

La presenza dei familiari durante le manovre di rianimazione: un'indagine qualitativa in una Terapia Intensiva Generale

Family presence during cardiopulmonary resuscitation: a qualitative survey in a General Intensive Care Unit

■ **MATTEO GIOVANNETTI¹, DAVIDE BONI², PAOLA FERRI³, MASSIMO GIRARDIS⁴**

¹ Infermiere.

² Infermiere Coordinatore. Pronto Soccorso Policlinico AOU di Modena.

³ Professore Associato in Scienze Infermieristiche - Università degli studi di Modena e Reggio Emilia.

⁴ Professore Associato Anestesiologia e Rianimazione – Università degli studi di Modena e Reggio Emilia.



RIASSUNTO

Introduzione: nonostante molti studi confermino la volontà dei parenti di assistere alle manovre di rianimazione dei propri cari ricoverati in unità di terapia intensiva, questo accade raramente in Italia, anche nel caso di terapie intensive aperte ai famigliari. Le cause sono diverse, ma spesso sono i professionisti infermieri e medici ad essere contrari per ragioni non del tutto chiarite,

Scopo: lo scopo della ricerca è di andare ad analizzare i vissuti, le opinioni e le esperienze di infermieri e medici riguardo la presenza dei famigliari durante le manovre rianimatorie in pazienti ricoverati in Terapia Intensiva.

Materiali e metodi: è stato condotto uno studio di tipo qualitativo fenomenologico che ha coinvolto 24 professionisti: 17 infermieri e 7 medici che lavorano presso una Terapia Intensiva del Nord Italia, aperta 24 ore al giorno ai parenti e che permette la loro presenza anche durante le manovre rianimatorie. Ad ogni professionista è stata consegnata una scheda anagrafico-professionale necessaria, in seguito, a descrivere le caratteristiche del campione. Successivamente si è condotta un'intervista semi-strutturata sulla base di cinque domande guida, formulate dopo un'analisi della letteratura di riferimento.

Risultati: dall'analisi dei dati sono emersi 6 temi dominanti e 20 temi secondari ricorrenti fra gli intervistati. La maggior parte dei professionisti afferma di essere in accordo con la presenza dei famigliari durante le manovre rianimatorie, esplicitando vantaggi e benefici. Tuttavia persistono ancora alcune paure, anche nel personale più esperto, nonostante a queste non siano correlate esperienze negative.

Discussione e conclusioni: La presenza dei parenti durante manovre rianimatorie appare essere ben accettata dai professionisti. Per ridurre le difficoltà e le paure nel gestire questa presenza potrebbero rivelarsi utili corsi di defusing e audit clinici in equipe, oltre che una formazione ad hoc che permetta al professionista di saper gestire qualsiasi situazione problematica.

Parole chiave: famigliari, manovre rianimatorie, terapia intensiva, infermieri, medici.



ABSTRACT

Introduction: although many studies confirm the will of relatives to remain during cardiopulmonary resuscitation of their loved ones who are hospitalized in ICU, this rarely happens in Italy, even in the case of "open ICU". Nurses and physicians are often against these people's will for various reasons that have never been fully clarified.

Purpose: the purpose is to analyse the experiences, opinions and emotions of nurses and physicians about the presence of family members during resuscitation.

Materials and methods: for the aim of this research, it has been conducted a qualitative, phenomenological study that has involved 24 health professionals: 17 nurses and 7 physicians all operating in an ICU in Northern Italy, that is open 24 hours a day to the relatives and allows them to attend CPR. Each attendee was given a personal and professional sheet, that they would need in order to describe the features of the sample. Subsequently, a semi-structured interview was conducted with the help of five guidance questions, created after an analysis of the reference literature.

Results: 6 dominant themes and 20 recurrent secondary themes emerged from data analysis amongst the attendees. The majority of health professionals say that they agree with the presence of the family during CPR, and they explained some of the advantages and benefits. Nevertheless, some fears persist, even amongst the most experienced professionals, even though negative experiences are not related to these.

Discussion and Conclusions: The presence of the family during CPR appears to be well accepted by health professionals. Defusing courses and clinical audits in teams may be useful to reduce difficulties and fears in managing family presence, as well as a specific training that allows the professional to be able to handle any problematic situation.

Keywords: family presence, cardiopulmonary resuscitation, ICU, nurses, physicians.

ARTICOLO ORIGINALE

PERVENUTO IL 05/06/2018
 ACCETTATO IL 25/01/2019

Corrispondenza per richieste:

Matteo Giovannetti,
matteo.giovannetti95@gmail.com

Gli autori dichiarano di non aver conflitto di interessi.

Introduzione

In seguito all'avvento e all'applicazione del concetto di terapia intensiva "aperta", che permette l'ingresso ai famigliari senza limiti di tempo, sono emersi nuovi temi di carattere etico-sociale, tra cui uno dei più discussi e controversi risulta essere la possibilità di far assistere i parenti alle manovre rianimatorie del proprio caro. I vantaggi risultano molteplici: diversi studi sul campo che hanno valutato lo stato psico-fisico dei famigliari a 90 giorni dall'esecuzione della RCP, mostrano come i parenti a cui è stata negata la possibilità di essere presenti nel momento critico (gruppo di controllo) abbiano sviluppato con maggior frequenza sintomi di ansia, depressione e disturbo post traumatico da stress rispetto a quelli a cui è stato permesso di assistere (gruppo sperimentale); si è inoltre osservato come la partecipazione del familiare non influisca sugli indici di stress del team rianimatorio e non incrementi la possibilità di contenziosi medico-legali verso gli stessi^[1,2,3]. In Italia questo dibattito si dimostra recentissimo, tanto che sono ancora pochi gli elaborati che vanno ad indagare le opinioni dei professionisti sul territorio nazionale. In un articolo pubblicato nel 2014 il 98% degli intervistati operanti nelle terapie intensive italiane afferma che nella loro unità operativa non è permesso far assistere i famigliari alle manovre rianimatorie e il 93% ritiene che non sia giusto che il parente vi assista^[4]. Bisogna però considerare che dal rapporto redatto nel 2008 da A.Giannini (et al.), soltanto il 2% delle terapie intensive italiane ha adottato una politica di visita aperta 24 ore su 24^[5] e la sua adozione risulta essere di difficile espansione a causa delle "disuguaglianze regionali e le difficoltà organizzative che frequentemente si segnalano nel nostro Paese"^[6]. Per quanto riguarda la realtà che ha partecipato allo studio, la terapia intensiva dell'ospedale Policlinico di Modena ha aderito nel 2006 al progetto "umanizzazione delle cure e terapie intensive aperte" proposto dalla Regione Emilia-Romagna, a seguito del quale è stato permesso l'ingresso di più famigliari senza limiti di tempo (ad eccezione nei momenti in cui la pianificazione assistenziale potrebbe compromettere la privacy dei

degenti) e i professionisti sono stati formati ad hoc per la gestione dei rapporti interpersonali con i famigliari in un contesto di alta intensità di cura. Successivamente a questa importante rivoluzione, ai famigliari è anche permesso restare durante le manovre di rianimazione del proprio caro nel caso in cui ne esprimano la volontà. Lo scopo di questo studio è stato quello di indagare le opinioni, i vissuti, le esperienze e le emozioni di chi lavora in una realtà che da anni ha adottato una politica più partecipativa nei confronti dei parenti anche durante un momento così critico e concitato.

Materiali e metodi

Per raggiungere l'obiettivo della ricerca è stato realizzato uno studio di tipo qualitativo, fenomenologico. Come modalità di raccolta dati è stata condotta un'intervista semi-strutturata basata su cinque domande guida formulate dopo un'analisi della letteratura di riferimento.

L'indagine si è svolta nei mesi di Giugno e Luglio 2017, in un'apposita sala dove non si potesse essere interrotti o disturbati, in modo da garantire la privacy degli intervistati. Le interviste hanno avuto una durata media di dieci minuti per partecipante. Il campione di ricerca selezionato è costituito da infermieri,

medici e medici in formazione specialistica della Terapia Intensiva Polivalente del Policlinico di Modena, che accoglie ogni anno sia pazienti adulti che pediatrici. Il campionamento si è concluso una volta raggiunta la saturazione del dato (ridondanza dei significati): delle 26 persone a cui è stata proposta la partecipazione allo studio, 24 hanno aderito. L'intervista veniva condotta soltanto previa firma del modulo di consenso informato, nel quale la persona acconsentiva alla divulgazione dei dati in forma anonima e alla registrazione dell'intervista, e previa compilazione di una scheda anagrafico-professionale contenente domande riguardanti la professione svolta (medico o infermiere), i titoli di studio in possesso dall'intervistato, gli anni di esperienza lavorativa e gli anni di esperienza in un contesto di Terapia Intensiva. Per analizzare i dati è stata condotta un'analisi tematica induttiva. Per implementare la credibilità dei risultati, due ricercatori hanno partecipato all'analisi principale. Prima, hanno identificato i temi indipendentemente, poi si sono incontrati per discutere le discrepanze e raggiungere un consenso sulle categorie tematiche identificate. Infine tutti i ricercatori hanno revisionato la categorizzazione e approvato gli esiti finali dell'analisi dei dati.

Tabella 1. Caratteristiche degli intervistati

Professione dei Partecipanti	Infermiere	17
	Medico	7
Titolo di studio dei partecipanti	Diploma regionale	5
	Diploma universitario	2
	Laurea	8
	Laurea Specialistica	4
	Laurea + Master	4
	Diploma regionale + Master	1
Esperienza in terapia intensiva dei partecipanti	Inferiore a 1 anno	3
	Da 1 a 5 anni	4
	Da 5 a 10 anni	3
	Da oltre 10 anni	14
	Media	Range
Esperienza lavorativa dei partecipanti	Medici ≈ 13 anni	1 – 30
	Infermieri ≈ 16 anni	3 – 35
	Totale ≈ 15 anni	1 – 35

Risultati

Il tasso di risposta è stato del 92,3%. L'esperienza lavorativa media del campione è di 15 anni, con una prevalenza di professionisti laureati. Il campione risulta essere costituito per lo più da infermieri che da medici. Entrambe le professioni contano persone con molti anni di esperienza in terapia intensiva (superiore ai 10 anni). **(Tabella 1)**

Dall'analisi dei dati raccolti sono emersi 6 temi dominanti e 20 secondari. **(Tabella 2)**

vista del lutto, nel comprendere la malattia e la gravità della situazione." (intervistato n° 4, infermiere). Il primo tema emerso dalle interviste è la convinzione degli operatori, che l'assistere alle manovre rianimatorie possa giovare ai famigliari, in quanto permette sia di comprendere le reali condizioni dell'assistito che di aiutarli nell'eventuale elaborazione del lutto. Il fatto che i congiunti possano osservare ed assistere all'operato di infermieri e medici, anche in situazioni così critiche, permette loro di rendersi conto che è stato fatto tutto il

mo anche loro e quindi ci prendiamo carico di tutto e non solo del paziente ma anche dei loro parenti. (...) Quindi c'è il dolore, il vissuto di tutti i parenti, anche il fatto di parlare con i famigliari che ormai non c'è più niente da fare è veramente straziante e quindi poi te le trovi di fianco al letto del paziente e ce li hai sempre, cioè non ti occupi solo del paziente ma anche dei parenti con una parola di conforto" (intervistato n° 3, infermiere). L'assistere alla rianimazione cardiopolmonare risulta essere un momento di grande condivisione fra operatori e famigliari. In caso di esito infausto, oltre alle azioni consolatorie messe in atto dai professionisti, vengono compiuti atti umanitari, come, ad esempio, prendersi cura della salma del bambino insieme alla madre, stando con lei per l'ultimo saluto. Ciò permette di condividere e sfogare forti emozioni, valorizzando la professionalità di infermieri e medici. Questi importanti momenti rimangono nella memoria dei parenti, tanto che spesso essi stessi tornano in reparto per un saluto o mandano uno scritto di ringraziamento per tutto quello che è stato fatto.

La distinzione adulto-bambino: "Per quanto riguarda il discorso bambino e adulto è chiaro che chiedere di uscire a una mamma dalla stanza nella quale si sta rianimando il proprio figlio o un minore è difficile, non glielo si può chiedere, lei ha tutto il diritto di assistere alle manovre rianimatorie. È chiaro che questa situazione si fa ancora più fragile e delicata, è chiaro che quando si va avanti con l'età, quando si parla di grandi anziani con co-morbilità associate, è più facile imbattersi in famigliari che sono più o meno preparati anche ad accogliere l'evento luttuoso. Se si parla di giovani, o ancora di più di bambini che hanno avuto un evento acuto improvviso, è chiaro che la questione è completamente diversa. Lo è dal punto di vista dei sanitari, perché rianimare una persona di 90 anni e rianimare un bambino di 8 anni dal punto di vista dell'impegno mentale, sia dal punto di vista delle sollecitazioni interiori è un impegno molto diverso, quindi a maggior ragione per i famigliari" (intervistato n° 23, medico in formazione specialistica). Con quest'unica testimonianza si possono raccogliere diversi temi ricorrenti fra i partecipanti che hanno voluto porre una distinzione fra adulto e bambino. Fra questi c'è chi ritiene che i famigliari del minore abbiano più diritto di rimanere rispetto ai parenti della persona maggiorenne, perché la morte di un bambino risulta essere più inaspettata e molto più difficile da affrontare. Secondo molti, è proprio in casi come questi che l'assistere alle manovre rianimatorie acquisisce ancor più significato, aiutando il parente nell'elaborazione del lutto. Più volte è stato sottolineato come la forte componente emotiva non coinvolga solo i genitori, ma

Tabella 2. Temi dominanti e temi secondari che caratterizzano le opinioni, le esperienze e i vissuti riguardanti le manovre di rianimazione in presenza dei famigliari

Le manovre di rianimazione come contatto con la realtà	Presenza di coscienza delle condizioni dell'assistito
	Miglioramento dell'elaborazione del lutto
	Presenza di coscienza del fatto che venga fatto tutto il possibile
Il rapporto operatore-famigliare	Condivisione di emozioni
	Atti umanitari e consolatori da parte degli operatori
	Valorizzazione della professionalità degli operatori e del lavoro d'équipe
La distinzione adulto-bambino	Il lutto del minore come evento inaspettato
	Il binomio genitore-bambino come inscindibile
	Il lutto del minore come più complesso da elaborare
	Il fattore emotivo più intenso da vivere
Le percezioni dei professionisti in presenza dei famigliari	Il sentirsi vicino al famigliare
	L'aumento dell'intensità delle emozioni provate
	Il clima disagiata e il sentirsi osservato
	Il non notare alcuna differenza dal solito
La presenza dei famigliari come arma a doppio taglio	Il possibile fraintendimento da parte dei famigliari
	Visione traumatica per il parente
	La paura dell'insorgenza di un malore nel famigliare
	Il famigliare come intralcio fisico e mentale
Il controllo sulla carica emotiva in presenza dei famigliari	L'esperienza
	Il distacco professionale

Le manovre di rianimazione come contatto con la realtà: "Dal punto di vista della presenza (dei famigliari) in molti casi penso sia corretto, soprattutto magari dal punto di vista di malattie che comunque prevedono una possibile non ripresa del paziente. Questo sicuramente da una parte permette ai famigliari l'idea del distacco dal loro caro (...) può aver una funzione per loro dal punto di

possibile per il loro caro, evitando quindi interpretazioni sugli accadimenti non aderenti alla effettiva realtà.

Il rapporto operatore-famigliare: "È una parte del nostro lavoro, le emozioni ci sono anche perché col fatto che siamo una terapia intensiva aperta abbiamo sempre i parenti dentro e quindi con il tempo conosciamo

anche i professionisti, rendendo il tutto più difficile anche per loro.

Le percezioni dei professionisti in presenza dei parenti: tra gli operatori sanitari che hanno praticato le manovre rianimatorie in presenza dei famigliari, c'è chi ha provato sensazioni diverse dal solito. Alcuni hanno percepito un intensivizzazione delle emozioni, che ha permesso di sentirsi in diretto contatto col parente: "(...) in un bambino in particolare per me è stato un'esperienza forte perché alla fine è come se entri nell'intimità famiglia e, almeno io, ho avuto una sensazione strana. Però coinvolge molto, specialmente coi bambini è una situazione molto particolare (...)" (intervistato n° 9, infermiere). Questo clima, però, non è stato percepito come positivo da tutti gli intervistati; alcuni di loro hanno avvertito un'atmosfera disagiata che comunque non ha influito sul lavoro di équipe, come si evince dalle parole dell'intervistato n°6, infermiere: "durante la procedura comunque ti senti osservato, anche se sai che la tua procedura è perfetta, il tuo modo di lavorare è perfetto e tutto quanto, ti senti comunque osservato. Specialmente da un genitore. Questo sì. In tutti i modi questa emotività non ha influito sulla procedura, però mi sono sentita osservata". D'altra parte, non tutti hanno trovato differenza nel praticare le manovre di rianimazione con o senza la presenza dei famigliari: "Cosa ho provato? Beh quando rianimi, rianimi. Non mi son sentito influenzato e non mi son sentito più teso." (intervistato n° 19, medico), "ho praticato rianimazioni in presenza dei famigliari sia di adulti che di bambini e la mia reazione è stata tranquilla e normale, come se non ci fossero. Cioè sapevo che c'erano, però cercavo di concentrarmi su quello che stavo facendo senza tener presente che loro ci fossero. Con la coda dell'occhio c'erano lo stesso, mi concentravo però su quello che dovevo fare" (intervistato n° 2, infermiere).

La presenza dei famigliari come arma a doppio taglio: nonostante i temi citati fino ad ora siano perlopiù a favore della presenza dei parenti, alcuni degli intervistati non nascondono le proprie paure, come quella dell'intralcio, sia fisico che verbale, o quella della possibile insorgenza di un malore nel familiare che sta assistendo alla rianimazione del proprio caro, rendendo questa metodica più dannosa che vantaggiosa per il parente stesso. Un altro timore ricorrente è quello che i congiunti del degente possano mal interpretare lo scopo della rianimazione cardiopolmonare e del lavoro d'équipe, o perché non hanno abbastanza conoscenze in materia, o perché appartengono ad una cultura diversa dalla nostra, con principi e linguaggio differenti: "ci sono i parenti di varie religioni,

di varie comunità che per barriere linguistiche anche se ti dicono di aver capito non capiscono, possono percepire in modo diverso le cose. E' già successo che pensano che anche se uno ha un po' di movimento o uno alza la voce, perché a volte può succedere, loro lo percepiscono come un'aggressione. Più che altro sono la religione e la barriera linguistica [ciò che mi condiziona]" (intervistato numero 12, infermiere).

Il controllo sulla carica emotiva in presenza dei famigliari: "Emotivamente quando butti l'occhio sul genitore o sui parenti che stanno vedendo il loro caro che sta per morire non è proprio piacevole, dopo però ci creiamo tutti uno scudo che con gli anni diventa sempre più spesso" (intervistato n° 2, infermiere), "non ho paure durante queste procedure anche perché entrano in atto tutta una serie di meccanismi già consolidati col fatto dei tanti anni di servizio e quindi si è già concentrati su ciò che si deve fare che non ho timore della presenza del parente, anche perché noi comunque lavoriamo sempre con i parenti dentro anche quando non c'è l'emergenza insomma, quindi siamo abituati ad avere degli altri occhi che ci guardano e non abbiamo difficoltà" (intervistato n° 3, infermiere). Dovendo fronteggiare situazioni molto stressanti e dure dal punto di vista emozionale, alcuni degli operatori hanno accennato a strategie di coping che aiuterebbe loro nella pratica di tutti i giorni. Fra queste, le più citate risultano essere l'esperienza nell'ambito e il distacco professionale, che mettono in atto anche di fronte ai famigliari che decidono di assistere alle manovre rianimatorie. Permettere di farsi travolgere dalle emozioni, oltre essere un fattore di rischio per la sindrome da burnout, potrebbe compromettere le prestazioni e il benessere del professionista, motivo per cui ognuno ha sviluppato le proprie difese. Significativa è la testimonianza dell'intervistato n° 2 (infermiere), che ammette di aver cambiato opinione dopo aver vissuto questa situazione sulla propria pelle, trasformandola in positiva grazie all'esperienza: "per quanto riguarda la rianimazione con la presenza dei parenti prima ero molto scettico perché io venivo da un'esperienza di tanto tempo fa quando ancora si rianimavano le persone e i parenti non dovevano essere presenti perché non c'era questa cultura. Dopo, quando sono venuto a lavorare qua a Modena, si è innestata questa nuova linea di pensiero e ho assistito a rianimazioni con la presenza di parenti. Le prime volte ero abbastanza scettico perché sembra che i parenti ti guardano, ti controllano, ti giudicano e invece è risultato essere stato molto positivo". Vi sono altresì testimonianze negative nelle quali il professionista non è riuscito a sviluppare strategie di coping come messo in evidenza dal soggetto n° 5 (infermiere), che

definisce la partecipazione dei parenti durante l'atto rianimatorio "un ostacolo sia meccanico che psicologico". Importanti anche le parole dell'intervistato n° 21, infermiere, che nonostante la dura esperienza raccontata, afferma di essere favorevole alla presenza dei famigliari in un contesto di area critica: "a me personalmente è capitato di rianimare un bambino di 4 anni per 2:30 h con la mamma attaccata all'orecchio che urlava. Le è stato comunicato che era tutto finito, ha iniziato a massaggiare lei. Quindi a volte capitano delle situazioni che sono veramente estreme, ma veniamo anche minacciati". Questo episodio non ha inficiato sull'agire in modo professionale durante la procedura di rianimazione cardio-polmonare, poiché, utilizzando le parole dell'intervistato: "il mestiere nostro è questo. Quindi in divisa bisogna stare in divisa, poi ci si pensa dopo", confermando nuovamente il distacco professionale come importante strategia di coping.

DISCUSSIONE

Il nostro studio è focalizzato sulla comprensione del vissuto e delle esperienze di infermieri e medici, che lavorano in un contesto di terapia intensiva aperta che consente la presenza dei famigliari alle manovre di rianimazione di adulti e bambini. In linea generale i professionisti intervistati affermano di essere a favore della partecipazione dei parenti anche in un momento assistenziale così critico e delicato. Rapportando i dati al campione selezionato possiamo notare che il gruppo medico, composto sia da medici in formazione specialistica che da medici, è concorde nell'esprimere il proprio accordo nei confronti dell'adozione di questa politica, mentre nella componente infermieristica una piccolissima parte del campione si dichiara non favorevole. È stato osservato come nessuno dei medici abbia dichiarato di aver percepito differenze dal rianimare in presenza o meno dei congiunti del paziente critico; essi non hanno avvertito aumento di ansia o stress, né tanto meno si sono sentiti osservati o a disagio nell'aver occhi esterni al personale di reparto puntati addosso, cosa che invece è stata fatta presente da alcuni infermieri. Inoltre, le paure e le preoccupazioni dei medici risultano essere inferiori rispetto a quelle elencate dagli infermieri. Queste differenze, però, possono essere dovute alla differente numerosità delle due componenti professionali.

Analizzando il profilo degli intervistati non risulta esserci una correlazione diretta tra ostacoli percepiti e il grado di formazione del professionista; ciò non avviene nemmeno tra gli infermieri (coloro che risultano avere più percorsi di studi diversi tra loro), per cui si può escludere che le differenze di opinione siano imputabili a percorsi formativi più o meno recenti.

Confrontando i risultati ottenuti in questo studio con quelli emersi da altri articoli appartenenti alla letteratura internazionale, possiamo trovare dei punti in comune: si può osservare come la paura che il parente rimanga traumatizzato sia un tema piuttosto diffuso e condiviso tra i professionisti^[7,8,9,10]. Altri timori riferiti sono che il congiunto potrebbe essere un motivo di distrazione e comportare un aumento di ansia e stress^[10,11] oltre ad alimentare la preoccupazione di commettere qualche errore; quindi i parenti si potrebbero rivelare un ostacolo fisico, mentale e verbale per gli operatori, oltre che gli stessi potrebbero avere un malore^[12]. Per ovviare a questa possibile problematica, come suggerito già da alcuni intervistati e preso in considerazione anche nella dichiarazione di posizione dell'EFCCNA (European Federation of Critical Care Nursing association) con Espnic (European Society of Paediatric and Neonatal Intensive Care) e Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions^[10], sarebbe ottimale affiancare al familiare un professionista esperto che possa non solo mantenere un ambiente sicuro prevenendo intralci o distrazioni, ma prendersi cura di lui durante tutta la durata dell'evento, dandogli la possibilità di rispondere a qualsiasi sua domanda e di sostenerlo durante momenti così concitati. Per quanto riguarda i vantaggi percepiti, i temi comuni risultano essere quello dell'aiutare l'elaborazione del lutto, dimostrando al familiare che è stato fatto tutto il possibile senza lasciare adito a errate interpretazioni, il potenziamento del legame operatore-parente e la dimostrazione della grande professionalità con cui operano i professionisti^[11,13,14]. Osservando lo studio qualitativo di Monks&Flynn (2014) che esplora le esperienze degli infermieri riguardo alla presenza dei familiari durante le manovre rianimatorie, è curioso osservare come anche nel campione da loro esaminato emerga il tema del legame professionista-parente come momento di sfogo e condivisione di emozioni durante e dopo la procedura salvavita^[15].

D'altra parte risulta difficile fare un confronto con studi appartenenti alla letteratura straniera: in primo luogo coesistono tutta una serie di fattori che influenzano massivamente le opinioni dei professionisti riguardo a questa metodica, come la religione, la cultura, l'organizzazione e la presenza di protocolli o meno all'interno dell'unità operativa in cui

l'operatore sanitario lavora; inoltre, risulta non esserci una serie di variabili psicologiche caratteristiche a ciascun individuo che non permettano di definire una linea di pensiero omogenea. Infine, gli studi puramente qualitativi in questi ambiti si dimostrano essere davvero pochi, per cui risulta difficile fare un confronto in termini emotivi riguardo questo argomento.

CONCLUSIONI

I risultati dello studio potrebbero rappresentare un contributo per la figura infermieristica e medica operanti in un contesto di terapia intensiva: le testimonianze di chi ha sperimentato le manovre rianimatorie in presenza del familiare e il fatto stesso che la maggioranza dei professionisti ne incoraggino l'applicazione potrebbero aiutare a combattere i falsi miti che aleggiavano su questo tema, facendo magari prendere in considerazione un approccio più aperto nei contesti dove ancora è adottata una politica di visita chiusa e restrittiva. Nonostante tutto, la presenza sempre più crescente di studi riguardanti l'argomento dimostra essa stessa la volontà e la tendenza al cambiamento da parte degli operatori.

Di fronte alla forte componente emozionale, spesso fonte di stress, potrebbero essere utili momenti di debriefing e audit clinici in equipe per permettere ai professionisti di esprimere le proprie emozioni e confrontarsi fra loro,;

BIBLIOGRAFIA

- JABRE P, BELPOMME V, AZOULAY E ET AL. *Family Presence during Cardiopulmonary Resuscitation*. N Engl J Med. 2013; 368(11): p. 1008-1018.
- SOLEIMANPOUR H, TABRIZI JS, ROUHI AJ, GOLZARI SE, MAHMOODPOOR A. *Psychological effects on patient's relatives regarding their presence during resuscitation*. J Cardiovasc Thorac Res. 2017; 9(2): p. 113-117.
- MOTILLO S, DELANEY JS. *Should family members witness cardiopulmonary resuscitation?* CJEM. 2014; 16(6): p. 497-501.
- MONTI M, PRATI G, CALIGARI S. *I familiari durante l'emergenza: intralcio o risorsa?* Itjem. 2014 Gennaio; 3(1): p. 11-22.
- GIANNINI A, MACCINESI G, LEONCINO S. *Visiting policies in Italian intensive care*. Intensive Care Med. 2008; 34(7): p. 1256-1262
- COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA. *Terapia*

intensiva "aperta" alle visite dei familiari. [online] http://bioetica.governo.it/media/1827/p112_2013_terapia-intensiva-aperta_it.pdf; 24 Luglio 2013

- COMPTON S, MADGY A, GOLDSTEIN M, SANDHU J, DUNNE R, SWOR R. *Emergency medical service providers' experience with family presence during cardiopulmonary resuscitation*. Resuscitation. 2006; 70(2): p. 223-228.
- FERNANDEZ R, COMPTON S, VELLA MA, JONES K. *The presence of a family witness impacts physician performance during simulated medical codes*. Crit Care Med. 2009; 37(6): p. 1956-1960.
- SAK-DANKOSKY N, ANDRUSZKIEWICZ P, SHERWOOD PR, KVIST T. *Health care professionals' concerns regarding in-hospital family-witnessed cardiopulmonary resuscitation implementation into clinical practice*. Nurs Crit Care. 2018; 23(3): p. 134-140
- FULBROOK P, LATOUR J, ALBARRAN J ET AL. *The presence of family members during cardiopulmonary resuscitation: European federation of Critical Care Nursing associations, European Society of Paediatric and Neonatal Intensive Care and European Society of Cardiology Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions Joint Position Statement*. Eur J Cardiovasc Nurs. 2007; 6(4): p. 255-258
- SAK-DANKOSKY N, ANDRUSZKIEWICZ P, SHERWOOD PR, KVIST T. *Integrative review: nurses' and physicians' experiences and attitudes toward inpatient-witnessed resuscitation on an adult patient*. J Adv Nurs. 2014; 70(5): p. 957-974
- BASHAYREH I, SAIFAN A, BATIHA AM, TIMMON S. *Health professionals' perceptions regarding family witnessed resuscitation in adult critical care settings*. J Clin Nurs. 2015; 24(17-18): p. 2611-2619
- KNOTT A, KEE CC. *Nurses' beliefs about family presence during resuscitation*. Appl Nurs Res. 2005; 18(4): p. 192-198
- LEDERMAN Z, GARASIC M, PIPERBERG M. *Family presence during cardiopulmonary resuscitation: who should decide?* J Med Ethics. 2014; 40(5): p. 315-319
- MONKS J, FLYNN M. *Care, compassion and competence in critical care: a qualitative exploration of nurses' experience of family witnessed resuscitation*. Intensive Crit Care Nurs. 2014; 30(6): p. 353-359.