



UNIVERSITA' degli STUDI di PADOVA

CORSO DI LAUREA INFERMIERISTICA

TITOLO TESI

**“I VISSUTI DEGLI INFERMIERI RISPETTO AL
SUICIDIO DEI PROPRI ASSISTITI IN AMBITO
PSICHIATRICO”**

Ricerca qualitativa

Relatore: Prof.ssa a c. Sgnaolin Loretta

**Laureando: Bigatton Giovanni
Matricola: 1046449**

Anno Accademico 2014/2015

ABSTRACT

PROBLEMA: Dai dati epidemiologici internazionali, emergerebbe che, quando un paziente psichiatrico si suicida, anche i componenti dell'equipe terapeutica diventano dei sopravvissuti (World Health Organization, 2002).

Dal momento che la malattia mentale è uno dei principali fattori di rischio non è raro che un paziente psichiatrico muoia per suicidio. Oltre la metà degli infermieri perde almeno un paziente a causa di ciò nel corso della carriera.

Il rischio di vivere questa esperienza, può aumentare, se i pazienti da essi curati soffrono di patologie psichiatriche gravi. Nonostante ciò, la letteratura riguardante l'impatto emotivo e professionale di tali eventi sulle figure professionali impegnate nel campo della salute è scarsa.

Gli studi hanno evidenziato che il suicidio di un paziente rappresenta uno degli stress psicologici più importanti nella vita professionale di un infermiere e che tale evento può avere delle conseguenze a lungo termine, sia in ambito personale che professionale.

La reazione dell'infermiere al suicidio o al tentativo di suicidio di un paziente è in gran parte sovrapponibile a quella dei familiari e amici. Tuttavia, la peculiarità del rapporto infermiere-paziente, che oltre agli aspetti affettivi e umani si basa su una relazione d'aiuto comporta delle conseguenze del tutto particolari: all'emozione, correlata alla perdita relazionale, si associa la perdita di autostima, il senso di fallimento professionale e la nascita di dubbi sulle proprie competenze professionali.

Tale reazione porta, nei casi più gravi, all'abbandono della carriera o a scelte di riorientamento professionale ma l'infermiere, o più in generale il curante, può provare anche rabbia nei confronti dei superiori e dei colleghi (per la pressione sul lavoro, la sensazione di essere sotto esame e quindi giudicato sulle proprie capacità professionali). In gran parte dei casi l'infermiere, pur negando la rabbia verso il paziente, per un lungo periodo, teme o addirittura rifiuta di trattare pazienti a rischio di suicidio. Anche il senso di colpa per non aver effettuato un accertamento più efficace o per non aver colto i segni mostrati dal paziente, per le decisioni prese o non prese nel corso dell'ultima visita prima del suicidio così come la paura, per la reazione dei colleghi o superiori, o per il timore di una azione legale da parte dei familiari, sono sentimenti spesso riscontrabili.

Le manifestazioni da stress, sono più comuni ed intense tra i giovani infermieri e tra quelli di sesso femminile (Takahashi et al. 2011).

SCOPO: Descrivere i vissuti degli infermieri del contesto di CSM (Centro di Salute Mentale) e U.O di S.P.D.C (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura) in relazione ad avvenimenti suicidari di assistiti con patologie psichiatriche per comprendere l'impatto che ciò ha comportato nel proseguire lo svolgimento dell'attività, nel contesto lavorativo, con gli assistiti e i colleghi infermieri e se ciò ha modificato l'approccio relazionale e le modalità di attuazione dell'assistenza infermieristica.

DISEGNO DELLO STUDIO: Ricerca di tipo qualitativo fenomenologico.

CAMPIONE: Il campione complessivo di 6 infermieri in servizio presso l'U.O. S.P.D.C dell'ospedale di Portogruaro dell'AULLS n°10 "Veneto Orientale", Regione Veneto, 8 infermieri in servizio presso l'U.O. S.P.D.C dell'ospedale di S. Donà di Piave dell'AULSS n°10 "Veneto Orientale", Regione Veneto. 8 infermieri del CSM, Distretto Socio Sanitario Unico di San Donà di Piave, 6 infermieri CSM, Distretto Socio Sanitario Unico di Portogruaro, che nella loro esperienza hanno affrontato il tema del suicidio.

METODI E STRUMENTI: A ogni singolo partecipante allo studio è stata richiesta la compilazione di una scheda anagrafico - professionale, per descrivere in maniera ottimale le caratteristiche del campione. Successivamente è stata effettuata un'intervista semi - strutturata con cinque quesiti orientativi , ma non direttive, formulate coerentemente con la letteratura di riferimento. L'intervista è stata audio registrata.

RISULTATI: L'analisi tramite metodo Van Kaam ha dimostrato che l'impatto suicidario sugli infermieri ha delle vere e proprie conseguenze sia nel breve che nel lungo termine il quale può sfociare in termini positivi o negativi a seconda del tipo di coping che riusciranno ad attuare. Le emozioni principali esperite dagli infermieri sono quelle di sofferenza, stress, disagio (accompagnato da sensi di colpa) sentimenti di sconfitta e senso di responsabilità.

Gli infermieri intervistati si sono sentiti, psicologicamente, sprofondare nel momento in cui apprendevano quanto accaduto al loro paziente e a tutto il lavoro svolto su tale persona. Altri invece, in piccola parte, hanno semplicemente dedotto che ciò era inevitabile e non avrebbero potuto fare nulla per impedirlo.

CONCLUSIONI: In base ai risultati dello studio emerge che affrontare un evento suicidario di un paziente psichiatrico è un atto complesso e spesso doloroso per gli infermieri poiché essi incontrano molte difficoltà ed esperiscono diverse emozioni negative. Inoltre, dalle interviste, si evidenzia l'importanza della disponibilità di un ambiente di supporto.

L'organizzazione di incontri mensili dell'equipe terapeutica, i corsi di formazione e la realizzazione di un sostegno psicologico specifico alla realtà operativa possono essere un valido aiuto per la discussione e la riflessione dei casi affrontati.

Parole chiave/ Key words: infermieri (nurses), emozioni (emotions), suicide(suicidio), Psychiatric (psichiatrico), assistenza infermieristica (nursing care).

INDICE

ABSTRACT

INTRODUZIONE pag. 1

CAPITOLO I : SCOPO, PROBLEMA, QUESITI E VARIABILI pag. 3

1.1 – Sintesi degli elementi fondamentali e dichiarazione del problema pag. 3

1.2 – Lo scopo/obiettivi dello studio pag. 5

1.3 – Quesiti di ricerca pag. 5

1.4 – Importanza dello studio per l’assistenza e la professione pag. 6

CAPITOLO II : TEORIA E CONCETTI DI RIFERIMENTO pag. 7

2.1 – Revisione della letteratura: L’impatto del suicidio dei pazienti sugli infermieri
pag. 7

CAPITOLO III : MATERIALI E METODI pag. 14

3.1 – Disegno di ricerca pag. 14

3.2 – Campionamento e Setting pag. 14

3.3 – Strumenti di rilevazione e modalità di raccolta dati pag. 14

3.4 – Affidabilità dei dati pag. 15

3.5 – Analisi dei dati pag. 15

CAPITOLO IV : RISULTATI pag. 16

4.1 – Descrizione del campione SPDC di Portogruaro e San Donà di Piave pag. 16

4.2 – Descrizione del campione CSM di Portogruaro e San Donà di Piave pag. 17

4.3 – Risultati in relazione allo scopo e ai quesiti di ricerca pag. 18

4.3.1 – I Vissuti degli infermieri intervistati in merito al suicidio del proprio paziente
pag. 18

4.3.2 – Gli effetti a breve e lungo termine pag. 19

4.3.3 – Cambiamenti comportamentali nel confronto di assistiti e colleghi pag. 20

4.3.4 – I lasciti delle esperienze vissute pag. 21

4.3.5 – Autovalutazione del bagaglio professionale pag. 22

CAPITOLO V : DISCUSSIONE pag. 24

5.1 – Discussione pag. 24

CAPITOLO VI : CONCLUSIONI pag. 28

6.1 – Limiti dello studio pag. 28

6.2 – Indicazioni per la pratica pag. 28

6.3 – Conclusioni pag. 29

BIBLIOGRAFIA

ALLEGATI

Allegato n. 1: Scheda delle caratteristiche anagrafico - professionali degli infermieri intervistati

Allegato n. 2: Intervista semi-strutturata per una ricerca qualitativa fenomenologica

Allegato n. 3: Copia dell'autorizzazione all'utilizzo dello strumento d'indagine

Allegato n. 4: Consenso Informato

Allegato n. 5: Trascrizione delle interviste realizzate a ventotto infermieri dell'area psichiatrica

Allegato n. 6: Caratteristiche anagrafico - professionali degli infermieri

Allegato n. 7: Tabelle Van Kaam

INTRODUZIONE

Il decreto n.739/94, riguardante la determinazione del profilo professionale dell'infermiere, rappresenta una pietra miliare nel processo di professionalizzazione dell'attività infermieristica. Esso riconosce l'infermiere come responsabile dell'assistenza generale infermieristica, precisa la natura dei suoi interventi, gli ambiti operativi, la metodologia del lavoro, le interrelazioni con gli altri operatori, gli ambiti professionali di approfondimento culturale ed operativo e identifica cinque diverse aree di formazione specialistica (sanità pubblica, area pediatrica, salute mentale/psichiatria, geriatria, area critica).

Il profilo disegnato dal decreto è quello di un professionista intellettuale, competente, autonomo e responsabile.

Secondo l'articolo 1 del codice deontologico: "l'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale è responsabile dell'assistenza generale infermieristica".

Secondo l'articolo 7 del codice deontologico: L'infermiere orienta la sua azione al bene dell'assistito di cui attiva le risorse sostenendolo nel raggiungimento della maggiore autonomia possibile, in particolare, quando vi sia disabilità, svantaggio, fragilità.

Il seguente elaborato di tesi è stato prodotto per trovare risposte in merito alla situazione bio-psico-sociale degli infermieri (abilitati nell'ambito psichiatrico con stretti rapporti di relazione tra gli assistiti) valutando quali effetti, a breve e lungo termine, abbiano comportato, le esperienze suicidarie dei pazienti, sia a livello lavorativo, quindi le eventuali modifiche di approcci ai pazienti restanti, sia a livello emotivo e psichico dell'infermiere al di fuori dell'ambito lavorativo.

L'atto suicidario di un assistito rappresenta un evento critico per l'infermiere cui era stato affidato o con il quale il paziente ha avuto contatti prolungati, durante il tempo di permanenza all'interno della struttura sanitaria; questi infatti proverà un senso di colpevolezza associato ad un sentimento di inutilità, dato dalla sensazione di incapacità nel prevenire la morte del paziente (Takahashi et al. 2011).

Tramite questo studio ci si privilegia di evidenziare al pubblico quali effetti negativi possano portare tali avvenimenti e come essi riducano la qualità di vita sia dell'infermiere (il quale avrà ripercussioni indirette dell'evento passato) che del paziente.

Inoltre sarà possibile valutare se sia necessario attuare un piano di recupero e/o di sostegno agli infermieri.

I dati relativi ai tentativi di suicidio nel mondo non sono univoci come quelli riguardanti il suicidio in quanto non esiste un unico organismo come l'Organizzazione Mondiale della Sanità deputato al monitoraggio dei tentativi suicidari che avvengono ogni anno in tutte le nazioni.

A causa delle differenze trans-culturali, sia per quanto riguarda il trattamento di coloro che tentano il suicidio, sia per quanto riguarda la metodologia di ricerca, è molto difficile confrontare i differenti aspetti del comportamento suicidario nei diversi Paesi.

Nel mondo occidentale il suicidio è tra le prime 10 cause di morte: si stima un milione di morti suicidi all'anno nel mondo (oltre 2700 al giorno). In Italia sono riportate circa 4000 morti all'anno per suicidio. I dati epidemiologici sui suicidi e i tentativi di suicidio provengono dall'Autorità giudiziaria (verbali e rapporti di Polizia e Carabinieri) o da quella Sanitaria (secondo i dati elaborati dall'Istituto di statistica sanitaria tratti dai certificati di morte).

CAPITOLO I - SCOPO, PROBLEMA, QUESITI, VARIABILI

1.1 – Sintesi degli elementi fondamentali e presentazione del problema

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) considera il suicidio come un problema complesso, non ascrivibile ad una sola causa o ad un motivo preciso. Esso sembra piuttosto derivare da una complessa interazione di fattori biologici, genetici, psicologici, sociali, culturali ed ambientali.

Il suicidio, nell'ambito della salute pubblica, è un problema che potrebbe essere in gran parte prevenuto (Pompili, 2008).

Se il ruolo del suicidio è quello di porre fine ad un dolore mentale insopportabile, allora il compito principale di colui che è deputato ad aiutare l'individuo è alleviare questo stato con ogni mezzo a disposizione (Shneidman, 2004; 2005).

Se infatti si ha successo in questo compito, quell'individuo che desiderava morire sceglierà di vivere (Shneidman, 1993). Inoltre si deve considerare che le fonti principali di dolore psicologico ovvero vergogna, colpa, rabbia, solitudine e disperazione hanno origine dai bisogni psicologici frustrati e negati. Nell'individuo suicida è la frustrazione di questi bisogni, e il dolore che ne deriva, ad essere considerata una condizione insopportabile per la quale il suicidio è visto come il rimedio più adeguato. Ci sono bisogni psicologici con i quali l'individuo vive e che definiscono la sua personalità e bisogni che, quando sono frustrati, inducono l'individuo a scegliere di morire. Potremmo dire che si tratta della frustrazione di bisogni vitali; questi bisogni psicologici includono il bisogno di raggiungere determinati obiettivi come affiliarsi ad un amico o ad un gruppo di persone, ottenere autonomia, opporsi a qualcosa, imporsi su qualcuno e il bisogno di essere accettati, compresi e ricevere conforto.

Shneidman (1985) ha proposto una specifica definizione di suicidio nella quale afferma che attualmente nel mondo occidentale, il suicidio è un atto conscio di auto-annientamento, meglio definibile come uno stato di malessere generalizzato in un individuo bisognoso che alle prese con un problema, considera il suicidio come la migliore soluzione.

I disturbi psichiatrici sono stati identificati come i fattori più incidenti in ambito suicidario

(Takahashi , 2004 ; Arsenault-Lapierre, Kim e Turecki, 2004).

I dati epidemiologici mondiali hanno evidenziato che il rischio di mortalità è significativamente più alto fra i pazienti con disturbi mentali (dato emerso da 135 studi, su 148 effettuati). Si stima che il 14,3% dei decessi in tutto il mondo, o circa 8 milioni di morti ogni anno, sono attribuibili a disturbi mentali (Walker, McGee e Druss, 2015).

Nella concettualizzazione di (Shneidman, 1996) il suicidio è il risultato di un dialogo interiore; la mente passa in rassegna tutte le opzioni per risolvere un certo problema che causa sofferenza estrema. Emerge il tema del suicidio e la mente lo rifiuta e continua la verifica delle opzioni. Trova il suicidio, lo rifiuta di nuovo; ma alla fine, fallite tutte le altre possibilità, la mente accetta il suicidio come soluzione, lo pianifica, lo identifica come l'unica risposta, l'unica opzione disponibile.

L'individuo sperimenta uno stato di costrizione psicologica, una visione tunnel, un restringimento delle soluzioni normalmente disponibili. Emerge il pensiero dicotomico, ossia il restringimento del range delle opzioni a due soli rimedi (veramente pochi per un range): avere una soluzione specifica o totale (quasi magica) oppure la cessazione (suicidio). Il suicidio è meglio comprensibile non come desiderio di morte, ma in termini di cessazione del flusso delle idee, come la completa cessazione del proprio stato di coscienza e dunque risoluzione del dolore psicologico insopportabile. Quindi, in questi termini, il suicidio si configura come la soluzione perfetta per le angosce insopportabili della vita (Pompili, 2008).

Nelle strutture psichiatriche come l' S.P.D.C (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura) e CSM (Centro di Salute Mentale) il personale infermieristico stringe un solido rapporto con il paziente affetto da disturbo mentale. Questo rapporto stretto tra l'assistito e l' infermiere può dunque creare un varco di relazione al di là dell' ambito professionale sanitario.

Il suicidio di un paziente rappresenta un evento critico per l'infermiere responsabile o il quale abbia avuto contatto rilevante con il paziente: l'infermiere può associare a tale evento un senso di inadeguatezza e inutilità associate all' incapacità di riconoscere ed impedire la morte del paziente stesso.

La perdita, per suicidio, di un paziente con cui si è stretto un forte rapporto di relazione, è scioccante, dolorosa e inaspettata. Questa esperienza è un processo individuale molto complesso e che si svolge in tempi diversi; il dolore non segue sempre un percorso lineare e non necessariamente progredisce e si risolve. Non ci

sono indicazioni sul momento in cui tale dolore si risolverà; questi individui non si aspettano di tornare alla vita normale precedente l'evento, ma devono adattarsi alla nuova vita.

A differenza di altri decessi, nel caso del suicidio, gli infermieri che avevano anche un minimo contatto con il suicida si domandano se avrebbero potuto, in qualche modo, evitare, ostacolare e quindi prevenire l'atto letale.

Il sentimento di colpa è dunque l'elemento più importante che attanaglia i "sopravvisuti".

Jenkins e Elliott (2004), hanno riferito che più della metà degli infermieri dell'ambito psichiatrico hanno mostrato segni elevati di esaurimento psico-fisico.

1.2 – Scopo/obiettivi dello Studio

Analizzare i vissuti degli infermieri del contesto di CSM e U.O di SPDC in relazione ad avvenimenti suicidari di assistiti con patologie psichiatriche per comprendere l'impatto che ciò ha comportato nella prosecuzione dello svolgimento dell'attività, all'interno del contesto lavorativo, con gli assistiti e i colleghi infermieri e in che modo possano essersi modificate le relazioni interpersonali e le modalità di attuazione dell'assistenza.

1.3 – Quesiti di Ricerca

L'elaborato di tesi, rispetto all'obiettivo posto, intende rispondere ai seguenti quesiti:

- Quali sono i vissuti degli infermieri in merito all'evento suicidario del paziente che hanno assistito?
- Come si approccia l'infermiere agli assistiti dopo tale evento?
- Com'è l'approccio agli assistiti dopo l'esperienza di eventi suicidari?
- Nel riprendere e proseguire l'attività assistenziale nel contesto lavorativo quale impatto ha avuto l'atto suicidario nel comportamento dell'infermiere?
- Si sono modificate la relazione/comunicazione con l'assistito e i colleghi infermieri e le modalità di attuazione dell'assistenza dopo l'evento suicidario o suo tentativo?

1.4 – Importanza dello Studio per l'Assistenza e la Professione Infermieristica

Il suicidio è un problema grave nell'ambito della salute pubblica. L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima un possibile futuro peggioramento del fenomeno suicidario, il quale porterebbe ad un aumento delle morti per suicidio dall'attuale milione all'anno a un milione e mezzo nel 2020 (Pompili, 2011).

Si ritiene quindi che, rispondendo ai quesiti di questo studio, sia necessario approfondire la conoscenza, in ambito infermieristico, di questa problematica.

Portando alla luce i fatti, nella realtà affrontata, sarà possibile identificare strategie per sostenere direttamente il personale infermieristico, nei possibili eventi suicidari futuri. Inoltre, conoscere i vissuti degli infermieri e i sentimenti espressi nel momento in cui raggiungono la consapevolezza dell'atto suicidario del proprio paziente risulterà essere un valido aiuto per individuare un supporto emotivo efficace.

CAPITOLO II – TEORIA E CONCETTI DI RIFERIMENTO

2.1 – Revisione della letteratura: l’impatto del suicidio sugli infermieri in ambito psichiatrico

I disturbi psichiatrici sono stati identificati come i più importanti fattori di rischio per il suicidio. I Pazienti psichiatrici quindi costituiscono un cospicuo gruppo ad alto rischio di suicidio e tentato suicidio (Takahashi, 2004 ; Arsenault-Lapierre , Kim e Turecki, ,2004).

Da studi effettuati è emerso che solo il 34% dei 106 ospedali psichiatrici intervistati ha fornito programmi di cura della salute mentale per il proprio personale in seguito al suicidio del paziente.

Il suicidio è una delle principali cause di morte a livello mondiale (Japan Cabinet Office, 2010).

Il cospicuo aumento del numero di suicidi nel mondo ha spinto numerosi paesi, da quelli occidentali a quelli asiatici, dove il crescente numero di recenti suicidi ha scioccato la popolazione, a stabilire obiettivi di riduzione del suicidio (Dipartimento della Salute, Taiwan, R.O.C., Executive Yuan 2003).

Negli ultimi anni, sono stati registrati tassi di suicidio sempre più elevati ed ancora oggi continua ad essere un problema urgente di salute a livello sia nazionale che internazionale. (Minami, 2006)

Facendo riferimento ai dati riportati da Rey et al. (2004) è stato riscontrato che i pazienti con una malattia mentale tendono ad essere più esigenti e disturbati rispetto a dei comuni pazienti. Le unità operative di salute mentale devono comprendere valutazioni specifiche basate sulla tipologia di persona; queste dovranno prevedere l’analisi della struttura biopsicosociale del paziente, la creazione di un ambiente sicuro e terapeutico, promozione della stabilizzazione e la pianificazione di un percorso per favorire il recupero definitivo.

Gli infermieri svolgono un ruolo fondamentale come mezzi di ascolto e consulenza per gli assistiti. Lavorando a contatto con il paziente, in modo continuativo, hanno dimostrato di svolgere un ruolo di supporto attivo per i pazienti i quali hanno tenuto un comportamento suicida precedente o recidivante (Duffy, 1995; Libberton, 1996; Long e Reid 1996; Lung

et al. 1998 e Talseth et al. 1997; 1999).

Tuttavia, oltre ad essere dotati di grandi abilità di supporto per i pazienti psichiatrici, gli infermieri che operano nell'ambito della salute mentale hanno il compito di fornire un ambiente sicuro e un'assistenza terapeutica adeguata (O'Brien e Cole 2003).

L'ambito infermieristico è costellato da oneri i quali stanno aumentando ed influenzando negativamente la loro capacità di fornire un'assistenza di qualità, benché non sussistano dati sufficienti per affermare ciò in maniera concreta; a tal proposito l'attività infermieristica, in ambito di salute mentale, è stata riconosciuta come un'occupazione particolarmente stressante in quanto le responsabilità sono state riscontrate come maggiori (Edwards et al. 2000; Humpel et al. 2001; Richards et al. 2006; Shen et al. 2005; Shimizu et al. 2003).

Proprio per questo motivo è possibile sostenere che gli oneri posti in capo agli infermieri operanti in tale ambito influenzino negativamente la loro capacità di fornire una forma assistenziale qualitativamente elevata; nonostante non esistano dati sufficienti per provare tale tesi, l'attività infermieristica in ambito di salute mentale è stata riconosciuta come un'occupazione particolarmente stressante dal punto di vista psicologico.

Le cause dello stress di lavoro tra gli infermieri spesso includono un personale insufficiente (Jenkins & Elliott 2004), atteggiamenti negativi nei confronti della malattia mentale da parte dell'infermiere (Hamdan-Mansour e Wardam 2009) e pazienti suicidi (Kipping 2000; Sullivan 1993).

Kilfedder (2001) ha esaminato i livelli di stress tra 510 infermieri attuando un campionamento casuale. I risultati hanno rivelato che questi infermieri avevano livelli medi di esaurimento emotivo, bassi livelli di depersonalizzazione e livelli medi di realizzazione personale.

Questo è supportato da (Jenkins e Elliott, 2004) il quale ha riferito che più della metà degli infermieri mostra alti livelli di esaurimento psicofisico.

La lunga esposizione a fattori di stress legati al lavoro, in ambito psichiatrico, e alla mancanza di supporto organizzativo aumenta i livelli di stress tra gli infermieri (Schaufelt et al. 1993).

Il cambio organizzativo ed il sostegno sociale potrebbero essere visti come una strategia che protegge sia gli assistiti sia gli infermieri contro le conseguenze dello stress, le quali, possono tradursi in un marcato assenteismo e basse performance lavorative (Kriegsman et al.

1997).

L'Assistenza Infermieristica è una professione che nasce con l'intento di aiutare il prossimo, per questo essa richiede un alto grado di impegno e di coinvolgimento.

Nell'ambiente clinico, una delle categorie che subisce un grande impatto stressogeno a causa di taglio dei fondi, cambiamenti dei dispositivi medici, aumento della gravità del paziente (cronicità), carichi di lavoro pesanti (mobilizzazioni), pazienti deceduti, discussioni con altri professionisti/classe medica è quella degli infermieri.

Gli effetti negativi ad essa legati portano ad un aumento progressivo di stress lavorativo e alla conseguente identificazione della professione infermieristica come una delle occupazioni più stressanti in ambito sanitario. (Tyler e Cushway, 1995; French, Lenton, Walter e Eyles, 2000)

I risultati di questo studio indicano che l'ospedale, come ambiente di lavoro, determina un aumento dello stato di stress negli infermieri e che la sua gestione dovrebbe essere attuata direttamente tramite programmi di supporto psicologico.

A causa di esposizione a rischi psicosociali su pazienti acuti/cronici, gli infermieri sviluppano disturbi come depressione, comportamenti violenti ed altre malattie psichiche e/fisiche (Robinson et al. 2005).

Little (1992) Descrisse tre fasi nelle risposte del personale al suicidio: l'incredulità e la paura di ulteriori suicidi, agitazione e stanchezza, seguite da una crescita o disabilità prolungata. Bartels, (1987) aggiunge sentimenti di dramma, contraccolpo (colpa, vergogna, rabbia, depressione, insicurezza), e una ricerca di senso del gesto compiuto. (confermato da Cotton et al. 1983). C'è una letteratura significativa sulle risposte emotive del personale al tentato suicidio dei pazienti psichiatrici; (Principale, 1957; Maltzberger e Buie, 1974), la maggior parte di tali studi suggerisce che i pazienti vengono rifiutati ed evitati da parte del personale infermieristico, generando un possibile aumento del rischio di suicidio nei pazienti (Morgan e Priest, 1991).

Ryan e Poster (1989) riportano che il personale psichiatrico coinvolto in casi di suicidio dei pazienti soffre di disturbo post-traumatico da stress, e Baxter et al. (1992) riportano che la metà degli infermieri hanno richiesto diversi mesi per recuperare emotivamente.

Nelle interviste agli infermieri circa i tentativi di suicidio, trovarono reazioni emotive principalmente di ansia, paura e colpa.

I risultati confermano che il personale soffre di notevole stress e di traumi a causa del

suicidio dei propri pazienti.

Vi è la necessità per il personale di prepararsi per questi eventi in anticipo e di ricevere supporto esterno una volta che essi si sono verificati (Clark et al., 1999).

Uno studio effettuato nel 2004 ha scoperto che alcuni degli infermieri psichiatrici provano odio verso i pazienti che hanno effettuato ripetuti tentativi di suicidio e soprattutto coloro che hanno avuto un disturbo di personalità.

I risultati illustrano che gli infermieri si sentono frustrati e arrabbiati con questi pazienti poiché essi continuano a tenere una condotta autolesionista nonostante l'attività dell'infermiere (Sun, 2004).

Inoltre, (Bailey, 1994) ha svolto un'indagine sugli infermieri (n. = 299) relativamente agli atteggiamenti di parasuicidio dei pazienti. I risultati hanno dimostrato che questo campione di operatori sanitari ha generalmente tenuto atteggiamenti negativi verso tali pazienti e non ha avuto piacere di prendersi cura di questa tipologia di paziente.

Leu (2002) ha concluso che gli infermieri hanno tre tipi differenti di atteggiamenti nei confronti dei pazienti suicidari. In primo luogo, alcuni infermieri provavano collera mantenendo uno stato di pregiudizio nei confronti di nuovi pazienti che hanno tentato il suicidio. Esternavano la mancata voglia di prendersi cura di pazienti con tentativi di suicidio alle spalle e ritenevano di non poter essere di alcun beneficio per questo gruppo dei pazienti. In secondo luogo, parte degli infermieri ha dimostrato empatia e sentimenti ottimistici per i pazienti suicidari.

Essi accettavano i comportamenti suicidari e sentivano che l'assistenza infermieristica aveva un senso, uno scopo.

Infine, un paio di infermieri ha percepito i pazienti che tentavano il suicidio erano persone in difficoltà, che si sentivano impotenti ed erano timorosi.

Pertanto, alcuni infermieri in ogni caso mantenevano una distanza simbolica dalle persone con pregresso tentato suicidio.

Chiaramente, gli atteggiamenti degli infermieri verso i pazienti suicidari sono degni di esplorazione perché questo tipo di ricerca potrebbe avere un impatto sulla autocoscienza degli infermieri e l'importante ruolo che svolgono nella fornitura cura efficace.

La mancanza di infermieri preparati a livello di laurea in scienze infermieristiche e la carenza di infermieri con master in infermieristica in area psichiatrica devono essere colmate con le evidenze del caso.

Un caso di studio di un infermiera, esercitante nell'ambito psichiatrico, ha mostrato un opprimente senso di perdita, imbarazzo, profonda tristezza, rabbia e senso di colpa di fronte alla morte per suicidio del proprio paziente (Valente, 2003).

Uno studio ha effettuato una serie di interviste al personale infermieristico dei reparti di psichiatria, la maggior parte degli infermieri, hanno espresso una sensazione di paura, rabbia e irritabilità (Joyce e Wallbridge, 2003).

Uno studio qualitativo-fenomenologico effettuato da Talseth et al. (1997) ha fornito una comprensione delle esperienze vissute dagli infermieri in ambito psichiatrico per i pazienti in stato di depressione maggiore in procinto di suicidio. Basato su 19 interviste, questo studio ha rivelato un tema principale di 'Vicinanza-distanza'. 'Vicinanza' dove gli infermieri erano coinvolti ed aperti all' ascolto dei pazienti con fiducia nel poterlo sostenere. 'Distanza' laddove la sfiducia e il senso di colpa hanno portato a respingere il paziente sulla base, spesso, di eventi spiacevoli del passato.

A tale proposito, date le circostanze dei fatti avvenuti precedentemente citati, è importante identificare le sollecitazioni all'interno dell' unità predisposta alla salute mentale al fine di sostenere e mantenere infermieri in salute, sia fisica che mentale diminuendo il burnout che ne deriva (Kriegsman et al. 1997).

Si vede necessario porre l' attenzione su come gli infermieri che hanno perso un paziente a causa di un suicidio sono turbati dal pensiero che essi possano essere considerati responsabili della morte dell' assistito portandoli alla repressione di eventi passati (Takahashi et al. 2011).

Dunque Al fine di soddisfare le esigenze dei pazienti della salute mentale e diminuire il rischio di burnout degli infermieri è necessario analizzare e comprendere le esperienze fornite dagli infermieri andando ad agire su fattori come lo stress lavoro-correlato ed attuare un supporto organizzativo basato sulle richieste infermieristiche.

Chapman et al. (2010) hanno riferito che la strategia di coping più frequentemente utilizzata, tra gli infermieri, è il sostegno sociale di amici di parenti e colleghi stessi.

Il suicidio di tutti questi pazienti ha presentato una notevole sfida per gli operatori nell' ambito psichiatrico i quali stanno ricercando, attraverso specifici corsi di formazione, i migliori trattamenti possibili per questo gruppo di persone (Sun, 2004).

Emerge che una cura efficace richiede la cooperazione e la collaborazione tra di tutti i

membri del team di assistenza. Bauer e Hill (2000) hanno avanzato questa tesi affermando che il team psichiatrico responsabile del trattamento è composto da molte persone (psichiatra, infermiere, psicologo, assistente sociale, terapeuta), ognuna con i propri contributi unici, che lavorano insieme per un obiettivo simile: la promozione della salute dei pazienti e del loro benessere.

Si è sostenuto anche che lavorare insieme è una sfida per ogni gruppo di persone, non importa quale sia il compito (Bauer & Hill 2000).

Wang et al. (1995) ha concluso che l'assistenza infermieristica è influenzata in misura significativa dagli atteggiamenti del personale infermieristico e dalle loro conoscenze. Ad una estremità del continuum, alcuni studi hanno trovato che gli infermieri svolgono azioni generalmente positive verso i pazienti che hanno manifestato un comportamento suicidario (Long e Reid, 1996; Samuelsson et al. 1997).

Sun (2004) ha intervistato e osservato 15 infermieri e 15 pazienti psichiatrici e ha scoperto che gli atteggiamenti e le credenze degli infermieri hanno il potenziale di influenzare la cura facilitandola oppure ostacolandola.

Pertanto, gli atteggiamenti degli operatori sanitari hanno un effetto sul comportamento suicidario di grande valenza (Hwu, 1996).

Inoltre, hanno scoperto che tutti gli intervistati, con l'eccezione di un infermiere dirigente, credono che sia necessario, per aiutare i pazienti, l'individuazione dei problemi principali che hanno portato il paziente ad una decisione così precipitosa.

La letteratura ha evidenziato che ci sono alcuni fattori chiave che hanno effetti sugli atteggiamenti degli infermieri verso i pazienti che hanno tentato il suicidio.

Ad esempio, gli infermieri più anziani e più esperti tendono ad avere atteggiamenti positivi nei confronti dei comportamenti suicidari rispetto ai giovani infermieri con meno esperienza (McLaughlin 1993; Samuelsson et al. 1997b; Leu 2002; Wang et al. 1995).

Diversi studi condotti che hanno dimostrato l'importanza di tali atteggiamenti e comportamenti espressi dagli infermieri di cura per i pazienti suicidari (Talseth et al. 1997).

E' stato effettuato uno studio qualitativo-fenomenologico con metodo di intervista degli infermieri (n. = 19); le interviste sono state registrate, l'argomento trattato è stato il suicidio nei pazienti in ambito psichiatrico. I risultati hanno dimostrato che due

atteggiamenti fondamentali erano espressi dagli infermieri: vicinanza e allontanamento (Talseth et al. 1999).

Inoltre, ci siamo resi conto che il tema del suicidio richiede considerazioni etiche speciali e procedure di raccolta dati che sono dispendiose, costose e spesso un peso per l'alta intensità di lavoro dei partecipanti e dei ricercatori.

CAPITOLO III – MATERIALI E METODI

3.1 – Disegno di Studio

La ricerca condotta per l'elaborazione della tesi, è uno studio di tipo qualitativo fenomenologico.

3.2 – Campionamento e Setting

Il campione di ricerca selezionato per lo studio è costituito da tutti gli infermieri che prestano assistenza ai pazienti in S.P.D.C sia presso l'Ospedale di Portogruaro e San Donà di Piave dell'Azienda ULSS 10 "Veneto Orientale" che presso il C.S.M, Distretto Socio Sanitario Unico di Portogruaro e San Donà di Piave .

I criteri che hanno portato al reclutamento degli infermieri nello studio, sono stati i seguenti:

- **criterio di inclusione:** tutti gli infermieri che hanno dato la loro disponibilità ad essere intervistati e che nella loro esperienza lavorativa si sono trovati di fronte ad un evento di tentato o suicidio completi.
- **criterio di esclusione:** gli infermieri che non hanno dato la disponibilità ad essere intervistati.

3.3 – Strumenti di rilevazione e modalità di raccolta dati

Ad ogni partecipante è stata richiesta la compilazione di una scheda anagrafico e professionale (Allegato n. 1) per descrivere meglio le caratteristiche del campione. La scheda chiedeva l'età, il sesso, la formazione professionale, la partecipazione a corsi sulla relazione con l'assistito e/o i suoi familiari, l'esperienza lavorativa come infermiere e anni di lavoro nell'attuale realtà operativa. Successivamente, si è effettuata un'intervista semi-strutturata, la quale presentava cinque domande orientative, ma non direttive (Allegato n. 2), formulate coerentemente con la letteratura di riferimento.

Le domande si sono proposte di indagare le esperienze generali degli infermieri

sull'argomento, emozioni/sentimenti provati di fronte al suicidio, l'esperienza più intensa provata e gli effetti a breve e lungo termine, se gli eventi hanno portato all'attuazione di diversi comportamenti nei confronti di colleghi e assistiti ed il bagaglio accumulato finora.

3.4 – Affidabilità dei Dati

Le interviste semi-strutturate sono state condotte personalmente da chi ha elaborato il lavoro di tesi dopo aver ottenuto il consenso e concordato con gli infermieri l'appuntamento (Allegato n. 4). La scelta del campione è stata svolta nel rispetto dei criteri di inclusione del campione, predefiniti, dei tempi di lavoro e nel rispetto della privacy del personale infermieristico. Le interviste si sono svolte nel rispetto di quanto progettato nello studio, garantendo l'omogeneità dei dati raccolti.

3.5 – Analisi dei Dati

Le interviste saranno trascritte Verbatim e il procedimento implica un impegno temporale corrispondente al tempo dedicato all'intervista stessa (circa venti minuti per intervista).

Le trascrizioni fornite dalle interviste saranno analizzate tramite il metodo Van Kaam, che è uno dei diversi metodi di analisi dello studio fenomenologico descrittivi alcuni aspetti delle esperienze vissute.

Il metodo Van Kaam consiste nel raggruppare i temi comuni, ricorrenti, etichettarli, eliminando le espressioni vaghe e sovrapponibili (Streubert e Carpenter, 2005).

Ogni espressione deve soddisfare due requisiti:

- contenere un momento del vissuto che potrebbe essere un costituente necessario e sufficiente dell'esperienza che si sta indagando;
- riassumere questo momento ed etichettarlo, senza violare la formulazione presentata dal soggetto.

Ad ogni espressione descrittiva è stato dato un nome ed è stata poi raggruppata insieme ad altre espressioni comuni. Le variabili emerse dalle interviste saranno valutate con le percentuali e analizzate tramite delle tabelle.

4.1 – Descrizione del campione degli infermieri dell’U.O. S.P.D.C dell’ospedale di Portogruaro e San Donà di Piave

Tra gli infermieri in organico alla data del 15 giugno 2015 nell’ U.O di S.P.D.C dell’ Ospedale di Portogruaro e 6 luglio nell’ U.O di San Donà di Piave, dell’ AULSS n°10 “Veneto Orientale”, Regione Veneto, n° 14 infermieri hanno soddisfatto i criteri di inclusione stabiliti nello studio.

Le caratteristiche anagrafico - professionali analizzate del campione, riguardano l’età, il sesso, la formazione professionale, la frequenza a corsi di aggiornamento sulla relazione con l’ assistito e/o i suoi familiari, anni di esperienza lavorativa in generale e in ambito psichiatrico (Allegato n. 1).

Le caratteristiche anagrafiche - professionali del campione hanno riguardato i seguenti dati, così rappresentati (Allegato № 6):

- **età:** i soggetti reclutati nello studio hanno n.5 età compresa tra i 41-50 (35.71%) anni e n.9 >= 50 (64.28%)
- **sesso:** la distribuzione per sesso era caratterizzata da n. 6 (42.85%) maschi e n. 8 (57.14%) femmine;
- **formazione professionale:** n. 10 (71.42%) infermieri hanno conseguito il Diploma di Infermiere scuola regionale, n. 1 (7.14%) infermieri hanno conseguito il Diploma di Laurea triennale in infermieristica, n. 2 (14.28%) infermieri hanno conseguito il Diploma di infermiere psichiatrico e n. 1 (7.14%) infermieri hanno conseguito il Master in Coordinamento, in area critica ed ha conseguito il Diploma di Infermiere di scuola regionale;
- **frequenza a corsi sulla relazione con l’ assistito e/o i suoi familiari:** n. 12 (85.71%) infermieri hanno frequentato corsi sulla relazione con l’ assistito e/o i suoi familiari n.2 (14.28%) infermieri non hanno frequentato corsi sulla relazione con l’ assistito e/o i suoi familiari;
- **anni di esperienza lavorativa come infermiere:** n.13 infermieri hanno lavorato >10 anni totali nell’ ambito sanitario (92.85%), n.1 infermieri hanno lavorato tra 6-10 anni nell’ ambito sanitario (7.14%);

- **anni di esperienza lavorativa nell'attuale realtà operativa:** n. 9 infermieri lavorano nella realtà operative da >10 anni (50%), n.3 infermieri lavorano da 6-10 anni (33,33%), n.2 infermieri lavorano da 1-5 (16,66%).

Le interviste svoltesi e registrate dal 15 giugno 2015 al 21 giugno 2015, per l'ospedale di Portogruaro e dal 6 luglio al 12 luglio per l'ospedale di San Donà di Piave, sono state contenute all'interno di un range che va dai 15 minuti e i 20 minuti.

4.2 – Descrizione del campione degli infermieri dell'U.O CSM, Distretto Socio Sanitario Unico di San Donà di Piave Portogruaro.

Tra gli infermieri in organico alla data del 22 giugno 2015 nell' U.O di CSM , Distretto Socio Sanitario Unico di San Donà di Piave e il 29 Giugno a Portogruaro, dell' AULSS n°10 "Veneto Orientale", Regione Veneto, n° 14 infermieri hanno soddisfatto i criteri di inclusione stabiliti nello studio.

Le caratteristiche anagrafiche - professionali analizzate del campione, hanno riguardato l'età, il sesso, la formazione professionale, la frequenza a corsi di aggiornamento sulla relazione con l' assistito e/o i suoi familiari, anni di esperienza lavorativa in generale e in ambito psichiatrico (Allegato n. 1).

Le caratteristiche anagrafiche - professionali del campione hanno riguardato i seguenti dati, così rappresentati (Allegato n. 6):

- **età:** i soggetti reclutati nello studio hanno n.7 età compresa tra i 41-50 (50%) anni e n.7 >= 50 (50%)
- **sesso:** la distribuzione per sesso era caratterizzata da n. 5 (35.71%) maschi e n. 9 (64.28%) femmine;
- **formazione professionale:** n. 8 (57.14%) infermieri hanno conseguito il Diploma di Infermiere scuola regionale, n. 4 (28.57%) infermieri hanno conseguito il Diploma di Laurea triennale in Infermieristica e n. 2 (14.28%) infermieri hanno conseguito il Master in Coordinamento ed ha conseguito il Diploma di Infermiere di scuola regionale;
- **frequenza a corsi sulla relazione con l' assistito e/o i suoi familiari:** n. 14 (100%) infermieri hanno frequentato corsi sulla relazione con l' assistito e/o i suoi

familiari;

- **anni di esperienza lavorativa come infermiere:** n.14 infermieri hanno lavorato >10 anni totali nell' ambito sanitario (100%);
- **anni di esperienza lavorativa nell'attuale realtà operativa:** n. 14 infermieri lavorano nella realtà operativa da >10 anni (100%);

Le interviste svoltesi e registrate, dal 22 giugno 2015 al 28 giugno 2015 per il CSM di San Donà di Piave e dal 29 giugno 2015 al 5 luglio 2015 per il CSM di Portogruaro, contenute all'interno di un range che va dai 15 minuti e i 20 minuti.

4.3 – Risultati in relazione allo scopo e ai quesiti di ricerca

Le interviste realizzate sono state analizzate tramite l'utilizzo di specifici criteri inseriti in diverse tabelle (Allegato n. 7) ove sono stati registrati i vissuti esperienziali degli infermieri intervistati.

4.3.1 – I Vissuti degli infermieri intervistati in merito al suicidio del proprio paziente:

Attraverso le interviste realizzate, le quali si basavano sul capire quali emozioni scatenavano i suicidi e tentati suicidi, dei pazienti, sugli infermieri è emerso:

N.10 infermieri (35.71%) hanno espresso un sentimento di dispiacere dovuto al legame i quali avevano stretto con i pazienti.

N.12 infermieri (42.85%) hanno dichiarato un sentimento di rabbia verso il paziente in quanto ritengono che il loro lavoro sia stato inutile.

N.1 infermieri (3.57%) confessano un senso di liberazione, non personale, ma per quanto riguarda il paziente il quale affermavano avesse una qualità di vita insufficiente.

N. 5 infermieri (17.85%)ritengono che il loro operato non abbia avuto successo per causa loro, ritengono di aver compiuto errori in ambito relazionale e non siano riusciti ad impedire l' evento.

N.6 infermieri (21.42%), provano un senso di fallimento rispetto alle loro performance di ascolto attivo e assistenza infermieristica.

N.2 infermieri (7.14%) dichiarano di comprendere la scelta del paziente perché essendo molto vicini a quest'ultimo hanno vissuto le sue esperienze e ne comprendono il gesto.

N.1 infermieri (3.57%) hanno provato paura per una ripercussione di tipo legale da parte dei parenti.

N.4 infermieri (14.28%) non hanno citato nessun tipo di emozione esplicitando un grande senso di distacco derivante dal mantenimento della posizione professionale.

N.8 infermieri (28.57%) riferiscono un sentimento di incredulità e negazione dove l'evento che li ha colpiti li ha resi incapaci, nel primo periodo, di sviluppare un coping efficace.

N.7 infermieri (25%) hanno citato dolore interiore, dove il legame creatosi con il paziente ha colpito duramente il lato psichico degli infermieri.

N.1 infermieri (3.57%) ha dichiarato uno stato di grande difficoltà non solo per il legame che si era creato con il paziente, ma anche per la tensione di sbagliare anche con i pazienti restanti.

N.3 infermieri (10.71%) hanno richiamato un senso di frustrazione dato da tutto il lavoro messo in pratica mal sfruttato dai pazienti i quali, secondo loro, non si sono impegnati nella maniera dovuta.

Dall'analisi delle interviste è emerso che gli infermieri hanno esplorato diverse emozioni dinanzi all'attuazione di un comportamento suicidario; in questa area esplorata la maggioranza delle dichiarazioni si sono concentrate sulla rabbia, rivolta verso il paziente che ha compiuto il gesto, avvertendolo come un gesto di mancanza di rispetto verso gli sforzi compiuti e di dispiacere, nato dal legame che si era instaurato.

4.3.2 – Gli effetti a breve e lungo termine:

N.7 infermieri (25%) hanno evocato scene drammatiche del loro passato che li hanno segnati turbandoli nel profondo, nel momento all' intervista il ricordo di queste esperienze, hanno rievocato angoscia e dolore.

N.5 infermieri (17.85%) riferivano un sentimento di rabbia sia verso il paziente sia verso la situazione creatasi rispetto alla scelta di compiere un atto che loro consideravano estremo.

N.3 infermieri (10.71%) hanno dichiarato un sentimento tale di incredulità da indurli a non riuscire a parlare a causa dello shock.

N.2 infermieri (7.14%) nel primo momento non riuscivano ad accettare la situazione riferendo uno stato di dubbio sulla veridicità dell' informazione.

N.6 infermieri (21.42%) dopo presa notizia del fatto molti hanno dichiarato un senso di dolore interiore debilitante.

N.4 infermieri (14.28%) hanno espresso uno stato di accettazione del fatto.

N.9 infermieri (32.14%) hanno affermato di aver avuto, sul lungo periodo, una crescita dal punto professionale importante, nell'affrontare in maniera più matura le situazioni similari.

N.1 infermieri (3.57%) hanno confessato un senso di immedesimazione nella parte del familiare, osservando la situazione come propria.

N.3 infermieri (10.71%) dichiarano un senso acuto di impotenza nel poter cambiare le sorti della tragedia vissuta.

N.2 infermieri (7.14%) hanno attuato una rimozione, temporanea forzata, perché non riuscivano ad accettare l'atto e gli impedivano di metabolizzare ciò che era successo.

N.4 infermieri (14.28%) hanno ritenuto il sostegno dei colleghi fondamentale per superare quanto successo.

N.5 infermieri (17.85%) dopo aver vissuto tali situazioni hanno confessato di aver adottato un profilo molto più distaccato nei confronti del paziente mettendo in primo piano la parte professionale.

N.5 infermieri (17.85%) hanno un senso di colpa che li porta a dubitare della correttezza del loro operato e a domandarsi se avessero potuto fare di più.

Dall'analisi dei dati raccolti si evidenzia che il 32,14% dei 28 infermieri intervistati ha affermato una crescita professionale, la quale ha influito sui rapporti con i restanti assistiti in maniera positiva, permettendogli di affrontare in maniera più preparata i futuri avvenimenti.

4.3.3 – Cambiamenti comportamentali nel confronto di assistiti e colleghi:

N.8 infermieri (28.57%) hanno assunto una metodica di ascolto molto più approfondita verso i pazienti per valutare in maniera più minuziosa.

N.11 infermieri (39.28%) hanno attuato una ricerca attenta ad eventuali segnali predittivi sia verbali che non verbali nel paziente.

N.4 infermieri (14.28%) hanno confessato di cercare, in maniera maniacale, eventuali oggetti/comportamenti potenzialmente pericolosi per l'incolumità del paziente.

N.6 infermieri (21.42%) hanno adottato una particolare attenzione alle richieste valutandole per poi cercare di capire se ci fosse un senso nascosto nelle loro frasi.

N.7 infermieri (25%) hanno affermato di nutrire forte dubbio in quello che i pazienti gli comunicavano in quanto non potevano permettere il ripetersi di tentati o suicidi conclamati.

N.1 infermieri (3.57%) ha riferito di non aver cambiato nessun tipo di atteggiamento o approccio all' interno dell' U.O ritenendo di non aver commesso errori o mancanze.

N.8 infermieri (28.57%) hanno espresso di aver instaurato maggiore complicità con l' equipe terapeutica.

N.6 infermieri (21.42%) hanno dichiarato di aver richiesto supporto psicologico all' equipe in quanto la situazione era ritenuta insostenibile.

N.1 infermieri (3.57%) hanno assunto comportamenti di cautela nei confronti della relazione che si instaura con il paziente , evitando di farsi coinvolgere in maniera emotiva a tal punto da mettere a rischio la propria salute.

N.2 infermieri (7.14%) hanno esternato di mantenere ugualmente un rapporto di fiducia con i restanti pazienti aggrappandosi alla speranza che niente di tutto ciò sarebbe più accaduto.

Dallo studio è emerso che nella maggior parte dei casi, gli infermieri rimangono segnati dagli episodi vissuti, molti dei quali hanno portato un aumento dell'attenzione riguardo i messaggi verbali e non verbali dei pazienti. Infatti l'insorgere di comportamenti specifici, che vengono messi in atto, quasi involontariamente, è un elemento importante nella prevenzione messa in atto dagli infermieri.

4.3.4 – I lasciti delle esperienze vissute:

N.9 infermieri (32.14%) hanno affermato di aver avuto un incremento prestazionale per quanto riguarda l' approccio relazione con il paziente, affinando la loro capacità di leggere messaggi verbali e non verbali.

N.4 infermieri (14.28%) confessano che tutte le esperienze che hanno vissuto hanno avuto un effetto negativo tale da fargli perdere le fiducia in loro stessi e nelle loro capacità.

N.6 infermieri (21.42%) riconosco i propri limiti nello proprie capacità.

N.10 infermieri (35.71%) hanno preso coscienza di non sottovalutare mai nessun aspetto del paziente, azioni o parole, in quanto molto spesso piccole variazioni nel comportamento possono conseguire in azioni del tutto inaspettate.

N.3 infermieri (10.71%) dopo aver preso coscienza della drammaticità dell' evento hanno saputo ritrovare la forza di proseguire grazie all' equipe, sostenendosi a vicenda.

N.4 infermieri (14.28%) si sono ricreduti sulla loro preparazione e alle loro sicurezze interne capendo che non è possibile prevedere sempre come il paziente evolverà.

N.5 infermieri (17.85%) hanno recepito quanto sia importante prestare attenzione al paziente e alle sue richieste per valutarne, per quanto possibile, l'andamento.

N.1 infermieri (3.57%) hanno dichiarato di accrescere un sentimento di rabbia verso un sistema che cerca di preparare gli infermieri nell' affrontare eventi suicidari ma che successivamente non vengono sfruttate per mancanza di organizzazione.

N.6 infermieri (21.42%) affermano che l'affronto di situazioni difficili ha permesso una crescita professionale e della persona stessa senza eguali e di non considerare due persone uguali solo perché hanno la stessa diagnosi.

N.1 infermieri (3.57%) indicano che avere la possibilità di uscire mentalmente dal contesto psichiatrico è fondamentale per recuperare e prendere una pausa dalle difficoltà di tipo lavorativo.

Rispetto a quanto osservato in questo specifico ambito, si è potuto notare come i lasciti più preponderanti delle esperienze vissute dagli infermieri siano di non sottovalutare la situazione e non dare mai nulla per scontato. Ogni azione, parola, abitudine può essere indice di un cambiamento nella psiche dell' assistito, la quale deve essere contestualizzata e valutata. Non esprimerà tutto ciò che pensa, spesso per paura, spesso per vergogna.

4.3.5 – Autovalutazione del bagaglio professionale:

N.12 infermieri (42.85%) hanno dichiarato di aver imparato molto a livello professionale, in questi anni di attività infermieristica in ambito psichiatrico hanno potuto confrontarsi con se stessi e osservare come reagivano a determinate situazioni.

N.8 infermieri (28.57%) hanno affermato che l'esperienza in ambito psichiatrico è positiva, benché abbiano avuto situazioni sia positive che negative ne hanno tratto insegnamenti

applicabili sia all'interno dell'U.O che al di fuori.

N.8 infermieri (28.57%) hanno confessato di aver avuto dei momenti in cui avrebbero voluto lasciare addirittura l' unità operativa.

N.9 infermieri (32.14%) dichiarano di aver assunto una diversa visione della vita per delle modificazioni sostanziali a livello della loro vita anche al di fuori dell' U.O.

N.4 infermieri (14.28%) confessano diverse difficoltà nell'approccio con i pazienti, avrebbero voluto fare di più.

N.7 infermieri (25%) identificano, nonostante gli anni di esperienza, un importante bisogno di imparare metodiche e approcci da attuare con il paziente psichiatrico.

N.1 infermieri (3.57%) afferma che non sarà mai possibile abituarsi agli eventi che accadono all' interno dell' U.O per quanto si possa essere professionali e distaccati.

Benché gli eventi affrontati abbiano portato ad una radicale variazione degli stili adottati dagli infermieri, essi valutano positivamente il loro bagaglio professionale, permettendogli di mettersi alla prova trovando limiti e pregi delle proprie capacità. Hanno dichiarato inoltre di avere assunto una visione della vita differente rispetto a prima dando il giusto valore ai momenti non solo nell'ambito lavorativo ma anche in quello familiare.

CAPITOLO V - DISCUSSIONE

5.1 – Discussione

L' Assistenza Infermieristica è una professione che nasce con l'intento di aiutare il prossimo, essa richiede un alto grado di impegno e di coinvolgimento. Tale coinvolgimento espone gli infermieri a rischi psicosociali i quali sviluppano disturbi come depressione, comportamenti violenti ed altre malattie psichiche e/fisiche (Robinson et al. 2005).

Nei primi capitoli di questo elaborato si è sottolineato come l'attività infermieristica in ambito di salute mentale sia stata riconosciuta come un'occupazione particolarmente stressante (Edwards et al. 2000).

Alla luce di quanto detto, risulta interessante esaminare e discutere le esperienze dichiarate dagli infermieri inclusi nel campione d'indagine.

I risultati emersi da questo studio qualitativo confermano sostanzialmente quelli riportati dalla letteratura di riferimento.

Dalle interviste effettuate è emerso, rispetto all' atteggiamento suicidario dei pazienti psichiatrici, un impatto notevole per quando riguarda la sfera psico-sociale, negli infermieri, la quale ha influenzato e mutato non solo il tipo di atteggiamento verso i pazienti, ma anche contro se stessi andando ad incidere sulle performance.

Tramite questo studio nella prima fase si è voluto far rivivere, momentaneamente, le situazioni passate, rispetto al tema suicidario, e far ricordare all' infermiere quali sentimenti evocarono.

Il sentimento di rabbia (42.85%) ed il dispiacere (35.71%) sono state le emozioni maggiormente riscontrate.

“[...]Non puoi fare nulla...puoi prolungare il ricovero ad un anno e.. il giorno dopo esce e si suicida. Dispiacere perché non hai elementi e risorse per modificare..con la psichiatria non usi un antibiotico o un intervento per risolvere... Rivivere quei momenti ti lascia il nome delle persone” (Intervista 5).

“[...]mi suscita più rabbia il suicidio in generale perché mi viene più da pensare a chi rimane quindi ai familiari e alle persone vicine perché si porteranno dentro il senso di colpa per sempre! (intervista 27).

Dal proseguo dell' intervista si evince che alcuni degli aspetti emotivi hanno portato 2 effetti opposti ma comunque collegati tra di loro, nei quali un forte sentimento di dolore (21.42%) veniva vissuto dalla maggior parte degli infermieri da cui successivamente veniva utilizzato per accrescere la loro professionalità (32.14%) formandoli direttamente sul campo.

“[...]come ogni cosa negativa ha anche un lato positivo..nel senso che mi è rimasto talmente impresso, un evento tra i più forti che ti può capitare, è stato un evento sì negativo ma ha portato degli aspetti positivi che hanno permesso di imparare e cogliere segni che il paziente dimostra anche involontariamente” (intervista 4).

Successivamente, in base a come l'infermiere metabolizzava l'evento, si sono potuti riscontrare modificazioni positive o negative nell' approccio con i restanti assistiti. Tali approcci variavano in maniera concreta il rapporto che ci sarebbe stato con il paziente; 11 infermieri (39.28%) hanno attuato una ricerca attenta ad eventuali segnali predittivi sia verbali che non verbali nel paziente; 8 infermieri (28.57%) hanno assunto una metodica di ascolto molto più approfondita verso i pazienti per valutare in maniera più minuziosa.

” L'allerta e l'osservazione sono aumentate! E nei confronti dei colleghi c'è stato un avvicinamento una sintonia nei confronti dell'altro!.. Alle volte anche un'allerta ingannevoli perché lo tutelano esagerando.. “ (intervista8).

“sei sempre non dico in allarme perché sarebbe esagerato..ma sempre un livello di attenzione alta perché anche quello che può essere un atto dimostrativo noi non lo sappiamo...Magari oggi è così ma non sai se un domani lui avrà il coraggio di metterlo in atto, un impulso” (intervista 18).

Vi è la necessità per il personale di prepararsi a questi eventi in anticipo, e di ricevere

supporto esterno una volta che si sono verificati; identificando le sollecitazioni all'interno dell' unità predisposta alla salute mentale al fine di sostenere e mantenere infermieri in salute, sia fisica che mentale diminuendo il burnout che ne deriva (Kriegsman et al. 1997). Coerentemente con quanto detto da Valente (2003) i sentimenti esperiti dagli infermieri quando hanno appreso della morte di un loro paziente sono stati di fallimento 21.42%, senso di colpa 17.85%, frustrazione 10.71%.

Rey et al. (2004) riportarono che i pazienti con una malattia mentale tendono ad essere più esigenti e disturbati. Le unità operative di salute mentale devono comprendere valutazioni specifiche basate sulla tipologia di persona analizzando tutto la struttura biopsicosociale del paziente, strutturare un ambiente sicuro e terapeutico, promuovere la stabilizzazione, e la pianificazione per favorirne il recupero tramite persone con specifica formazione ed esperienza diretta. 7 infermieri hanno espresso la consapevolezza di non aver ancora potuto approcciare a sufficienza il paziente psichiatrico in modo tale da potersi interfacciare in maniera efficace (25%).

” Io penso di essere molto impreparata, soprattutto quando mi confronto con i colleghi che hanno avuto esperienze territoriali ed in supervisioni mi rendo conto che la mia osservazione del paziente non è così affinata. Bisogna porre attenzione al contesto e l'infermiere deve stare con i piedi ben saldi..”(intervista 28).

Gli infermieri svolgono ruoli fondamentali come mezzi di ascolto e consulenza con valore indispensabile per gli assistiti. Lavorando a contatto con il paziente in maniera continuativa hanno dimostrato di svolgere un ruolo di supporto attivo per i pazienti I quali hanno espresso un comportamento suicida precedente o recidivante (Duffy, 1995; Libberton 1996; Long e Reid, 1996; Lung et al. 1998; Talseth et al. 1997; 1999).

Coerentemente a quanto detto da

I risultati di questo studio indicano che l'ospedale, come ambiente di lavoro, è un ambiente, che determina un aumento dello stato di stress degli infermieri e che la sua gestione dovrebbe essere attuata direttamente nello stesso luogo tramite programmi di supporto psicologico; questo viene confermato da Robinson et al. (2005) nel cui studio viene sottolineato che a causa di ripetute esposizioni a rischi psicosociali su pazienti acuti/cronici, gli infermieri sviluppano disturbi come depressione, comportamenti violenti

ed altre malattie psichiche e/fisiche.

Takahashi et al. (2011) sottolinea che la maggior parte degli infermieri indica il desiderio di strutturare programmi di cura all' interno della struttura adibita alla salute mentale per l'assistenza sanitaria ai lavoratori stessi i quali hanno sperimentato un evento scioccante all' interno dell' U.O.

CAPITOLO VI – CONCLUSIONE

6.1 – Limiti dello Studio

Lo studio permette di identificare i vissuti solo degli infermieri inclusi nella ricerca e in organico presso il reparto di SPDC dell'Ospedale di Portogruaro e San Donà di Piave dell'Azienda ULSS 10 "Veneto Orientale" e nel CSM, Distretto Socio Sanitario Unico San Donà di Piave e Portogruaro; per tanto non risulta essere generalizzabile all'intera Azienda sanitaria e all'esperienza di molti altri infermieri operanti nelle realtà italiane dove si fornisce assistenza ai pazienti psichiatrici. È consigliabile la replicazione dello stesso studio con un campione più ampio, coinvolgendo altre realtà operative per permettere un consistente confronto di elementi capaci di leggere il fenomeno scelto per l'analisi.

Altro elemento da tenere in considerazione come limite è la mancata verifica della chiarezza e dell'accuratezza delle domande dell'intervista realizzata dalla scrivente, non avendo utilizzato un campione pilota per verificare la comprensione univoca della stessa.

Sulla base delle interviste, si può concludere che l'impatto che tale evento genera nell'infermiere senso di malessere multi direzionale; inoltre che il ruolo delle famiglie nel processo di cura è di secondaria importanza ma che può avere un impatto notevole; sarebbe interessante però poter svolgere un'intervista per esplorare il modo in cui viene visto ruolo dell'infermiere nell'approccio al paziente.

6.2 – Indicazioni per la pratica

Al termine dello studio si denota come, per approcciarsi in maniera appropriata in vista del benessere dell'assistito, gli infermieri abbiano bisogno del supporto dell'ambiente in cui lavorano e del team multidisciplinare.

Si deve dare valore agli infermieri per discutere sia dei bisogni dei pazienti che delle proprie preoccupazioni rispetto alle variazioni rilevate visto il forte legame relazione che si instaura tra infermiere e paziente.

I risultati di questo studio possono essere un contributo per la conoscenza infermieristica, ai fini di migliorare i protocolli ed approcci per la prevenzione del rischio di suicidio nel paziente e nel mantenimento della salute psico-fisica dell'infermiere in ospedale e in CSM, inoltre, potrebbero aiutare i coordinatori infermieristici a creare un ambiente di

lavoro cooperativo.

Inoltre i risultati ottenuti possono essere utili per ampliare i programmi di formazione formando soprattutto coloro che si avvicinano per la prima volta all'ambito psichiatrico.

Le linee guida possono ridurre le decisioni prese in modo automatico e possono essere un punto di partenza per la discussione di casi sistematicamente in equipe e per fare una valutazione critica del processo decisionale, al fine di aumentare la riflessione su ciò che viene deciso e su come vengono prese le decisioni, con l'obiettivo di ridurre sia il tentato suicidio del paziente sia il rischio di "burnout" (bruciare dentro) dell'infermiere.

6.3 – Conclusioni

Nell'introduzione di questo elaborato si è sottolineato quali effetti negativi possono portare tali avvenimenti e come essi riducano vertiginosamente la qualità di vita sia dell'infermiere stesso che del paziente il quale sarà segnato indirettamente dall'evento passato (Shimozono, 2003 ; Fukuyama, 2004).

Inoltre sarà possibile valutare se sia necessario mettere in atto un piano di recupero e/o di sostegno per gli infermieri.

Esaminando le interviste risulta che gli infermieri, con il paziente psichiatrico, stringano un solido rapporto di relazione derivante da motivi professionali, da interessi comuni e dall'assidua frequentazione.

Tale aspetto è fondamentale per poter creare una relazione terapeutica e permettere di migliorare la qualità di vita del paziente ma è anche un arma a doppio taglio; infatti nel caso il paziente dovesse suicidarsi, in un momento di recidiva della sua patologia cronica, l'infermiere non solo sentirà il peso legale di tale atto ma anche di aver perso una persona con la quale si era stabilito un rapporto fiducia ed amicizia.

Tali effetti hanno portato a variazioni sia nell'aspetto lavorativo che nell'aspetto sociale intra ed extraospedaliero lasciando profonde cicatrici.

L'assistenza infermieristica è, allo stesso tempo, scienza e arte, tecnica ed etica; tali valori vanno costantemente coltivati e promossi nella formazione e nella realtà operativa.

Tenendo conto degli studi e dei dati rilevati nella ricerca, si vuole rimarcare

l'importanza della disponibilità di più risorse di supporto, per dare risposta agli specifici bisogni degli infermieri.

Gli infermieri intervistati hanno espresso il bisogno di avere un ambiente di supporto, in modo da garantire un'elevata qualità assistenziale.

Inoltre, esaminando le interviste emerge la necessità della realizzazione di un protocollo specifico nel supporto terapeutico per l' infermiere stesso.

“[...]penso sia necessario. Io sono riuscita da me.. a superare l'evento. Sì ci sarebbe bisogno perché dopo accumuli anche dei risentimenti.. ma dopo col tempo ti... ci ragioni su ti passa. Però se sei da sola puoi sviluppare dei risentimenti nei confronti dei tuoi superiori medici, dei tuoi colleghi. Ti sembra di essere vista come non adeguata, non funzionale che magari non corrisponde alla realtà ma magari provi tutti questi sentimenti di..alla fine chi è in turno rimane anche da solo.. è facile anche scaricare un po' su di noi”.
(intervista 4).

L'infermieristica è diventata un processo di ricerca scientifica, ma anche di costruzione di nuovi significati, attraverso la dinamica relazionale con la persona: la cultura, il tempo storico e sociale, i vissuti dei protagonisti assumono un ruolo fondamentale nella risoluzione positiva della relazione terapeutica.

L'ampliamento delle conoscenze, il perfezionamento delle tecniche di comunicazione, il confronto con i colleghi, lo sviluppo del pensiero critico e del supporto emotivo rappresentano tutte condizioni indispensabili affinché il professionista maturi, acquisisca la fiducia e la motivazione necessarie ad intraprendere e/o mantenere gli strumenti necessari per affrontare ciò che all' interno dell' ambito psichiatrico non sempre traspare.

BIBLIOGRAFIA

Arsenault-Lapierre, G. , Kim, C. e Turecki, G. (2004). Psychiatric Diagnoses in 3275 Suicides: A Meta-analysis. *BMC Psychiatry* 4:37.

Ayman, M., Hamdan, M., Ekhlis, A., Kathryn, P., Mohammad, Y. E Marini, A. (2011). Mental health nursing in Jordan: An investigation into experience, work stress and organizational support. *International Journal of Mental Health Nursing* 20, 86–94.

Bailey SR (1994) Critical care nurses' and doctors' attitudes to parasuicide patients. *The Australian Journal of Advanced Nursing* 11, 11–17.

Bartels, S. (1987). The aftermath of suicide on the psychiatric inpatient unit. *General Hospital Psychiatry*, 9 (3), 189–197.

Bauer, BB. e Hill, SS. (2000). *Mental Health Nursing: An Introductory Text*. W.B. Saunders Company, Philadelphia.

Baxter, E., Hafner, R. J. & Holme, G. (1992). Assaults by patients: The experience and attitudes of psychiatric hospital nurses. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 26 (4), 567–573.

British Medical Association (1992). *Stress and the Medical Profession*. BMA, London .

Bowers, L., Jarrett, M., Clark, N., Kiyimba, F. & McFarlane, L. (1999). Absconding: Outcome and risk. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 6 (3), 213–218.

Carlén, P. e Bengtsson, A. (2007). Suicidal patients as experienced by psychiatric nurses in inpatient care. *International Journal of Mental Health Nursing* 16, 257–265.

Chapman, R., Styles, I., Perry, L. & Combs, S. (2010). Nurses' experience of adjusting to workplace violence: A theory of adaptation. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19 (3), 186–194.

Cotton, P., Drake, R., Whitaker, A. & Potter, J. (1983). Dealing with suicide on a psychiatric inpatient unit. *Hospital and Community Psychiatry*, 34 (1), 55–58.

Duffy, D. (1995). Out of the shadows: A study of the special observation of suicidal psychiatric in-patients. *Journal of Advanced Nursing*, 21 (5), 944–950.

Edwards, D., Burnard, P., Coyle, D., Fothergill, A. & Hannigan, B. (2000). Stress and burnout in community mental health nursing: A review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7, 7–14.

Fan-Ko, S., Ann, L., Jennifer, B. e Lee-Ing, T. (2006). Patients and nurses' perceptions of ward environmental factors and support systems in the care of suicidal patients *Journal of Clinical Nursing* 15, 83–92

- Fan-Ko, S., Ann, L., Jennifer, B. e Lee-Ing, T. (2007). The attitudes of casualty nurses in Taiwan to patients who have attempted suicide. *Journal of Clinical Nursing* 16, 255–263
- French, SE. , Lenton, R., Walter, V. e Eyles, J. (2000). An empirical evaluation of an expanded Nursing Stress Scale. *J. Nur. Meas.*; 8 : 161–178.
- Fukuzaki, T. e Tanihara, H. (2014). Job stress and burnout among nurses and care workers in psychiatric wards. *Sangyo Eiseigaku Zasshi.*;56(2):47-56
- Gilje, F., Talseth, A., e Norberg, A. (2005). Psychiatric nurses' response to suicidal psychiatric inpatients: struggling with self and sufferer. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 12 , 519–526
- Hamdan-Mansour, A. & Wardam, L. (2009). Attitudes of Jordanian mental health nurses toward mental illness and patients with mental illness. *Issues in Mental Health Nursing*, 30 (11), 705–711.
- Humpel, N., Caputi, P. & Martin, C. (2001). The relationship between emotions and stress among mental health nurses. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 10, 55–60.
- Hwu, BM. (1996). Attitudes and Management of Emergency Physicians Towards Suicidal Patients. Unpublished MSc dissertation, The Kaohsiung Medical College, Taiwan.
- Jenkins, R. & Elliott, P. (2004). Stressors, burnout and social support: Nurses in acute mental health settings. *Journal of Advanced Nursing*, 48 (6), 622–631.
- Joyce, J. e Wallbridge, H. (2003) Effects of suicidal behaviours on a psychiatric unit nursing team. *Journal of Psychosocial Nursing* 41 , 14–23.
- Kilfedder, C. J., Power, K. G. & Wells, T. J. (2001). Burnout in psychiatric nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 34, 383–396.
- Kipping, C. J. (2000). Stress in mental health nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 37 (3), 207–218.
- Kriegsman, D. M., Van Eijk, J. T., Penninx, B. W., Deeg, D. J. & Boeke, A. J. (1997). Does family support buffer the impact of specific chronic diseases on mobility in communitydwelling elderly? *Disability & Rehabilitation*, 19, 71–83.
- Len, B., Alan, S., Sophie, E., Henk, N., Cerdic, H., Angela, G. e Louise, P. (2006). Serious untoward incidents and their aftermath in acute inpatient psychiatry: The Tompkins Acute Ward Study. *International Journal of Mental Health Nursing* 15, 226–234
- Leu, SJ. (2002) Nurses' Attitudes and Difficulties in Nursing Intervention Toward Suicidal Behaviour in Emergency Department. Unpublished MSc Dissertation, The Kaohsiung Medical College, Taiwan.

- Libberton, P. (1996). Depressed and suicidal clients: How nurses can help. *Nursing Times*, 92 (43), 38–40.
- Little, J. (1992). Staff response to inpatient and outpatient suicide: What happened and what do we do? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 26 (2), 162–167.
- Long, A. & Reid, W. (1996). An exploration of nurses' attitudes to the nursing care of the suicidal patient in an acute psychiatric ward. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 3, 29–37.
- Long, A., Long, A. & Smyth, A. (1998). Suicide: A statement of suffering. *Nursing Ethics*, 5 (1), 3–15.
- Maltsberger, J. & Buie, D. (1974). Countertransference hate in the treatment of suicidal patients. *Archives of General Psychiatry*, 30, 625–633.
- McLaughlin, C. (1993). Suicidal behaviour. *British Journal of Nursing* 2, 1103–1105.
- Mei-Sang, Y., Ishung, M. e Ming, J. (2004). Job strain and minor psychiatric morbidity among hospital nurses in southern Taiwan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* , 58 , 636–641.
- Minami, Y. (2006). Investigation of Medical Safety Management in the Department of Psychiatry Part 1: Questionnaire on Suicide in Hospitals. *Patient Safety Promotion Journal*
- Morgan, H. G. & Priest, P. (1991). Suicide and other unexpected deaths among psychiatric in-patients: The bristological confidential inquiry. *British Journal of Psychiatry*, 158, 368–374.
- O'Brien, L. & Cole, R. (2003). Close-observation areas in acute psychiatric units: A literature review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12, 165–176.
- Pompili, M. e Tatarelli, R. (2008). *La psicoterapia del dolore mentale dei soggetti a rischio di suicidio*. Roma: Fioriti Editore.
- Rey, J., Walter, G. e Giuffrida, M. (2004). Policy, structural change and quality of psychiatric services in Australia: The views of psychiatrists. *Australian Psychiatry*, 12, 118–122.
- Richards, D. A., Bee, P., Barkham, M., Gilbody, S. M., Cahill, J. & Glanville, J. (2006). The prevalence of nursing staff stress on adult acute psychiatric in-patient wards: A systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41 (1), 34–43.
- Robinson, S., Murrells, T., Smith, E., 2005. Retaining the mental health nursing workforce: early indicators of retention and attrition. *Int. J. Ment. Health Nurs.* 14, 230–242.
- Ryan, J. & Poster, E. (1989). The assaulted nurse: Short-term and long-term responses. *Archives of Psychiatric Nursing*, 3 (6), 323–331.

- Sailaxmi, G., Sangeetha, G., Nurnahar, A. e Chaturvedi, S. (2014). Somatic symptoms, perceived stress and perceived job satisfaction among nurses working in an Indian psychiatric hospital. *Asian Journal of Psychiatry* 12, 77–81
- Samuelsson, M., Asberg, M. e Gustavsson, JP. (1997a). Attitudes of psychiatric nursing personnel towards patients who have attempted suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 95, 222–230.
- Samuelsson, M., Sunbring, Y., Winell, I. e Asberg, M. (1997b). Nurses' attitudes to attemptate suicide patients. *Scandinavian Journal of Caring Science* 11, 232–237.
- Schaufeli, W. B., Maslach, C. & Marek, T. (1993). *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research*. Washington, DC: Taylor & Francis.
- Shen, H. C., Cheng, Y., Tsai, P. J., Lee, S. H. & Guo, Y. L. (2005). Occupational stress in nurses in psychiatric institutions in Taiwan. *Journal of Occupational Health*, 47 (3), 218–225.
- Shimizu, T., Mizoue, T., Kubota, S., Mishima, N. & Nagata, S. (2003). Relationship between burnout and communication skill training among Japanese hospital nurses: A pilot study. *Journal of Occupational Health*, 45, 185–190.
- Shneidman S (1985). *Definition of suicide*. Aronson, Northvale.
- Shneidman, S. (1996). *The suicidal mind*. Oxford University Press, New York.
- Streubert, H. & Carpenter, D. (2005). *La ricerca qualitativa: un imperativo umanistico* (pp. 52-72). Edizione italiana a cura di M. Matarese. Idelson - Gnocchi.
- Sullivan, P. J. (1993). Occupational stress in psychiatric nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 591–601.
- Sun FK (2004) *Investigating the Suicide Care Process in Psychiatric Wards in Taiwan*. Unpublished PhD Thesis, University of Ulster, Northern Ireland.
- Takahashi, et al. (2011). The impact of inpatient suicide on psychiatric nurses and their need for support. *BMC Psychiatry*, 11, 1-8.
- Takahashi, Y. (2004). *Suicide Postvention Tokyo, Japan: Igaku-shoin*.
- Talseth, A. G., Lindseth, A., Jacobsson, L. & Norberg, A. (1997). Nurses' narrations about suicidal psychiatric inpatients. *Nordic Journal of Psychiatry*, 51, 359–364.
- Talseth, A. G., Lindseth, A., Jacobsson, L. & Norberg, A. (1999). The meaning of suicidal psychiatric in-patients experiences of being cared for by mental health nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 29 (5), 1034–1041.

Tyler, P. e Cushway, D. (1995). Stress in nurses: the effects of coping and social support. *Stress Med*; 11 : 243–251.

Valente, S. (2003) Aftermath of a patient's suicide: a case study. *Perspectives in Psychiatric Care* 39 , 17–22.

Walker, E. , McGee R. e Druss B. (2015). Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*.

Wang, WL., Anderson, FR. e Menten, JC. (1995). Home healthcare nurses' knowledge and attitudes toward suicide. *Home Healthcare Nurse* 13, 64–69.

World Health Organization. *World Report on Violence and Health*. Chapter 7. Self-Directed Violence. WHO, Geneve, 2002, pp. 191-198.

Yasuhiro, K., Hisashi, K., Hiroshi, M., Kotaro, Hatta. e Steven, Thurber. (2011). Attitudes of Japanese nursing personnel toward patients who have attempted suicide. *General Hospital Psychiatry* 33 ,393–397

SITOGRAFIA

Art 1 e 7 del codice deontologico. Reperito il 4 Giugno 2015 all' indirizzo web: <http://www.ipasvi.it/norme-e-codici/deontologia/il-codice-deontologico.htm>

Dati istat rilevazioni sui decessi e sulle cause di morte. Reperito il 7 Giugno 2015 all' indirizzo web: <http://www.istat.it/it/archivio/4216>

Dati istat suicidi e tentativi di suicidio. Reperito il 7 Giugno 2015 all' indirizzo web: <http://www.istat.it/it/archivio/55646>

Decreto n. 739/94 delle leggi nazionali. Reperito il 5 Giugno 2015 al' indirizzo web: <http://www.ipasvi.it/norme-e-codici/leggi-nazionali.htm>

Japan Cabinet Office (2010). Annual report on suicide prevention measure. Reperito il 20 giugno 2015 all' indirizzo web: <http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/whitepaper/w-2010/pdf/gaiyou/index.html>

Suicidio. Servizio per la prevenzione del suicidio. Reperito il 25 giugno 2015 all' indirizzo web: <http://www.prevenireilsuicidio.it/>

Trofa, C. (2012), I tentativi di suicidio: studio epidemiologico e prevenzione secondaria. Reperito il 18 giugno 2015 all' indirizzo web: http://www.dialogopsicologia.it/articoli/psicologia_clinica/I_tentativi_di_suicidio_studio_e_pidemiologico_e_prevenzione_secondaria90.html

ALLEGATI

ALLEGATO N° 1



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

Università degli Studi di Padova
Scuola di Medicina e Chirurgia

**Corso di Laurea in Infermieristica
Sede di Portogruaro**

Studente: Bigatton Giovanni
Matricola: 1046449

SCHEDA ANAGRAFICO-PROFESSIONALE DEL PERSONALE INFERMIERISTICO

SESSO: Maschio Femmina

ETÀ: <25 26-30 31-40 41-50 50 =>

FORMAZIONE PROFESSIONALE:

- Diploma di Infermiere scuola regionale
- Diploma di Laurea triennale in Infermieristica
- Diploma di Laurea Magistrale in Scienze infermieristiche ed ostetriche
- Master in Coordinamento
- Master di primo livello , area _____
- Master di secondo livello , area _____
- Dottorato di ricerca
- Altro _____

FREQUENZA A CORSI DI FORMAZIONE SULLA RELAZIONE CON L'ASSISTITO E/O I SUOI FAMILIARI:

Sì No

ANNI DI ESPERIENZA LAVORATIVA COME INFERMIERE:

<1 1-5 6-10 >10

ANNI DI ESPERIENZA LAVORATIVA NELL'ATTUALE UNITÀ OPERATIVA:

<1 1-5 6-10 >10

ALLEGATO N° 2



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

*Università degli Studi di Padova
Scuola di Medicina e Chirurgia*

*Corso di Laurea in Infermieristica
Sede di Portogruaro*

Studente: Bigatton Giovanni

Matricola: 1046449

Intervista semi-strutturata per una ricerca qualitativa fenomenologica:

1. Quali emozioni/sentimenti ha vissuto di fronte al suicidio o suo tentativo del proprio assistito?Può rivivere quei momenti?
2. Qual è stata l' esperienza più intensa ? quali effetti a breve e lungo termine ha portato?
3. Dopo questa esperienza che comportamenti ha adottato nei confronti degli assistiti e colleghi?
4. Le esperienze che ha vissuto fino ad oggi cosa le hanno lasciato?
5. Cosa pensa del suo bagaglio accumulato fin'ora?

ALLEGATO N° 3

Copia dell'AUTORIZZAZIONE all'utilizzo dello STRUMENTO d'INDAGINE



REGIONE DEL VENETO
AZIENDA UNITÀ LOCALE SOCIO SANITARIA N. 10
"VENETO ORIENTALE"

Sede Direzionale:
Piazza De Gasperi, n.5 - 30027 San Donà di Piave (VE) Codice Fiscale e Partita I.V.A.: 02799490277

Data, 12.06.2015

Prot. 37718

All.: 1

OGGETTO: Richiesta autorizzazione indagine tesi studenti.

Alla dr.ssa Elsa Labelli
direttore didattico
Corso di Laurea in Infermieristica
Via Seminario, n.35
30026 PORTOGRUARO

Con riferimento alle richieste da parte degli studenti del CLI, di cui all'allegato elenco, finalizzate alla somministrazione dei questionari per la compilazione della tesi di Laurea in Infermieristica, rilevato che per le predette richieste vi sono già i pareri favorevoli dei direttori delle UU.OO. e strutture interessate, si autorizza alla raccolta dati e si chiede alla S.V. di darne comunicazione agli interessati.

Con l'occasione si porgono cordiali saluti.

DIRETTORE GENERALE
Dott. Carlo Bramezza

Direzione Sanitaria
Unità Operativa Professioni Sanitarie
Dirigente: Dott. Mauro Filippi
Referente istruttoria: Sonia Chinellato

e-mail: sinf.dir@ulss10.veneto.it
Tel. 0421 228155
Fax 0421 228156

www.ulss10.veneto.it



ALLEGATO N° 4

Università degli Studi di Padova
Scuola di Medicina e Chirurgia

Corso di Laurea in Infermieristica **Sede di Portogruaro**

Consenso Informato

L'AULSS n. 10 "Veneto Orientale" di San Donà di Piave ha autorizzato il sottoscritto, in qualità di studente del Corso di Laurea in Infermieristica (C.L.I.) dell'Università degli Studi di Padova, sede di Portogruaro, a condurre uno studio qualitativo fenomenologico sull' vissuto degli infermieri di CSM ed SPDC rispetto al tentato suicidio e/o suicidio dei propri assistiti finalizzato ad osservare gli effetti che questi provocano. Al fine di realizzare lo studio sarebbe necessaria la sua gentile collaborazione. Ciò, per dare un contributo all'accertamento infermieristico e all'identificazione di un'area ancora poco esplorata.

La partecipazione al nostro studio è del tutto volontaria. Lei può rifiutare o ritirarsi in qualsiasi momento. Legga con attenzione questo documento e non esiti a chiedere chiarimenti prima di firmare.

Se Lei accetta di partecipare, le verrà effettuata un'intervista, con registrazione della stessa, dove le verranno poste 5 domande a cui lei potrà rispondere in maniera libera.

Non ci saranno guadagni diretti né per Lei, né per gli operatori coinvolti, ma la Sua partecipazione e quella di altri suoi colleghi le quali sono molto importanti per far progredire le conoscenze scientifiche inerenti l'assistenza infermieristica.

Le informazioni raccolte saranno strettamente confidenziali e trattate dalla studente del C.L.I. (Bigatton Giovanni) e dal personale del Nucleo coinvolto, ai sensi della normativa vigente, saranno usate solo in modo aggregato e anonimo per la preparazione di relazioni scientifiche nelle quali Lei non sarà in alcun modo identificabile.

Acconsento di partecipare allo studio avendo compreso tutte le spiegazioni sullo studio in corso, avendo avuto l'opportunità di discuterle e chiedere spiegazioni. Accettando di partecipare, non rinuncio ai diritti che riguardano il trattamento dei miei dati personali.

Data, _____

Firma dell' infermiere

Firma dello studente

La ringrazio per aver collaborato a questo importante progetto di ricerca. Nel caso in cui Lei avesse bisogno di ulteriori chiarimenti, potrà rivolgersi al Corso di Laurea in Infermieristica, dell'Università degli Studi di Padova, sede di Portogruaro, telefonando al numero 0421/71018 – fax 0421/280961 e chiedendo di Bigatton Giovanni

ALLEGATO № 5

Trascrizione delle interviste realizzate a ventotto infermieri dell' area psichiatrica.

INTERVISTA n. 1:

Intervistatore: "Quali emozioni/sentimenti ha vissuto di fronte al suicidio o suo tentativo del proprio assistito?Può rivivere quei momenti?"

Intervistato 1: "Nel contesto in cui è avvenuto posso dire che sia stata una liberazione per il paziente , in quanto stava soffrendo; così facendo lui si è sentito liberato.

Nel modo in cui l'ha fatto posso dire che non ha pensato alla famiglia e ai dispiaceri e al dolore che poteva arrecarvi e quindi a questo livello direi che è stato molto egoista. Con il terapeuta l'ho vista come se lo stesse sfidando.

Quello che ho provato è stato quello di dispiacermi perché si è lasciato andare senza lottare , una vita sprecata così , ha veramente lasciato un brutto dolore alla famiglia".

Intervistatore: "Qual è stata l' esperienza più intensa ? quali effetti a breve e lungo termine ha portato?"

Intervistato 1: "Quella appena citata è stata l' esperienza più intensa per me.

Come effetti a breve termine mi ha fatto pensare alla famiglia , lasciandomi un grosso dispiacere addosso...eh...forse un po' di rabbia

A lungo termine resta sempre il dolore , per la sua famiglia in primis e anche per chi si occupava di lui , io credo però che per annientarsi così doveva essere proprio arrivato al limite".

Intervistatore: "Dopo questa esperienza che comportamenti ha adottato nei confronti degli assistiti e colleghi?"

Intervistato 1: "Ho sempre adottato la mia esperienza relazionale , ascoltarli ascoltarli ed ascoltarli ancora perché tante volte questo manca nella famiglia

Con i colleghi non mi ha portato a modificare i rapporti con loro. Sono sempre stata molto schietta".

Intervistatore: "Le esperienze che ha vissuto fino ad oggi cosa le hanno lasciato?"

Intervistato 1 : "Mi accorgo prima di alcuni segni che i pazienti dimostrano , anche involontariamente. Loro te lo dicono , e se non lo fanno sono appartati in stanza, la solitudine è molto brutta e si ritrovano a tu per tu anche con loro stessi e i loro problemi, hanno bisogno di comunicare e di sentire qualcuno vicino a loro, questo è fondamentale. Oltre i piani di assistenza e tutto ciò che ci va dietro , questo non è un lavoro di ufficio! E' un lavoro di relazione!".

Intervistatore: "Cosa pensa del suo bagaglio accumulato fin'ora?"

Intervistato 1: "Il bagaglio è grande perché gli anni son tanti. Non solo professionale ma anche di vita.

Nella vita si vivono tante esperienze da cui non puoi fuggire ma devi affrontare , nel lavoro , nella vita in tutto. E mi sento in dover di dover condividere questa esperienza con i giovani che entrano in reparto , aiutandoci a vicenda".

Intervistatore: "Secondo lei potrebbe essere d'aiuto un sostegno psicologico o simili?"

Intervistato 1: "Non ne ho sentito la necessità perché sono riuscita ad esternare le mi paure e pensieri con i miei colleghi i quali mi hanno sostenuta".

INTERVISTA n.2:

Intervistatore: “Quali emozioni/sentimenti ha vissuto di fronte al suicidio o suo tentativo del proprio assistito?Può rivivere quei momenti?”

Intervistato 2: “Il sentimento tendenzialmente più frequente è quello di aver sbagliato , aver sbagliato nel comportarsi senza aver capito delle esigenze che aveva. Il suicidio della persona è un insieme di esperienza lavorative , familiari etc a volte questa esperienza è dovuta a momenti di malessere anche di perdita e soprattutto una mancanza di scopo della vita. Per noi infermieri è molto difficile valutare ciò perché sono persone di difficile valutazione , il paziente depresso è sempre una persona che chiede aiuto , magari effettuando un tentato suicidio , parli di quelli seri ovviamente. I tentativi seri sono quelli dove o riescono o dove vengono salvati in extremis. Quello che uno prova come operatore è un momento molto molto triste perché dice a se stesso di non essere riuscito a salvare una persona.

Mi capito un paziente , qualche anno fa , un ragazzo abbastanza giovane che entrò per una delusione amorosa , incomprensioni a livello familiare e dopo una decina di giorni che era all’ interno del nostro reparto , nel momento in cui sembrava stesse meglio , una mattina , all’ interno del reparto decise di farla finita , riuscendoci purtroppo. Nel momento in cui è un uscito dal colloquio con un medico e con l’ operatore presente ed entrambi non si sono resi conto che la vita di questo ragazzo era finita.

Questa azione ha proprio creato uno sconforto ed un incapacità di dire a noi operatori all’ interno della struttura : ma allora forse stiamo sbagliando qualcosa.

Mi ricordo inoltre che sono state fatte alcune riunioni e convegni tra di noi per capire quali metodologie possiamo applicare noi operatori per prevenire e riconoscere le esigenze della persona , quello che ci da più conforto è che noi dobbiamo ascoltare di più e valutare le sensazioni e gli aspetti emotivi di questa persona anche le più piccole sensazioni e gesti possono salvare la vita dell’ assistito.”

Intervistatore: ”Qual è stata l’ esperienza più intensa e quali effetti a breve e lungo termine ha portato?”

Intervistato 2: “ Ricordo il caso di una ragazza in particolare , successo circa 15 anni fa , una ragazza venne ricoverata qui da noi per una sindrome depressiva ,era già stata ricoverata in passato. Sembrava che non propendesse più verso il suicidio , aveva però sempre questo senso della morte , ma non perché pensasse al suicidio , ma perché lei pensava al fatto che la sua vita finirà..ehhh... questa ragazza ad un certo punto è stato proposto di fare attività in piscina , lei ci andò! Al 3 -4 giorno al rientro in reparto , è andata in camera , si è messa a letto e si è.....soffocata con la cuffia....è stata una cosa veramente drammatica per tutti noi che la seguivamo , non ci credevamo, si è lasciata morire. Come puoi pensare che con una cuffia si uccida?Questo ci ha portato a pensare , ma come ha fatto? Non è possibile? Non accetto una cosa del genere. C’era una grande rabbia.”

Intervistatore: “Dopo questa esperienza che comportamenti ha adottato nei confronti degli assistiti e colleghi?”

Intervistato 2: “Non è che ci siano degli atteggiamenti particolari , sicuramente è aumentata l’ attenzione e il fatto di dover valutare tutte le più piccole situazioni che possono dare segnale di disagio , controllare i materiali che vengono portati all’ interno del reparto con cui posso compiere gesti lesivi. Con i colleghi non ho variato i miei comportamenti a dire il vero.

Intervistatore: “Le esperienze che ha vissuto fino ad oggi cosa le hanno lasciato?”

Intervistato 2 : “Quello che mi hanno lasciato le mie esperienze è che non puoi mai interpretare veramente la mente umana, è difficilissimo , soprattutto quando ci stai vicino , non pensi che domani potrebbe togliersi la vita. A volte la morte ti segue e quando decide di prenderti ...ti prende...lavoro da una vita qui dentro ed ho visto tanti , troppi casi , sia dentro che fuori dal reparto. Il colpo più duro lo ricevi quando fai tutto ciò che c’è da fare ma non riesci ad impedire la decisione della persona e allora vivi proprio un male dentro , un male di vivere.”

Intervistatore: “Cosa pensa del suo bagaglio accumulato fin’ora?”

Intervistato 2: “Io ho lavorato in medicina, ortopedia e alla fine in psichiatria. Mi piace come lavoro , mi piace stare con le persone , cercare di aiutarle e dare il massimo per poter arrivare a dare una vita dignitosa, perché dal momento in cui ci sono persone come i bipolari , in momenti quali la maniacalità hanno questa espressione di malessere e violenza e nei momenti di depressione devi cercare di salvargli la vita , anche se

molto spesso non è così semplice. A volte dico basta , ma tutto sommato il lavoro mi piace , la malattia psichiatrica è cambiata negli anni si , in meglio , le persone sono più seguite ed è più semplice diciamo rispetto al passato.”

INTERVISTA n.3:

Intervistatore: “Quali emozioni/sentimenti ha vissuto di fronte al suicidio o suo tentativo del proprio assistito?Può rivivere quei momenti?”

Intervistato 3: “Sì , allora , consideriamo che io lavoro da diverso tempo , circa 20 anni in questo reparto , quindi ho vissuto molte volte questa esperienza...ehhh...senz’altro all’ inizio della carriera vivevo diversamente l’ esperienza rispetto ad ora.

Ho assistito a diverse perdite di pazienti quantificabili sulla decina se non di più addirittura. Certo sì la prima emozione è sempre il dispiacere per la perdita di una vita, di una persona con cui hai stabilito un rapporto , provi inoltre un senso di fallimento per quello che è avvenuto , i tuoi propositi sono tutt’altro.

Gran parte dei tentativi che ho visto sono soprattutto dimostrativi , mentre chi intende suicidarsi veramente solitamente porta a termine lo scopo.

Devo dire che con l’ esperienza che ho acquisito metto la possibilità che questo succeda, è una cosa che comprendo , può succedere, non dico che debba essere accettata ma se la persona è decisa nel volerlo fare, io , manifesto un certo rispetto nella sua scelta”

Intervistatore: ”Qual è stata l’ esperienza più intensa ? quali effetti a breve e lungo termine ha portato?”

Intervistato 3: “L’ esperienza più intensa che ho avuto? Devo dire che sono tutte intense , sono sensazioni forti diverse a seconda della persona , ma forti.

Non ho avuto particolari effetti a breve e lungo termine perché in me scaturiva un senso di accettazione verso quel gesto, ovviamente non è sempre stato così facile , ma l’esperienza con il tempo ha aiutato. ”

Intervistatore: “Dopo questa esperienza che comportamenti ha adottato nei confronti degli assistiti e colleghi?”

Intervistato 3: “No non ho particolarmente modificato i miei comportamenti rispetto ai miei assistiti, ovviamente con i primi approcci , soprattutto a chi ha già manifestato l’ intenzione sto molto più attento, quelle sono tutte persone che chiedono aiuto. Con i colleghi non ho assolutamente modificato il mio comportamento.”

Intervistatore: “Le esperienze che ha vissuto fino ad oggi cosa le hanno lasciato?”

Intervistato 3 : “Ehhhh...le esperienze fino ad oggi, la prima cosa è che noi non siamo infallibili anche facendo tutto il possibile, pochi si salvano. L’ esperienza mi ha insegnato che purtroppo non si riesce a cambiare una decisione del genere.”

Intervistatore: “Cosa pensa del suo bagaglio accumulato fin’ora?”

Intervistato 3: “E’ un bagaglio importante sicuramente , non potrei cambiare mai nulla di quello che è stato , sono soddisfatto di tutto il mio lavoro anche a dispetto dei fallimenti.”

Intervistatore: “Secondo lei potrebbe essere d’aiuto un sostegno psicologico o simili?”

Intervistato 3: “Io credo che questo sia molto individuale , ho conosciuto dei colleghi molto diversi a seconda delle reazioni, alcuni colleghi hanno dovuto cambiare addirittura reparto a causa di questi eventi. Posso darti conferma che dovrebbe esserci un supporto. Personalmente io supero questi eventi eventualmente parlando con i colleghi e discutendone in equipe.”

INTERVISTA n.4:

Intervistatore: “Quali emozioni/sentimenti ha vissuto di fronte al suicidio o suo tentativo del proprio assistito?Può rivivere quei momenti?”

Intervistato 4: “Mmm...le emozioni, cosa si prova? Intanto si tratta sempre di un fallimento dal punto di vista professionale , perché anche se si è fatto il possibile si va sempre alla ricerca di una carenza della sorveglianza del paziente, anche se dopo riflettendoci su ti dici : Non è tutta colpa mia.

Lavorando in equipe tutti insieme dovevamo prevenire questo evento e mettere in atto delle modalità di prevenzione.

Cosa si prova ? si prova una forte angoscia per l' evento ma anche un dispiacere perché è morta una persona. Dopo subentra anche la paura , e mentre realizzi quello che è successo pensi ad una ritorsione legale da parte dei familiari... anche se mi sentivo apposto con la coscienza. Ho vissuto anche un sentimento di inadeguatezza per quello che è successo , paura delle critiche di non venire considerata una persona affidabile dal punto di vista professionale.”

Intervistatore: ”Qual è stata l' esperienza più intensa ? quali effetti a breve e lungo termine ha portato?”

Intervistato 4: “L' esperienza più intensa è successa mentre ero in turno, mi è successo che un paziente si è suicidato , diciamo che come ogni cosa negativa ha anche un lato positivo..nel senso che mi è rimasto talmente impresso , un evento tra i più forti che ti può capitare , è stato un evento sì negativo ma ha portato degli aspetti positivi che hanno permesso di imparare e cogliere segni che il paziente dimostra anche involontariamente a livello suicidario. Cerco di mettere in atto dei controlli molto più assidui , col tempo ci si lascia andare.”

Intervistatore: “Cosa intende con “Ci si lascia andare”?”

Intervistato 4: “Come tutti gli essere umani hai quella giornata che magari sottovaluti certe.. però io ho sempre in mente questo episodio ee.. Era il turno della notte.. Eravamo in questa stanza qua, perché l'ambulatorio era qua, avevamo appena finito di darci le consegne e stavo guardando le cartelle mediche.. E questo paziente improvvisamente.. c'era la finestra aperta e.. questa.. sì è successo proprio qui.. Diciamo è stato un elemento di disattenzione e forse più da parte del turno precedente che non il mio, perché avevamo appena finito di dare le consegne e gli altri colleghi erano andati a fare il giro delle stanze per vedere i pazienti.. Era rimasta la finestra aperta, qua c'era la scrivania e questo paziente improvvisamente..a preso la rincorsa dal corridoio ed è partito come un razzo non c'è stata la possibilità di fermarlo e si è proprio buttato giù in una frazione di pochi secondi. Ti lascia senza parole! Quindi diciamo...”

Intervistatore: “Dopo questa esperienza che comportamenti ha adottato nei confronti degli assistiti e colleghi?”

Intervistato 4: Sì ti ho detto mi è rimasta questa un po' maniacalità nel controllare gli oggetti personali..nel giro letti.. era proprio una disposizione che abbiamo però magari non tutti lo fanno. Io guardo nei cassetti e trovo sempre qualcosa che non va.

Intervistatore: “Le esperienze che ha vissuto fino ad oggi cosa le hanno lasciato?”

Intervistato 4: Emm.. di non sottovalutare mai le situazioni che ti possono capitare.. Si hai sempre in mente questo fatto che ti è successo e te lo porti sempre dietro.

Intervistatore: “Cosa pensa del suo bagaglio accumulato fin'ora?”

Intervistato 4: Ne penso in modo positivo.. Specialmente le cose negative ti fanno maturare ti aiutano..

Intervistatore: “Secondo lei potrebbe essere d'aiuto un sostegno psicologico o simili?”

Intervistato 4: Sì io penso di sì anche se quella volta non esisteva..non esisterà neanche adesso! Ma so di altri reparti in cui gli operatori sono stati aiutati..penso sia necessario. Io sono riuscita da me.. a superare l'evento. Sì ci sarebbe bisogno perché dopo accumuli anche dei risentimenti.. ma dopo col tempo ti... ci ragioni su ti passa. Però se sei da sola puoi sviluppare dei risentimenti nei confronti dei tuoi superiori medici, dei tuoi colleghi. Ti sembra di essere vista come non adeguata, non funzionale che magari non corrisponde alla realtà ma magari provi tutti questi sentimenti di..alla fine chi è in turno rimane anche da solo.. è facile anche scaricare un po' su di noi...si..

INTERVISTA n. 5

Intervistatore:” Quali emozioni/sentimenti ha vissuto di fronte al suicidio o suo tentativo del proprio assistito? Può rivivere quei momenti?”

Intervistato 5:”Le emozioni che ho provato erano rabbia e dispiacere, erano persone che conoscevo tramite un passaggio di comunicazione, mi riferisco alle persone che ho conosciuto. Dispiacere magari perché eri cosciente che stavano male e magari venivano anche dimesse e paramettravi già degli altri tentativi anche

che riuscissero..e non puoi fare nulla...puoi prolungare il ricovero ad un anno e.. il giorno dopo esce e si suicida. Dispiacere perché non hai elementi e risorse per modificare..con la psichiatria non usi un antibiotico o un intervento per risolvere. La rabbia come forse ho già accennato ci sono questi tentativi che sono richieste d'aiuto o voler forzare in alcune decisioni che sfociano in tentativi importanti o alcune volte "sbagliano" a parametrare quello che fanno e si uccidono davvero. Rivivere quei momenti ti da dispiacere ti lascia il nome delle persone, sia di quelle che pensavamo potessero e anche per coloro che sono persone giovani per cui ci dispiace di più. Un ragazzo ad esempio un orfano che era stato adottato e che aveva dei disturbi di comportamento una famiglia che non era il massimo.. altri affidatari avrebbero dato altro...si e interrotto un percorso di vita che poteva essere molto più lungo e produrre di più, oppure per chi ha figli come nel mio caso ti viene da pensare come fare bene il padre e come rapportarsi con loro.

Intervistatore:"Qual è stata l'esperienza più intensa? Quali effetti a lungo e breve termine ha portato?"

"Intervistato 5:"L'ultima sicuramente perché sono andato a distanza di un quarto d'ora dall'operatore che aveva la figlia impiccata... mi ha fatto immedimare che potesse essere mia figlia appesa alla corda ti distrugge ripensandoci ti viene un peso allo stomaco ti metti a pensare alla madre e a ciò che fai come padre è una situazione sfuggita all'attenzione dei familiari è sfuggita anche all'attenzione del campo psichiatrico è riuscita a camuffare tutto a fuggire dal controllo di una persona che opera all'interno della psichiatria come lo faccio io preferirei che mi succedesse un fatto del genere come operatore piuttosto che come un individuo che non comprende nulla dell'ambito, essendo un esperto dovresti riuscire a captare più campanelli d'allarme ..il modo di fare. Non è una cosa così semplice da capire, chi lavora in psichiatria pensa di essere più esperto di altri ma non è così..

Intervistatore:" Dopo questa esperienza che comportamenti ha adottato nei confronti degli assistiti e colleghi?"

Intervistato 5:"Sicuramente nel mio caso ti apre a valutare e a parlare con i pazienti e poi fermarti e cercare di capire di più le loro richieste e le loro storie. Nei confronti degli assistiti devi mantenere un'apertura maggiore verso chi ritieni stia bleffando e ti porti a rivalutare maggiormente la situazione. Con i nuovi infermieri posso portare il mio contributo e spingerli ad andare più affondo a raccogliere più dati per far sì che non se la prendano semplice nelle valutazioni".

Intervistatore:" Le esperienze che ha vissuto fino ad oggi che cosa le hanno lasciato?"

Intervistato 5:"In area critica comunichi soltanto attraverso degli strumenti, qui in psichiatria vedi la vera vita ed approfondisci le relazioni. Spesso la persona ricoverata fa parte di un tassello di un puzzle enorme ed importantissimo, dietro di essi ci sono famiglie o situazioni molto più importanti o drammatiche rispetto a ciò che sta provando il paziente, per problemi sociali ed economici, specialmente durante il mio percorso di 5/6 anni la situazione economica italiana è cambiata e quando manca il soldino che ti accomuna al resto del mondo la situazione di carattere depressivo diventa ancora più importante".

Intervistatore:" Cosa pensa del suo bagaglio accumulato fin'ora?"

Intervistato 5:"ti apre la visuale quotidiana sia come persona ma anche come operatore in queste situazioni molto pesanti, molto forti. I tentativi pesano molto meno perché sono associati a richieste d'aiuto e non toccano il rischio di vita chi decide di morire sono persone che stanno veramente male e ti chiedi se hai avuto un buon percorso di resistenza o se ti ha lasciato qualcosa. siamo anche coscienti che non siamo si cerca di aiutarli a convivere ne risenti una consapevolezza che fa parte dei nostri tempi".

Intervistatore:" Secondo lei potrebbe essere d'aiuto un aiuto psicologico o simili?"

Intervistato 5:"si sicuramente e una gran bella cosa soprattutto nei casi più importanti o comunque una prassi formativa in cui fai lavori di questo genere... discussioni di casi complessi e importanti pero all'interno l'approccio di supporto rende attenzione verso casi in cui si e portati alla morte. Casi che ho sentito pesare.. come nel caso di un ragazzo giovane che si era impiccato, purtroppo mi sono giocato anche un operatore, una ragazza giovane, un'infermiera.. voleva bloccarsi tutta la carriera in psichiatria forse per il livello di influenza che ha avuto da questo paziente e anche dalla sua incapacità. Ha avuto un grosso periodo di malattia e poi ha voluto cambiare reparto e togliersi completamente.. voleva lavorare in chirurgia artigiana, lei si è giocata completamente una passione infinita per l'ambito psichiatrico e per il paziente psichiatrico. Però devi essere molto forte, devi avere delle conoscenze, delle capacità per supportare e gestire queste situazioni qua...che possono arrivare al suicidio. Questa ragazza, quest'infermiera giovane in un anno e mezzo di reparto si è aggiustato...non ha retto questa cosa qui. Un ragazzo giovane..diciannovenne e..questi sentimenti chiusi in lui pesano un po' di più e pensi che si possano aiutare e risolvere e reinserirlo nel sociale, nella vita normale...

INTERVISTA n. 6

Intervistatore:” Quali emozioni/sentimenti ha vissuto di fronte al suicidio o suo tentativo del proprio assistito? Può rivivere quei momenti?”

Intervistato 6:”Allora in psichiatria con tentati di suicidio ce ne sono tanti.. una cosa che ho capito nel tempo, io lavoro qui da circa due anni..è che effettivamente non riescono mai a portare a fine questo un tentativo loro di chiedere aiuto o di farla pagare a qualcuno se ci riescono è solo per sbaglio quindi all’inizio poteva un po’ turbarmi ora no perché ho capito questo meccanismo, c’è un disagio interiore molto importante fa parte della malattia psichiatrica quindi possono esserci tanti disturbi della personalità, fanno questi tentativi di suicidio appunto per fartela pagare e per farsi vedere. Quelli che sono depressi mi turbano di più, c’è questo disagio interiore questo dolore che porta a fare questo gesto però un modo per chiedere aiuto per cui difficilmente portano a termine, vengono sempre salvati te lo fanno capire, ti danno dei messaggi comunque, soltanto per.. infatti non prendono mai quantitativi enormi, quindi adesso vivo questo tranquillamente... mi rimane il fatto che sono depressi. Mi dispiace che hanno questa patologia questo male di vivere più che il suicidio, quindi non è che mi turbano più di tanto perché so che lo fanno per un determinato motivo e non riescono mai a portare a termine...”

Intervistatore:”Qual è stata l’esperienza più intensa? Quali effetti a lungo e breve termine ha portato?”

Intervistato 6:”qui in reparto come esperienza intensa no perché hanno tutti la stessa modalità invece sono i suicidi fuori quelli veri e propri che mi turbano...quelli che avvengono in silenzio..e di cui le persone non si danno una spiegazione perché le persone non capiscono quello che è successo mi fa male perché il vuoto interno deve essere talmente grande e il dolore che hanno deve essere talmente forte e la prospettiva di vita non esiste..e veramente non ha senso la vita che è meglio interromperla..e non riescono a farsi aiutare. Questo mi lascia un dolore, un senso di impotenza, però sono quelli esterni, quelli di cui non si è mai sospettato nulla. Un giorno li vedi sorridenti e il giorno si sono suicidati. Quelli mi lasciano sconcertata..impotente..e dico che non si poteva far nulla..eeh..averlo capito prima..mi lasciano un dolore dentro. Queste sono soprattutto persone normali, perché i pazienti generalmente sono pochi quelli che..si ce stato un paziente che si è suicidato, lui mi ha colpito perché era tormentato da questa malattia, aveva questo tormento interiore ha scelto di liberarsi, lui aveva chiesto al dottore era molto aiutato..però l’aiuto non gli bastava, quindi ha scelto questo e si è liberato dal tormento enorme che aveva dentro che non sopportava. Questo mi ha fatto una pena immensa. Questo è interno è un paziente seguito, gli altri suicidi invece sono pazienti non seguiti oppure visti un a volta o che sono andati una o due volte da psicologi..sono quelli che mi colpiscono di più. Invece di quelli che conosco che sono stati in cura per molti anni è questo ragazzo che mi ha colpito tanto...è un ragazzo molto buono ma tormentato perché si vedeva dal viso e dal comportamento che aveva un tormento che però più di così non si poteva fare... prendeva di tutto e di più. Non so cosa si poteva fare per lui..era in cura da moltissimi anni.

Intervistatore:” Dopo questa esperienza che comportamenti ha adottato nei confronti degli assistiti e colleghi?”

Intervistato 6:” No.. è sempre stato fatto il massimo, non è cambiato niente nel mio atteggiamento..solo capire di più il meccanismo di queste persone, ti porta a “rilassarti” in un certo senso, a parte questa esperienza che è una delle rare in cui riescono a porre fine alla loro vita per questo tipo di tormento, gli altri lo fanno perché vogliono chiedere aiuto e riescono sempre ad ottenerlo quindi difficilmente arrivano..solo per sbaglio. No! Non è cambiato niente!

Intervistatore:” Le esperienze che ha vissuto fino ad oggi che cosa le hanno lasciato in particolare? Qualcosa l’ha cambiata o si ricorda qualcosa o ha imparato qualcosa che ritiene fondamentale?”

Intervistato 6:”ma a non sottovalutare mai nessuno e a non essere neanche così tragica com’ero all’inizio e a dare un peso a questi tentati suicidio, però stare comunque ugualmente sempre vicino. Non è cambiato il mio modo di lavorare...perché il mio modo di lavorare è quello di stare vicino com’è sempre stato e cercare di capirli e non essere troppo coinvolta.

Intervistatore:” Cosa pensa del suo bagaglio accumulato fin’ora?”

Intervistato 6:” Utilissimo perché ti serve nella vita reale quando sei fuori noi abbiamo a che fare con tutti questi disagi qua è un fatto acuto, ma fuori tutti abbiamo i nostri problemi, parenti che hanno problemi...c’è il male del secolo. e ciò mi aiuta sicuramente molto.. si per tentato suicidio... si capiscono più cose, si vede in modo diverso, e la persona che ti racconta qualcosa.. stai più attento e ti serve molto anche all’esterno.

Intervistatore:” Secondo lei potrebbe essere d’aiuto un aiuto psicologico o simili?”

Intervistato 6:” Noi come infermieri si a volte si abbiamo bisogno di un supporto perché qui arrivano delle persone che hanno un bagaglio esponenziale o comunque dei disagi molto forti, se non sei forte tu ti

colpiscono non ne esci illesa. A volte sì..ci sarebbe la necessità di avere dei supporti, non tanto per questi tentati, non mi spaventano questi tentati perché so che sono richieste d'aiuto. Mi spaventa di più la depressione grave, il fatto che uno che non riesca a guarirne mi spaventa.. che non riesca ad uscirne.. Non è così facile, con la depressione vedi tutto nero è difficilissimo vivere. Quindi se non esistono cure, se non c'è qualcosa questo mi spaventa. Allora lì sì che si ha un impatto molto forte in noi..e abbiamo bisogno di un supporto psicologico esterno per farci parlare..ma vedo che ce la caviamo abbastanza bene...

INTERVISTA n. 7

Intervistatore:” Quali emozioni/sentimenti ha vissuto di fronte al suicidio o suo tentativo del proprio assistito? Può rivivere quei momenti?”

Intervistato 7:” si come si diceva prima parlare di emozione a distanza di 4 o 5 anni e un po' difficile ricordare le emozioni..ma penso siano emozioni di incredulità che riporteranno tutti i colleghi differenti che per altro sono tutte emozioni diverse a seconda della posizione fisica in cui ci si trova in quel momento. Io personalmente riguardo all'ultimo suicidio che abbiamo avuto ero assente proprio fisicamente per cui ho gestito le ricadute dell'evento a distanza di qualche giorno, ora non ricordo.. Per cui ho dovuto comunque gestirmi le emozioni che mi avevano comunicato telefonicamente...questa cosa di incredulità anche perché si trattava di una paziente della quale si poteva pensare un po' di tutto nel senso che.. immaginare che questa persona potesse togliersi la vita così..qui l'elemento principale era l'incredulità diciamo..

Intervistatore:” Quindi non dava segni di avere problematiche tali da porle questo quesito?”

Intervistato 7:”Tali da portare al suicidio no! Anche per come si è svolto..anche perché mi raccontavano che la cosa aveva dell'incredibile, la persona stava guardando tutti io colleghi presenti..poi si è alzata è andata in bagno e con la cintura dell'accappatoio appeso alla doccia che c'era..e si è.. La cosa che tutti quanti abbiamo pensato era che questo fosse stato un incidente più che un suicidio vero e proprio. La persona volesse comunque dimostrare qualcosa ma che fosse scivolata sul bordo della vasca. Per cui anche da qua ne nasce una visione assolutoria che ci siamo presi noi, e questo penso sia abbastanza normale, in questi casi si cerca di capire anche dove si è sbagliato, ma soprattutto si tenta di immaginare che centriamo molto poco.. ecco quello che succede. Non potevamo fare molto diversamente..diciamo così. Al di là da questi pensieri e dal fatto che personalmente abbia avuto questi giorni di distanza per rientrare nell'ambiente di lavoro e per parlare di questa cosa con i colleghi che ovviamente hanno vissuto in maniera molto più pesante..c'era chi ha gestito la cosa. Io ho avuto tutto il tempo di razionalizzare tutta questa cosa..la nostra posizione nei confronti della paziente e quello che questo evento poteva procurare all'interno dell'ambiente di lavoro, la ricaduta negli altri pazienti che è stata una cosa devastante per un certo periodo. Per cui ecco..tutte cose che comunque dal punto di vista emotivo mi hanno fatto un po' da barriera, mi hanno impedito di essere coinvolto proprio tanto in questa storia, ci sono arrivato dentro già con una sorta di struttura che mi aiutava a decodificare l'evento e dare una spiegazione un po' a tutto. Per cui sono stato un po' privilegiato in questa situazione.

Intervistatore:”Qual è stata l'esperienza più intensa?”

Intervistato 7:” Posso ricordare un altro suicidio che ho vissuto di un altro paziente che si è dato fuoco..è stata una cosa dal punto di vista personale.. Per quello che riesco a ricordare..parliamo a distanza di 20 30 anni, ho perso un po' il punto di vista temporale della cosa! Mi ricordo che quello mi ha..anche perché con questo paziente avevo un rapporto personale profondo. Per cui quella volta sono rimasto un po' incastrato nell'onda che ti arriva addosso, per cui non è stato possibile in questo caso viverla a distanza e darci subito una lettura.. Anche perché si diceva prima.. se hai questo tempo per pensarci riesci e a vederlo come una possibilità all'interno del lavoro. Il suicidio per quanto devastante sia è una cosa che va tenuta in considerazione perché può succedere..non dovrebbe ma può.

Intervistatore:” Parlando di questo particolare evento, quali effetti a lungo e breve termine ha portato?”

Intervistato 7:”Con gli anni adesso non mi ricorderei neanche, perché si parla di 20 o 30 anni fa..appunto il primo periodo di apertura del centro..nei primi anni di apertura mi ricordo che successe una cosa del genere. Ed il sostegno dei colleghi fu vitale. Adesso le ricadute non saprei dirtele questo fatto me lo ricordo molto meglio perché dato il tema ho dovuto mettere in moto tutta una serie di atteggiamenti nuovi nei confronti dei pazienti e cose di questo tipo.. Negli anni non saprei non mi ricorderei più di tanto. Dopo probabilmente scatta anche questa cosa difensiva, perché tendiamo anche a cancellarle, c'è questo atteggiamento..non puoi mica portarti dentro più di tanto alcune cose.. Sono brutali..

Intervistatore:” Dopo questa esperienza che comportamenti ha adottato nei confronti degli assistiti? Ha adottato altre metodiche di relazione? Ha mantenuto gli stessi rapporti ho ha adottato dei cambiamenti?”

Intervistato 7:” Apparentemente no..ma non mi sentirei di giurarlo. Sempre razionalizzando ti viene da far pesare il meno possibile magari la paura che hai dentro nei confronti dell’altro paziente..da escludere per l’altra persona che l’evento sia in qualche modo collegato. Per cui ci si da un attimo di parvenza..non è successo niente no? Ce lo diciamo noi, ci facciamo coraggio noi e pretendiamo di fare coraggio anche all’altro. A noi non può succedere niente, è successo la perché c’erano certe cose..ma qua non può succedere. Scattano un po’ quelle cose difensive.. Diversamente se noi ci troviamo a pensare che la persona con cui stavamo parlando potenzialmente potrebbe farsi fuori. .non fai più niente, ti blocchi se c’è questa cosa qua. E’ una sorta di incoscienza questa cosa qua e ci vuole su questo tipo di lavoro..non puoi sempre tenere durante l’orario di lavoro una mano sulla morte e una sulla vita! Non è possibile lavorare così! Tu devi comunque lavorare con la vita non con la morte.. va comunque superata nel rapporto con il paziente questa visione..non deve prevederlo. Noi dopo tra di noi possiamo parlare e valutare, ma nei momenti in cui gestisci la cosa non deve entrarci. Lavorando in una struttura aperta come questa il rapporto con i pazienti è molto fluido. Se tu metti un granellino di sabbia nella possibilità salta tutto.. non puoi più lavorare! E questo si è notato subito dopo l’evento che c’è stato perché ti trovavi a guardare tutti quanti con occhio molto più sospettoso.. Ma questo potrebbe fare qua..potrebbe fare la.. Quello che veniva fuori doveva comunque essere altro.

Intervistatore:” Per quanto riguarda il rapporto con i colleghi ha adottato qualche cambiamento?”

Intervistato 7:” Assolutamente no.. Il collega è già punito abbastanza dall’evento, non c’è bisogno di andare a sottolineare anche perché queste cose ognuno di noi se le elabora e digerisce.. Non c’è certo il bisogno che qualcuno sottolinei le eventuali mancanze. A parte che qua ci è andata anche bene perché non abbiamo avuto denunce da familiari. perchè potrebbero scattare anche quei particolari la... Nel dramma si inseriscono questi fattori qua..e tu ti ritrovi a dover rispondere anche dal punto di vista penale. Può succedere. Per cui dopo tanti discorsi che fai si scontrano con una legge che c’è comunque no? Tu hai delle responsabilità e tutta una serie di atteggiamenti che sono codificabili.. non puoi fare certe cose, puoi farne altre! Noi siamo stati “fortunati” perché tutto sommato l’ambiente specifico della comunità lascia spazi.. Non sono tenuti a starci col fiato sulla schiena.. Per cui metti già in conto che qualcosa può scapparti. Anche dal punto di vista penale credo che non ci sia tutta questa perseguibilità! C’è stato comunque il problema della responsabilità morale e personale... Però ecco tornando al discorso del rapporto con i colleghi si sia saldato di più rispetto a questa cosa qua insomma.. Nel senso che se ne capisce subito il dramma.. Posso immaginare che clima hanno vissuto con i pazienti.. che sono andati in bagno e si sono trovati il paziente.. e tu che devi gestire le cose.. La vita è di tipo familiare qua... una famigliola in cui uno dei componenti ad un certo punto ta!!

Intervistatore:” Cosa pensa del suo bagaglio accumulato fin’ora?”

Intervistato 7:” Non saprei cosa aggiungere..

Intervistatore:” E’ contento di ciò che ha vissuto, cambierebbe qualcosa o tornerebbe indietro?

Avrebbe preferito fare un altro lavoro o lavorare in un altro reparto? Pensa che questi eventi siano stati importanti da praticare la sua esperienza con altri pazienti?”

Intervistato 7:” Io mi trovo un po’ male a dare un giudizio alla mia storia di infermiere..perchè sono un po’ vincolato a questo rapporto con la psichiatria. Nel senso che sono un infermiere psichiatrico, non posso dire .. ma io sarei stato meglio in medicina..sarei stato meglio in chirurgia. Per me questo discorso non esiste al limite potevo pensare che sarai stato meglio a fare il falegname, il contadino o cose di questo tipo. Ti dirò, io credo di avere un grosso debito nei confronti della psichiatria in generale, perché dal punto di vista personale credo mi abbia dato tanto. Io non so se in qualche modo sono riuscito e se riesco ancora a far quel che dovrò..ritornare in qualche modo tutta questa conoscenza, ritornare un qualcosa ai pazienti. Si spera di sì ovviamente.. E a questa evoluzione personale ha contribuito questa cosa qua..questa cosa dell’evento traumatico. Ma forse contribuisce molto di più il clima generale, il rapporto che hai all’interno del lavoro, per cui colleghi eee.. è tutta una serie di possibilità che può darti il posto di lavoro in cui lavori. Credo che il centro di salute mentale.. siano molto diversi uno dall’altro e credo che in questo caso sono stato molto fortunato, nel senso che ho trovato delle persone che sono state molto di stimolo.. A cominciare dai medici, dai colleghi e gli infermieri, persone con cui effettivamente ci si è sentiti nella possibilità di andare a grattare un po’ dentro di te. Credo che la cosa fondamentale sia adoperarsi. Credo che tutta la questione teorica sacrosanta vada conosciuta..patologie e tutto quello che vuoi.. Ma nel momento in cui le gestisci credo che la visione teorica deve scomparire, deve rimanere solo il tessuto che quella ti lascia e tu lo adoperi attraverso una relazione che tu hai con il paziente, ma che meno fa trasparire l’aspetto scolastico meglio è! Per cui ecco tutti questi elementi confluiscono dentro la persona nel mio caso. Io non saprei dirti quando qualcosa è cambiato, se questo ha pesato di più o se l’altra esperienza ha pesato di meno.. Però complessivamente credo

che la qualità è cambiata da quando sono in psichiatria, è diventato un'altra cosa! Ovvero la capacità di capire il tuo peso nel lavoro, il peso dei tuoi pensieri, della tua persona, dei tuoi difetti, dei tuoi pregi, delle tue cose che ha nell'altro che hai di fronte è una capacità di lettura che ti porta questo lavoro. Diversamente credo che non avrei avuto questa capacità..in questo senso dico che sono in debito con la professione. Perché dopo ti serve nella vita non solo nel lavoro. Nei rapporti con gli altri la capacità di capire quel che succede nella testa dell'altro! Non è che sia sufficiente sapere i tuoi pensieri! Tu fantasticamente devi immaginare quello che pensa l'altro altrimenti non esiste più il rapporto con le persone. Tu dici che cosa è rimasto eee..non saprei proprio dirtelo. Cioè cosa questo.. al'inizio ti ha lasciato un po' di paure, un po' di preoccupazioni in più ma dopo alla lunga ti fa guardare anche l'elemento.. Prima si diceva..della psicologa con cui ho lavorato che ci ha aiutato nel primo periodo di apertura e lei rispetto a certi casi di suicidio diceva che non lo puoi impedire perché per lui non esiste altra alternativa, è una tortura. Tu non puoi codificarlo, ma comunque dopo vissuto fa parte di ciò. Ti dico che può sembrare un'altra soluzione, è successo..il suo magone se lo tiene.. Però credo che ti permette anche di continuare a lavorare, perché se tu lavori con l'idea che può succedere questa cosa qua da un momento all'altro è meglio stare a casa o cambiare lavoro! Non riesci.. credo che sia anche un meccanismo buono che abbiamo noi di dare un peso. Un conto è farlo da parenti e un conto è farlo da "professionista" anche se la parola professionista in questa professione è un po' un casino!! Non basta sapere le cose, non basta imparare le cose giuste. Il problema è che tu sei anche vissuto da altri in una certa maniera e sei adoperato da altri in una certa maniera. La gente ti adopera, ti usa, ti valuta. Tu significhi qualcosa, e molto spesso non ti rendi neanche conto di questo. A volte puoi essere padre a volte puoi essere fratello, tante cose..sei sempre qualcosa e comunque ti devi giocare..la differenza con gli altri lavori è che qui non puoi dire sto lavorando e basta. Sei il lavoro! Sei uno strumento di lavoro! Per estremizzare...

INTERVISTA n. 8

Intervistatore:" Quali emozioni/sentimenti ha vissuto di fronte al suicidio o suo tentativo del proprio assistito? Può rivivere quei momenti?"

Intervistato 8:" Suicidio e tentato suicidio sono due avvenimenti diversi. E sempre un momento di grande dolore lutto e sconforto! Nel suicidio mi vengono in mente tanti casi in particolare uno di un ragazzo per cui tutti abbiamo lavorato tanto perché non succedesse, poi in un momento in cui non ce l'aspettavamo è successo per cui mi è mancata la terra sotto i piedi la mattina quando sono arrivata e mi hanno detto è morto! Io non ho pensato che si fosse suicidato ma che fosse morto per cause naturali come se avessi cancellato..mi sono difesa da questa cosa.. è stato un gran dolore e devo dire che ho pianto insieme ai miei colleghi. C'è stato un lunghissimo momento in cui non riuscivamo a parlare..era un ragazzo giovane per cui .. Un grandissimo dolore che per tempo non ci ha permesso di parlare e di dircelo! Subito dopo mi sono sentita confusa come se non capissi l'accaduto! Ho pensato a chi era presente e ai sentimenti che avrei potuto provare io e a quelli del collega che era presente! Non mi sentivo lucida e sentivo il bisogno di stare vicino agli altri miei colleghi e di capire cos'era successo ed il perché anche se era difficile! In questo momento sento una parte del dolore che ho sentito quel giorno! Inizialmente sentivo il bisogno di stare con i colleghi e successivamente sentivo il bisogno di parlarne con l'equipe! Il dolore ti dura un po' di tempo e parlando con gli altri lo lenisci! Innanzitutto è un grande dolore.. Poi per coloro che hanno tentato il suicidio ho provato una rabbia incredibile, come dire..perché non mi hai detto che sei stato male? Quando ho avuto la possibilità l'ho anche esternata questa cosa con pazienti con cui avevo possibilità.. Ho detto"potevi chiamarmi e dirmi che stavi male"! Dopo la rabbia c'era il bisogno di capire a cos'ero mancata io e quali erano i segnali che la persona mi aveva dato e che io non ero riuscita a cogliere!

Intervistatore:" Quali effetti a lungo e breve termine ha portato?"

Intervistato 8:" C'è stato uno sconcerto così grande, una cosa che è durata il tempo di un'ora, l'attenzione era stata al massimo per questa persona avevamo fatto di tutto e nel momento in cui abbiamo pensato che non sarebbe accaduto invece è successo! E dal momento in cui ho ricevuto la notizia al momento in cui sono riuscita a parlare è passato un po' di tempo..non riuscivo avevo i pensieri che si accavallavano!

Intervistatore:" Dopo questa esperienza che comportamenti ha adottato nei confronti degli assistiti e colleghi?"

Intervistato 8:" L'allerta e l'osservazione sono aumentate! E nei confronti dei colleghi c'è stato un avvicinamento una sintonia nei confronti dell'altro! Ognuno segue i suoi pazienti ma da un occhio anche al paziente dell'altro perché è un'equipe che lavora con tutti, nei confronti dei colleghi ho un sentire e un osservare diverso e nei confronti dei pazienti sicuramente un'allerta diversa! Alle volte anche un'allerta ingannevoli perché lo tuteli esagerando..magari vai a fare l'intervento domiciliare perché hai sentito che è successa questa cosa allora corri più velocemente e poi ti rendi conto che magari potevi farlo con uno stato

d'animo più pacato! Quando un paziente comincia a dirti che ha pensieri di autolesionismo le antenne si rizzano e poi si chiede aiuto al collega e ci muoviamo in un determinato modo per mettere insieme più elementi! Vedere se il paziente ha uno stato di malessere così forte o meno ma ci vogliono più occhi!

Intervistatore:” Le esperienze che ha vissuto fino ad oggi che cosa le hanno lasciato?”

Intervistato 8:” Quando tu hai una relazione con una persona o comunque con tutte le persone è difficile non mettersi in gioco! Il bagaglio è sicuramente lavorare in equipe perché da soli si rischia di prendere e vedere altre cose, minimizzare o alterare la situazione! Lavorare con i colleghi non ti fa sentire solo e l'ho imparato qui! È difficile prendere le distanze dai sentimenti e dalle relazioni perché si ha a che fare con le persone con i loro sentimenti con i loro dolori..

Intervistatore:” Cosa pensa del suo bagaglio accumulato fin'ora?”

Intervistato 8:” Io ho un bagaglio prezioso non solo dal punto di vista professionale, lo è per me e per la mia vita per il mio crescere e sentire! È notevole! Quello che sto facendo al di là del dolore della fatica e dello stress fisico e psichico mi piace, perché se potessi variare qualcosa non vorrei che accadessero questi fatti così terribili se si potesse.. Vorrei poter fare del mio meglio e vedere un po' più in là.. La stanchezza non ti permette di muoverti meglio.

Intervistatore:” Secondo lei potrebbe essere d'aiuto un aiuto psicologico o simili?”

Intervistato 8:” Diciamo che c'è la necessità di parlare di questa cosa del dolore e delle dinamiche e lo possiamo fare quindi non ti dico che abbiamo bisogno dello psicologo. Abbiamo bisogno di poter esprimere serenamente i nostri sentimenti, dubbi, emozioni per non sentirsi soli e per capirli perché a volte sono così grossi che ti schiacciano ma se li condividi riesci a sfogliarli piano piano. Noi qui abbiamo tutti bisogno di tutti, nel momento in cui anche il medico subisce questa cosa ha bisogno di sentire che noi ci siamo..se hai voglia di parlare capire o piangere puoi farlo..io ho bisogno dei miei colleghi ma non di uno psicologo!

INTERVISTA n. 9

Intervistatore:” Quali emozioni/sentimenti ha vissuto di fronte al suicidio o suo tentativo del proprio assistito? Può rivivere quei momenti?”

Intervistato 9:” Allora direi che le emozioni variano molto a seconda del momento in cui si sono verificati nella mia esperienza professionale e quindi diversi da quelli che ho vissuto da neoassunta rispetto a quello che ho vissuto quando avevo più esperienza lavorativa. Ed è spesso in relazione anche al fatto se fosse un mio paziente e quindi lo seguivo personalmente oppure centra molto anche quando avessi pensato nella mia testa che questa cosa si sarebbe potuta verificare. Di sicuro è comunque un evento drammatico ecco.. e..comunque un evento di grande difficoltà per l'infermiere che vive questa situazione e si differenzia molto diciamo a seconda.. E una situazione che sconvolge l'operatore e che in un qualche modo si trova coinvolto in questa situazione. Dipende molto, è molto soggettivo anche gli altri sentimenti che provi giungono ad essere molto diversi. Allora per esempio, mi sono capitate due esperienze con due pazienti diversi finché lavoravo in sptc, quindi ero stata assunta tutto sommato.. beh il primo..con la prima persona ero stata assunta da pochissimo tempo..era una persona di mezz'età che mi ha colpito molto perché in qualche modo era entrato manifestando tutti i sintomi tipici della depressione e dopo un periodo di ricovero sembrava che lui fosse molto più sereno. Era più sorridente e più accessibile all'eloquio, ecco sembrava che riuscisse a fare delle progettualità e che la depressione fosse un qualcosa che si stava ridimensionando. Quindi io ma anche tutto il gruppo infermieristico avevamo pensato che si fosse ridimensionato il problema e che la terapia facesse effetto e che si avviasse verso una risoluzione della parte acuta. Invece questo paziente era più sereno perché aveva già deciso come ammazzarsi, quando farlo.. La cosa ci ha lasciato spiazzati proprio per questo motivo perché tutti noi pensavamo che fosse una cosa che si stava risolvendo. Questo paziente si è ucciso con la cintura della vestaglia appendendola ad una maniglia della porta del bagno.. Questa cosa mi ha colpito molto perché ero assunta da poco tempo..e li ho imparato tante cose.. Da lì io e tutti noi siamo stati molto più attenti ai momenti di passaggi di consegna perché..questa cosa è avvenuta durante un passaggio di consegne.. E quindi quando in un qualche modo il gruppo che ha finito di lavorare e si sentiva ormai libero dalle responsabilità..del servizio e chi era arrivato non aveva ancora preso consapevolezza.. Era ancora un momento di transizione tra un turno e l'altro, quindi questa cosa ci ha insegnato molto. Da quel momento nessuna cintura è stata più lasciata ai pazienti e da quel momento non tutti gli infermieri com'era accaduto fino a quel momento partecipavano al passaggio delle consegne ma alcuni rimanevano con i pazienti in modo da vigilare in questi momenti dov'è risaputo che potrebbe succedere. Poi l'altro evento che è capitato in..questo era un paziente anziano di cui ti parlavo.. Questo invece aveva fatto una serie di tentativi di suicidio abbastanza rocamboleschi.. Quindi si pensava che principalmente..tutti quelli che erano avvenuti fino a quel momento erano dei tentativi molto dimostrativi ecco... Questo paziente è invece sceso dalla

rianimazione perché penso avesse ingerito farmaci presumo.. E noi di solito quando un paziente entra in reparto facciamo un controllo molto attento di tutto quello che può tenere oppure è meglio che rimandi a casa.. Lui però è arrivato senza bagaglio perché è arrivato direttamente dalla rianimazione..è arrivato in tuta da ginnastica, ma dov'è stato il problema? Lui nascondeva nelle tasche della tuta da ginnastica la tracolla di un borsone sportivo..e con quello si è ucciso.. Ecco qui..anche tutti i tentativi precedenti erano stati in qualche modo di altro genere, sembravano infantili come comportamenti e come stile, invece.. Questo era un paziente giovane, aveva un'attività era un imprenditore, era riuscito in un qualche modo a gestire la sua vita, però è successo così. Quindi direi che questi due pazienti sono un po' accomunati dalla sorpresa e dalla drammaticità di aver vissuto l'evento di una persona.. Però in un qualche modo dalla fatica di gestire il proprio vissuto e anche motivare questa cosa che era successa al resto dei pazienti che ovviamente hanno capito tutto.. Sono eventi difficili da gestire non solo professionalmente ma anche come dire.. Ma anche per tutta una serie di cose che implicano anche di responsabilità dei pazienti ma anche legalmente. I pazienti sono sotto la nostra responsabilità quando sono ricoverati. Poi ti parlerei di un altro paziente che..non si è sicuri che si sia suicidato.. C'è una grande probabilità che si sia suicidato a casa sua. Noi l'abbiamo saputo perché abbiamo cercato di metterci più volte in contatto con lui e..insomma non si riusciva mai..telefonicamente..al campanello non rispondeva, nessuno lo vedeva più.. Non sappiamo se si sia ucciso effettivamente perché aveva dei problemi fisici, potrebbe essere stata anche una morte naturale. Era un paziente molto problematico.. guerra del Vietnam.. Ecco aveva già messo in atto i tentativi di suicidio, nel senso che aveva già aperto la bombola del gas ed era morta sua mamma in un tentativo precedente. Questo credo sia stato il paziente che mi ha fatto soffrire più di tutti perché in qualche modo credo che si fosse affezionato a me e.. Era un paziente di una certa età molto povero ma molto dignitoso.. E in qualche modo si era stabilito un legame molto forte, un legame terapeutico molto valido..e si parla di un momento in cui ero molto giovane professionalmente parlando e.. mi ha proprio colpito molto. Mi ha proprio colpito perché proprio per questo motivo che non si sapeva bene..Questo paziente è stato sepolto molti giorni dopo essere deceduto..dopo il ritrovamento..sono cose che in qualche modo..ci pensi ti fanno stare male. Allora qua ci sono due pazienti che seguo personalmente come infermiera di riferimento eeh..allora L.P... Questa paziente qua mi ha colpito molto per due motivi: il primo motivo è per il fatto che si studiava insieme, facevamo la facoltà di lettere insieme.. Io ero più avanti come corso di laurea lei invece era all'inizio e mi ha colpito per questa cosa qua perché la conoscevo. Lei non era seguita qui quando veniva all'università e quando ci si frequentava, ha fatto un tentativo di suicidio e questa è la seconda cosa che mi ha colpito molto.. Il fatto che lei sia stata salvata per miracolo.. perché ha fatto un'ingestione importante di farmaci, massiva, ha assunto di tutto e in più si è resa irreperibile. La rianimazione ci ha detto che è stato molto difficoltoso riportarla a dei range compatibili con la sopravvivenza. Questa cosa mi ha colpito molto perché ci conoscevamo già come studentesse e poi in relazione a questo tentativo di suicidio perché io lavoravo di la e lei è scesa dalla rianimazione per continuare un percorso di cura. Poi da lì ne ha fatto un altro..in un altro momento della sua vita..è stata ricoverata per più tentativi. Sono diventata la sua infermiera di riferimento perché c'era un legame..in qualche modo il legame era già bello prima ed è continuato sotto un profilo diverso. E quando sta male mi è rimasta questa cosa perché so che i suoi tentativi sono molto seri molto gravi ecco.. Quindi quando ho qualche segno di allarme ecco che.. La C.S. l'altra paziente..ecco con lei.. Lei ha fatto un tentativo di suicidio quando io ancora non era seguita qui, era giovane.. è stata seguita qui in un secondo momento. Però quando io la seguivo e lei era ospite della comunità terapeutica anzi che assumere quotidianamente le pastiglie le ha prese tutte in una volta ed è uscita a fare l'intervento con me.. Quindi io non sapevo tutto questo, lei presentava una sintomatologia abbastanza particolare che io non riuscivo ad identificare! Per esempio sbandava, aveva una deambulazione strana e io li siccome lei mangia pochissimo pensavo fosse un calo glicemico. Invece no..quando è arrivata qua è andata al colloquio con la dottoressa, ha cominciato ad avere degli episodi di nistagmo importante, clonie agli arti.. Alla fine è stato chiamato il pronto soccorso è stata ricoverata e lei li ha ammesso di aver fatto un ingestione massiva di farmaci. Con lei..nel momento in cui è successo ho provato una sensazione abbastanza simile alla rabbia, pur tenendo conto che questa cosa non l'aveva fatta con..per ferire me o contro di me.. Però per come la vedevo io poteva in qualche modo condividere questo malessere. Invece lei ci ha messo un po' a parlarci di questa cosa e quindi.. Sono pazienti che poi in un qualche modo si sono anche riscattate, sono migliorate. Però il fatto che siano successe queste cose, questi tentativi di suicidio, quando riconosci un certo tipo di malessere si allarmi velocemente, e cerchi di recuperare nella memoria quello che è stato, quello che hai vissuto in passato. Purtroppo sono cose che ti aiutano a capire e interpretare meglio alcuni segni che il paziente esprime neanche tanto chiaramente ma che tu riesci poi a riconoscere. Alla fine ti parlo di J.F. ricoverata in appartamento che l'altro giorno..dopo essere stata licenziata dal lavoro si è tagliata, ha assunto farmaci è andata al quarto piano dell'ospedale e ha tentato di defenestrarsi.. Lei l'ho appena vista prima di parlare con te..è assolutamente inconsapevole di quel che ha fatto e della gravità della cosa, del gesto insomma molto

polemica.. E quindi non abbiamo ancora potuto affrontare in nessun modo..siamo ancora in alto mare! Ho un'altra paziente da poco tempo, tra l'altro è una collega un'infermiera anche lei.. Anche lei era una paziente molto grave affetta da un disturbo bipolare presumo..è bravissima nel suo lavoro. Però la cosa allarmante è che lei ha fatto dei tentativi di suicidio in passato. Mi è stata affidata ancora relativamente da poco tempo però so che anche con lei..mm..un po' per le conoscenze dei farmaci un po' per il livello di solitudine, un po' per come vive la sua patologia.. è una paziente con cui dovrò tenere tanto gli occhi aperti ecco.. Quindi per il fatto che è una collega da un lato mi viene da essere ancora più attenta se si vuole, dall'altro sono consapevole che sarà più difficile perché..mi toccherà parlare chiaro.. Le sensazioni cambiano dal fatto di avere la consapevolezza di avere alcuni pazienti di una certa gravità o sono cambiati in relazione al fatto di quando lavori in spdc e quindi sei a contatto diretto con la morte.. E insomma una grande importanza emotiva quando sei infermiere, perché devi seguire principalmente deve seguire questo paziente

Intervistatore:”Qual è stata l’esperienza più intensa? Quali effetti a lungo e breve termine ha portato?”

Intervistato 9:” L’esperienza più intensa è stata quella di quel paziente anziano di cui ho parlato con cui avevo un buon legame affettivo, molto povero, molto dignitoso. Penso che sia stata la persona per cui sono rimasta più male perché ero più legata. Mi ricordo di aver sofferto molto..di aver sofferto per questo epilogo..non per non sapere se effettivamente sei è ucciso oppure se è morto di morte naturale. Questa cosa non è mai stata chiarita molto..diciamo così. Ce ne occupavamo un po' tutte perché non aveva da mangiare, oppure gli portavamo delle cose a casa, oppure quando vuotavamo gli armadi per buttare delle cose avevamo a casa nostra e se sapevamo che poteva andargli bene glielie portavamo. In un qualche modo c'era un accadimento che andava oltre il ruolo strettamente infermieristico. Era una persona completamente sola, però era molto riconoscente, l'assistenza era facile! Ecco per lui sono rimasta particolarmente male. Diciamo che sono diventata più.. Ecco queste cose in generale ti formano professionalmente quindi all'inizio della carriera in psichiatria si impara a ragionare a breve termine, oppure ci si basa su delle sensazioni che si provano, e ci si fida esclusivamente di quelle. In realtà questi eventi, questo in particolare ma in generale ti fanno un po' andare oltre e che non sempre le cose sono come appaiono e che ci può sempre essere qualcosa dietro una sfumatura di discorso, a una mezza frase lasciata in sospeso a un'espressione che ti pare di aver colto e che non sai o che non hai saputo ben definire. Ecco cresci professionalmente perché non ti basi solo sull'immediato ma cerchi di capire anche quello che un po' è nascosto quello che va un po' oltre.. Diventi.. allunghi la vista, cerchi di vedere più in là..una cosa positiva! In negativo è che un po' impari che certe cose si concludono drammaticamente e che non basta a volte tutto lo slancio che ha l'infermiere o i progetti che fa per un paziente.. A volte nonostante tutto l'impegno, la buona volontà, le diagnosi infermieristiche, tutto quello che si fa per il paziente..a volte le cose vanno male comunque. Questa è la parte negativa che ti rimane dopo esperienze di questo tipo. Di positivo c'è anche il fatto in realtà che si verifica un legame davvero straordinario con il paziente, perché il paziente sa quindi di vivere con te delle cose che non andrà a raccontare a chiunque per fortuna. Lui sa che tu lo puoi capire facilmente perché si entra in una forma di comunicazione che è concreta e profonda. Questa cosa è anche positiva perché se un paziente condivide con te un certo tipo di vissuto è anche vero che si crea un legame molto intenso e anche molto valido.

Intervistatore:” Dopo questa esperienza che comportamenti ha adottato nei confronti degli assistiti e colleghi?”

Intervistato 9:” Nei confronti degli assistiti sono stata molto più attenta se possibile. Ho cercato di capire cosa c'era di nascosto anche dietro il non verbale a degli atteggiamenti che potevano essere anche mimetizzati. Un paziente che dice come stai? Sto bene.. Ma se è evidente che non sta bene bisogna capire che cosa sta dietro la facciata.. Ho cercato di stabilire una relazione terapeutica valida con i pazienti che mi venivano affidati per esempio. Nei colleghi ho cercato di valorizzare l'appartenenza di un gruppo e la condivisione di certi vissuti e anche in un qualche modo la comunicazione durante l'orario di lavoro. Così in qualche modo quello che era il vissuto solo mio poteva essere confermato o smentito dal gruppo dei colleghi.

Intervistatore:” Le esperienze che ha vissuto fino ad oggi che cosa le hanno lasciato?”

Intervistato 9:” Da una parte in qualche modo mi hanno arricchito molto professionalmente, adesso mi sento molto più preparata a gestire un paziente a rischio suicidario. Ho approfondito le mie conoscenze, so andare oltre. Quindi ho lasciato a volte il senso un po' della sconfitta..perdere non significa perdere..significa perdere una persona. Ogni esperienza drammatica che io ho vissuto personalmente in questo contesto mio ha lasciato anche un forte senso di sconfitta ma non per.. Perché ovviamente da questa situazione indietro non si torna e quindi mi hanno lasciato con il fatto che l'osservazione deve essere sempre molto puntuale, che la condivisione con i colleghi deve essere sempre articolata. Davanti un dubbio è meglio approfondire sempre. A volte mi hanno lasciato anche un forte senso di disagio perché.. Il suicidio di una persona è sempre un'evenienza molto particolare.. Io quando facevo tirocinio negli altri reparti vedevo sempre morire i

pazienti che stavano molto male, invece qui il paziente sta bene fisicamente, quindi non sei abituato! Non ci si abitua mai all'idea della morte! Una persona che si toglie la vita non ha un'evoluzione naturale, una persona che si toglie la vita va contro natura. A questa cosa per fortuna non ci si abitua mai, è questo che in qualche modo ci fa lavorare nel senso di cercare di mettere in campo tutto quel che abbiamo tutto quel che possiamo fare per evitare di far arrivare a questa situazione estrema.

Intervistatore:” Cosa pensa del suo bagaglio accumulato fin’ora?”

Intervistato 9:” Io lavoro qui da 23 anni e penso che qualsiasi persona che lavora da tanto tempo in un contesto come questo sviluppa un bagaglio culturale simile a quello che ho appena descritto. Impari tutta una serie di cose, sviluppi tutta una serie di potenzialità, impari a leggere il non detto, impari ad andare oltre la facciata, e impari che devi gestire qualcosa che va oltre la nostra formazione professionale. Ognuno di noi deve prepararsi, far quindi.. Esperienza che ti serve, corsi di formazione specifici, arricchimento che si basa giorno dopo giorno di lavoro. Adesso non mi spaventa più lavorare con pazienti molto gravi. Forse questo è anche frutto del bagaglio che ho accumulato finora. Penso mi sia servito per parlare agli studenti quando vengo ai corsi e anche per la mia vita personale, è un arricchimento. Una persona che soffre di una forma di disagio la trovi qua, ma la puoi trovare anche nel tuo ambito dei familiari oppure nelle realtà più diverse. Questo mi ha dato..l'essere cresciuta molto anche dal punto di vista personale.

INTERVISTA n. 10

Intervistatore:” Quali emozioni/sentimenti ha vissuto di fronte al suicidio o suo tentativo del proprio assistito? Può rivivere quei momenti?”

Intervistato 10:” Ho avuto un paziente che avevo in carico da 3 anni insieme ad una mia collega infermiera e ad un educatore... che aveva 55 anni affetto da un disturbo bipolare e un altro ragazzo giovane che era venuto qui al centro a chiedere una prima visita..che era in difficoltà..per quello ho visto io quei 40 minuti che ho raccolto i dati. Sono passati un po' di anni comunque con Maurizio..eeeh..insomma dopo tanti anni che ci si conosce..sei anche infermiere che utente si instaura un rapporto basato sulla fiducia, sul rispetto e c'è un interscambio di tante cose, perché si parla della famiglia del...il paziente porta le proprie emozioni quindi si va a casa del paziente, lo si aiuta nelle cose più quotidiane come potrebbe essere fare la spesa o andare a prendere qualsiasi cosa che potesse servigli. Quindi hai un rapporto, un legame molto stretto. Nell'ultimo anno Maurizio era depresso..era in una fase depressiva..e non riusciva comunque a tirarsi su nonostante i ricoveri, le attenzioni e la terapia. Quando è successo lui era una persona metodica, precisa, per cui quando la caposala mi ha chiamato e mi ha detto...ero qui..sono le 11 e Maurizio non è ancora qui al centro..ho percepito subito che qualcosa di brutto gli era accaduto! Era una persona metodica, precisa..alle 8 era qua fuori! Eee..infatti durante la notte si era suicidato, abbiamo allertato i vigili e..con una corda si era impiccato al letto. Era un letto ortopedico e con le braccia si è impiccato con una cintura dei pantaloni. Ho pianto... perché comunque ci si affeziona..si è professionista freddo..e ci si affeziona al paziente perché lui condivide con te tante cose. Ho pianto..penso tuttora..e non mi vergogno perché prego tuttora con lui. Io e la collega siamo tranquille perché comunque, perché quello che potevamo fare dal punto di vista professionale e oltre l'abbiamo fatto. Nel senso che noi portiamo i casi e anche durante le supervisioni noi ci confrontiamo..era un paziente ricoverato a rischio. Era un paziente sempre sotto..monitorato e che un momento che stesse bene e che facesse le sue cose invece si è.. suicidato. Ho avuto dei sentimenti di dispiacere per lui.. di grande dispiacere ,di grande sofferenza.. Per il ragazzo che ho raccolto la visita, un ragazzino giovane di 18 19 anni brasiliano..ho raccolto e parlato con lui per 40 minuti di quello che faceva..faceva il ballerino nella vita di grande sofferenza per l'infanzia, per la mamma. Insomma un bambino che non è stato amato. E..ci eravamo subito preoccupati di dargli una prima visita e lui stava venendo al centro..probabilmente durante questo tragitto dal parco al centro forse ha telefonato alla ragazza.. Perché era in rottura con la sua ragazza o..non si sa cosa sia successo, lui ci aveva anche chiamato chiedendo di venire un po' qui ma noi gli abbiamo detto noi siamo qua tu vieni..e si è impiccato. L'avevo visto io che avevo raccolto..non era un paziente noto..e quando sono venuti i carabinieri mi hanno mostrato il documento d'identità e quando sono usciti mi hanno fatto una gran rabbia. Ho pianto perché qual ragazzino poteva essere mio figlio. Mi è venuta una gran rabbia perché eravamo qui potevamo aiutarci eravamo disponibili aperti e tutto..gran rabbia..tanta rabbia! Eravamo qua, eravamo disponibili e l'appuntamento era stato dato. Il medico lo stava aspettando..dispiacere e gran rabbia allo stesso tempo..e impotenza, perché cosa potevo fare comunque.. Non sapevamo che era al parco, noi lo stavamo aspettando capito? Si si si...

Intervistatore:”Qual è stata l'esperienza più intensa? Quali effetti a lungo e breve termine ha portato?”

Intervistato 10:” Quella di Maurizio l'ho portata..non dico molto in famiglia ma insomma..mi ha toccato

profondamente! Anche se con Maurizio comunque, dal punto di vista professionale mi sentivo la coscienza apposto nel senso sì..avevo fatto tutto quello che era possibile fare per questa persona. Eee.. il ragazzo grande rabbia perché poteva aspettare..doveva solo attraversare la strada..ma nello stesso tempo.. Con il tempo questo si comprende che siamo limitati e che non possiamo prevedere tutto e che non abbiamo la sfera di cristallo. Si abbiamo dei dati con ogni paziente..si abbiamo dei dati oggettivi, abbiamo dei segnali..tutto quello che si può monitorare si può ricoverare..si può fare un sacco di cose.. Però con l'andar del tempo capisci che spesso ci sono delle persone che han deciso di farsi fuori e lo fanno.. questo lo portano fino in fondo. Tu li puoi salvare 9 volte su 10 e la decima quando ha deciso di farsi fuori si fa fuori..per una fetta di pazienti. Poi ci sono dei pazienti che.. a me non è mai successo, quello che lo fanno..lo fanno a livello dimostrativo che poi la cosa gli sfugge dalle mani e questo è un altro argomento..un'altra cosa..

Intervistatore:” Dopo questa esperienza che comportamenti ha adottato nei confronti degli assistiti e colleghi?”

Intervistato 10:” Allora tra i colleghi c'è stato un gran sostegno tra di noi..abbiamo parlato ci siamo confrontati..comunque eravamo sereni..tutto quello che si poteva fare per la persona si è fatto.. L'immaginabile.. Si doveva metterlo sotto una campana e chiuderla. Questo non è lavorare! In altre occasioni che son successe di suicidi di pazienti dei miei colleghi c'è un sostegno..perché quando si fanno le cose con criterio e con professionalità purtroppo può capitare che la persona decida.. Per cui c'è.. di solito ci si riunisce si parla del caso, si parla degli avvenimenti, di che cosa era stato fatto di che cosa si poteva e non. Con gli assistiti da quando succedono queste cose sui pazienti.. Questo paziente l'ha fatto davanti al centro per cui c'è stato anche un accadimento un sostegno dei pazienti, perché con i pazienti abbiamo visto.. Si di giorno..sotto mezzogiorno era.. Quindi c'era anche l'uscita della scuola..proprio di fronte.. Per cui è stato un evento..una bomba. Era un momento in cui c'era movimento e nessuno va a pensare che un ragazzo salga su una locomotiva faccia.. Si è accorta una paziente che è uscita dal centro e lo ha visto appeso. E i pazienti come Maurizio che si è suicidato..i pazienti che lo conoscevano..perché all'inizio si instaura un rapporto come con gli operatori in genere...il rapporto si instaura anche con gli altri utenti..era un paziente che frequentava il centro da anni.. Anche tra di loro c'è solidarietà.. Ma perché manca? Cos'è successo? Per cui è un momento di raccontare..si racconta che è venuto a mancare e..di sostegno per tutti gli altri utenti..di conforto di accadimento..di quello che c'è bisogno. Con i pazienti a rischio ci sono delle procedure, dei protocolli, si deve monitorare, si deve stare bene attenti. Non è perché se è successo un suicidio si sta più attenti o si può anche essere troppo ansiosi..diventare troppo ansiosi rispetto a se stessi. Non lo devi far trapelare all'assistito perché non è un messaggio buono. Personalmente non sono diventata più ansiosa rispetto a..si deve sempre porre molta attenzione.

Intervistatore:” Le esperienze che ha vissuto fino ad oggi che cosa le hanno lasciato?”

Intervistato 10:” Tutte lasciano un messaggio, tutte lasciano.. Lui aveva deciso di farsi fuori anche in altre occasioni l'avevamo trovato ed era stato ricoverato. Alla fine dei ricoveri probabilmente per lui questo male era talmente grande che aveva deciso di farla finita ee.. Io rispetto alla persona non condivido questo tipo di scelta, non trovo che sia una scelta di libertà che uno deve decidere di.. Ma che sia giusto combattere farsi aiutare e di combattere.. Però è una cosa personale..tutti lasciano comunque qualcosa. Il suicidio lascia un senso di vuoto perché manca una persona.. non di rabbia perché dici ho buttato via tre anni di lavoro.. Non sono mai buttati via gli anni di lavoro! Però hai un senso di mancanza perché mancavano tante altre persone a cui tu ti affezioni. Fa parte sì della tua vita lavorativa..ma fa parte della tua vita..non affettiva ma è entrato. Non è che dici il lavoro è una cosa che..

Intervistatore:” Cosa pensa del suo bagaglio accumulato fin'ora?”

Intervistato 10:” I se distruggono sempre e cambia quando si riesce a discutere e a migliorare. Discutere in maniera costruttiva questo sì.. Per questi pazienti, in particolare Maurizio che ha capitato a me fortunatamente..mi è dispiaciuto proprio perché è mancato lui non ci sono stati..ma se quella mattina poteva.. Magari per altri fai commenti..ma non costruiscono niente anzi..ti fagocita nel dolore.

Intervistatore:” Secondo lei potrebbe essere d'aiuto un aiuto psicologico o simili?”

Intervistato 10:” Si secondo me il piccolo equipe che segue questi casi dove il paziente si suicida serve un supporto, uno spazio per poter parlare del..al di là dell'evento di cosa sia successo..del paziente, del lavoro che si è fatto.. Una cosa allargata dove tutti possono andare, ma anche una persona esterna o uno psicologo dove tutti possono andare.. Con un supervisore o anche una persona dell'equipe..una cosa più raccolta dove la micro equipe riesca a parlare del paziente, di cosa si è fatto, di cosa si poteva fare, di cosa non si poteva fare. Perché alle volte noi pensiamo che..dargli una casa più pulita, fare in maniera che sia all'ottimo, magari per noi no..siamo umani e alle volte sbagliamo nel bene...nel poter dare e nel voler dare maggior comfort ad alcune persone. In realtà magari a loro non frega proprio niente.. è una loro scelta, siamo probabilmente anche intrusivi in questo per cui per un momento o vari momenti per poter parlare tranquillamente senza essere giudicati e di poter pensare a 360 gradi.. Questo sì secondo me..

INTERVISTA n. 11

Intervistatore:” Quali emozioni/sentimenti ha vissuto di fronte al suicidio o suo tentativo del proprio assistito? Può rivivere quei momenti?”

Intervistato 11:” La prima cosa che mi è venuta da fare è stata quella di attivarmi per cercare di salvarla.. quando non ci sono riuscita ho vissuto dei momenti di sconforto.. Quei momenti per il momento sono molto presenti nella mia testa, se tu me li chiedi io ti so spiegare secondo per secondo quello che è successo.. Sentimenti e emozioni.. la prima cosa che il mio primario mi ha insegnato è di...mi ha messo di fronte a queste morti che sono morti violente... e l'unica cosa è per quanto noi facciamo, se loro vogliono farlo decidono di farlo e lo fanno! Quindi io su questa frase mi faccio forza e non ho provato dolore.. ecco per lei penso che abbia fatto una cosa sciocca.. è stata una sua decisione quindi non giudico..

Intervistatore:”Qual è stata l'esperienza più intensa? Quali effetti a lungo e breve termine ha portato?”

Intervistato 11:” Quella che ho vissuto in comunità, perché ce ne stata un'altra in reparto di un paziente che si è suicidato conoscitissimo! Ma la prima è stata più intensa perché abbiamo praticato rcp , l'intervento dei carabinieri, insomma c'è tutta una questione legale.. quella è stata la più intensa! Sono stata male per una settimana perché è una cosa che devi un po' elaborare, poi ho avuto la fortuna che c'era lei e abbiamo potuto elaborarla insieme, un buon rapporto m i ha aiutato! Poi anche i colleghi mi hanno aiutato molto, la possibilità di parlarne, quindi io sono stata molto supportata dai colleghi e in particolare anche dalla caposala e dal primario. A lungo termine non mi sento di aver riportato danni rispetto a questa esperienza ma ho un'accortezza in più nel senso che non volto più le spalle a un paziente, metto sempre in primis la mia professionalità.

Intervistatore:” Dopo questa esperienza che comportamenti ha adottato nei confronti degli assistiti e dei colleghi?”

Intervistato 11:” Li valuto applicando degli interventi per avere una mia valutazione, ho più un senso di indagine.. di cercare di capire..i pazienti psichiatrici ti possono dire che va tutto bene invece poi non è vero.. Nei confronti dei colleghi..gli darei un 10 e lode su tutto, su come mi sono stati accanto, su come hanno saputo aspettare il mio parlare, il mio non parlare e..ho adottato irriverenza nei confronti dei colleghi! Un discorso non solo professionale ma anche personale che ci ha uniti parecchio specialmente il primario e la caposala!

Intervistatore:” Le esperienze che ha vissuto fino ad oggi che cosa le hanno lasciato?”

Intervistato 11:” Per quanto mi riguarda il lavoro in psichiatria è stata una scoperta, una scoperta di una capacità di analisi. Una cosa che mi è rimasta molto è stato il passaggio di un paziente che seguivamo qui in appartamento protetto.. è stato un vedere un risultato di tutto il lavoro che tu hai fatto, un soddisfazione elevata e concreta.. un lavoro con un paziente psichiatrico non finisce mai se lui ha una fiducia concreta in te! E tra l'altro siamo andati in gita e lui ha dimostrato questo suo star bene..

Intervistatore:” Cosa pensa del suo bagaglio accumulato fin'ora?”

Intervistato 11:” Non sufficiente.. non per la formazione.. ma perché non si finisce mai di scoprire e imparare e di ragionare sulla tua formazione! I primi anni è stato faticoso ma ora è tutto in crescendo è molto stimolante!

Intervistatore:” Secondo lei potrebbe essere d'aiuto un aiuto psicologico o simili?”

Intervistato 11:” Sì! Per quanto riguarda il servizio psichiatrico non ha fatto nulla per noi.. Ma è stato il singolo ovvero il collega! Quando venivo a lavorare hanno saputo aiutarmi, sostenermi ma come servizio non c'è stato un incontro dove si potesse esporre quello che si è sentito... la cosa è stata fatta qui con i miei colleghi e la caposala.. c'è stata una chiusura del servizio.. come se non si volesse affrontare.. sia qui che in reparto.. Da parte di tutti i medici sia da chi l'ha vissuta e non! Se tu segui quel paziente è una cosa che tocca anche a te! Quindi si questa è proprio una pecca! Ma anche ai medici.. c'era la dottoressa U. che seguiva questa paziente.. io con lei non mi sono mai confrontata! C'è stato proprio un evitare.. il come si è uccisa e tutte le emozioni che noi avevamo.. la rabbia all'inizio.. cose che hai elaborato con i colleghi.. Durante il turno siamo in due ma durante le consegne siamo in quattro quindi li c'era la possibilità di parlare su come stavamo. Io non ho mai perso ore di sonno ma.. insomma sono cose pesantine e hai bisogno.. I colleghi e la caposala mi hanno aiutata ma come equipe io non mi sono mai confrontata con i medici che lo seguivano..tanti abbracci.. ma in una riunione non c'è mai stata la possibilità non c'è mai stato chiesto..zero! Io ho sempre bisogno di esprimere anche nelle piccole cose che faccio..i miei colleghi mi conoscono da 15 anni e sanno come comportarsi con me! L'equipe è preoccupata solo dei pazienti..di noi c'è un non ne

parliamo! Quando siamo tra colleghi c'è la possibilità di parlare oltre che all'avere un abbraccio fisico.. Potevo dire f***** l'abbiamo persa di vista 5 min e l'ha fatto! Tutto quello che ci sta dietro insomma.. con loro sono stata serena perché mi hanno dato la possibilità di elaborare la cosa in una maniera positiva.. ma non in un'equipe!

INTERVISTA n. 12

Intervistatore:” Quali emozioni/sentimenti ha vissuto di fronte al suicidio o suo tentativo del proprio assistito? Può rivivere quei momenti?”

Intervistato 12:” Purtroppo sono 25 anni che lavoro qui e tentativi di suicidio ne ho visti tanti, troppi, anche uno solo sarebbe troppo! Le emozioni e i sentimenti... dolore complesso, con tante sfaccettature. Dolore perché non vorresti mai arrivare a questi estremi.. fai questo lavoro perché ci credi, ci credi che un domani ci sia una vita migliore..una capacità di recuperare una dignità e una serenità del vivere. Quando accadono queste cose qua è come se si rompesse qualcosa dentro di te perché quando lavori tanto con una persona impari a conoscerla. Tu dai qualcosa a lei e lei da qualcosa a te ed è un crescere assieme. Per cui quando succedono queste cose qua ti fa star male.. mmm.. Ci sono state delle volte che questo senso di dolore era legato anche alla rabbia perché..si fa fatica ad accettare.. Altre volte invece una pena infinita, perché era talmente tanto il carico di sofferenza di quella persona che..non dico che giustifichi ma che spero che abbia trovato pace

Intervistatore:”Qual è stata l'esperienza più intensa?”

Intervistato 12:” Ce ne sono state più di una! Perché ogni esperienza è un'esperienza a sé..sono tutte diverse. Una come dicevo poco fa di una persona che ha sempre sofferto nella sua vita perché credo che abbia avuto un'infanzia disgraziatissima.. Ha sofferto tantissimo questa persona quindi ora spero che sia davvero in pace.. Perché ci sono state delle volte che ho pensato che avesse proprio una sofferenza lacerante.. Per motivi diversi anche l'altra persona che avevo pensato.. A volte ci può essere una sofferenza legata a una patologia devastante e altre volte ci può essere la patologia ma anche una solitudine esistenziale.

Intervistatore:” Queste esperienze quali effetti le hanno prodotto a breve e lungo termine?”

Intervistato 12:” E' difficile descrivere quei momenti la perché è un'amalgama di sentimenti e di sensazioni che si accavallano tutti quanti e.. C'è lo shock del primo momento..non riesci a capacitarti di quello che è accaduto..c'è un dolore acuto a volte anche di tradimento.. E dici perché? Stavamo facendo questa strada insieme! C'è a volte un senso di rabbia perché non avresti mai voluto sentire una notizia del genere, c'è un vuoto che ti rimane, c'è un interrogativo gigante che ti fai mmm.. Se potevo fare di più..si poteva fare diversamente. Questo è il grande interrogativo che ti rimane sempre. C'è qualcosa che mi è sfuggito e che potevo cogliere..pur avendo visto tutto quanto.. Questo grande interrogativo te lo fai anche negli anni avvenire perché queste persone non è che ci lasciano così, ti tornano in mente. Alcuni li ricordo con malinconia con tristezza con dispiacere ogni volta che mi vengono in mente, e mi vengono in mente! Quando mi tornano in mente in presenza di altri pazienti mi dico..ricordati questo, questo e questo, ti stai muovendo troppo velocemente, hai ragionato tutti gli aspetti ti ricordi quella volta, ci sono delle cose che potresti chiederti, domandare fare.. Metti insieme le esperienze per vedere se ti sono d'aiuto con chi hai davanti.

Intervistatore:” Dopo questa esperienza che comportamenti ha adottato nei confronti degli assistiti e colleghi?”

Intervistato 12:” Con i colleghi cerchiamo di essere molto solidali tra di noi, nel senso di aiutarci e di sostenerci. Quando qualcuno di noi ha a che fare con una persona che lo preoccupa tanto dal punto di vista suicidario cerchiamo di sostenerci. L'opinione di una persona terza che non vive la relazione direttamente con quella persona a volte ci aiuta a cogliere aspetti in più che adesso noi non saremmo in grado di vedere. Una persona che è meno coinvolta emotivamente a volte coglie degli aspetti che ti aiutano nel lavoro con quella persona lì. Per cui cerchiamo di far gruppo e di aiutarci anche solo con l'ascolto del collega che può essere in difficoltà in un certo momento. Questo aiuta tantissimo nel lavoro sia ritrovare un equilibrio nostro interno sia trovare aspetti che ci mostrino il tutto in maniera più lucida. Con gli anni..forse anche per la mia età avanzata credo di essere più cauta con gli assistiti.. All'inizio da giovane ero più cauta perché ero inesperta della vita. Ora sono più cauta perché ho imparato a muovermi con delicatezza in relazione alle persone sofferenti..è un mio essere cauta più consapevole rispetto a quello che accade. Più forte..pensando che questa vita vale la pena provarci a viverla.

Intervistatore:” Le esperienze che ha vissuto fino ad oggi che cosa le hanno lasciato?”

Intervistato 12:” Credo che abbiano lasciato un fondo..come se in un angolino di me ci fosse un sapore che

rimane e ti colora la vita di altri colori..e se forse non avessi lavorato qua non avrei ecco!

Intervistatore:” Cosa pensa del suo bagaglio accumulato fin’ora?”

Intervistato 12:” Io amo pensare che ci sia un senso a tutto quello che accade nella vita, e penso che se sono venuta a lavorare qua..e non ho scelto di venire a lavorare qua.. ha il suo bel senso! Sono ancora alla ricerca del mio senso..sono convinta che ci sia ma me lo tengo per me perché è molto personale.

INTERVISTA n. 13

Intervistatore:” Quali emozioni/sentimenti ha vissuto di fronte al suicidio o suo tentativo del proprio assistito? Può rivivere quei momenti?”

Intervistato 13:” Mi è capitato di trovare una persona che ha tentato e ci è riuscito.. Sino passati diversi anni per cui sicuramente il tempo ha sfumato un po’ le sensazioni e i sentimenti.. Tornando al tempo era un mix di emozioni come rabbia preoccupazione e speranza poi mi sono reso conto quasi subito che era morto e la speranza è svanita! Ti passano queste emozioni velocissime per la testa..per i colleghi che si possono spaventare, per il suicida, per la famiglia. Non c’è più sofferenza ma sicuramente c’è ne stata tanta prima..per la sua famiglia e per i suoi figli! Non ti nascondo anche i risvolti legali che ci possono essere, ma non solo i timori di ciò che ti può capitare ma anche il dispiacere per non averlo protetto..ti passano tante cose per la testa al momento..

Intervistatore:”Qual è stata l’esperienza più intensa? Quali effetti a lungo e breve termine ha portato?”

Intervistato 13:” Non so fino a che punto sia una cosa normale..ho avuto esperienze più forti in altri momenti..mi è capitato di rianimare delle persone che sono rimaste dei vegetali..mi rimarrà sempre in mente non avrei potuto fare altrimenti..non respira ma tu lo devi rianimare comunque..ma il fatto che resti cosciente per il resto degli anni.. Ci penso tante volte..se fossi arrivato un attimo dopo i parenti e i familiari se la sarebbero messa via prima perché è una persona che ha bisogno di accadimento per tanti anni..tra cui si era anche appena sposata.. Queste sono esperienze che ti segnano nei giorni successivi, nei mesi successivi e poi si affievoliscono. I pensieri però..la tristezza..questo è uno degli agiti più etero aggressivi è vero che si riversano nei propri confronti l’atto ma pensando agli altri.. Che cosa mi ha spinto a fare.. Tra i vari agiti nei confronti degli altri questo è uno dei più aggressivi. Queste cose qua ti lasciano il segno...e poi stai più attento!

Intervistatore:” Dopo questa esperienza che comportamenti ha adottato nei confronti degli assistiti e colleghi?”

Intervistato 13:” Non ho mai preso in considerazione questa cosa.. Io penso che ci siano dei rapporti diversi e con il passare degli anni le esperienze, le conoscenze le relazioni che abbiamo ci cambiano e non siamo mai la stessa persona! In momenti identici se tu dovessi affrontare le stesse cose a differenza di anni saresti diverso..magari prima ero più giovane e meno spero..l’esperienza ti modifica non so quanto in bene ma penso di sì! Questo lavoro mi ha dato abbastanza e mi ha migliorato come persona nei confronti della sofferenza degli altri.. per fare questo mestiere non puoi capire la sofferenza ma ti aiuta a capire la sofferenza generale dei pazienti! Con i colleghi sono un po’ cambiato con l’esperienza sono diventato un po’ più protettivo! Un conto è lavorare con un coetaneo e un conto è lavorare con chi ha 20 anni meno di te!

Intervistatore:” Le esperienze che ha vissuto fino ad oggi che cosa le hanno lasciato?”

Intervistato 13:” Ho conosciuto tante persone nel suicidio..anche non nell’atto ma mi sono sentito sempre molto coinvolto..anche una collega è stata troppo coinvolta in questo atto..in quest’ambito succede spesso. Anche se considerata in percentuale sono la minima parte qui in psichiatria.. Ogni tanto ci penso adesso alle persone che non ci sono più e con cui ho avuto rapporti di anni e con cui ho sofferto assieme e sono stato anche bene! Io penso che in parte sono migliorato nel rispetto della sofferenza degli altri..anche se in parte tollero un po’ meno ciò che tolleravo di più come raduni tra colleghi..le discussioni secondo me devono essere usate per concretizzare qualcosa di buono!

Intervistatore:” Cosa pensa del suo bagaglio accumulato fin’ora?”

Intervistato 13:” Io a dirti la verità..una volta quando avevo appena iniziato e spero che ora non succeda più venivano a chiederti se avevi delle preferenze ma io ho scelto di restare qui! Qui puoi avere tanto dalle persone ma non puoi dare tanto! Non è un fattore economico o altro, ma proprio a livello relazionale! Se lavorassi in medicina, e io ho lavorato per diverso tempo in quel reparto ma era strutturato in maniera diversa e a livello relazionale è meno coinvolgente, un po’ anche per le patologie che ci sono. Lì c’è una gran mole di lavoro pratico dall’individuo..dal letto e tutto..c’è troppo poco tempo per imparare delle persone..se non delle sue patologie! Non perché gli infermieri della medicina siano prive di sentimenti ma hanno troppo poco tempo di stringere il rapporto..la barzioletta ci sta ma se tu inizi un rapporto con una

persona diversamente preme! Per quanto aiuto dai a queste persone non ti da subito ritorno..spesso magari tu fai tanto senza vedere risultati concreti se non negli anni. Io sono contento perché tante persone mi vogliono bene...per quanto usi la tua empatia escono sempre i tuoi sentimenti personali! È pericoloso avvicinarsi tanto ad un paziente..ti respinge devi avere pazienza e riavvicinarlo quando si allontana! A volte ti affezioni tanto e non ti trattano come ti aspetteresti..tu sei lì per aiutarli non per aspettare la loro riconoscenza anche se molti lo sono!

INTERVISTA n. 14

Intervistatore:” Quali emozioni/sentimenti ha vissuto di fronte al suicidio o suo tentativo del proprio assistito? Può rivivere quei momenti?”

Intervistato 14:” Sono momenti che sono stati successivamente rielaborati e sono stati già detersi dal carico emozionale che avevo al momento. Sono stati ciascuno diverso in base al rapporto con il paziente!

Intervistatore:”Qual è stata l’esperienza più intensa? Quali effetti a lungo e breve termine ha portato?”

Intervistato 14:” Sì mi ricordo..una specie di suicidio in diretta si lavorava in maniera integrata csm reparto comunità..si lavorava in turni! Poi mi ha chiamato un paziente che seguivo in progetto con altre persone..c’era un rapporto buono legato al paziente perché era istrionico e allo stesso tempo aveva delle radici un po’ scure! Mi ha chiamato di notte molti anni fa, mi ringraziava per quello che avevo fatto per lui ma aveva deciso di farla finita e che in quel momento era sopra una sedia con la corda al collo e che finita la telefonata si sarebbe impiccato al che se avessi mandato qualcuno si sarebbe impiccato lo stesso..la cosa è molto detersa perché è successa molti anni fa! Questo signore ha voluto impiccarsi con me..e ho cercato di allungare il più possibile la telefonata..allora previo il medico gli abbiamo mandato a casa la forza pubblica! Lui aveva detto che se sarebbe suonato il campanello di casa si sarebbe impiccato lo stesso! Quello che gli dicevo io è che il suicidio era un fattore irreversibile e lo invitavo a rimandarlo e agivo un po’ su questo territorio..lui riportava tutte le sue necessità.. Poi è successo che ci siamo salutati..questa è una cosa vera non era un atto dimostrativo.. Sono andati i carabinieri lui ha aperto ha detto che andava tutto bene e sono andati via, soltanto che in un secondo tempo ha tentato il suicidio poi si è rotta la corda ed è stato ricoverato! Si è legato una cordina piccola..era un tentativo serio e dopo 2 o 3 anni si è suicidato con alcohol e sostanze! Al momento per quello che mi riguarda c’è un lavorare in terza persona a livello emozionale immediato! È una mia caratteristica, un dono in sintesi riesco ad agire subito in modo migliore ma successivamente si vengono fuori le emozioni.. Lui facendo così ha indicato il nostro rapporto e io ho preferito allontanarmi.. Noi avevamo un rapporto particolare giocavamo a scacchi ecc.. Lui era un paziente molto particolare e aveva anche delle forme di aggressività..telefonarti e dirti che si impicca.. Lui era stato nell’esercito.. Era meglio che altre persone lo avessero prese in curante era una decisione presa dal gruppo, non solo da me! No a lungo termine non mi ha lasciato non mi ha lasciato neanche rabbia..

Intervistatore:” Dopo questa esperienza che comportamenti ha adottato nei confronti degli assistiti e colleghi?”

Intervistato 14:” Lui non aveva a che fare con gli altri pazienti era una cosa abbastanza assistente non aveva nulla a che vedere con le altre individualità!

Intervistatore:” Le esperienze che ha vissuto fino ad oggi che cosa le hanno lasciato?”

Intervistato 14:” Mmmh.. niente una particolare attenzione verso questi pazienti che avevo anche quando lavoravo in reparto..come pazienti aggressivi ecc.. è più facile prevenirlo perché c’è tutta un’escalation.. Questi si fanno male ed è una cosa anche abbastanza importante per cui.. Hai più i recettori accesi verso questi pazienti, perché certi fanno dei tentativi proprio dimostrativi ecc.. però non li sottovaluti mai e cerchi di capire il messaggio che vogliono lasciarti, questo è molto importante! Bisogna stare molto attenti a questi pazienti perché magari quando stanno bene è perché hanno pianificato la via d’uscita..non è scontato né per noi a livello assistenziale né per il loro curante..perché a volte hanno diciamo questi agiti definitivi!

Intervistatore:” Cosa pensa del suo bagaglio accumulato fin’ora?”

Intervistato 14:” Sono soddisfatto, tutti questi anni mi hanno aiutato ad avere un grande bagaglio e ad essere anche abbastanza esperto...posso seguire pazienti diversi discretamente con varie patologie! Non mi ha lasciato delle cariche emozionali perché le detengo prima personalmente..ho delle tecniche mie personali e poi in gruppo! Poi se tu vai a innescare queste cose e ad aprirti il bagaglio prima di andare a casa non hai problemi altrimenti hai magari delle cose carsiche che ho visto anche su qualche collega. A volte anche di considerazioni di gruppo che magari per carichi di lavoro come oggi sono importanti!

Intervistatore:” Secondo lei potrebbe essere d’aiuto un aiuto psicologico o simili?”

Intervistato 14:” Sì.. ma anche di formazione direi soprattutto! Paradossalmente io non ho una formazione universitaria ma ho fatto tanti corsi di aggiornamento.. sono stato anche formato da una certa equipe

che dava valore! Ho visto che successivamente cambiando modo di lavorare e cambiando equipe certi colleghi non avevano la formazione necessaria per lavorare qua! Loro sapendo teoricamente cos'era una patologia non avevano l'adeguata formazione sul campo.. Si cerca di supportare questi colleghi fornendoli di informazioni e di modi! Ho fatto diverso tempo in reparto e i problemi sono legati all'organizzazione schematica dei compiti durante un turno e a questi compiti è stata data grande importanza a scapito del lavoro di gruppo. Io ho lavorato in questa maniera ed è una cavolata!! Se in un gruppo io sono bravo a fare una cosa io faccio quella..basta far girare l'informazione e se io sono stanco ci si dà il cambio ecc e queste cose sono venute a mancare! Quando si arriva e si ha il proprio compito ci si sente sicuri soprattutto per quelli appena arrivati che non hanno una cultura del lavorare in psichiatria e persone di vista il paziente lavorando in maniera contenitiva a scapito dell'emozione, che è fondamento del nostro lavoro e se non hai la capacità di fare la relazione è inutile che faccia malanni!

INTERVISTA n. 15

Intervistatore:” Quali emozioni/sentimenti ha vissuto di fronte al suicidio o suo tentativo del proprio assistito? Può rivivere quei momenti?”

Intervistato 15:” Si posso riviverli.. Il mio vissuto è stato recente perché è successo meno di un anno fa! Un mio assistito..lo conoscevo molto bene..poi ero anche l'infermiera di riferimento un pomeriggio chiama la madre e dice di vederlo molto ansioso..e lei vuole parlare con il medico! Esso non era in sede e appena sarebbe rientrato io l'avrei avvisato! Il medico è rientrato e telefoniamo..parla la madre e dice di vederlo agitato! Il medico le dice di passarle il telefono e il paziente dice di non stare ne bene ne male..perde la cornetta! La madre prende la cornetta e lui si siede sul poggiolo.. E mentre la madre continua a parlare al telefono lui si butta all'indietro e cade sopra un'altra terrazza! La madre ha visto la scena e quindi dice al medico che è successa questa cosa! Il fratello che è un assistito comunque nostro..dice chiamo l'ambulanza perché vedo che muove appena appena il piede ed il medico disse si sbrigatevi! Ad un certo punto la madre disse no! In quel momento il medico ci avvisa..eravamo io e quella signora che vedi in farmacia..siamo rimasti ammutoliti, non abbiamo aperto bocca! Il medico ha chiuso la telefonata e siccome il ragazzo era di caorle siamo andati a vederlo e lungo tutta la strada non abbiamo aperto bocca! Siamo rimasti proprio ammutoliti seri e provati! Provati..scioccati! Siamo arrivati e c'era l'ambulanza, il medico sai deve rimanere il corpo 2 ore dov'è caduto.. C'erano tutte le persone intorno ed io ed il medico dopo siamo andati dai familiari, puoi immaginarti... Non siamo riusciti ad aprir bocca, abbiamo abbracciato i familiari e siamo rimasti lì fino alle 8 di sera fino a quando il servizio è finito e abbiamo trasportato il.. Eeh.. avevamo un senso di smarrimento! Poi non ci sono assolutamente parole, perché questa famiglia è molto provata perché ci sono due ragazzi psicotici, lui e il fratello! L'elaborazione del lutto è stata molto difficile.. Adesso quando viene suo fratello rivivi un po'..lui ne parla poco del fratello..

Intervistatore:”Qual è stata l'esperienza più intensa? Quali effetti a lungo e breve termine ha portato?”

Intervistato 15:” Questa è stata l'esperienza più intensa che io abbia provato nel corso di questi anni, ci sono stati altri suicidi...questa è stata pazzesca.. A breve termine ho provato molto dispiacere! C'era anche il discorso della fiala retard, questa possibilità di vederlo..telefonargli insomma e ricordargli che deve venire. Rimani sempre con quel dubbio se potevi fare qualcosa di più..mi rimane questa cosa! Siamo un personale molto ridotto e alle volte non riusciamo ad andare a domicilio alla scadenza delle fiale e per vedere anche la situazione familiare com'è di tensione ecc! Quindi peggiora la situazione! Anche adesso tra ferie tra malattie e così siamo veramente resettati!

Intervistatore:” Dopo questa esperienza che comportamenti ha adottato nei confronti degli assistiti e colleghi?”

Intervistato 15:” Quando succedono queste cose cerchi sempre di cogliere in maniera diversa le cose che ti vengono dette, perché ci sono gli psicotici deliranti..ma bisogna leggere tra le righe e vedere se c'è una base di depressione e li leggi se c'è intenzione di far qualcosa! E stai molto più attento! Nell'equipe ci sono varie figure c'è il medico c'è la psicologa e li si cerca di capire e di sondare! C'è quello che può dirlo ma senti che non lo farà mai! Ma ci sono delle persone che te lo senti dopo un'esperienza del genere! No! Sui colleghi non ho mai provato questo sentimento, questa rabbia!

Intervistatore:” Le esperienze che ha vissuto fino ad oggi che cosa le hanno lasciato?”

Intervistato 15:” Si stare molto più attenta.. uno strumento è quello di ascoltare meglio la persona e di non tralasciare nulla! Ascoltare e la comunicazione verbale e non verbale!

Intervistatore:” Cosa pensa del suo bagaglio accumulato fin'ora?”

Intervistato 15:” Qui in questo reparto andiamo in contro al burnout perché il paziente diventa ordinario, vedi sempre quelli e magari in una fase acuta e nella fase di compenso ma poi nel servizio gravitano sempre

quelli.. Quindi è rarissimo che delle persone poi guariscano e non le vedi più! Ho visto dimettere una persona sola! C'è il rischio del burnout.. Però tutte le esperienze sia positive che negative fanno parte del bagaglio tuo personale! Per me è stato positivo! Io sono qui da tantissimi anni, mi sono diplomata nell'89 e poi sono venuta al centro di salute mentale e ho sempre lavorato qui! All'inizio era anche per un motivo mio personale, ma tutto sommato il tempo cresce! A vedere le persone in modo diverso, non superficiale perché le persone hanno determinati comportamenti e bisogna capire cosa c'è dietro le loro esperienze, la loro storia, la loro famiglia, quindi non puoi dare un giudizio! Ma lo impari qua, i pazienti li vedi per un breve periodo di tempo e instauri una relazione! Per me è stato positivo..io mi sono diplomata a 22 anni quindi sono cresciuta qua! Con l'esperienza ti costruisci una certa sicurezza.. ma il suicidio ogni volta che succede è un dramma per tutti, non può lasciare indifferente!

INTERVISTA n. 16

Intervistatore:” Quali emozioni/sentimenti ha vissuto di fronte al suicidio o suo tentativo del proprio assistito? Può rivivere quei momenti?”

Intervistato 16 :” Si allora io ho in mente l'ultimo suicidio che risale a.. in 15 anni dalla mia esperienza qui non ci sono stati tanti suicidi. Io ho in mente un giovane uomo che l'anno scorso si è suicidato.. non era un mio paziente, si trovava in una nostra comunità ha deciso di interrompere il servizio ed è tornato a vivere a domicilio. E un giorno mentre io non ero in servizio ha deciso di compiere questo gesto. Era un paziente storico pur essendo molto giovane..molto impegnativo e molto grave. Di fronte al suo suicidio ho provato sgomento anche perché non aveva dato segnali particolari rispetto al solito, poi rabbia per qualcuno che non lo vedeva più assiduamente o i familiari che non hanno segnalato se c'era qualcosa di diverso dal solito. Rabbia per non aver potuto fare qualcosa per non aver capito quello che stava accadendo. E quanto male in quel momento li stava.. Ma anche comprensione perché capisco che tu abbia voluto porre fine a questa sofferenza. Un mix di sentimenti..un mix..

Intervistatore:”Qual è stata l'esperienza più intensa? Quali effetti a lungo e breve termine ha portato?”

Intervistato 16:” Io con altre colleghe tra l'altro per due anni abbiamo partecipato ad un'esperienza di formazione rispetto il suicidio perché doveva partire un progetto per questo servizio che poi non è mai partito..proprio di prevenzione del suicidio. Quindi l'aver partecipato a Roma mi porta a vedere le cose con un approccio emotivo diverso..ti dai delle spiegazioni e razionalizzi..perché devi razionalizzare per avere un processo di difesa, non puoi farti sopraffare dalle emozioni!

Intervistatore:” Dopo questa esperienza che comportamenti ha adottato nei confronti degli assistiti e colleghi?”

Intervistato 16:” Nei confronti degli assistiti..bah..l'attenzione che davvo prima.. e Nei confronti dei colleghi...no no no!

Intervistatore:” Le esperienze che ha vissuto fino ad oggi che cosa le hanno lasciato?”

Intervistato 16:” Si sicuramente le esperienze ti lasciano un approccio diverso! Cerchi di captare segnali che prima non vedevi, ma ciò non viene solo dall'esperienza nel suicidio ma anche dall'esperienza che lavori con il paziente psichiatrico quindi piano piano inizia a conoscerlo meglio a captare segnali diversi, li riporti, li valuti. Ciò non lo leggi su un libro ma ti viene tutto dall'esperienza ecco...la teoria ok.. ma il rapporto viene dall'esperienza con il paziente! Ho più attenzione, ho più rabbia per questo episodio.. poi altri che non sono di pazienti ma sono di persone che noi tutti conosciamo.. Proprio per questo noi siamo arrabbiate perché abbiamo frequentato questo corso e doveva essere messo in piedi un punto d'ascolto un servizio e questo non verrà mai messo in piedi e siamo arrabbiate perché non ci sentiamo pronte a portare la nostra esperienza.. il nostro supporto. Potrebbe essere un'utile arma.. ma è chiaro che dovrebbe esserci una struttura che non c'è.. Io colgo questo bisogno.. la mia collega anche, ma se non c'è dietro questo bisogno cosa fai? Quest'esperienza potrebbe essere un po' più strutturata e andare a buon fine! Se fosse possibile intervenire prima, dare un aiuto.. poi magari l'atto sarebbe agito però almeno..

Intervistatore:” Cosa pensa del suo bagaglio accumulato fin'ora?”

Intervistato 16:” Positivo! Qui non sei un infermiere ch lavora in un reparto..in medicina in chirurgia dove il paziente transita velocemente dove fai la parte tecnica.. qui lavori con la relazione e ti porta ad essere elastica.. Qui c'è anche la persona rigida dove fa il suo lavoro e chiuso! La persona che ho davanti è un pezzo.. Qui veramente c'è la persona, ci sei tu come persona e c'è l'altra persona cresci tu e cresce l'altra persona!

Intervistatore:” Secondo le sue esperienze c'è stato qualcosa che le ha fatto pentire di lavorare in questo reparto?”

Intervistato 16:” Mmm... No!

Intervistatore:” Secondo lei potrebbe essere d’aiuto un aiuto psicologico o simili?”

Intervistato 16:” Con quello che era successo a questo ragazzo c’era il gruppo.. noi ne abbiamo parlato, non è che è successa la cosa ed è finita lì ne abbiamo parlato.. il medico referente gli infermieri gli educatori, tutti quelli che lo conoscevano perché è transitato nel nostro servizio e c’è stata un’elaborazione e una supervisione! La cosa non finisce lì ma il gruppo ti supporta non vedo la necessità di una figura esterna ma se qualcuno sta molto male abbiamo una psicologa che può darti una mano, la danno anche a noi. Tutti gli accadimenti vengono elaborati in gruppo quindi direi bene insomma!

INTERVISTA n. 17

Intervistatore:” Quali emozioni/sentimenti ha vissuto di fronte al suicidio o suo tentativo del proprio assistito? Può rivivere quei momenti?”

Intervistato 17:” Io lavoro qui da fine anni 80 inizio anni 90 e, sostanzialmente ho avuto due pazienti una direttamente che seguivo come infermiere referente e dell’altro non ero infermiere referente ma nel periodo antecedente l’atto non solo noi ma anche familiari parenti e vicini ipotizzavano che potesse essere stato un incidente. Il paziente si è suicidato si è buttato ed è caduto da un metro e mezzo d’altezza battendo la nuca su una tettoia di ferro..ed è stato sfortunato perché se avesse battuto sulla plastica forse non sarebbe andata così! Al di là della dinamica ci ha sconvolti la motivazione dell’atto io non ero direttamente presente c’era con me una collega e il medico e abbiamo ricevuto una telefonata dalla madre del paziente e lui era ospite della comunità in cui stava anche relativamente bene, non c’era scompenso e si era sentito anche qualche giorno prima con il responsabile della comunità! Lo psicologo descriveva una situazione del paziente serena.. probabilmente mai così tanto serena! Era un paziente molto grave. Lui sentì la madre al telefono e lei gli rispose che lui stava bene e ad un certo punto sentì dire alla madre...cosa fai? Il paziente era appoggiato al poggiolo..e lei gli disse stai attento che cadi e lui l’ha guardata e si è lasciato andare! Dall’altra parte c’era il medico che sentiva la mamma che commentava e che gridava.. L’altra era una paziente inserita in una nostra comunità che era da poco aperta. Questo episodio avvenne circa 15 anni fa, io la seguivo da circa 2 anni insieme ad un’altra mia collega e aveva fatto altri tentativi ma diciamo a tipo dimostrativo più isterici.. Nel senso che ti prendeva un po’ di ipoclorito di sodio lo metteva in un po’ d’acqua e dopo lo buttava giù.. te lo diceva e poi via in pronto soccorso con una lavanda gastrica! Lei viveva con una nonna molto anziana, era senza genitori. La nonna è stata inserita in una casa di riposo e lei è stata inserita qui per affrontare un lungo percorso nella comunità. Un inserimento gradito, lei è contenta, partecipa a tutte le attività che le vengono proposte.. un’adesione completa andata avanti per un paio d’anni! Un pomeriggio io ero in servizio sono andato a trovarla, beviamo un caffè parliamo del più e del meno ed era contenta perché a breve sarebbe stato inserito un altro paziente che lei conosceva bene perché erano compaesani. L’indomani mattina mi arriva una telefonata dalla comunità, da un’operatrice che mi dice la S. non sta bene hanno chiamato un’ambulanza. Il collega che era in turno l’ha vista prendere una lampadina e gli è rimasta in bocca..se può venire di corsa.. Era arrivata l’ambulanza e lei aveva fatto l’ennesimo atto dimostrativo.. la lampadina si è rotta ed è arrivata in trachea ed è morta in questo modo. In entrambi gli episodi siamo rimasti devastati.. un misto di rabbia, ma non di colpa! Su quest’ultimo ragazzo c’è stata anche una supervisione di uno psicologo che lavora a Pordenone con il quale abbiamo un buon rapporto e ci fa dei corsi di formazione sul tema della comunità, della gestione ma anche sui servizi. Molto brava e ci ha dato una mano anche su questa cosa qui. Quindi sull’altro in cui ero coinvolto più direttamente ho avuto frustrazioni.. Sai l’essere chiamato non capendo.. ti dicono che il paziente non c’è più e arrivi in pronto soccorso e il paziente che hai visto il giorno prima...che hai visto stare bene. Nell’esperienza del nostro lavoro ci mettiamo in conto questa cosa. I primi anni che ho lavorato qui statisticamente non ci sono stati tanti episodi di questo tipo. Ho partecipato un po’ di tempo fa a una formazione sulla trasmissione degli opg erano 4/5 incontri diluiti in un anno circa. Nell’ultimo c’era un relatore responsabile del servizio di Reggio Emilia che nella sua relazione ad un certo punto fa un discorso suicida. Lui diceva che statisticamente hanno fatto uno studio degli ultimi 5 anni e c’era stata un’incidenza di suicidi di circa il 28% una cosa spaventosa..di questo dato l’80% era di persone non seguite dai servizi quindi il 20% di quel 28 erano persone normali. Per cui l’evento del suicidio fa parte del nostro lavoro e quindi non a caso da anni ci sono anche gruppi di lavoro sulla prevenzione è un’area di intervento che purtroppo ci appartiene. Quello è un numero relativo di quel 28% l’80 non centrava niente con la psichiatria. I primi anni che ero qua c’era stato un episodio di un paziente schizofrenico conosciuto da molti anni nel servizio ancora da prima che io arrivassi qui. Aveva raggiunto una situazione in cui era tollerato da tutti e si era creata una piccola rete tra familiari e supporto quindi non aveva quella forma di disagio che rappresentava un pericolo sociale. Certi pazienti vanno incanalati in qualche modo, ma lui non

dava nessun problema andava tutto bene. Aveva la sua pensioncina aveva una bella casa che aveva ereditato dai genitori, i servizi gli garantivano i pasti, noi gli garantivamo poco terapia proprio una volta al mese. C'è stato un periodo in cui..non ricordo la motivazione perché sono passati tanti anni ma i servizi hanno visto che non stava tanto bene allora lo abbiamo contattato e cercato di agganciarlo in maniera un po' più frequente più strutturata. Lui ha accettato per un periodo di fare altre cose con noi.. il centro diurno e forse anche delle piccole attività! Un giorno ero in servizio, devo essere andato il giorno dopo non ricordo più.. Ah.. un collega andava a prenderlo al mattino e lo riportava al pomeriggio, è andato.. ha bussato non apre, chiama un familiare il quale ha la chiave..entrano e lo trovano appeso. Li.. come in altri casi pazienti cronici che raggiungono un certo equilibrio per cui tu nel momento in cui li fai stare troppo bene raggiungono quella lucidità che li porta poi a compiere quel gesto estremo! Lui quand'era qui prendeva la sua terapia e riusciva ad interagire in maniera sofisticata con gli operatori poi era lucido aveva perso i suoi fantasmi ma manteniamo un livello di funzionamento a bassissimo livello però chiaramente non era una presa in carico forte come altri pazienti gravi che abbiamo qui... Su quello abbiamo riflettuto parecchio e lì c'è stata questa consapevolezza da parte di tutti che in queste situazioni dove sta l'equilibrio tra l'iper e l'ipo stimolazione.. quanto puoi stimolare il paziente.. Il lavoro è tutto lì e alcuni di loro si rendono conto della consapevolezza della vita che hanno e fanno questo atto estremo. In molto di noi c'è questo vissuto, l'aver capito che lo stavamo sovrastimolando rispetto la sua vita rispetto il suo percorso.. alla sua malattia alla sua storia. E quindi abbiamo risposto a una domanda che ci veniva dall'esterno..ci siamo messi al riparo da questa cosa qui, ma forse lui non era.. sono tutte supposizioni... Quindi l'esperienza più intensa anche se non diretta è stata quella del ragazzo che si è defenestrato ed è morto in maniera anche stupida, nel senso che poteva anche andargli bene. Intensa come servizio oggettivamente, soggettivamente la più intensa è stata quella della ragazza che seguivo e che avevo visto il giorno prima.

Intervistatore: "Qual è stata l'esperienza più intensa? Quali effetti a lungo e breve termine ha portato?"

Intervistato 17: "Quindi l'esperienza più intensa anche se non diretta è stata quella del ragazzo che si è defenestrato ed è morto in maniera anche stupida, nel senso che poteva anche andargli bene. Intensa come servizio oggettivamente, soggettivamente la più intensa è stata quella della ragazza che seguivo e che avevo visto il giorno prima. In un primo momento c'è stata..non dico una chiusura..nel senso che ho provato a ragionare un po' da solo rispetto a questo evento. Lavori in un'equipe quindi ti confronti con il medico e con l'attuale primario una persona molto in gamba e abbiamo ragionato insieme! Tu vai in pensione con loro. C'è un ragazzo molto grave che io seguivo dal primo giorno in cui sono qui, è affetto da schizofrenia e io gli auguro che trovi un equilibrio.. Rispetto a questo diventi la persona con cui ti confidi..non sono un familiare né un amico ma a livello terapeutico si crea un legame e non puoi far finta che non ci sia bisogna saper mettere i paletti giusti perché poi sai loro ti fagocitano. Questa è la prima cosa che ti frega!

Intervistatore: "Dopo questa esperienza che comportamenti ha adottato nei confronti degli assistiti e colleghi?"

Intervistato 17: "Questa cosa ti segna, ti forma e ti fa sviluppare quel beneficio di dubbio che prima non hai certo non può diventare la spada di Damocle per cui non agisci più perché hai paura di sbagliare! Diventi un po' più cauto magari ti confronti un po' con il medico e ad inquadrare il senso di preoccupazione! Non ho cambiato atteggiamento nei confronti dei colleghi perché queste infine sono cose che cementano..c'è sempre stato un tentativo non dico di leccarsi le ferite o di autoassolversi ma ti fa dire che abbiamo un compito, una missione ma non siamo onnipotenti! Questo è un evento che accade..non tutti i giorni ma quando avviene dobbiamo pensare a cosa era possibile fare. Io sono qui da 26/27 anni e.. 1 percentuale è minore ti parlo di una decina, ma di casi complessi! Qui abbiamo circa 10.000 cartelle quindi circa 10.000 pazienti molti sono stati visti magari una sola volta dal medico e si sono suicidati! Ci sono 10.000 cartelle di pazienti con problemi diversi.

Intervistatore: "Le esperienze che ha vissuto fino ad oggi che cosa le hanno lasciato?"

Intervistato 17: "Gli episodi di suicidio li ho spiegati.. Quelli di tentati..non ci sono stati grossi.. a parte questi episodi di questa ragazza! Ci sono stati ma non presi in carico da me! Ti lasciano questa..non senti di colpa perché io credo..non siamo onnipotenti non possiamo guarire sempre le persone però abbiamo la consapevolezza che possiamo aiutarla a vivere meglio con degli strumenti con questa branca della scienza relativamente giovane dopo il 78! E abbiamo anche valori aggiunti oltre gli strumenti come il tempo..ci sono approcci diversi.. Io sono il professionista tu vieni qua io ti curo, poi c'è quello che.. Poi ci sono persone che sono totalmente assenti e devi lavorare anche su quello e convincerlo che quello che fai per lui è una cosa

buona! Per farlo bene ci vogliono tante ore!

Intervistatore:” Cosa pensa del suo bagaglio accumulato fin’ora?”

Intervistato 17:” Io ho scelto di venire qua! Io ho conosciuto alcuni operatori e alcuni pazienti nell’80, 82 che erano venuti come nostri ospiti nel centro a Villanova, a quegli anni era ancora tutto aperto non c’era ancora la 180 era tutto un divenire! E li ho conosciuto gli operatori e quello che è stato mio caposala per alcuni anni. Questa cosa mi è piaciuta! Poi nella vita ho fatto altre cose, come la scuola regionale, poi mi sono diplomato e ho cominciato a partecipare ad alcuni concorsi che c’erano in giro allora e ho fatto 4 o 5 avvisi tra cui anche per questa sede di Portogruaro e nel giro di una settimana me ne sono tornati 4 fra cui l’assunzione di questa sede! Ho visto e ho scelto quello che mi era rimasto lì.. Il mio bagaglio.. faccio spesso la battuta ai miei colleghi in cui dico che quando andrò in pensione avrò capito il 10% di ciò che bisogna capire di questa specialità! Può sembrare una frase fatta ma proprio perché siamo una disciplina giovane c’è molto da fare.. tanto è stato fatto ma molto c’è da fare. Se mi dicessero di andare a lavorare da qualche altra parte io non saprei dove andare!

INTERVISTA n. 18

Intervistatore:” Quali emozioni/sentimenti ha vissuto di fronte al suicidio o suo tentativo del proprio assistito? Può rivivere quei momenti?”

Intervistato 18:” Le emozioni sono state diverse, sicuramente lo stupore per l’evento che era improvviso! Poi sconcerto, tristezza, frustrazione e impotenza, penso di aver provato questo quando ho saputo dell’evento. Impotenza perché ti senti inutile in quel momento. Quindi ripercorri tutta la tua esperienza precedente eee..ti domandi quale poteva essere il segnale di mal’essere del paziente, quindi rivivi il tutto con molta criticità..e quindi di conseguenza il senso di frustrazione

Intervistatore:” Lei si ricorda bene i fatti che erano avvenuti quel giorno?”

Intervistato 18:” Quel giorno...c’è stata una telefonata di questo paziente, anzi la mamma ..che chiedeva una terapia per bisogno di suo figlio, perché lo vedeva star male cosa che la mamma era raro che facesse perché non era mai stata a favore della terapia farmacologica. Durante la telefonata cercavamo di passarle il medico e gliel’abbiamo passato.. e probabilmente durante la telefonata il paziente ventilava già l’ipotesi di suicidarsi. Il medico parlava con la madre e le ha chiesto di passarle il figlio cosa che è avvenuta..il figlio ha risposto alle domande del medico con poche parole..poi ha ripassato la madre al medico e nel mentre si è defenestrato. Questo è l’evento che io ho vissuto indirettamente..

Intervistatore:”Qual è stata l’esperienza più intensa? Quali effetti a lungo e breve termine ha portato?”

Intervistato 18:” Questa.. e per quanto riguarda gli effetti a breve termine ti fai un sacco di domande sulla tua professione sul tuo modo di lavorare.. a breve termine che cosa avresti potuto fare.. Eeee.. a lungo termine mi ha portato ad avere una formazione un po’ più specifica per quanto riguarda la prevenzione del suicidio. Quindi mi ha spinto un po’ a fare qualcosa in più!

Intervistatore:” Dopo questa esperienza che comportamenti ha adottato nei confronti degli assistiti rimanenti o quelli nuovi?”

Intervistato 18:” Sì! Eee..Ho cambiato comportamento perché quando li vedo particolarmente tristi o diversi dal solito..tendo a chiedere a loro in modo abbastanza diretto se c’è qualcosa che li turba..e anche se gli passi per la testa di terminare il loro percorso qui. Questa è una domanda diretta perché appunto avendo fatto anche una prevenzione sul suicidio.. quello che ci è stato raccomandato nelle giornate a Roma, è stato quello di non aver paura di chiedere alla persona dopo una serie di valutazioni se hanno un’idea di tipo suicidario o meno. Cosa che in passato non si faceva per paura di indurre il paziente a compiere l’atto. Questo tipo di formazione è fatta ogni anno perché è una giornata mondiale basata sulla prevenzione del suicidio. Invita invece le figure sanitarie ad avere un atteggiamento di questo tipo nei confronti del paziente perché magari si sentono più capiti e si mascherano meno di fronte al loro problema.

Intervistatore:” Ha adottato atteggiamenti diversi nei confronti dei colleghi?”

Intervistato 18:” Non ho provato rabbia.. piuttosto un avvicinamento un supporto perché comunque..io sono una figura che si mette in discussione quindi al posto del collega avrei potuto esserci stata io.. C’è un sostegno e una..una valutazione insieme, sul lavorare insieme non tanto un evento che è capitato a te e quindi ti critico e ti giudico per questo..no!

Intervistatore:” Le esperienze che ha vissuto fino ad oggi che cosa le hanno lasciato?”

Intervistato 18:” sei sempre non dico in allarme perché sarebbe esagerato..ma sempre un livello di attenzione alta perché anche quello che può essere un atto dimostrativo noi non lo sappiamo.. Magari oggi è così ma non sai se un domani lui avrà il coraggio di metterlo in atto, un impulso. Quindi un’attenzione molto più alta dando il peso giusto.. Ho imparato a non avere mai atteggiamenti giudicanti nei confronti del paziente che ho

di fronte, perché se si sente giudicato ne va anche del rapporto di fiducia.

Intervistatore:” Cosa pensa del suo bagaglio accumulato fin’ora?”

Intervistato 18:” Un bagaglio abbastanza ampio.. perché non si è mai finito di imparare.. anzi.. Io sono partita da un bagaglio tecnico di tipo chirurgico per poi passare attraverso l’area critica, il domicilio.. poi arrivare qua. Quindi mi sono fatta una visione olistica della persona, cosa che uno pensa di avere in testa solo con la formazione, però se uno trova i vari aspetti di tutti i reparti poi riesce a mettere insieme tutti i pezzi. Diciamo che la psichiatria ha fatto una grossa parte sull’assistenza poi della persona, entri molto nella relazione e capisci cosa significa entrare nella relazione. Cosa che è diversa perché negli altri reparti non hai tempo perché sei concentrato nell’aspetto tecnico anzi che nell’ambito relazionale che è prevalentemente della psichiatria.

Intervistatore:” Cambierebbe qualcosa rispetto a questi anni trascorsi in area psichiatrica?”

Intervistato 18:” No.. è stato sicuramente positivo e non pensavo così faticoso..però positivo in divenire!

Intervistatore:” Secondo lei potrebbe essere d’aiuto un aiuto psicologico o simili?”

Intervistato 18:” Io penso di sì, non mi sento di escluderlo, penso che sicuramente possa essere utile si..

INTERVISTA n. 19

Intervistatore:” Quali emozioni/sentimenti ha vissuto di fronte al suicidio o suo tentativo del proprio assistito? Può rivivere quei momenti?”

Intervistato 19:” Sì.. è un po’ più di 20 anni che lavoro in psichiatria e ho lavorato quasi 14 anni a San Donà come infermiere e da quando sono a Portogruaro ho assunto il ruolo di ordinatore. Negli ultimi anni ho abbandonato un po’ l’attività clinica per intercorse/esigenze di tipo organizzativo manageriale! Mentre nei 14 15 anni di attività a San Donà e non solo per esperienze personali ho vissuto più di una esperienza di suicidio che seguivo direttamente anche come infermiere e un paio di amici che sono molti qualche anno fa che fanno più parte della sfera personale! Diciamo che delle esperienze a San Donà tesse..ti dico anche l’anno era 1999 sono arrivato al lavoro una mattina mi hanno informato che una signora..io ero amico del fratello anche in maniera molto personale..anche il fratello era seguito dal servizio però non aveva un grande problema dal punto di vista psichiatrico era più dovuto a dei disturbi di comportamento dati dal fatto che da giovane aveva abusato di sostanze, alcool e quindi si era perso ed era stato seguito dal servizio psicologico! Tutto sommato era ancora una buona persona.. Sua sorella era gravemente malata e io la seguivo con altre due colleghe e dal 95’ o poco dopo ero entrato a far parte del gruppo di infermieri che la seguivano. La mattina arrivo e un po’ leggo dalle consegne un po’ sento dai colleghi che la sera prima in reparto k. si era suicidata. Era la prima volta che mi succedeva questa cosa di una persona che seguivo in psichiatria..ti domandi come ha fatto..ti senti cadere vuoi sapere come ha fatto..se con una corda o dei farmaci o con una pistola ti togliesse forse qualche peso dalla coscienza. Noi siamo infermieri e forse è normale interessarsi alle modalità in cui uno muore fattostà che K. era morta.. Si era uccisa impiccandosi ad un termosifone e aveva studiato bene.. e quando tu sai questa cosa è ancora peggio perché lei aveva calcolato l’altezza del termosifone la lunghezza del lenzuolo che lei aveva accuratamente rotto durante la notte in due parti e l’aveva legata stretta ad un’altezza che lasciandosi cadere restava penzolante e quindi è morta per soffocamento. La cosa ti lascia perplesso..pensavo ma uno come può uccidersi così? Passano le ore..passa anche il tempo e alla fine ti fai la domanda..ma se avessi potuto ma se avessimo capito! Anche raccogliendo un po’ ovviamente la frustrazione dei colleghi che erano in servizio in reparto quel giorno..non è solo il paziente che segui tu ma è anche il paziente che in quel momento è accudito ed è in carico al tuo collega quindi diventa anche un dolore un po’ condiviso. Allora mentre uno si arrovella il cervello pensando ma perché l’ha fatto ma come ha fatto a rompersi il lenzuolo ma se aveva i farmaci.. tutta sta serie di domande..la cosa più difficile era ammettere che te l’aveva fatta sotto il naso. Non avevamo capito che aveva intenzione di farsi fuori lei aveva una situazione familiare strana, un figlio piccolo e un marito che non era campione di affetto o di altre cose non era violento però era una persona molto disattenta e probabilmente lei viveva anche con questa frustrazione. Aveva un fratello che era così così nonostante magari..abbandonata dai genitori da piccola e il papà non si sa dov’era finito e la mamma era morta! Uno si fa diecimila domande! Noi abbiamo fatto..con il nostro primario che ci riuniva tutti in un tavolo di confronto dove ognuno poteva dire la sua non solo quello che gli passava per la testa. C’era la possibilità di raccontarsi quello che si provava.. la rabbia, lo sgomento, la frustrazione.. Buttandoli lì e condividendoli all’interno del gruppo di lavoro, dell’equipe è stata una sorta di liberazione! Sicuramente c’è stato qualche mio collega che andando a casa quei giorni li con un nodo allo stomaco perché ti senti in colpa e pensi sempre ma se avessi controllato di più..se avessi fatto un giro di più la notte..se mi fossi accorto che aveva stracciato il lenzuolo! Tutte domande che ti fanno male dal punto di vista professionale potrebbero anche esserci state delle

responsabilità ma al di là di questo uno non si placa perché c'è di mezzo la vita di una persona tua assistita. Mi ha fatto bene parlare in gruppo, in passato avevo già avuto esperienze in ambito suicidario di parenti e amici ma mi ha fatto bene parlare in gruppo mi ricordo che è stato anche un po' una chiave di lettura per il mio lavoro altrimenti non ti verrebbe più voglia di tornare a lavorare! Questo è stato il primo ma purtroppo ce ne sono stati altri, ad esempio di un paziente che seguivo direttamente che ha deciso di annegarsi. Anche lì è stato difficile perché lavoravo in comunità terapeutica tra l'altro insieme a dei colleghi con cui l'avevamo fondata e era partita da circa 9 mesi l'esperienza della comunità terapeutica di San Donà e ti capita il suicidio di un ragazzo che era stato da noi per 7/8 mesi poi era stato meglio ed era rientrato in famiglia ma dopo 15 giorni si è annegato! Questa cosa ci ha fatto male perché a diversità di K. l'esperienza era appena iniziata qui era già il 2003/2004 e..già più o meno 8/10 anni che lavoravo lì l'ho vissuta ancora peggio! Mi sono sentito molto più in colpa, ho cercato di andare anche in cerca delle motivazioni professionali che avevano spinto me e qualche altro mio collega a non accorgerci del suo malessere! D fatto quando uno poi decide di farsi fuori sta male! Era giovane aveva poco più di 20 anni quindi la cosa mi fece male ancor di più! La cosa che mi fece soffrire di più in quell'esperienza è stata l'incontro con i genitori, perché loro se l'aspettavano perché non era la prima volta che aveva tentato di farsi fuori. Dopo il suo ricovero in comunità stava molto meglio si erano quietate il suo animo il suo dolore la sua ricerca e aveva ripreso un po' i rapporti con qualche amico e invece ce l'ha fatta in barba a tutti! Se n'è andato una sera dicendo di doversi incontrare al bar con gli amici ed invece ha lasciato tutti i suoi vestiti e le sue cose ben piegate in riva al fiume. Io ed alcuni miei colleghi lo seguivamo da vicino e ci ha particolarmente feriti questa cosa ed un pomeriggio siamo andati a trovare i genitori.. Io non riuscivo a reggere tanto, mi sentivo molto in colpa e avevo paura di una reazione strana. Loro iniziarono a vomitarci addosso tante cose, forse ne avevano bisogno! Io ho ritrovato un po' quella prima esperienza che avevamo fatto di ritrovarci insieme in gruppo e ho trovato utile rifarlo lì in famiglia con i genitori perché per loro perché avevano occasione di esternare i loro sentimenti anche se con confusione e qualche accusa. Da una parte mi ha fatto peggio perché mi sono preso parole, ma a loro ha fatto bene e poi dopo tanto ci siamo rivisti e gli era un po' passata perché il tempo aiuta anche un po' a far passare queste cose. La cosa che ti attanaglia nell'essere infermiere è il senso di colpa ma forse anche se fosse stato mio amico..perché fa parte delle persone. Mi sono succesi altri fatti magari non direttamente ai miei assistiti ma non ti abitui mai al concetto di morte e ti interroghi sempre con queste domande! Qui in psichiatria succede più frequentemente ma non ci fai mai il callo perché fa sempre male anche se non come la prima volta! Con l'esperienza ho imparato che se ci son o delle colpe non bisogna tirarle fuori ma agire a mente fredda in base alle circostanze ragionare per prevenire dopo, se ci sono stati degli errori nella conduzione del rapporto e dell'ambito professionale non adossarteli come colpe ma tirarli fuori in un contesto costruttivo magari anche di confronto con gli altri professionisti con gli altri colleghi in cui puoi dire "mah forse è mancato questo aspetto..mah dal mio punto di vista"..

Intervistatore: "Qual è stata l'esperienza più intensa? Quali effetti a lungo e breve termine ha portato?"

Intervistato 19: "Purtroppo quella più cruenta è stata quella di un paziente che si è sparato in testa e ho dovuto entrare nella stanza con un altro mio collega ed è stata dura.. Lui era anziano viveva da solo, non era direttamente un mio paziente ma ci vedevamo al centro. La sorella del paziente era preoccupata perché il paziente non apriva da giorni e c'era stata qualche segnalazione..abbiamo chiamato le forze dell'ordine e lo abbiamo trovato così! Quella è stata l'esperienza più intensa perché lì si è mescolato tutto, al di là dell'orrore che la morte provoca ma del suicidio..cruento di questa macchia di sangue che ho ancora impressa negli occhi, i resti umani appiccicati al muro, l'odore.. Questa è stata la cosa più difficile da togliermi dalla testa, dal punto di vista della cosa forse anche meno problematica perché lui non aveva parenti ed è morto in solitudine ma faccio ancora fatica a togliermi dalla testa quella scena cruenta. Quella più intensa non tanto quella che ti ho raccontato è stata la vicenda di M. di 4 anni fa. Lui era ricoverato in medicina a San Donà per problemi..e un giorno si è buttato di testa dalla finestra! È stata l'esperienza più intensa..mi hanno avvisato i miei colleghi, io già non lavoravo più lì perché ero qui a Portogruaro. Mi ha fatto molto male per com'è successa ed è stata la più intensa anche dal punto di vista della partecipazione! Con M. ho condiviso tanti anni della mia attività lavorativa, ne conoscevo bene il nonno era sulla mia strada di casa. Per qualche tempo abbiamo anche praticato rugby insieme e poi me lo sono ritrovato come utente e insieme abbiamo fatto 6/7 anni di esperienza lavorativa! Lui aveva già tentato di suicidarsi ma quando è morto io non me l'aspettavo perché era già un periodo che stava bene.. Ricordo di essere stato al funerale e di non aver neanche condiviso il mio dolore con i colleghi perché mi ha fatto troppo male! Dopo questo fatto mi sono cimentato nella prevenzione del suicidio, qui abbiamo una dottoressa che è un'esperta, è una suicidologa ha esperienze sia nazionali che internazionali e mi propose di creare un piccolo gruppetto che si occupasse... Prima abbiamo iniziato a collaborare con le università di Trento e Verona, quindi con i moduli che abbiamo cercato di adottare anche in reparto e poi con la formazione specifica di un gruppo di colleghi e sulla

prevenzione suicidio abbiamo fatto degli interventi a Roma.. Adesso dal punto di vista pratico non è mai decollato un vero e proprio gruppo di lavoro perché Roma voleva certi step e qui non riuscivamo a garantirli perché il territorio.. Poi se ne uscì il primario e qui non abbiamo il primario, abbiamo solo un sostituto e quindi il servizio per 2 anni ha vissuto delle incertezze di fondo e ci è mancato il sostegno per creare un vero e proprio gruppo di lavoro che avesse le capacità di prevenzione al suicidio! Comunque il gruppo c'è stato, la prevenzione c'è stata ed anche il mio interesse personale molto forte mi ha spinto a crearmi una piccola specializzazione nella mia formazione! Ho fatto tutti i percorsi formativi sulla prevenzione al suicidio!

Intervistatore:” Dopo questa esperienza che comportamenti ha adottato nei confronti degli assistiti e colleghi?”

Intervistato 19:” Non solo io ma anche altri che hanno frequentato la prevenzione al suicidio stanno molto più attenti con i pazienti! A volte devi saper cogliere frasi buttate lì, non solo atteggiamenti depressi, non solo l'isolamento..questi sono segni eclatanti! Bisogna cogliere i piccoli avvertimenti che avvengono con una piccola cadenza settimanalmente, mensilmente..vedere se si ritira, se ha una piega dell'espressione, se fa certi discorsi di certi argomenti che non aveva mai trattato. L'infermiere che gli somministra tutti i giorni la terapia non coglie questi piccoli segni perché diventa una routine.. Per l'ultimo suicidio che abbiamo avuto la mia collega che anch'essa ha frequentato il corso di prevenzione mi ha avvisato che ci saremmo potuti accorgere che il paziente si sarebbe suicidato...ma è anche competenza del medico. Abbiamo dei target di pazienti, quindi sappiamo che se quel paziente specifico incomincia ad assumere certi atteggiamenti ci preoccupiamo. Questo sì mi ha portato ad essere più attento a dei piccoli gesti soprattutto di tipo espressivo soprattutto non verbale..a volte anche come ti appoggiano la mano o il discorso più lungo.. e a volte corrispondono ad un periodo di forte depressione.. Qui i nostri pazienti non sono molto cronici e dopo 20 anni che li vedi tendi ad abbassare la tua attenzione! Un suicidio deve portare una riflessione del gruppo perché è un fallimento al di là che tu possa aver messo in campo tutte le possibilità curative per assolvere la tua coscienza il suicidio resterà sempre la maggior espressione fisica e corporea del fallimento terapeutico! Ciò che cambia nel rapporto tra colleghi è che di fronte ad un suicidio noi possiamo anche decidere di non parlarne in termini costruttivi in termini anche di definizione di piani assistenziali più specifici! Non abbiamo più a che fare con i vecchi schizofrenici abbiamo giovani più acculturati e abbiamo anche nuove domande quindi il servizio può offrire cose diversificate a seconda del tipo dell'utenza che arriva dell'età che hanno e delle cose che hanno! Nel suicidio ci deve essere un controllo sulla relazione mirata e attività domiciliari più intense soprattutto con l'attività relazionale del paziente. Adottare una misura sulla prevenzione del suicidio potrebbe aiutare non solo i colleghi più formati ma anche gli altri a unificare un'azione di tipo preventivo.

Intervistatore:” Le esperienze che ha vissuto fino ad oggi che cosa le hanno lasciato?”

Intervistato 19:” Non fai mai un callo, impari a difenderti dai sensi di colpa. Le esperienze che ho avuto in questi anni mi hanno insegnato che bisogna darsi da fare, non piangersi addosso perché dagli errori si può imparare e migliorare ovvero non permettere a qualcun altro nel cadere nell'errore precedente! È stato molto stimolante e d'aiuto, non facile, a volte il dolore e il senso di colpa prendono un po' il sopravvento ma il fatto di poterti confidare nella tua equipe e con i tuoi colleghi ti aiuta a superare queste situazioni! Il lavoro mi ha dato due grandi suggerimenti, ovvero non fermarsi, costruire dall'errore delle situazioni di miglioramento e confronto nel gruppo! Queste sono state le chiavi che mi hanno permesso di andare avanti e adesso so affrontare queste situazioni con un po' più di distacco e di preparazione personale!

Intervistatore:” Secondo lei potrebbe essere d'aiuto un aiuto psicologico o simili?”

Intervistato 19:” Sì! Ci vorrebbe un supporto specifico per l'elaborazione del lutto e del vissuto traumatico! Le reazioni di ognuno si amplificano all'interno di un gruppo e ci vorrebbe un esterno che aiuti al procedimento che ho spiegato prima a superare l'errore e a maturare il lutto, essere meglio attrezzati per prevenire quello degli altri! Chi lo fa, lo fa con strumenti propri e qui a San Donà il primario lo affrontava con la capacità medica di affrontare un gruppo! Secondo me dovremmo creare una supervisione, un momento di confronto insieme, un esterno preparato che aiuti a superare il tutto!

INTERVISTA n. 20

Intervistatore:” Quali emozioni/sentimenti ha vissuto di fronte al suicidio o suo tentativo del proprio assistito? Può rivivere quei momenti?”

Intervistato 22:” Sono stati momenti molto forti di incredulità e di rabbia e anche di senso di colpa..perché mi sono chiesta se sono stata superficiale! E di rabbia.. Un atto molto violento.. Mi ricordo di questo paziente perché era un ragazzo molto giovane e che quindi abbiamo preso in carico intensivo velocemente e ci siamo tutti molto dedicati alla sua storia, alla sua patologia! La cosa più sconcertante che abbiamo

condiviso anche tra colleghi è stata quando cominciava a stare meglio con i suoi sintomi psicotici, non aveva più le voci, accettava la patologia e accettava la terapia, stava meglio e li ha deciso lucida, ente di suicidarsi!

Intervistatore: "Qual è stata l'esperienza più intensa? Quali effetti a lungo e breve termine ha portato?"

Intervistato 20: "Ci sono state delle altre esperienze più intense al di fuori del mio lavoro perché si sono suicidati a livello di amiche..un collega. A livello del paziente..riguardo gli effetti a breve termine mi ha portato sicuramente tutte queste domande, immediatamente mi sono stupita della rabbia che è emersa e non capivo perché mi arrabbiavo! E poi soprattutto mi sono chiesta e ne abbiamo parlato anche in equipe.. io che l'ho superato..insomma togliere i sintomi a un paziente psicotico è bene o è male? Con le sue voci e il suo mondo illusorio lui si tutelava..ma quando si è reso conto della sua patologia, di essere un paziente psichiatrico è diventato lucido e non ha saputo reggere le prospettive per la sua vita. questo mi ha fatto pensare che il momento più critico che si può avere durante l'assistenza di un paziente psichiatrico..beh il momento di crisi è pericoloso per altri motivi..ma il momento più fragile e quando bisogna porre più attenzione è quando il paziente sta meglio!

Intervistatore: "Dopo questa esperienza che comportamenti ha adottato nei confronti degli assistiti e colleghi?"

Intervistato 20: "Si porre più attenzione quando una persona sta meglio e di non sottovalutare proprio niente. Io sto più attenta quando un paziente mi dice di stare bene ed è rilassato anziché quando presenta i suoi sintomi! Si con i colleghi di non dare nulla per scontato anche riferire delle impressioni per fare una rete! Con tutti! Secondo me ciò che si fa qui in psichiatria dovrebbe essere fatto in tutti gli altri reparti, non solo lo scambio delle consegne ma il confrontarsi e lo scambiarsi le impressioni su un paziente. Qui si fa più prassi, perché occuparti della situazione psichica del paziente ti porta a preoccuparti della sua famiglia, della sua condizione sociale e questo ti aiuta a capire meglio il paziente.

Intervistatore: "Le esperienze che ha vissuto fino ad oggi che cosa le hanno lasciato?"

Intervistato 20: "Mah...per esempio la salute mentale degli operatori! Nel senso, siamo qua per dare assistenza ad un paziente.. succede magari un fatto grave come questi e tu ne rimani sconvolto.. Magari ti senti in colpa perché hai ricevuto l'ultima telefonata tu, o il collega.. secondo me non avere un momento di condivisione di quello che è successo non tutela la salute mentale degli operatori che è importante!

Intervistatore: "Secondo lei potrebbe essere d'aiuto un aiuto psicologico o simili?"

Intervistato 20: "Mah.. secondo me basterebbe utilizzare i nostri strumenti, ovvero la condivisione con l'equipe ed eventualmente la supervisione di una persona esterna però sempre fatta in gruppo. La cosa è anche personale magari è capitato a te e sei più sconvolto degli altri, ma condividere con gli altri come in tutti i traumi ti aiuta a sentirti meno sola o in colpa! Magari ti senti in colpa per non aver captato segnali nella telefonata che il paziente ti ha fatto e magari il collega ti dice di non sentirti in colpa perché sei mesi prima aveva ricevuto la stessa telefonata.

Intervistatore: "Cosa pensa del suo bagaglio accumulato fin'ora?"

Intervistato 20: "C'è stata proprio una ciliegina sulla torta con psichiatra! È stata utilissima l'esperienza in medicina dal punto di vista delle malattie organiche, però lavorare in psichiatria ti aiuta proprio ad aprire la mente, nel senso che ti rendi conto che il limite che c'è tra malattia psichiatrica e sanità mentale è fragile! Ora la visione delle malattie psichiatriche sta cambiando un tempo c'era la schizofrenia franca, ora ci sono tanti disturbi della personalità è anche la società che cambia! Lavorare qui ti allena farti domande e darti delle risposte e, ad avere una sensibilità maggiore verso gli altri e con te stesso!

INTERVISTA n. 21

Intervistatore: "Quali emozioni/sentimenti ha vissuto di fronte al suicidio o suo tentativo del proprio assistito? Può rivivere quei momenti?"

Intervistato 21: "Parlo delle emozioni che ho provato.. parlo di un paziente da noi noto da molti anni ricoverato in spdc che poi per un problema organico era stato ricoverato in medicina e che poi ha deciso di farla finita defenestrandosi! È stato veramente un sentimento di sfalsato.. era un paziente storico eravamo legati professionalmente quasi come amici alla fine lo consideri una persona molto vicina a te perché ci ho passato tanti anni insieme! Ed è stato davvero uno sconforto! Quando è successo mi hanno chiamato d'urgenza..ero qua in reparto e sono andato a vedere dov'era.. perché siccome era ricoverato qua mi hanno

chiamato quelli del pronto soccorso per vedere se c'era qualcosa da fare ma era già morto! Ma... mi è costata molto questa cosa a livello proprio personale, un caso che poi mi ha fatto riflettere sull'opportunità della sicurezza di questo ospedale per queste persone qua. Dopo questo fatto sono state adottate delle misure difensive perché il paziente non si ammazzi..sono state messe delle protezioni sulle finestre in alto! Mi ha fatto tanto male perché poi te lo porti anche a casa questo dolore, non era un familiare ma fa comunque molto male perché era un amico e poi ha questo sconforto perché magari potevi fare di più!

Intervistatore: "Qual è stata l'esperienza più intensa? Quali effetti a lungo e breve termine ha portato?"

Intervistato 21: "A breve termine volevo quasi lasciare il reparto.. perché ti lascia proprio una ferita brutta! Non c'è un modo per descriverla.. ti resta dentro questo magone che non riesci a elaborare.. ti senti responsabile! Noi però non eravamo responsabili perché lui non era ricoverato qua è stata tutta una conseguenza! Lui è stato ricoverato qua, qua ha avuto una "gestione" sbagliata e ha fatto una piccola embolia ed è stato trasferito in medicina dov'è stato curato e poi ha deciso di uccidersi! Stava passando un brutto periodo della sua vita e tutto questo ti fa sentire un po' responsabile magari il non aver fatto di più per lui! Poi pensi che hai fatto quello che potevi fare, che non sei un dio e che arriviamo fino a là. A lungo termine c'è un occhio maggiore sulle persone che hanno la potenzialità di farlo, non sottovaluto più il caso, quando ti succedono questi eventi qua pensi che le persone si lo fanno! Quindi hai un occhio di riguardo su persone più fragili anche se dopo quello che ti dice sempre che lo farà o che fa atti strani di solito non lo fa ma chi invece sta zitto e si porta tutto dentro lo fa e bisogna stare più attenti!

Intervistatore: "Dopo questa esperienza che comportamenti ha adottato nei confronti degli assistiti e colleghi?"

Intervistato 21: "Questa tattica o esperienza è creata anche dopo con gli anni...di tenere più sott'occhio queste persone qua che non facciano..devi leggere tra le righe, vedere lo stato d'animo che sembra facile ma alle volte non lo è ci vogliono anni di esperienza. Anche la mimica facciale è importante è difficile individuare il più debole tra tanti.. purtroppo è un'esperienza negativa ma mi è servita a..mi ha insegnato ad avere un occhio più critico sulle persone che hanno più difficoltà o quelle che possono fare stupidate! Chiaramente ammazzarsi non porta giovamento a nessuno..loro lo vedono come un punto d'arrivo ma non lo è ne per loro ne per la loro famiglia ne per noi, è una sconfitta! Con i colleghi ho un buon rapporto! Purtroppo il fatto avviene indipendentemente dal fatto che tu abbia o meno un buon rapporto con i colleghi!

Intervistatore: "Le esperienze che ha vissuto fino ad oggi che cosa le hanno lasciato?"

Intervistato 21: "Tutte le esperienze che ho vissuto qui mi hanno cambiato totalmente il modo di pensare! Una volta lavoravo in privato e davo tutto per scontato e dicevo sì quello è pazzo.. ma non sapevo differenziare tra patologie.. Ma adesso che sono 15 anni che sono qua ho l'esperienza che mi dà modo di vedere e di capire le persone sotto tanti aspetti. Mi ha arricchito..qui accantoni certe capacità infermieristiche ma ne acquisisci altre ora individuo problemi mentali o pazienti critici!

Intervistatore: "Cosa pensa del suo bagaglio accumulato fin'ora?"

Intervistato 21: "Il nostro è un bel lavoro ed è sottovalutato dalla gran parte della massa di persone.. Mentre noi abbiamo una potenza..noi siamo a contatto 8 ore a contatto con il paziente se questa cosa fosse incentivata la sanità andrebbe alle stelle! Ma ti comprimono, anche voi universitari..non vi danno uno sbocco e poi la cosa si è accentuata adesso con la crisi e se non ti retribuiscono adeguatamente per il tuo lavoro non lo fai neanche volentieri perché anche tu a casa hai una famiglia da mantenere! Non è che tu vieni a lavorare per i soldi..ma se tu vieni gratificato per il sacrificio che fai..Non hai feste non hai natali..e potresti anche portare rancori per quello che fai! Non è il mio caso però posso capire certe situazioni! Non dico tanto ma almeno farti capire che sei importante! Le persone dopo trent'anni hanno cambiato anche un po' mentalità ma non sia avvicina nemmeno alla visione anglosassone dove l'infermiere è visto come una figura importante!

Intervistatore: "Secondo lei potrebbe essere d'aiuto un aiuto psicologico o simili?"

Intervistato 21: "Tanti anni fa quando sono venuto qua c'era una psicologa, si parlava ma neanche.. non lo so non saprei neanche cosa dire! Secondo me anche sfogarci tra colleghi ci ha fatto bene..non portarti tutto a casa! Io ho una moglie che ha lavorato qui..ma non tutti possono capire! A lungo andare questo fa male..e ho già visto che sono operatori ad ammalarsi! O magari sono già un po' predisposti o fragili e ti porti tutto dentro! Quindi ci vorrebbe sì una figura di supporto, una valvola di sfogo che sia medico o psicologo e buttare fuori il tuo accumulo di stress.

INTERVISTA n. 22

Intervistatore: "Quali emozioni/sentimenti ha vissuto di fronte al suicidio o suo tentativo del proprio assistito? Può rivivere quei momenti?"

Intervistato 22:” Allora le emozioni..è una specie di limbo, sospensione, che davvero tu non riesci a capire nonostante tutto abbia fatto tutto il possibile per far si che non si arrivi a ciò. Rivivere quei momenti...preferirei di no..preferirei non riviverli. Nel senso che comunque non è una cosa che io posso cambiare perché è già accaduta, posso far si di cambiare il mio comportamento in futuro per essere magari un po' più allerta sebbene io so che lavoro sempre in utilità cercando sempre di ottimizzarlo e ciò che mi rimane è che io ho dato il massimo. Ho fatto il meglio che potevo.

Intervistatore:”Qual è stata l’esperienza più intensa? Quali effetti a lungo e breve termine ha portato?”

Intervistato 22:” Si.. ce né una di una ragazza che si è suicidata qui in un reparto che conoscevo e comunque si era fatto tutto quello che si poteva per far si che non accadesse. A pensarci ti lascia in uno stato di sospensione..non c’è niente che puoi fare ormai è andata devi accettarlo.

Intervistatore:” Quali effetti a lungo e breve termine ha portato?”

Intervistato 22:” Cercare di fare sempre il meglio.. Se una cosa accade è inevitabile, io non sono onnipotente. Posso solo stare sempre più attenta al lavoro e cercare di cogliere gli atteggiamenti che m,i mettono in allerta e mi rendo conto ch io più di questo non posso fare. Quando io ho fatto al meglio il mio lavoro...è anche una cosa di coscienza che abbiamo noi esseri umani.

Intervistatore:” Dopo questa esperienza che comportamenti ha adottato nei confronti degli assistiti rimanenti o di quelli che sono arrivati successivamente?”

Intervistato 22:” Quello che ti dicevo poco fa! Più attenzione, l’empatia il modo di rapportarsi ci sarà sempre perché sono persone. Tu non lavori con le cose, lavori con le persone. Quindi stai sempre più attento, la sorveglianza è la miglior cosa che puoi fare. A seconda della persona che ti trovi davanti tu ti devi comportare, ognuno ha i suoi tempi, ognuno ha il suo male, il suo dolore ognuno la vive in modo diverso.

Intervistatore:” Con i colleghi ha cambiato i suoi rapporti?”

Intervistato 22:” No! Assolutamente..è un po' anche l’accettazione delle cose così un po' come vanno. Mi dispiace tanto.. perchè alla fine fa parte un po' di te ma non ci puoi far nulla!

Intervistatore:” Le esperienze che ha vissuto fino ad oggi che cosa le hanno lasciato?”

Intervistato 22:” Tutti i pazienti a loro modo mi hanno arricchito.. Allora il paziente psichiatrico è un paziente speciale, non è un paziente come tutti gli altri è speciale anche a livello di sentimenti, di caratterialità, de mente è molto al di fuori di persone normali! Quindi forse delle cose e delle sensazioni che una persona normale non ti darebbe. Ho dei ricordi..sia un bagaglio professionale che a livello sentimentale..io porto di tutto nel ricordo. Questo mi ha aiutato anche a crescere nel mio lavoro. Perché poi cogli certi aspetti e certe cose che forse in altri momenti tu non coglievi

Intervistatore:” Cosa pensa del suo bagaglio accumulato fin’ora?”

Intervistato 22:” A me non piace! Non avrei mai pensato di venire a lavorare qui..mi hanno spedita. C’era un paziente di cui avevo paura..avevo paura di venire qui tremavo nel corridoio.. Adesso mi rendo conto che sono persone che hanno bisogni di un aiuto, quindi di umanità che fuori di queste mura non c’è!

Intervistatore:” Le vicende che ha vissuto qui dentro l’hanno mai portata a pensare che avrebbe preferito lavorare in un altro reparto oppure che sarebbe tornata indietro in alcuni momenti?”

Intervistato 22:” All’inizio mi dicevo..come mai sono capitata qui! Adesso non lo penso sono contenta del mio lavoro non vorrei cambiare perché dopo tanti anni questo lavoro è bello, ti da tanto però come infermiere a livello pratico...non lavori come infermiere a livello pratico. E forse il bagaglio che ti lasciano è più alto! Tu sviluppi la relazione, a livello medico chirurgico c’è poco..non ce né! Tu valuti questo..

Intervistatore:” Secondo lei potrebbe essere d’aiuto un aiuto psicologico o simili?”

Intervistato 22:” So che qui è sempre stato fatto..con questa equipe qua agli inizi quando c’era un evento traumatico c’era un medico..qualcosa con cui potevi parlare, non in maniera palese. Non era una figura specifica ma avevi modo di rapportarti con i colleghi e anche con il medico per elaborare la situazione. Si forse ci vorrebbe un’idea di supporto..anche perché possono raccogliere gli effetti degli infermieri..anche perché noi siamo...sopravviviamo..siamo anche bravi e tutto sommato ci facciamo anche i complimenti. Però forse ci vorrebbe si.. un po' di più!

INTERVISTA n. 23

Intervistatore:” Quali emozioni/sentimenti ha vissuto di fronte al suicidio o suo tentativo del proprio assistito? Può rivivere quei momenti?”

Intervistato 23:” La prima reazione è di rabbia e poi di grande dispiacere per non essere riuscita/i ad intuire come servizio che quella persona era a rischio! Io.. di avvenimenti di persone con grosse depressioni ricoverate e controllate che purtroppo raggiungono il loro obiettivo..dopo essere state dimesse stanno anche

bene per un periodo ma poi lo fanno..è come se non ci fosse scampo a questo! Per i suicidi di persone disturbate che sentono le voci che gli dicono di uccidersi non senti rabbia.. senti rabbia verso l'operatore perché magari doveva essere ricoverato per più tempo, magari per quella mezza giornata che sta bene uno si fida.. lo lasci un po' andare e ti viene rabbia verso te stesso perché non era il momento giusto..

Intervistatore: "Qual è stata l'esperienza più intensa?"

Intervistato 23: "Non mi viene in mente niente al momento.. sono 27 anni che lavoro qui, ci sono tante esperienze tutte intense. Non c'è un caso specifico, il segno che ti rimane è di impotenza e a un certo punto ti rassegni al fatto che tu ci sei e puoi dare il tuo apporto la tua assistenza ma fino ad un certo punto, perché le cose vanno in un certo modo in alcuni casi, ci sono dei limiti come operatori e come infermieri!

Intervistatore: "Dopo questa esperienza che comportamenti ha adottato nei confronti degli assistiti e colleghi?"

Intervistato 23: "Essere più guardingo! Ti fai meno influenzare! Certe volte il paziente ti dice che sta bene.. ma ti fai meno "abbindolare", loro non lo fanno apposta ma devono trovare le loro strategie per uscire un po' dall'ambiente! Questo è un lavoro in cui tu hai bisogno comunque del collega per cui le emozioni sono comunque sempre simili e le reazioni che abbiamo noi come operatori possono essere diverse per lo stesso paziente! Quando tu lavori con il paziente devi avere empatia con i colleghi devi avere supporto dai colleghi sia con i pazienti a rischio suicidio che con quelli più lenti..eterogressivi, devi avere la squadra il gruppo.. dopo tanto tempo che lavori con lo stesso paziente pesante il collega deve sapere che deve darti il cambio! Qua dobbiamo saper misurarci come colleghi, qua uno sa che con quel paziente per caratteristiche sue personali è meglio che non ci stia tanto perché poi non gli sei d'aiuto allora in questo senso tu devi conoscerti come collega non nel privato ma la reazione nelle emozioni per poter assistere alla persona perché altrimenti non gli fai del bene. E il collega che è in turno deve saperle queste cose qua..bisogna saperle tra colleghi.. Bisogna misurarci tra di noi! Infatti non è sempre così ma magari le situazioni più brutte sono quando il gruppo non ha queste caratteristiche! Per questioni personali non vai un po'...nell'astio e non abbandoni queste cose per lavorare si possono verificare dei problemi durante quel turno! Non diventi molto amico del collega con cui hai passato un a brutta esperienza però ti capisci e si sa quello di cui si sta parlando e si sviluppa un'intesa sia con la conoscenza con l'esperienza e con il tempo.

Intervistatore: "Le esperienze che ha vissuto fino ad oggi che cosa le hanno lasciato?"

Intervistato 23: "Tutte le esperienze ti insegnano! Ciò non significa che tu non continui a fare errori..la persona stessa ti insegna poi, ci devono essere delle basi teoriche e l'esperienza sul campo ti aiuta a misurarti! Tu fai riferimento a quella teoria.. ma ti devi modellare in base alle persone che hai davanti! La stessa diagnosi a due persone diverse.. è importante sapere la diagnosi per avere un approccio. Non sono tutti uguali e se uno è a rischio suicidario io devo sapere che io mi devo rapportare in un modo. Ma due persone con la stessa diagnosi ad ingresso suicidario non hanno e non possono avere lo stesso comportamento. Le caratteristiche sono sempre quelle ma giustamente ogni persona ha le sue caratteristiche e reagisce in modo diverso rispetto a..allo stesso mal di denti..

Intervistatore: "Cosa pensa del suo bagaglio accumulato fin'ora?"

Intervistato 23: "Penso che devi avere una vita sociale fuori, devi avere esperienze fuori dall'ambito lavorativo..devi avere una tua vita sociale! Col senno di poi avrei cominciato più tardi a lavorare, prima probabilmente mi manca l'esperienza infermieristica a lavorare in altri posti in altri reparti! E ho imparato negli anni a ridimensionarmi.. la visione dell'io ti salverò.. come ti dicevo prima ti devi ridimensionare! Ciò fa parte dell'esperienza tua lavorativa e dell'esperienza professionale.

Intervistatore: "Secondo lei potrebbe essere d'aiuto un aiuto psicologico o simili?"

Intervistato 23: "Una persona da fuori secondo me sì! Però ci vuole anche una maturazione del gruppo di lavoro, perché un conto è che tu ne parli col collega in cucinetta, durante il cambio turno o nel turno di notte, oppure a noi in alcuni casi è capitato che parli con il terapeuta dirigente..il medico che seguiva particolarmente il paziente! Ma rimane la! Per avere una figura esterna ci vorrebbe una maturazione del gruppo che non tutti secondo me.. Tu devi mettere a nudo delle tue cose e se non sei preparato..

INTERVISTA n. 24

Intervistatore: "Quali emozioni/sentimenti ha vissuto di fronte al suicidio o suo tentativo del proprio assistito? Può rivivere quei momenti?"

Intervistato 24: "Ho avuto la fortuna di non assistere direttamente a dei suicidi, gli sfortunati sono stati altri miei colleghi io sono montato in servizio dopo! Per quanto riguarda i tentati suicidi questo è motivo di validi cori e c'è sempre tensione per un paziente quando ti entra con tentato suicidio. Questa idea di suicidarsi come ha tentato fuori può farlo anche dentro, quindi c'è tutta una procedura di controllo 24 su 24 da parte

del personale infermieristico, che è intenso tutti i giorni proprio perché non si conosce ancora bene il paziente e quindi non si sa il livello di questo rischio. Logicamente dopo una serie di colloqui con il medico e una terapia adeguata normalmente la cosa va attenuata e diminuisce anche la tensione. Questi pazienti a differenza di altri vengono controllati in maniera particolare ciò non significa che gli altri pazienti siano in seconda fascia perché tutti possono essere a rischio!

Intervistatore: "Qual è stata l'esperienza più intensa? Quali effetti a lungo e breve termine ha portato?"

Intervistato 24: "Io e qualche altro mio collega abbiamo avuto un paziente che è stato qui per molti anni e io ce l'ho avuto anche in comunità terapeutica... Era un paziente molto grava e più in comunità che in reparto sono venuto a conoscere molti aspetti di lui..dei suoi problemi, della sua famiglia..conosci i suoi genitori e allo stesso modo lui conosce te! C'è un affidamento..e tra te e lui subentra anche una specie di amicizia perché è un rapporto che tu hai alla pari..non ti poni sempre come operatore di fronte al paziente in particolare modo in comunità! Questo era un ragazzo che molto grave..ha fatto i suoi ricoveri e siccome aveva questa forma di delirio e di persecuzione è stato motivo per cui alla fine si è suicidato. Speravamo tutti che non potesse più avere questo problema perché aveva i suoi alti e bassi ovvero anche momenti in cui stava bene.. invece ci ha fatto rimanere male tutti!

Intervistatore: "Quali effetti a lungo e breve termine ha portato?"

Intervistato 24: "Sì perché si era creato un rapporto di affetto..ciò ha influito tanto su di me! Non è che oggi succede e domani non ci pensi più e ci metti una pietra sopra. Quando sei a casa o in servizio che trovi dei riferimenti o il nome torna fuori..ritorna tutto e c'è un flash ti resta qualcosa nel cuore questo è poco ma sicuro! Pensi di averlo dimenticato ma è come un virus..è lì che ti circonda..ce l'hai nel sangue e alla prima occasione tac!!

Intervistatore: "Dopo questa esperienza che comportamenti ha adottato nei confronti degli assistiti?"

Intervistato 24: "Forse per il fatto che ho lavorato tanto in comunità io amo tanto il rapporto con il paziente. Il mio compito non è solo quello di dare farmaci ma anche quello di aiutarlo con frasi positive e atteggiamenti positivi di modo da tirargli su il morale! Questo è il lavoro più grande che uno fa in psichiatria, quindi per me in questo ambiente è impossibile avere un distacco con il paziente. Anche se ci sono state queste esperienze che ti prendono..comunque il rapporto con gli altri resta sempre quella! E spero sempre che la tua amicizia, le tue parole possano aiutarlo a non fare stupidate! Ci spero sempre e qualche volta funziona!

Intervistatore: "Le esperienze che ha vissuto fino ad oggi che cosa le hanno lasciato?"

Intervistato 24: "Hai degli insegnamenti e vieni a conoscenza di realtà che tu se non lavori qui non immagini minimamente. I loro problemi personali e familiari ti coinvolgono e ti aprono la mente su tante cose e ti cambiano il punto di vista. Sono esperienze che nella loro negatività hanno dei lati positivi perché ti fanno maturare.

Intervistatore: "Cosa pensa del suo bagaglio accumulato fin'ora?"

Intervistato 24: "Sono contento del mio bagaglio personale! Da una parte quando riesci nei tuoi intenti con il paziente hai delle gratificazioni, tanti possono stare molto male ma ti dimostrano non solo verbalmente ma da tutti i punti di vista una gratitudine. Ma dall'altra parte provi un senso di impotenza, perché vorresti che le cose andassero come volevi tu e poi vedi dall'altra parte della medaglia questi crolli psicologici oppure queste patologie e malessere e tu la ti senti impotente! E a volte quando compiono l'atto ti cade il palco e dici.. ma tutto quello che ho fatto non è servito a niente? Questo vale non solo per noi ma anche per i medici e anche loro devono farsi il callo anche perché io so di medici che hanno pianto per i pazienti. Sono pazienti conosciuti.. quando succede certo.. la vita ed il lavoro continuano ma come succede a noi penso che alla sera uno ci pensa e se la porta avanti un bel po' questa esperienza. Lavorare in psichiatria non è da tutti! La sensibilità non ce l'hanno tutti, ma bisogna avere anche un po' di callo, nel senso che devi saper digerire ciò che ti succede! Ma quando sei in servizio devi dare il 100% ma è anche vero che tu quando stimbri e vai a casa e devi chiudere e non pensare più al lavoro e ai problemi dei pazienti perché altrimenti fai come qualche collega che da casa chiama per sapere come sta il paziente perché è coinvolto emotivamente e ciò ci porta anche a casa... e questo non va bene!

INTERVISTA n. 25

Intervistatore: "Quali emozioni/sentimenti ha vissuto di fronte al suicidio o suo tentativo del proprio assistito? Può rivivere quei momenti?"

Intervistato 25: "Le emozioni e i sentimenti di fronte ad un suicidio variano moltissimo da paziente a

paziente, quanto si ha lavorato con il paziente quanto si è stati vicini. Perché.. Chiaramente chi si conosce poco non da particolari emozioni, almeno nel mio caso. Quelli con cui si è lavorato tanto lasciano le emozioni, generalmente in tutti i miei 30 anni di psichiatria non mi sono lasciata prendere tanto dalle emozioni perché un infermiere deve anche saper fronteggiare quei momenti! Quindi quando una persona ci lavora profondamente con il paziente riesce anche a elaborare e a superare il lutto..così viene chiamato quando si verificano queste situazioni! Poi personalmente durante tutta la mia esperienza ho imparato che quando la sofferenza è grande, è infinita hanno anche loro il diritto di scegliere! Perché gli operatori, per quanto riescano con il loro operato a far capire loro la gioia della vita l'importanza di vivere, la voglia di stare con le persone, o la voglia di fare le proprie cose..noi non potremo mai quantificare la loro sofferenza. Quindi, quando loro arrivano ad una decisione di questo tipo è perché sono stremati, sono arrivati al massimo della loro sofferenza che per loro è descritta come un grande vuoto incalcolabile, questo non l'ho ricavato solo io ma bensì da tutti i seminari di formazione a cui ho partecipato! E quindi questi seminari mi hanno fatto capire la loro sofferenza e a superare perché gli operatori non si trascinino queste sofferenze..

Intervistatore:”Qual è stata l’esperienza più intensa? Quali effetti a lungo e breve termine ha portato?”

Intervistato 25:” La più intensa mi è capitata a puntino dopo 30 anni! Fin’ora non mi era mai capitato per come sono riuscita a stare e lavorare con il paziente a capirlo..però questo mi è successo con un medico.. Io stavo molto lontana dall’approccio perché come figura professionale la dottoressa ne sapeva ben più di me! Quindi cercavo di pesare e calcolare bene le parole che dovevo dire.. Questa persona è arrivata a chiedermi una pinzetta per aiutarla a farla sentire più bella! Io mi sono meravigliata! Io quasi non mi volevo offrire perché pensavo che sicuramente lei non era una persona che aveva bisogno di me per questo..Le spiegavo che sicuramente lei sapeva meglio di me come fare e che comunque era una persona bella dentro e che non serve che si abbellisca esteriormente! Non mi sarei mai aspettata che questa persona mi avrebbe avvicinata..nei tre ricoveri solo nel terzo questa mi ha avvicinato, probabilmente per vedere come un operatore si muove.. Per vedere come un operatore si avvicina, come un operatore si presenta. Probabilmente quando mi ha chiesto aiuto lei voleva spiegarmi, ma io non sono mai arrivata a capire quanto lei soffrisse! Vedevo che stava male ma ha anche le potenzialità per poterle superare. Invece no, quando un mese e mezzo dopo ho visto per caso la notizia ci sono rimasta molto male e devo dire che in tutta la mia carriera non ero mai andata ad un funerale..questa volta invece ci sono andata perché mi dispiaceva tantissimo per questa persona così culturalmente preparata che, non ha saputo affrontare una sofferenza tale, un disagio, un vuoto..una sofferenza che nonostante le capacità non l’ha superata. Inizialmente quando tutti mi comunicano una notizia di suicidio io la momento provo rabbia perché dico.. abbiamo cercato di parlare di affrontare di approfondire di capire..un operatore si presta a questo quindi ci mette del suo e spesso si espone! Quindi ti fa rabbia, ma poi arrivi alla conclusione che se la sofferenza è così grande è giusto che il paziente scelga. A lungo termine non ho avuto nulla da rielaborare perché sono cose del momento che hanno un inizio e una fine e si concludono con una notizia data! Poi ecco ci possono essere i bei vissuti col paziente e questi si rimangono perché naturalmente fanno parte del proprio bagaglio perché i pazienti ti danno le loro soddisfazioni, ti colmano tantissimo. Perché quando una persona arriva a conoscere un paziente e lo segue per 10 12 20 anni e arriva nel momento in cui lui decide di porre fine alle sue sofferenze.. Il paziente non manca di ringraziarti, non manca di riconoscere la tua professionalità, la tua disponibilità, la tua comprensione! Nel momento in cui lui acquisisce fiducia dell’operatore che lo segue sei quotidianamente ringraziato, perciò rimangono questi vissuti. Diciamo che io mi porto i vissuti migliori, perché ho un ringraziamento del mio operato da parte dei pazienti, ci vuole tempo però alla fine io ho ricavato moltissime soddisfazioni dal mio lavoro e quindi forse è per questo che io riesco a superare bene le emozioni e sentimenti vissuti in queste situazioni.

Intervistatore:” Dopo questa esperienza ha adottato dei comportamenti diversi nei confronti degli assistiti nuovi e rimanenti? E nei confronti dei colleghi?”

Intervistato 25:” No.. questa esperienza mi arricchisce ma non mi porta a differenziarmi negli altri approcci con pazienti o colleghi o comunque con..gli assistiti, anzi questo migliora ancor di più la mia formazione! No con i colleghi non ci sono stati comportamenti differenti perché il vissuto è personale ed il mio non può essere quello di un altro collega e viceversa. Perché comunque i pazienti differenziano il loro approccio, ci sono...l’empatia non è uguale per tutti. Può essere che un paziente con me ha un’empatia maggiore e con un altro collega minore e quindi non hai gli stessi sentimenti e le stesse emozioni.

Intervistatore:” Le esperienze che ha vissuto fino ad oggi che cosa le hanno lasciato?”

Intervistato 25:” Una grande soddisfazione. Io dal mio lavoro mi porto un bagaglio di soddisfazione perché non subito, ma nel tempo l’ho accumulata, ma non solo anche di sicurezza nel senso che non ho più quelle paure, quelle titubanze, quelle insicurezze che avevo all’inizio della mia carriera. Naturalmente ero giovane e quindi non avevo quella maturità di sentimenti e di emozioni che si ha dopo un certo percorso!

Intervistatore:” Secondo lei potrebbe essere d’aiuto un aiuto psicologico o simili?”

Intervistato 25:” Lo strumento maggiore da utilizzare sono delle piccole riunioni che quando si rileva il momento emozionale di parlarne in quel momento! Quindi le mini riunioni durante un intero turno di lavoro sono importantissime perché è importante che ogni operatore se ha un vissuto particolare riunisca il gruppo e ne parli, se c’è la figura del medico meglio ancora o comunque di persone che riescono a condividere con lui il sentimento provato in quel momento. Servono solo la capacità di poterci riunire anche semplicemente rilevando un comportamento particolare che non si capisce e che non si riesce ad individuare. Riunire un attimo il gruppo..è molto importante il confronto!

INTERVISTA n. 26

Intervistatore:” Quali emozioni/sentimenti ha vissuto di fronte al suicidio o suo tentativo del proprio assistito? Può rivivere quei momenti?”

Intervistato 26:” Di sconforto, di impotenza di..forse anche di non essere riuscito aaa..captare i segnali ma alle volte non è molto facile! E dopo ti poni delle domande alle quali non trovi risposta.. Non sai come mai arrivare a quel punto..ti sembra quasi impossibile.. Però questo è molto soggettivo dipende anche dalle esperienze che uno ha personalmente al di fuori del lavoro!

Intervistatore:” Ricorda qualche esperienza particolare che ha vissuto?”

Intervistato 26:” Di suicidi effettivi qua in reparto proprio no.. Per fortuna non è capitato a me è capitato ai colleghi. Per quanto riguarda i tentativi si beh qualcuno capita spesso ecco.. Si non proprio eclatanti però... magari auto lesivi.

Intervistatore:” C’è qualcuno di questi che le ha lasciato il segno, l’ha impressionato o le ha dato da pensare?”

Intervistato 26:” No.. dopo a lungo andare è brutto da dire ma ci si fa un po’ il callo..

Intervistatore:” Questi avvenimenti soprattutto inizialmente le davano qualche effetto?”

Intervistato 26:” All’inizio un po’ di rabbia perché non avevi l’idea precisa di quanto stavano male i pazienti e quindi tendevi sempre a sottovalutare il gesto che facevano nel senso che non riuscivi ad inquadrarlo.. Dopo quel tempo capisci che sono malattie..e che il clu della malattia si esprime con questi.. Non mi ha mai impressionato più di tanto.. Però ti chiedi sempre come arrivano a quel punto

Intervistatore:” Dopo questa esperienza che comportamenti ha adottato nei confronti degli assistiti rimanenti e a quelli che sono arrivati dopo?”

Intervistato 26:” Non ho mai abbassato la guardia.. A livello professionale sono tutti candidati per un eventuale agito.. Perché alle volte capita anche su quelli che non ti aspetteresti.. e capita che te la fanno quando ti sei girato un attimo..

Intervistatore:” Rispetto alla relazione con i colleghi c’è stato qualche cambiamento?”

Intervistato 26:” No da questo punto di vista qua no.. Le divergenze tra colleghi sono basate soprattutto sull’attenzione che tu poni a lasciare certi oggetti usati per queste cose qua.. Un calo dell’attenzione e della tensione possono dare a volte adito a questi comportamenti un po’ ostili e quindi ti arrabbi con altri colleghi.. Hai lasciato la borsetta e non ti sei accorto, oppure l’hai lasciato a quella la.. o magari l’hai lasciato la forbicina.. Però son sempre.. Devi prendere in maniera costruttiva anche tra colleghi..c’è il fatto che ti sfugga qualcosa che può essere pericoloso per tutti insomma.

Intervistatore:” Le esperienze che ha vissuto fino ad oggi che cosa le hanno lasciato?”

Intervistato 26:” Sicuramente si.. è normale insomma avere un altro approccio coi pazienti con problemi psichiatrici. Perché prima di lavorare qua non avevo la maniera così umana che ho adesso. Riesco a capire i suoi comportamenti, riesco a capire anche quelli che tentano il suicidio riesco a capirli a volte, non a giustificare ma a fare un piccolo ragionamento del perché sono arrivati a quel punto. Con gli anni purtroppo aumentano i casi ma son sempre legati di più a una situazione sociale.. Va bene chiaramente avere un disturbo psichiatrico però se guardi le cause di partenza.. Negli ultimi anni sono aumentati i casi esponenzialmente con la situazione economica delle famiglie.. Uno è disperato e arriva al punto di commettere queste cose qua.. E comunque non puoi classificarlo come psichiatrico.. A volte uno chiaramente fa un gesto del genere.. ma è indotto proprio dalla situazione. Poi la situazione economica provoca dei dissidi all’interno della famiglia..o con i coniugi...

Intervistatore:” Cosa pensa del suo bagaglio accumulato fin’ora?”

Intervistato 26:” A volte il problema è che se ti porti queste cose le porti anche a casa..e ne parli anche a casa e ti rimangono per due tre giorni. Anche se non lo dai a vedere ti porti tutto lo stress..l’ansia. Anche con questo a lungo andare ci fai il callo. Però è una cosa che pesa.. Magari anche fare turni molto lunghi ti fa

accorgere che ti stressa a lungo andare. Questo lavoro mi piace! Prima avevo fatto un po' di tutto radiologia, oncologia, pronto soccorso adesso sono in psichiatria da 10 anni, è un lavoro chiaramente diverso dagli altri. Il contatto così umano sulla persona.. a me è piaciuto insomma, non è per niente che sono qui da 10 anni!

Intervistatore:” Ci sono stati dei momenti che l’hanno fatta demordere o abbattere?”

Intervistato 26:” Sì a volte sì perché se sei su un altro reparto sai che il paziente arriva viene curato e dimessa, qui il problema è che i pazienti ritornano... Anche qua per fortuna abbiamo dei buoni risultati a volte, pazienti che passano e non li rivedi più perché magari sono passati alla struttura esterna.. Quelle sono grandi vittorie per me.. Il fatto di rivedere dei pazienti con semplicità ..vederli con le stesse modalità di ingresso con le stesse problematiche ogni mese ogni ecc.. Questo ti butta un po' giù nel senso che ti sembra di non far niente.. Perché la patologia non si verifica così facilmente insomma..

INTERVISTA n. 27

Intervistatore:” Quali emozioni/sentimenti ha vissuto di fronte al suicidio o suo tentativo del proprio assistito? Può rivivere quei momenti?”

Intervistato 27:” Fortunatamente dopo tanti anni di servizio non mi sono capitati molti casi di suicidio.. e qualcuno non conoscevo..e di qualcuno che ho conosciuto ho provato dispiacere e non sentimenti di colpa perché le volte che è successo non te lo aspetti e a volte anche sorpresa! Chi decide nell'intento i segnali non li dà! Nei tentativi di suicidio, faccio la distinzione, nell'arco degli anni di quelli che ho visto la maggior parte è a livello dimostrativo e ciò mi suscita rabbia.. Forse in fondo mi suscita più rabbia il suicidio in generale perché mi viene più da pensare a chi rimane quindi ai familiari e alle persone vicine perché si porteranno dentro il senso di colpa per sempre! Se è un tuo familiare, tua sorella, tuo figlio, tuo marito, il tuo migliore amico... Io personalmente non l'ho mai provato! Certi pazienti che usano il suicidio a scopo dimostrativo.. il senso di colpa può essere sulla mancata sorveglianza, perché magari hai avuto una svista e riesce a fare sempre un atto dimostrativo come tentativo! E li ti senti in colpa perché è compito nostro la sorveglianza all'interno dell'ospedale!

Intervistatore:”Qual è stata l’esperienza più intensa? Quali effetti a lungo e breve termine ha portato?”

Intervistato 27:” Intensa no.. Ma mi ricordo di un paziente di tanti anni fa, un paziente cronico..non mi ricordo se ero in csm o in ctrp però mi ricordo che era morto o se si era suicidato al mare.. E lì c'è stato dispiacere perché c'erano anni di conoscenza. Senso di colpa no perché secondo me è sempre stato fatto di tutto e di più! In reparto è successo una volta ma io non ero in servizio nel periodo di questa persona, non avevo relazioni con essa! Un altro paziente che è stato trasferito in un altro reparto si è suicidato, e io l'ho visto il, giorno del suicidio perché sono andata a salutarlo.. e la non direttamente il senso di colpa..io l'avevo visto bene e una mia collega un'ora dopo l'aveva visto male perché non la riconosceva e l'abbiamo segnalato a chi di dovere..questa variazione! E non è stato rivisto e poi si è buttato! Sono sincera non avuto senso di colpa ma ho avuto grande dispiacere perché era giovane e lo conoscevo da tanti anni! Ma senso di colpa a livello mio personale..forse chi doveva vederlo dopo la segnalazione.. Grandi turbamenti mmm.. Ho un ricordo di quello che ti avevo detto prima..io ero a casa da più di un anno e non era una persona che avevo.. io ho pensato a come si potevano sentire i colleghi in turno.. Oppure una ragazza due o tre anni fa, io ero a casa anche in quell'occasione che si è suicidata in ctrp che conoscevo da anni e sono rimasta sorpresa e i pochi che hanno effettuato il suicidio mi lasciano sorpresa! L'unico suicidio che ho vissuto diretto è stato quel ragazzo che io ho visto qualche ora prima! Riguardo questo ragazzo a breve termine ho sentito come un fulmine a ciel sereno perché ci hanno suonato il campanello per dirci che si era buttato! Non mi sono sentita in colpa per il fatto di averlo visto qualche ora prima e non aver colto niente, perché era tranquillo..ma la collega l'aveva visto diversamente ma se fossero andati a vederlo probabilmente sarebbe successo lo stesso per termini di sicurezza perché qua è più protetto e in un altro reparto è più a rischio! Mi ha sconvolto per il legame che avevo con lui.. Ci ho pensato la prima settimana!

Intervistatore:” Dopo questa esperienza che comportamenti ha adottato nei confronti degli assistiti e colleghi?”

Intervistato 27:” No metto sempre un po' le mani avanti soprattutto con gli assistiti che effettuano atti autolesivi che mettono in atto anche durante il ricovero a scopo dimostrativo ma che potrebbero portare anche a suicidio per sbaglio ecco...la sorveglianza! Mettere le mani avanti è un'azione che ho imparato a fare di mio nel corso degli anni con i pazienti! Questo ragazzo l'ho avuto quando lavoravo in ctrp quindi c'era un interrelazione poi quando veniva a ricoverarsi... Un legame particolare non direi una grande conoscenza.. con i colleghi ne abbiamo parlato anche con chi era in turno quella sera la e nei giorni successivi e non c'è stato un comportamento diverso! Qui c'è sempre molta attenzione sulla sorveglianza perché sai che ci

possono essere tentativi a livello dimostrativo o c'è chi è a rischio perché verbalizza e quindi cerco sempre di tenerli d'occhio! Comunque resto sempre dell'idea che chi decide di suicidarsi difficilmente ti da segnali o preavvisi ecco...

Intervistatore:” Le esperienze che ha vissuto fino ad oggi che cosa le hanno lasciato?”

Intervistato 27:” Questa cosa che ti ho detto.. la sorpresa! Perché è difficile cogliere i segnali perché tanti ti dicono “mi butto” e poi magari fanno qualcosa.. è una modalità per avere attenzione! Chi decide di farlo non verbalizza tu comunque devi sorvegliare perché non so.. Magari c'è uno che cerca di impiccarsi con il telo in bagno e cosa succede noi nelle cocce lasciamo un telo e un asciugamano non lasciamo pile di teli perché cos'è successo.. c'è chi ha rotto il telo e si è fatto il laccio..c'è chi usa il lenzuolo del letto, volendo ci sono mille modi! A volte abbiamo tolto lenzuola e comodini perché c'è chi ha tolto i binari di ferro e possono farsi male. Quindi la sorveglianza non è mai abbastanza, siamo arrivati a lasciare solo il materasso! Non ho visto di quelli che fanno agiti all'interno del reparto o verbalizzano alla fine si sono suicidati..quei pochi non molti non te lo fanno cogliere! A volte ci concentriamo su chi verbalizza o fa ingestione di farmaci ma di fatto una persona se vuole farsi fuori sa come si fa quindi come dicevo prima le mai avanti con un paziente nuovo che non conosci che magari ha precedenti e non sai cosa potrebbe fare!

Intervistatore:” Cosa pensa del suo bagaglio accumulato fin'ora?”

Intervistato 27:” non vivo pensando “speriamo che nessuno si suicidi” si cerca di fare il possibile perché non succeda.. puoi cogliere il rischio ma l'attenzione la devi dare sempre! Io ho lavorato in ctrp 12 o 13 anni fa e per tre anni non mi sono mai successe situazioni di suicidio poi son venuta in spdc e una si è defenestrata senza morire una si è impiccata! Ho pensato che fortunatamente non c'ero più e ho pensato a come si potessero sentire i colleghi in turno perché ci sono solo due persone in turno ed è una struttura più aperta e ho pensato che se dovessi tornare a lavorare li avrei un po' più paura perché ho anni di esperienza! All'epoca lavoravo da 2 anni in psichiatria, non vivo con la paura che qualcuno si suicidi ma vivo giorno per giorno lavorando il meglio possibile! Adesso avrei un po' di paura perché sono successe delle cose e penso che se anche qua dovesse succedere che sono in turno e il paziente si suicida mi sentirei molto responsabile perché avrei potuto fare di più!

INTERVISTA n. 28

Intervistatore:” Quali emozioni/sentimenti ha vissuto di fronte al suicidio o suo tentativo del proprio assistito? Può rivivere quei momenti?”

Intervistato 28:” Ho provato.. fallimento, rabbia e tristezza!

Intervistatore:”Qual è stata l'esperienza più intensa? Quali effetti a lungo e breve termine ha portato?”

Intervistato 28:” Tra i casi ti parlo di questo.. Io ero presente al primo ricovero di questo ragazzo avrà avuto circa 20 anni e ci sono state delle modalità di ricovero molto drammatiche e molto intense, sia per lui che per noi. Cercava di motivare la sua tristezza con dei motivi filosofici e culturali, era una persona molto particolare, molto sola.. esodato nel tempo.. Il ricordo molto forte di questo ricovero erano le sue riflessioni che lui portava al fatto che non fosse necessario un ricovero! Non era d'accordo con i medici sul fatto del ricovero! Aveva una vita difficile beveva e lavorava molto in una fabbrica e, non riteneva che si potesse obbligare nessuno a curarsi quando si aveva scelto di suicidarsi in maniera del tutto razionale e lucida! Questa sua affermazione mi aveva spiazzata! Se lo reincontrassi ora, cosa impossibile non saprei dirgli delle cose sensate..forse andrei nel banale e gli direi che la vita è una sola ma lui ha parlato della libertà..che è un tema molto importante nella cura di se stessi!

Intervistatore:” Dopo questa esperienza che comportamenti ha adottato nei confronti degli assistiti e colleghi?”

Intervistato 28:” Come in tante cose ci sono anche i fallimenti nella vita e quindi bisogna anche saper accettare questo! Non puoi salvare tutti! Io questo ragazzo l'ho accompagnato per una parte del percorso poi è stato dimesso ed è stato accompagnato da aziende locali e quindi l'ho perso un po' di vista nel suo percorso di vita. Non tutti i pazienti sono come lui..purtroppo lui ha fatto quello che voleva fare! Il fallimento può far parte dell'assistenza..e dell'esistenza umana! Modifiche nel mio comportamento non ce ne sono state! Ciò che noi dobbiamo garantire sono la sorveglianza e cercare di capire il paziente non in contesti formali come con il medico ma cercare di capire se vuole confidarti qualcosa di personale! Il contesto in cui lavoro è particolare..ho riflettuto su tante cose! Lui è figlio unico e io ho dei figli..quindi ho riflettuto su tutto il contesto. Questo era un paziente particolare ho sempre percepito come molto reale il suo intento..sono arrivata poco prima l'atto della dimissione e sono stata sorpresa perché secondo me stava ancora molto male! Devi stare attenta ad ogni piccola cose e riferirlo ai colleghi ed inoltre devi trovare i

canali con cui puoi entrare in comunicazione con quella persona senza forzarla e verificare se ci sono degli aspetti in cui puoi trovare qualcosa per farlo stare meglio! Una cosa che non ho mai capito è quale sia l'interruttore che fa stare meglio un paziente depresso! Con i pazienti depressi manca questa parte della piramide! Loro vengono stimolati per rassicurare se stessi..ma devi partire dalla base, dalla loro famiglia dai loro figli! Tra colleghi quando capita un momento del genere cerchiamo sempre di prenderci cura l'uno dell'altro, bisogna farlo in tutti gli eventi..il paziente psichiatrico mette in gioco qualcosa di più! Tra colleghi condividiamo le emozioni che all'inizio sembrano uguali come ad esempio c'è la rabbia il senso di fallimento ma poi c'è chi dice "ecco lo sapevo" oppure "tanto lavoro per niente". Poi i rapporti con i pazienti ricoverati in psichiatria sono un po' intermittenti rispetto a quelli ricoverati in comunità, qui lavoriamo a turni e solo in rari casi riesci a creare rapporti molto affini!

Intervistatore:” Cosa pensa del suo bagaglio accumulato fin’ora?”

Intervistato 28:” Io penso di essere molto impreparata, soprattutto quando mi confronto con i colleghi che hanno avuto esperienze territoriali ed in supervisioni mi rendo conto che la mia osservazione del paziente non è così affinata. Bisogna porre attenzione al contesto e l'infermiere deve stare con i piedi ben saldi per terra con tutti i pazienti soprattutto con quelli schizofrenici e psicotici! In certi momenti devi chiudere le osservazioni e concentrarti sul presente! Qui se vuoi impari tante cose, 10 anni fa io non sapevo come avvicinarmi bene con un paziente, non sapevo quand'era il momento giusto o sbagliato per dire una cosa. E ora certe situazioni riesco a sentirle un po' più fuori di me, è un cammino!

Intervistatore:” Secondo lei potrebbe essere d'aiuto un aiuto psicologico o simili?”

Intervistato 28:” Certo..anche prima quando parlavamo dei rapporti tra colleghi..noi facciamo molti incontri sui casi clinici e va benissimo, però ci sono molte zone che non vengono osservate..ma le nostre emozioni esternate in seguito ai suicidi restano tra di noi colleghi..ci sfogliamo ma giunge un po' di frustrazione! Sarebbe importante che ci fosse qualcuno che ci facesse entrare in questo percorso, oppure quando si tratta di pazienti aggressivi hai paura ed entri in crisi! Quindi bisognerebbe convogliare il tutto in maniera strutturata”.

ALLEGATO № 6

Tabella I : Caratteristiche ANAGRAFICO - PROFESSIONALI degli infermieri

Variabile raccolta	Ospedale di Portogruaro e San Donà di Piave, SPDC (n=14)		CSM , Portogruaro e San Donà di Piave (n=14)		Totale complessivo (n=28)	
	Numero assoluto	Percentuale	Numero assoluto	Percentuale	Numero assoluto	Percentuale
Età						
< 25 anni	-	-	-	-	-	-
26-30 anni	-	-	-	-	-	-
31-40 anni	-	-	-	-	-	-
41-50anni	5	35.71%	7	50%	12	42.85%
> = 50	9	64.28%	7	50%	16	57.14%
Sesso						
M	6	42.85%	5	35.71%	11	39.28%
F	8	57.14%	9	64.28%	17	60.71%
Formazione professionale						
D. di Infermiere scuola regionale	10	71.42%	8	57.14%	18	64.28%
D di Laurea triennale in Infermieristica	1	7.14%	4	28.57%	5	17.85%
D . Infermiere psichiatrico	2	14.28%	-	-	2	7.14%
D. di Infermiere scuola regionale + Master in Coordinamento+ Master in area critica	1	7.14%	-	-	1	3.57%
D. di Infermiere scuola regionale + Master in Coordinamento	-	-	2	14.28%	2	7.14%
Frequenza a corsi sulla relazione con l' asstitito e/o i suoi familiari						
SI	12	85.71%	14	100%	26	92.85%
NO	2	14.28%	-	-	2	7.14%
Anni di esperienza lavorativa come infermiere						

<1anno	-	-	-	-	-	-
1-5 anni	-	-	-	-	-	-
6-10 anni	1	7.14%	-	-	1	3.57%
>10 anni	13	92.85%	14	100%	27	96.42%
Anni di lavoro nell'attuale realtà operativa						
<1anno	-	-	-	-	-	-
1-5 anni	2	14.28%	-	-	2	7.14%
6-10 anni	3	21.42%	-	-	3	10.71%
>10 anni	9	64.28%	14	100%	23	82.14%

ALLEGATO N° 7

“Analisi dei vissuti nell’uso del Processo Assistenziale da parte degli infermieri dell’U.O. S.P.D.C dell’ospedale di Portogruaro e di S. Donà di P., dell’AULSS n°10 “Veneto Orientale”, Regione Veneto e CSM , Distretto Socio Sanitario Unico di Portogruaro e di S. Donà di Piave e Portogruaro , dell’AULSS n°10 “Veneto Orientale”, Regione Veneto.”

Quali emozioni/sentimenti ha vissuto di fronte al suicidio o suo tentativo del proprio assistito?Può rivivere quei momenti?	Intervista 1	Intervista 2	Intervista 3	Intervista 4	Intervista 5	Intervista 6	Intervista 7	Intervista 8	Intervista 9	Intervista 10	Intervista 11	Intervista 12	Intervista 13	Intervista 14	Intervista 15	Intervista 16	Intervista 17	Intervista 18	Intervista 19	Intervista 20	Intervista 21	Intervista 22	Intervista 23	Intervista 24	Intervista 25	Intervista 26	Intervista 27	Intervista 28	Frequenza assoluta	%
Dispiacere	X	X	X	X	X					X			X	X													X	X	10	35.71%
Sentimento di rabbia	X				X			X		X		X	X			X	X			X				X			X	X	12	42.85%
Sensazione di liberazione per il paziente	X																												1	3.57%
Errore/sbaglio personale/senso di colpa		X		X															X							X	X	5	17.85%	
Fallimento			X	X						X									X				X			X			6	21.42%
Rispetto della scelta			X													X													2	7.14%
Paura				X																									1	3.57%
Nessun sentimento/distacco						X				X														X	X				4	14.28%
Incredulità/negazione							X			X					X		X	X	X	X		X							8	28.57%
Dolore interiore								X	X	X		X			X				X		X								7	25%
Un momento di grande difficoltà									X																				1	3.57%
Frustrazione																	X	X	X										3	10.71%

Qual è stata l'esperienza più intensa ? quali effetti a breve e lungo termine ha portato?	Intervista 1	Intervista 2	Intervista 3	Intervista 4	Intervista 5	Intervista 6	Intervista 7	Intervista 8	Intervista 9	Intervista 10	Intervista 11	Intervista 12	Intervista 13	Intervista 14	Intervista 15	Intervista 16	Intervista 17	Intervista 18	Intervista 19	Intervista 20	Intervista 21	Intervista 22	Intervista 23	Intervista 24	Intervista 25	Intervista 26	Intervista 27	Intervista 28	Frequenza assoluta	%
Dramma		X				X		X				X			X				X								X		7	25%
Sentimento di rabbia		X								X		X									X						X		5	17.85%
Incredulità		X						X																	X			3	10.71%	
Non accettazione		X															X											2	7.14%	
Dolore	X					X					X				X				X								X		6	21.42%
Accettazione dell' atto			X																			X				X	X		4	14.28%
Crescita professionale				X					X	X		X	X		X					X	X	X							9	32.14%
Immedesimazione					X																							1	3.57%	
Impotenza						X						X						X										3	10.71%	
Rimozione forzata dell' evento							X																				X	2	7.14%	
Sostegno tra colleghi											X								X				X	X				4	14.28%	
Distaccamento dal paziente											X			X			X						X			X		5	17.85%	
Senso di colpa													X		X			X			X				X			5	17.85%	

Dopo questa esperienza che comportamenti ha adottato nei confronti degli assistiti e colleghi?	Intervista 1	Intervista 2	Intervista 3	Intervista 4	Intervista 5	Intervista 6	Intervista 7	Intervista 8	Intervista 9	Intervista 10	Intervista 11	Intervista 12	Intervista 13	Intervista 14	Intervista 15	Intervista 16	Intervista 17	Intervista 18	Intervista 19	Intervista 20	Intervista 21	Intervista 22	Intervista 23	Intervista 24	Intervista 25	Intervista 26	Intervista 27	Intervista 28	Frequenza assoluta	%
Ascolto approfondito con i pazienti	X				X				X						X			X	X	X	X								8	28.57%
Aumento dell' attenzione ai segni predittori		X	X					X	X						X	X	X		X		X	X					X		11	39.28%
Maniacalità nel cercare oggetti/comportamenti potenzialmente dannosi				X																	X						X	X	4	14.28%
Valutare maggiormente le loro richieste					X										X			X	X	X						X			6	21.42%
Non fidarsi di quello che dice il paziente					X		X				X						X							X		X	X		7	25%
Non è cambiato niente						X																							1	3.57%
Maggior collaborazione con I colleghi								X				X		X						X	X		X				X	X	8	28.57%
Sostegno psicologico tra colleghi										X		X	X							X				X				X	6	21.42%
Essere più cauti nei rapport con I pazienti / non farsi coinvolgere troppo												X																	1	3.57%
Mantenimento dello stesso rapporto con I pazienti sperando non accada più																									X	X			2	7.14%

Le esperienze che ha vissuto fino ad oggi cosa le hanno lasciato?	Intervista 1	Intervista 2	Intervista 3	Intervista 4	Intervista 5	Intervista 6	Intervista 7	Intervista 8	Intervista 9	Intervista 10	Intervista 11	Intervista 12	Intervista 13	Intervista 14	Intervista 15	Intervista 16	Intervista 17	Intervista 18	Intervista 19	Intervista 20	Intervista 21	Intervista 22	Intervista 23	Intervista 24	Intervista 25	Intervista 26	Intervista 27	Intervista 28	Frequenza assoluta	%
Incremento prestazionale nell' approccio al paziente	X				X				X					X					X	X				X		X		X	9	32.14%
Perdita di fiducia in se stessi		X							X	X										X									4	14.28%
Riconoscimento dei propri limiti			X										X				X		X						X			X	6	21.42%
Non sottovalutare mai la situazione				X		X	X		X									X			X				X	X	X	X	10	35.71%
Il lavoro di equipe è fondamentale								X								X				X									3	10.71%
Capire che non è possibile prevedere gli eventi per quanto preparati siamo											X	X							X								X		4	14.28%
Prestare più attenzione al paziente														X	X				X		X						X		5	17.85%
Sentimento di rabbia																X													1	3.57%
Mi ha aiutato a crescere personalmente																			X	X	X	X			X			X	6	21.42%
Avere una vita fuori dall' U.O è vitale per sopravvivere																							X						1	3.57%

Cosa pensa del suo bagaglio accumulato fin'ora?	Intervista 1	Intervista 2	Intervista 3	Intervista 4	Intervista 5	Intervista 6	Intervista 7	Intervista 8	Intervista 9	Intervista 10	Intervista 11	Intervista 12	Intervista 13	Intervista 14	Intervista 15	Intervista 16	Intervista 17	Intervista 18	Intervista 19	Intervista 20	Intervista 21	Intervista 22	Intervista 23	Intervista 24	Intervista 25	Intervista 26	Intervista 27	Intervista 28	Frequenza assoluta	%	
Ho imparato molto professionalmente	X			X		X	X	X	X					X	X					X	X		X					X		12	42.85%
Tutto sommato un'esperienza positive	X	X	X	X												X	X								X	X			8	28.57%	
Ci sono stati dei momenti in cui volevo lasciare tutto		X			X					X										X		X		X		X		X	8	28.57%	
Mi ha insegnato a vivere diversamente	X		X				X	X						X						X	X		X					X	9	32.14%	
Avrei voluto fare di più								X		X					X									X					4	14.28%	
Ho ancora molto da imparare											X	X	X				X	X					X					X	7	25%	
Non ti abituerai mai																				X									1	3.57%	