assistenza e primo soccorso, è frequentemente utilizzato per affrontare la situazione emotigena, il distanziamento emotivo. L'elevata efficacia riportata dagli operatori, oltre al vasto impiego di tale strategia, porta ad ipotizzare che questa sia, durante l'emergenza, in effetti, adattiva e funzionale alla situazione: permette infatti di mantenere alto il livello di attenzione sul compito da svolgere, di agirlo in maniera efficiente, soprattutto se consideriamo la limitatezza dei tempi, e di fare scelte determinanti per la sopravvivenza del paziente.

Reagire al dolore

Il coping ?

Il coping viene definito come un processo dalle molte componenti, connesso alla capacità da parte del soggetto di "far fronte" a situazioni dalla forte valenza emotiva (Scherer, 1984; Frijda 2001); per questo motivo un coping dall'esito positivo costituisce uno dei principali indizi di benessere percepito dalle persone rispetto sia al compito da affrontare sia all'ambiente in cui si trovano a operare.

"Le strategie di coping che le persone utilizzano per negoziare i cambiamenti di vita quali le transizioni lavorative possono influenzare in maniera significativa sia il benessere che accompagna le transizioni stesse, sia il potenziale d'impiego futuro" (Hanisch, 1999).

Frydenberg definisce il coping come "capacità di far fronte alle situazioni" (Frydenberg, 1997). Lazarus parla di "stili di coping" come "l'insieme di pensieri e sentimenti che le persone mettono in atto per gestire situazioni difficili, impreviste o preoccupanti" (Lazarus e Folkman, 1987). Da tutto questo emergono tre aspetti:

- a. il legame del coping con il contesto;
- b. la sua natura di tentativo;
- c. la sua identità di processo in cambiamento.

Sono state inoltre differenziate risposte di coping volontarie, involontarie e automatiche (Skinner, Wellborn, 1994)

Al di là della numerosità delle definizioni, da cui si può dedurre la complessità del costrutto; si può ricondurre il coping ad una serie di tratti distintivi:

- Il coping presenta molte funzioni, tra le quali la regolazione dello stress e la gestione delle cause;
- Il coping è influenzato dalle caratteristiche valutate del contesto stressante, inclusa la sua controllabilità;
- Il coping è influenzato dalle disposizioni personali, tra le quali

l'ottimismo e l'estroversione;

- Il coping ha tra gli obiettivi anche quello di elevare il benessere personale, pur se non sempre le strategie adottate sono efficaci, nel breve o nel lungo periodo.

Frydenberg e Lewis distinguono fra:

- coping orientato al problema, quando le azioni messe in atto sono tese ad agire sul contesto per risolvere le difficoltà;
- coping orientato all'emozione, quando la persona agisce non tanto per modificare la situazione, quanto per intervenire sul proprio vissuto emotivo, contenendo le ansie.

Inoltre dalla letteratura emergono sei fondamentali strategie di coping:

1. Ricerca di supporto sociale: sottende la tendenza a condividere il problema con altri, per cercare una soluzione ad esso. Il problema viene affrontato, ma è richiesto un sostegno esterno.
2. Analisi e valutazione della situazione: è una strategia fortemente centrata sul problema che implica un'azione sistematica, ma anche impegno, ambizione, industriosità. Il problema è direttamente e consapevolmente preso in carico dalla persona.
3. Ricerca e appartenenza/desiderabilità: tendenza a porre in primo piano l'esigenza di occuparsi della propria relazione con gli altri. Il problema passa in secondo piano, perché prevale l'esigenza di conforto emotivo da parte di altri significativi.
4. Rifiuto/evitamento del problema: implica un consapevole rifiuto del problema che appare impossibile da risolvere: soluzione di esitamento allo "stato puro".
5. Ricerca di distrazioni rilassanti/consolatorie: tendenza ad evitare il problema concentrandosi su di una attività piacevole fisica o intellettuale. Il problema viene evitato, ma manca il rifiuto esplicito.
6. Autocolpevolizzazione/autocritica: indica il prevalere di una modalità emotiva pervasa da preoccupazione e dal senso di rinuncia. La situazione è percepita dalla persona come segnale di un fallimento personale. Le strategie di coping che le persone utilizzano per negoziare i cambiamenti di vita quali le transizioni lavorative possono influenzare in maniera significativa sia il benessere che accompagna le transizioni

sempre di me. Ho seguito tutta la sua agonia e provavo un senso di vuoto davanti a una sofferenza così grande, ma quando lei mi guardava o mi sorrideva, mi faceva sentire qualcuno, qualcuno che nel suo piccolo era riuscito a fare qualcosa, benché piccolo, per una persona che in quel momento stava soffrendo moltissimo. Quando è morta ricordo di aver fatto uno sforzo enorme per trattenere le lacrime. Anche perché erano presenti i parenti ma ancora oggi pensando a lei mi ritornano le lacrime agli occhi.

Durante un turno in ospedale dovevamo tener controllati i parametri di un degente. Andati via dopo aver finito il turno, io ed un mio collega siamo risaliti perché aveva dimenticato del materiale e siamo venuti a conoscenza della morte del degente. La morte è avvenuta nel frattempo che scendevamo e risalivamo con l'ascensore al decimo piano.

Lì per lì ci sono rimasto un po' ma poi non mi è più tornato in mente.

Mi ha toccato particolarmente vedere una signora ricoverata abbastanza giovane, per un tumore. Questa signora purtroppo peggiora da un giorno all'altro da quando ho iniziato il tirocinio. Mentre prima era autosufficiente, ora non riesce neanche ad alzarsi dal letto e alimentarsi. E per questo le hanno dovuto mettere la PEG. Mi è capitato di dover andare nella sua camera per cambiarla e vedendola così soffrire ho dovuto trattenere le lacrime e quella che mi ha fatto star ancora più male è il fatto che purtroppo non ha speranza di sopravvivere poiché il tumore ha ormai metastasi. So che non è giusto ma adesso cerco, se possibile, di entrare poche volte nella sua camera perché so che ogni volta sto troppo male a vederla così. Il modo con cui affronto questa situazione è più che altro una "fuga".

bagno una signora svenuta (che aveva battuto la testa). Il giorno dopo la signora è entrata in coma e poi è morta. Mi sono sentita diciamo toccata perchè era una signora tranquilla che viste le altre era "sana". Ho affrontato la situazione in maniera abbastanza positiva.

Nei confronti del parente: vicinanza e rispetto, distacco personale.

Nei confronti del defunto: distacco, rispetto.

Dispiacere e distacco.

Distacco e indifferenza

Nell'esperienza professionale non ho ancora provato nessuna emozione. Nonostante questo una mattina con l'infermiera referente "ho trovato" una persona ricoverata lì da noi morta e questo non mi ha suscitato nessuna emozione, forse perché non ero riuscita ancora ad entrare in contatto con lui o forse perché è stata una cosa così improvvisa che non ho avuto neanche il momento di rifletterci ma sono sicura che se doveva capitare ad una persona a cui mi sono in qualche modo affezionata potrebbe provocarmi emozioni molto forti. Con questo però non voglio dire che non mi sia dispiaciuto per la situazione per la persona e per i famigliari rimasti in vita.

E' morta una persona, un uomo, 80 anni circa.

Nella camera accanto era ricoverata anche la moglie.

La moglie ha saputo dell'accaduto solo dopo qualche ora.

Io e altre tre persone abbiamo accompagnato la moglie a salutare un'ultima volta il marito. Steso su un lettino isolato in una camera. La moglie si è alzata, ha abbracciato il marito, lo accarezzava... piangeva e continuava a ripetere "Carletto perché l'hai fatto, perché non ti muovi, rispondimi, apri gli occhi, stringimi la mano...".

Scena straziante.

In realtà questa situazione "mi ha toccato profondamente" nel momento in cui l'ho proiettata sulla mia vita, nel momento in cui ho cercato di immaginarla nella mia famiglia.

In quel momento davanti alla moglie non ho detto niente. Ho solo lasciato che lei parlasse con il marito. La mia modalità di affrontare la situazione è stata il silenzio.

Perché un giorno una persona mi ha detto che quando non si sa cosa dire, meglio non dire niente.

Durante il primo tirocinio, in medicina prima, dopo la prima settimana una signora mi è morta tra le braccia. Questa signora si era molto affezionata a me e io a lei. A tal punto che per ogni cosa anche la più banale chiedeva

stesse, sia il potenziale d'impiego futuro" (Hanisch, 1999).

La conoscenza e la comprensione di modelli di coping specifici per contesti e situazioni sembra dunque essere importante per sviluppare azioni di consulenza sia rivolte a soggetti adulti, sia rivolte ad adolescenti, i quali pur facendo parte di una fascia di età meno indagata negli studi sul coping, rispetto alle strategie di fronteggiamento degli eventi stressanti da parte degli adulti, ha tuttavia visto ultimamente un interesse crescente.

Coping primario e secondario

Lazarus (1966, 1975), nella valutazione delle differenti modalità di "far fronte a", mette in evidenza una sostanziale differenza tra coping primario e coping secondario:

- Il **coping primario** viene inteso come capacità di far fronte all'evento che ha attivato l'emozione.
- Il **coping secondario** cerca invece di far fronte alla reazione emozionale provata dal soggetto.

Inoltre vengono distinti coping attivo e coping passivo:

- Consideriamo **coping attivo** la preparazione dell'organismo ad agire, mentre **coping passivo** la preparazione dell'organismo alla difesa (attesa, resistenza, ecc).

A viva voce

Di seguito riportiamo alcuni report di studenti come voi che hanno raccontato la propria esperienza di fronte alla sofferenza, al dolore e alla morte.

La consegna fornita agli studenti è stata: “Pensa ad una situazione, tratta dalla tua esperienza professionale, in cui ti sei trovato a contatto con la sofferenza, il dolore, la morte. Ricordi cosa hai provato, quale valenza emotiva ha avuto per te quella circostanza? Quanto ti sei sentito “toccato/a”, quale è stata la tua “tenuta emotiva”, quale la tua modalità di affrontare la situazione? Prova a descrivere qui di seguito la tua esperienza”.

Nel corso del tirocinio nel reparto di pneumologia ho vissuto un'esperienza di sofferenza dolore e morte che mi ha vista coinvolta da vicino in quanto i parenti della persona defunta si sono sfogati con me sia durante la fase di “agonia”, in cui la persona assistita era in coma, sia nel momento in cui è morta.

La prima sensazione che ho provato è stata di inadeguatezza di fronte ad un momento della vita così forte; inadeguatezza nel non sapere come confortare i parenti che piangevano sulla mia spalla e mi domandavano “perché?” disperati. Io non ho saputo dire molto, mi sono occupata della persona assistita, le applicavo impacchi freddi, le misuravo la temperatura i parametri vitali e ho abbracciato la figlia di questa persona che chiedeva delle risposte. Ma ne esistono davvero? La sofferenza ha davvero un valore per chi rimane da solo? Forse ci si accorge di quanto una persona valga per noi, di quanto bene le vogliamo, e di quanto ci mancherà.

Le mie prime esperienze con la sofferenza, il dolore e la morte, si può dire che le ho vissute entrambe con la stessa persona. E' stata al primo tirocinio, dove ho conosciuto questa signora, all'inizio sofferente ma ancora con tanta voglia di combattere contro la sua malattia (leucemia), ma dopo un po' ha cominciato forse a capire che non ce la faceva più poiché la sofferenza fisica la stremava. Mi dispiaceva tanto vederla soffrire, ma comunque cercavo sempre di stare con lei quanto più possibile. Cercavo di aiutare lei, ma anche suo marito che soffriva in silenzio davanti alla moglie in camera, ma che appena usciva in corridoio scoppiava in lacrime.

Il giorno che è morta, mentre era ancora agonizzante avevo paura, non sapevo che fare, che dire anche con il marito, per cui stavo zitta e piuttosto facevo parlare lui, che in quel momento aveva tanto bisogno di avere qualcuno che lo ascoltasse.

Assistendo una signora in gravi condizioni ho avuto la possibilità di dialogare con la figlia. E' stato interessante poter conoscere le sue emozioni, i suoi dispiaceri e dolori nei confronti della madre ma allo stesso tempo sentivo il bisogno di dirle qualcosa che potesse confortarla volevo che sapesse che anch'io nella mia piccola parte provavo e tuttora provo dispiacere per questa situazione.

Non sono riuscita molto, a mio parere, a trasmetterle quanto provavo ma allo stesso tempo penso che quei pochi minuti trascorsi tra loro, tra due persone legate da un legame così forte mi hanno insegnato o almeno hanno integrato la mia esperienza professionale.

So che imparerò a gestire meglio il dispiacere e magari anche a dare un sollievo per quanto possibile in una situazione così triste. Ora posso fare del mio meglio stando vicino e aiutando le persone che ne hanno bisogno, e anche solo con un sorriso sono presente.

Poco tempo fa sono stata a contatto con la morte. Ero all'interno della stanza della persona assistita ed è successo tutto all'improvviso, mentre stavo parlando con i parenti la persona è deceduta. Mi sentivo impietrita, spaesata e impotente, non sapevo né cosa dire né cosa fare. Quando sono uscita dalla stanza ero shockata non sapevo cosa mi stesse accadendo e cosa stavo provando. La morte mi ha fatto paura e mi ha fatto scappare dalla situazione che stavo vivendo.

Se n'è andata quasi due mesi fa...

Lei era una donna, alta, sorridente, molto gentile. Il trovarla in quel letto il primo giorno di tirocinio è stata una sorpresa, brutta purtroppo...perché la conoscevo già...L'ho assistita nel suo periodo di sofferenza, le parlavo e l'aiutavo nei gesti quotidiani...lei era forte, dava forza alle persone che le stavano intorno ma quel male maledetto è stato più forte...e io ti porterò nel cuore...

Sofferenza dolore e morte sono esperienze quotidiane nell'ospedale. Non sono mai venuto a contatto con la morte durante la mia esperienza professionale, in ogni caso davanti a queste esperienze si può avere “benessere” se si trova senso in queste o quantomeno se le si può guardare con speranza.

Sono esperienze che tutti toccano prima o poi, nessuno scappa per cui non possono non “toccare”. Davanti a questo mi sento chiamato a non lasciare la persona e stare con lei per questo suo bisogno. Il fatto di avere qualcuno, di non sentirsi abbandonato fa vivere questa esperienza con una maggiore serenità.

In questo mio secondo tirocinio mi sono trovato a contatto con la morte quando un mio secondo turno io e le mie compagne abbiamo trovato in

da.

Ho provato molta tristezza dentro di me tanto che la avvertivo anche durante il week-end (i giorni in cui non ero a tirocinio) e continuavo a chiedermi cosa gli stesse succedendo, come lo avrei trovato al mio ritorno in ospedale.

Inoltre questa situazione si è molto accentuata quando ho visto la sofferenza dei famigliari intorno a lui, soprattutto la moglie che cercava conforto da me. Raccontandomi la sua vita e la sua difficoltà nel vederlo in quello stato e allo stesso tempo doveva farsi forza a sorridere di fronte a lui.

A volte quando entravo in quella stanza non riuscivo a trattenermi dal piangere e scappavo in bagno senza dire niente.

È stato molto bello quando un giorno prima di finire il turno, salutai quell'uomo riuscendogli a strappare un sorriso.

È un ricordo che ho ancora nel cuore.

Ero appena arrivata nel mio secondo reparto, completamente diverso dal primo, son passata da un reparto di oculistica a uno di medicina d'urgenza...

Dopo circa una settimana che ero lì è arrivato il signor A. da subito il suo quadro clinico era critico. Lo davano ormai per spacciato, era in coma epatico. Da subito mi son avvicinata a lui in modo particolare, ancora oggi mi chiedo come mai... Ogni due per tre ero lì da lui, mi prendevo cura della sua igiene, gli davo da mangiare, mi raccontava la sua vita...nel giro di pochi giorni le sue condizioni erano migliorate anche sua figlia mi diceva che da quando c'ero io suo papà stava molto meglio...anche i dottori dicevano che stava molto meglio. Mi chiamava Stellina e ogni volta che arrivavo mi donava dei belli e grandi sorrisi, ogni volta che andavo via dicevo ai miei compagni del turno successivo di prendersi cura di lui...così per circa una settimana, credevo di "aver cambiato il suo destino". Invece mi sbagliavo. Un pomeriggio notai che le sue condizioni stavano peggiorando, non voleva mangiare e non voleva che stessi là a vederlo soffrire...me ne andai triste...mi sentivo sconfitta, qualcosa di più grande e forte di me era riuscito a impossessarsi di lui...era in coma con poche possibilità anzi nessuna di miglioramento. I giorni successivi la situazione continuò a peggiorare quando un pomeriggio correvo in reparto per poter vedere come stava un mio compagno mi dice di non essere triste ma che il signor A non c'era più...forse per orgoglio riuscii a non far cadere neanche una lacrima ma il reparto non mi sembrava più quello di prima, sentivo un vuoto intenso e una mancanza assurda, quasi inspiegabile in fondo per me era una persona conosciuta da poco, ma aveva lasciato un vuoto immenso dentro di me e nel mio cuore, ma soprattutto l'idea di non esser riuscita a fare tutto per lui non mi dava pace.

Poi quando la signora è morta ed era lì sul letto priva di vita ho capito che la morte era essenziale e che ho preferito vederla in quello stato e non mentre soffriva atrocemente.

Recentemente mi è capitato di venire a contatto, attraverso la prestazione di un'igiene a letto, con una persona sofferente di tre lesioni da decubito, di cui una di terzo stadio lombo sacrale.

Qualsiasi tipo di contatto minimo le provocava dolore intenso accompagnato da una sofferenza al limite della sopportazione. In quei momenti il mio terrore di un'eventuale mossa sbagliata che avrebbe potuto accentuare la sofferenza della persona era accompagnato da una resistenza interiore che mi permetteva di andare avanti nell'attuare la mia prestazione. La lucidità mentale mia era in quel momento un po' offuscata dalle urla continue della persona colpita da questi feroci segni clinici dopo essere stata medicata. Abbiamo studiato la posizione idonea alla persona a non sentire dolore, l'abbiamo trovata e la sofferenza della persona si placò in un breve istante. Ciò ha contribuito ad alleviare anche la mia sofferenza che dentro di me era accompagnata da rabbia per non essere comunque riuscito a distruggere il suo dolore.

Non ho avuto molte esperienze di questo tipo, ma quando ho fatto il tirocinio in medicina d'urgenza mi è capitato di assistere un paziente che era in fase terminale. Quel giorno stavo facendo l'igiene a questa persona con un'infermiera. Si vedeva che era molto peggiorato, infatti l'infermiera diceva che non c'era più niente da fare, ma io non ci credevo ancora quando mentre lo stavo prendendo per spostarlo, and un tratto non respirava più. Io in quel momento non sapevo più cosa fare non mi rendevo neanche conto di cosa stesse succedendo; l'infermiera invece tranquillamente, fredda e indifferente ha continuato a sistemare la persona.

Forse perché sono talmente abituati ad assistere ad un evento del genere, ma io in quel momento ho avuto delle sensazioni così strane, era come se non fosse successo niente ed era ancora vivo. Poi dopo ripensandoci piano piano ho iniziato a capire a cosa ho assistito.

Io non vorrei mai abituarci a questo tipo di evento, penso che un po' di freddezza ci vuole in questi casi perché nel nostro lavoro è difficile andare avanti, ma io spero di non perdere mai quel senso di sofferenza e di interessamento che questo tipo di evento può portare.

Durante la mia esperienza professionale mi sono trovato diverse volte a confronto con la sofferenza e il dolore, poco con la morte.

Di tutti questi episodi che ho incontrato in ospedale una mi è rimasta impressa nella mente, suscitando molte emozioni.

Un giorno mi trovavo in infermeria, tutto ad un tratto incomincio a sentire

delle voci di sofferenza provenire da una camera. Entro in camera e vedo la persona sdraiata a letto che piangeva a causa dei forti dolori che aveva in quasi tutte le parti del corpo. In quell'istante non sapevo come reagire, non sapevo cosa dire, quindi mi sentivo a disagio. La persona man mano piangeva sempre di più ed io mi sentivo più male ad un tratto. Dopo quegli attimi di paura e soprattutto disagio, sono riuscito ad avvicinarmi e parlare con la persona confortandola dicendo di tenere duro e da quel momento in poi mi sono sentito più sereno e tranquillo anche perché la persona ha incominciato a sorridere nonostante il dolore. Dopo alcuni giorni è morto.

Mi è capitato in medicina di trovarmi di fronte a una situazione di morte. Si tratta di una donna di 40 anni circa con figli ancora molto giovani. Alla signora è stato diagnosticato un tumore ormai in fase avanzata. È morta dopo circa 15 giorni.

È un'esperienza che mi ha toccato molto mi sono sentita impotente ma nello stesso tempo cercavo di non lasciarmi coinvolgere completamente. Avevo paura di non riuscire a continuare a svolgere tale professione se ciò mi fosse accaduto.

Il momento peggiore è stato quello in cui i parenti della persona erano disperati piangenti nella camera di degenza o nel corridoio (giorno in cui la donna muore).

Mi sono sentita inadeguata non sapevo come fronteggiare la situazione. L'emozione è difficile da tenere sotto controllo non sapevo in che modo avrei potuto essere loro d'aiuto. Era meglio lasciarli in pace da soli?

Avevano bisogno di qualche parola di conforto? E quale?

Si ha anche la tentazione di evadere la situazione.

Nella mia breve esperienza professionale di tirocinio ho conosciuto una persona che nel giro di pochi giorni è deceduta. Ho assistito questa persona nella fase di pre-morte e pian piano l'ho vista spegnersi.

Nella fase pre-morte sembrava avere acquistato un po' di vitalità, aveva ripreso a mangiare e notavo in lui una certa speranza nonostante le sue terminali condizioni; nello stesso tempo che si era ripreso è entrato in coma. La mattina inizia il turno e vado a trovarlo, vedo che ormai ha la schiuma alla bocca e fatica a respirare. Mi aspettavo tutto questo anche perché ero a conoscenza delle sue condizioni; nonostante tutto mi ha un po' turbato soprattutto perché era solo, nessun parente era rimasto a vegliarlo. Vederlo in coma mi ha toccato ma sono riuscito a reagire senza darmi coinvolgere più di tanto. È rimasto un avvenimento al di fuori della mia vita personale.

La mia modalità di affrontare la situazione non è stata indifferenza, è stato accettare con serenità la morte di questa persona.

Nella mia prima esperienza da tirocinante svoltasi nel reparto di nefrologia

a Monza mi è capitato di vedere una situazione molto complicata di una paziente. Questa signora diabetica da tempo era caduta in casa facendosi una lesione ad una piede che man mano è sempre andata peggiorando tanto da causare un'amputazione del piede. Questa signora è rimasta in ospedale per 4 mesi e in questo periodo le sue condizioni peggiorarono a tal punto che i medici sono stati costretti ad amputarle l'altro arto inferiore e dal ginocchio in giù e anche due dita della mano. In poche parole la paziente si è ritrovata in pochi mesi senza gambe e da qui ha capito che ormai la sua speranza di poter un giorno riuscire a camminare era svanita. Questa situazione mi ha coinvolto molto emotivamente perché quando cercavo di mettermi nei suoi panni la mia mente è come se avesse un rifiuto della situazione, ma la cosa che più mi ha lasciato perplessa è la forza d'animo e il non abbattersi di questa signora che ogni giorno mi ripeteva "io tornerò a star bene e a riprendere la mia vita normale". Finalmente dopo 4 mesi le sue condizioni sono migliorate, è stata trasferita in un centro riabilitativo dove è seguita 24 ore su 24 per essere aiutata nell'intraprendere la propria autonomia scomparsa da tempo per una banale caduta.

Questa storia mi ha insegnato tanto, o meglio il coraggio e la forza di questa persona mi hanno insegnato tanto, proprio perché mi ha fatto capire che non bisogna abbattersi al primo ostacolo ma bisogna sempre reagire e lottare per poter portare a termine ciò che si desidera e in questo caso il suo desiderio era quello di riaffacciarsi alla vita.

La mia esperienza professionale è iniziata da poco tempo, però sin da subito ho potuto constatare che la sofferenza, il dolore, la morte sono situazioni della vita che riguardano tutti noi, sin da subito ed inevitabilmente si viene a contatto con persone sofferenti che hanno tanto bisogno di assistenza.

Purtroppo in alcune situazioni questa sofferenza, dolore, si trasforma in morte, tema che noi tutti abbiamo paura ad affrontare, parlare, discutere. La mia esperienza riguardo la morte di una persona assistita è stata veramente drammatica, perché dopo giorni in cui si instaura un determinato rapporto sia dal punto di vista assistenziale sia amichevole è difficile arrivare il secondo giorno in reparto e sapere che è morta, andare nella sua stanza e vedere il suo letto vuoto. È stato davvero sofferente, mi sono sentita vuota dentro me stessa e appena entrata in stanza sono rimasta senza parole, in silenzio per circa 5 minuti in riflessione chiedendomi perché la vita è così crudele? Si nasce, si cresce si combatte in tutto e per tutto e poi si muore. Da cattolica spero che dopo la morte ci sia un'altra vita e che non finisca tutto con la morte.

Vedere una persona vicina alla morte è stata un'esperienza molto profon-