UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

La rianimazione cardiopolmonare: impatto psicoemotivo, tecniche di coping e importanza del team durante e dopo le manovre rianimatorie

Relatore: Dott. Raul Bucciarelli

Laureanda: Dai Prà Marianna

(Matricola n.: 2048953)

Anno Accademico: 2024-2025

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

La rianimazione cardiopolmonare: impatto psicoemotivo, tecniche di coping e importanza del team durante e dopo le manovre rianimatorie

Relatore: Dott. Raul Bucciarelli

Laureanda: Dai Prà Marianna

(Matricola n.: 2048953)

Anno Accademico: 2024-2025

Ad Alessandro G.,
ringrazio per averlo incontrato
e per avermi dato il coraggio
di parlare di questo argomento
così importante e difficile.

Veglia sempre sulla tua famiglia
anche da lassù.

ABSTRACT

Introduzione

La rianimazione cardiopolmonare (RCP) è una procedura medica di emergenza mirata a preservare la circolazione e la respirazione nella persona che ne è vittima ma allo stesso tempo, implica un importante carico emotivo per il personale sanitario e volontario, soprattutto in ambiente extraospedaliero dove difficoltà e insidie sono numerose. I soccorritori e gli infermieri che si trovano coinvolti in queste manovre affrontano elevati livelli di stress che possono sfociare in sintomatologia ansiosa e in disturbi post traumatici da stress.

Scopo

Il seguente elaborato indaga l'ansia percepita da infermieri e soccorritori in seguito all'esecuzione di manovre rianimatorie, identificando le strategie di coping utilizzate per fronteggiare tale ansia e cerca di comprendere l'importanza del ruolo della squadra di soccorso.

Materiali e metodi

Lo studio è stato condotto nei Pronto Soccorso e nelle relative Centrali Operative di due differenti aziende ospedaliere identificate nella ULSS 1 Dolomiti e nella ULSS 2 Marca Trevigiana. Si è voluto includere un altrettanto importante campione di soccorritori volontari facenti parte di associazioni che offrono attività in supporto al servizio urgenza emergenza medica 118 (SUEM 118). Al campione volontario di soccorritori ed infermieri è stato sottoposto un questionario composto da differenti scale, due scale per valutare l'impatto psicologico della rianimazione cardiopolmonare identificate nella *Impact of Event Scale* (IES) e nella *Post-Code Stress Scale* (PCSS) e altre due scale utilizzate per identificare le strategie di coping adottate del personale coinvolto nello studio rappresentate dalla *Meaning-Centered Coping Scale* (MCCS) e dalla *Proactive Coping Inventory* (PCI).

Risultati

Lo studio ha analizzato lo stress percepito e le tecniche di coping di soccorritori volontari e infermieri di 118 coinvolti nelle manovre di RCP. I risultati delle scale

utilizzate (*Impact of Event Scale* - IES, *Meaning-centered Coping Scale* - MCCS, *Post-Code Stress Scale* - PCSS, *Proactive Coping Inventory* - PCI) evidenziano moderati livelli di stress post-RCP, buone capacità di mantenere un atteggiamento positivo e l'uso di strategie di coping proattive. Nel complesso viene mostrata un'efficace gestione dello stress e un'elevata resilienza psicologica.

Discussione

Lo stress post-RCP viene principalmente associato a fattori di responsabilità professionale, mentre il coping proattivo e le risorse personali contribuiscono allo sviluppo della resilienza psicologica. Risulta importante promuovere la formazione ed il supporto psicologico per favorire il benessere psicologico degli operatori sanitari e dei soccorritori volontari anche in un'ottica di miglioramento del lavoro di squadra e negli interventi che comportano manovre di RCP.

Conclusione

Lo studio sottolinea l'importanza del supporto psicologico per soccorritori volontari ed infermieri di pronto soccorso, soprattutto in seguito a manovre di RCP con esito infausto, con l'obiettivo di aumentare la resilienza, ridurre il rischio di burnout e migliorare il benessere psicologico ed emotivo. Risulta importante implementare programmi di formazione, di supporto psicologico per migliorare il benessere del personale che opera in contesti di urgenza ed emergenza, migliorando così la qualità delle cure.

Parole chiave: sentimenti, emozioni, stress, rianimazione cardiopolmonare, strategie di coping, misurare il coping

Keywords: feelings, emotions, stress, cardiopolmunary resuscitation, coping strategies

INDICE

1. INTRODUZIONE……5

2. QUADRO TEORICO……...7

CAPITOLO 1……..7

1.1 Arresto cardiaco: definizione e incidenza……7

1.2 Rianimazione cardiopolmonare: definizione e procedure……7

1.3 Conseguenze di una scorretta rianimazione cardiopolmonare…….9

CAPITOLO 2……9

2.1 Differenze tra equipaggio sanitario ed equipaggio composto da soccorritori volontari……...9

2.2 Importanza del lavoro di squadra……10

2.3 Conseguenze dell'assenza del lavoro di squadra……11

CAPITOLO 3……...11

3.1 Stress da RCP nei volontari e negli infermieri di Pronto Soccorso……11

3.2 Strategie di coping per la gestione dello stress post-RCP……..13

3. LA RICERCA EMPIRICA……15

3.1. LO SCOPO DELLA RICERCA……15

3.2. DOMANDA DI RICERCA……15

4. MATERIALI E METODI……..17

4.1. DISEGNO DELLO STUDIO……17

4.2. CAMPIONAMENTO E SETTNG……17

4.3. ATTIVITA' DI RACCOLTA DATI……17

5. STRUMENTI DI MISURA E RISULTATI……...19

5.1. DESCRIZIONE DEL CAMPIONE……...……19

5.2. IMPACT OF EVENT SCALE (IES)……..20

5.3. POST CODE STRESS SCALE (PCSS)……..……...23

5.4. MEANING CENTERED COPING SCALE (MCCS)…….……..24
5.5. PROACTIVE COPING INVENTORY (PCI)……25

6. DISCUSSIONE E CONCLUSIONE…….33
6.1. DISCUSSIONE DEI RISULTATI……..33
6.2. LIMITI DELLO STUDIO……..34
6.3. RACCOMANDAZIONI PER LE RICERCHE FUTURE…….35
6.4. IMPLICAZIONI PER LA PRATICA CLINICA……35
6.5. CONCLUSIONI……36

7. BIBLIOGRAFIA……39

8. ALLEGATI……..41

1. INTRODUZIONE

Questo progetto di tesi affronta un tema di rilevante interesse per la pratica clinica e per la salute occupazionale: le reazioni psico-emotive degli operatori sanitari coinvolti in eventi critici. La scelta dell'argomento trae origine da un episodio professionale che ha richiesto l'esecuzione di manovre di rianimazione cardiopolmonare (RCP), occasione che ha stimolato un approfondimento sul modo in cui tali esperienze influenzano il benessere emotivo e relazionale di infermieri e soccorritori. La salute mentale di queste figure è un aspetto essenziale nella sicurezza delle cure. L'esposizione continuativa a situazioni ad alto impatto emotivo comporta un rischio di stress acuto e cronico, con possibili ripercussioni sul funzionamento professionale e personale. Studiare tali fenomeni consente di promuovere strategie di prevenzione, sostegno e formazione volte a tutelare il benessere psicologico degli operatori.

L'obiettivo di questo progetto è quello di aumentare la consapevolezza riguardo al grande impatto psicologico ed emotivo della rianimazione cardiopolmonare e di promuovere la salvaguardia sia dell'assistenza sia del benessere psicofisico degli infermieri e dei volontari. La prima parte è rappresentata da un quadro teorico inerente all'arresto cardiaco, la RCP e sulle tecniche di coping che vengono maggiormente adottate da infermieri e soccorritori. In un secondo momento è stata avviata la raccolta dati, solo dopo aver ottenuto le autorizzazioni necessarie, dalla coordinatrice del corso di laurea, dai dirigenti sanitari, dai direttori delle unità operative coinvolte ed è stato poi fornito un questionario rivolto alla componente infermieristica e dei soccorritori volontari.

Lo strumento elaborato ha permesso di ottenere informazioni riguardanti dati demografici e vissuti inerenti alle manovre di RCP e le tecniche di coping adottate per gestire lo stress post-RCP.

I dati sono stati elaborati e discussi per rilevare eventuali relazioni statisticamente significative e sono stati successivamente discussi per capire la modalità di manifestazione di stress e quali tecniche di coping vengono adottate. In seguito alla valutazione dei risultati è stato svolto un confronto con i dati presenti in letteratura seguito dall'elaborazione di considerazioni e suggerimenti volti a migliorare la gestione dello stress tra il personale sanitario e volontario, cercando di fornire delle

strategie di supporto concreto nella gestione dello stress causato dalla rianimazione cardiopolmonare.

2. QUADRO TEORICO

CAPITOLO 1

1.1. Arresto cardiaco: definizione e incidenza

L'arresto cardiaco è la terza causa di morte in Europa. L'incidenza annuale di arresto cardiaco extraospedaliero (OHCA) in Europa è tra 67 e 170 casi ogni 100.000 abitanti. In circa il 50-60% dei casi (tra 19 e 97 casi ogni 100.000 abitanti) viene tentata o portata avanti la rianimazione dal personale SEM (Servizio Emergenza Medica) anche se l'impiego dei defibrillatori automatici esterni (DAE) rimane basso con una media del 28% (Linee Guida IRC, 2021)

L'arresto cardiaco rappresenta una delle emergenze mediche più gravi e si verifica quando il cuore perde la sua capacità di pompare sangue e di apportare ossigeno e nutrienti ai tessuti con conseguente morte in pochissimi minuti.

Il concetto di arresto cardiaco comprende diverse condizioni caratterizzate dall'interruzione della circolazione del flusso ematico nell'organismo dell'individuo che ne è vittima. Nel sangue è presente un importante componente, l'ossigeno, elemento fondamentale per le cellule dell'organismo che in assenza di esso iniziano a morire. Le cellule che risultano maggiormente vulnerabili sono le cellule del muscolo cardiaco e del cervello, che non ricevendo ossigeno muoiono molto rapidamente raggiungendo la soglia di danno irreversibile in pochi minuti (circa 10 minuti). Se il cervello viene privato dell'ossigeno, la vittima perde coscienza in pochissimi minuti e smette di respirare in modo autonomo (Linee Guida IRC, 2021)

1.2. Rianimazione cardiopolmonare: definizione e procedure

La rianimazione cardiopolmonare si caratterizza per una serie di valutazioni ed azioni che servono a riconoscere l'arresto cardiaco, chiedere aiuto o supporto, sostenere la circolazione e la respirazione per rallentare il processo di morte. Risulta molto importante riconoscere precocemente la persona in arresto cardiaco per poter attuare prontamente le manovre di rianimazione. Le manovre da eseguire sono le stesse indipendentemente quale sia la causa che ha portato all'arresto cardiaco e lo scopo

iniziale è cercare di rallentare il processo di morte cellulare ripristinando il circolo ematico e l'apporto di ossigeno ai tessuti. La rianimazione cardiopolmonare prevede una serie di compressioni al centro del torace seguite da una serie di ventilazioni. In questo modo la compressione favorisce l'espulsione del sangue dal cuore permettendo quindi di apportare nuovamente sangue ed ossigeno ai tessuti. Qualsiasi sia la causa dell'arresto, le manovre da eseguire sono sempre le stesse e sono racchiuse nella "catena della sopravvivenza" caratterizzata da una serie di azioni ed interventi che, se svolti prontamente permettono alla persona in arresto cardiaco di aumentare la probabilità di sopravvivenza:

- Identificare l'arresto cardiaco: la persona non risponde e non respira normalmente (valutazione mediante G. A. S. → Guardo, Ascolto, Sento)
- Chiamare immediatamente il 112/118: spiegare la situazione e seguire attentamente le istruzioni fornite dagli operatori.
- Iniziare le manovre di rianimazione. 30 compressioni toraciche della profondità di 5 centimetri circa, seguite da 2 ventilazioni eseguite con il metodo bocca a bocca (se si conosce la vittima) oppure mediante la pocket-mask (una piccola maschera portatile che funge da barriera tra il soccorritore e la vittima)
- Continuare con la RCP 30:2 fino all'arrivo dei soccorritori o supporto avanzato
- Posizionare le placche del DAE (se disponibile) e seguire le indicazioni che vengono fornite
- Intervento del personale sanitario e trasporto in ospedale per il proseguimento delle cure.

La catena della sopravvivenza viene rappresentata come una serie di anelli raffiguranti ognuno un'azione, che, se svolti nel modo e nei tempi previsti permettono di salvare la vita alla vittima di arresto cardiaco.

Un ruolo molto importante è rivestito dall'operatore della Centrale Operativa che risponde alla chiamata di soccorso; infatti, effettuerà una serie di quesiti che gli permetteranno di attivare prontamente il mezzo di soccorso più adatto e può aiutare a

capire se la persona è in arresto cardiaco in modo da far attuare le manovre necessarie per mantenere il circolo fino all'arrivo del personale sanitario (Linee Guida IRC, 2021).

1.3. Conseguenze di una scorretta rianimazione cardiopolmonare

Le manovre di rianimazione cardiopolmonare devono essere eseguite correttamente ed esclusivamente su pazienti con assenza di segni di circolo (polso arterioso) e respirazione (movimenti toracoaddominali). Le compressioni toraciche se eseguite in modo eccessivamente vigoroso e per un arco di tempo prolungato possono provocare fratture costali spesso non gravi. Le conseguenze come le fratture sono assolutamente accettabili considerando il fatto che senza manovre rianimatorie la vittima non può sopravvivere. I dati presenti in letteratura mostrano che le complicanze legate alle manovre di rianimazione cardiopolmonare sono molto rare soprattutto se si tratta di bambini, in quanto l'apparato osteoarticolare è molto elastico. Anche da un punto di vista giuridico la possibilità di arrecare lesioni accidentali nel tentativo di salvare la vita alla vittima di arresto cardiaco, è giustificata dallo stato di necessità in cui la persona si trova (Linee Guida IRC, 2021).

CAPITOLO 2

2.1. Differenza tra equipaggio sanitario ed equipaggio composto da soccorritori volontari

Nell'ambito dell'emergenza territoriale si trovano ad operare diverse figure rappresentate da una parte, dei soccorritori volontari e dall'altra dal personale sanitario. La differenza sostanziale tra le due figure si riscontra nella formazione e nella tipologia di servizi che offrono alla comunità. L'equipaggio sanitario è costituito da personale sanitario qualificato che ha seguito una formazione specifica e includono: l'autista soccorritore, l'infermiere ed il medico. Svolgono la loro attività con Mezzi di Soccorso Avanzato (MSA) ed automediche e possono intervenire in qualsiasi emergenza sanitaria, dai codici minori (bianchi e verdi) alle maxiemergenze. Mentre l'equipaggio dei soccorritori volontari è costituito da persone che operano

gratuitamente all'interno di associazioni accreditate con il Servizio di Urgenza ed Emergenza Medica territoriale. Svolgono il loro servizio con ambulanze di tipo B (Base), intervengono principalmente sui codici minori (bianche e verdi), nei trasferimenti programmati di persone stabili ed in alcuni casi possono intervenire in codici maggiori come gialli e rossi. Svolgono l'attività in ambulanza solo al completamento del corso di formazione composto da una parte teorica in cui vengono approfonditi aspetti di anatomia e fisiologia, sicurezza del personale e della vittima, ruoli e responsabilità del volontario. Il corso si compone poi di una parte specifica in cui vengono trattati aspetti di gestione delle emergenze come l'estricazione, l'immobilizzazione, la gestione dei traumi. A completare la formazione, i soccorritori vengono istruiti alle manovre di RCP e all'utilizzo del DAE, attraverso corsi di BLS-D svolti regolarmente ogni 2 anni. Al termine della formazione teorica e pratica viene eseguito un esame abilitante allo svolgimento del servizio in ambulanza costituto da una prova scritta e una prova pratica, per poter operare autonomamente in ambulanza è obbligatorio svolgere un periodo di "tirocinio" in affiancamento a personale esperto.

2.2. Importanza del lavoro di squadra

Quando si parla di interventi in emergenza, non si può evitare di parlare del lavoro di squadra. La collaborazione, il sostegno reciproco, la chiarezza dei ruoli, la comunicazione efficace e la rapidità di intervento sono aspetti fondamentali per il raggiungimento dello scopo: salvare una vita umana. Per questo è fondamentale che ogni componente dell'equipaggio conosca il suo ruolo e lo rispetti, portando a termine i suoi compiti per, in caso di necessità, aiutare gli altri componenti dell'equipaggio.

La rianimazione cardiopolmonare è un evento emotivamente stressante e un equipaggio che si supporta e si fida reciprocamente ha un ruolo importantissimo nel mantenere la calma e la lucidità nella gestione dello stress. Un linguaggio efficace, chiaro e conciso permette di comunicare rapidamente, senza dover spiegare le cose e permettendo di ridurre i tempi di intervento e il rischio di errore. Un equipaggio ben affiatato si trova a svolgere le azioni in modo automatico, migliorando l'efficacia

dell'intervento, riducendo i tempi e aumentando la probabilità di sopravvivenza del paziente.

2.3. Conseguenze dell'assenza del lavoro di squadra

Possono verificarsi situazioni in cui ansia, agitazione e stress prendono il sopravvento, compromettendo il lavoro di squadra e l'esito dell'intervento, con conseguenze anche fatali per la vittima in arresto cardiaco. Quando la comunicazione non è efficace il rischio di errore aumenta e, come una mancanza di precisione, viene a mancare tutto quello che il lavoro di squadra permette. I tempi di intervento si prolungano, la stanchezza fisica aumenta con l'aumento del rischio di errore, si creano tensioni interne all'equipaggio soprattutto se l'intervento si conclude con l'exitus del paziente. Nel momento di confusione, i ruoli possono non essere rispettati portando a errori procedurali, dimenticanza di presidi, errori nella comunicazione di dati importanti per il soccorso alla persona. L'aumento dei tempi di intervento comporta l'aumento del rischio di complicanze permanenti nella vittima di arresto cardiaco.

Quando il lavoro di squadra viene a mancare, gli interventi si prolungano, aumentano gli errori clinici e organizzativi, possono avere origine tensioni e conflitti interni, stress e rischi sia per il personale che interviene sia per il paziente.

CAPITOLO 3

3.1. Stress da RCP nei soccorritori volontari e negli infermieri di Pronto Soccorso

La rianimazione cardiopolmonare è un atto salvavita utilizzata sia da personale sanitario sia da laici, che porta con sé un lato più nascosto, l'impatto psicologico ed emotivo nei soccorritori che la svolgono. Ogni rianimazione cardiopolmonare è unica e viene vissuta dagli operatori in modi differenti, in base al vissuto personale, al coinvolgimento emotivo ed alla consapevolezza. L'impatto psicologico è strettamente legato alla conoscenza dei protocolli operativi, all'età della vittima, l'affiatamento dell'equipaggio, alla conoscenza dei ruoli e delle mansioni, alle caratteristiche del leader, all'esperienza e al livello di autostima del singolo operatore.

Conoscenza dei protocolli operativi: la formazione continua, la conoscenza approfondita delle manovre salvavita, la partecipazione a retraining con simulazioni di massaggio cardiaco rendono la gestione delle manovre e la presa di decisione più semplice ed in alcuni casi automatica. Il livello di ansia risulterà inferiore rispetto a situazioni sconosciute per le quali non è stato possibile svolgere delle simulazioni ed in cui ci si trova ad operare senza preparazione specifica.

Età della vittima: quando ci si trova ad eseguire le manovre rianimatorie ad un bambino, un giovane o un adulto, i livelli di ansia, agitazione e stress sono maggiori rispetto allo svolgimento delle stesse manovre ad un anziano. Il coinvolgimento risulterà maggiore se in aggiunta alla giovane età ci troviamo di fronte ad una situazione di assenza di condizioni mediche preesistenti.

Affiatamento dell'equipaggio: il personale coinvolto nelle manovre di rianimazione cardiopolmonare deve possedere una formazione adeguata e aggiornamenti periodici sulle linee guida vigenti, al fine di garantire un intervento coordinato ed efficace. Tuttavia, può accadere che i membri dell'equipaggio abbiano ricevuto una formazione eterogenea o non siano allineati alle più recenti modifiche dei protocolli rianimatori. Tali discrepanze possono generare incomprensioni operative durante l'intervento, influendo negativamente sulla coesione del gruppo e determinando stress psicologico o tensioni interpersonali. La situazione tende a complicarsi ulteriormente quando sul luogo dell'evento collaborano professionisti sanitari e volontari con livelli di competenza e modalità operative differenti. In tali circostanze, la mancanza di un linguaggio tecnico condiviso e di una chiara definizione dei ruoli può compromettere l'efficacia delle manovre e la serenità del team operativo.

Conoscenza dei ruoli e delle mansioni: come riportato nel capitolo precedente l'affiatamento dell'equipaggio ed il lavoro di squadra sono di fondamentale importanza per la gestione dell'intervento ed il raggiungimento dell'obiettivo. Un equipaggio in cui ognuno è consapevole del proprio ruolo, sa come portarlo a termine ed in caso di necessità è pronto ad aiutare il resto dell'equipe, riuscirà a gestire in modo più efficace un intervento dal forte impatto psicologico. Al contrario un equipaggio non coordinato, in cui nessuno rispetta il proprio ruolo e non è organizzato per gestire l'emergenza, si troverà in difficoltà nella gestione delle manovre di RCP.

Caratteristiche del leader: soprattutto nell'ambito del volontariato la figura del leader ha un ruolo chiave nella gestione dell'intervento e nella buona gestione ed assistenza al paziente. Dato il forte impatto psicologico delle manovre rianimatorie soprattutto se svolte su vittime giovani, il leader deve essere in grado di coordinare e gestire gli altri membri dell'equipaggio, mantenendo la calma, assegnando compiti chiari e in modo comprensibile.

Esperienza e livello di autostima del singolo operatore: gli operatori che nel tempo si sono trovati a dover eseguire più RCP in contesti differenti hanno sviluppato esperienza nella gestione della situazione che permette di fronteggiare con maggior sicurezza e prontezza le circostanze future. Con il tempo il soccorritore aumenterà la capacità di calcolare, prevenire e gestire i possibili imprevisti che possono svilupparsi durante un intervento ed aumenterà il proprio livello di autostima, indispensabile per affrontare e gestire le missioni future.

Bisogna porre attenzione anche per quanto riguarda la necessità di dover decidere quando è opportuno o meno eseguire le manovre di rianimazione. Nel caso di un paziente molto anziano con importante comorbilità l'equipe sanitaria si troverà a dover decidere se iniziare le manovre rianimatorie, in quanto in alcune situazioni risulta inaccettabile iniziare le manovre rianimatorie se la vittima quando si trovava in una situazione di completa lucidità e nel pieno della consapevolezza ha espresso la volontà di non essere rianimato (DNR→ Do Not Resuscitation).

Da considerare è anche il fatto che le manovre di rianimazione sono state elaborate e hanno probabilità di miglior risultato solo in alcune situazioni e se svolte nel modo e nei tempi corretti, la probabilità di risultato positivo aumenta se le manovre vengono eseguite in ambiente protetto e con l'ausilio di tecnologie avanzate (Rianimazione cardiopolmonare e risvolti psicologici, Monti M., 2003)

3.2. Strategie di coping per la gestione dello stress post-RCP

Il termine coping (dall'inglese "fronteggiare", "affrontare") indica l'insieme delle strategie che vengono adottate dall'individuo per gestire situazioni nuove e/o avversa, cercando di adattarsi ad una situazione percepita come pericolosa e stressante. Nel

tempo le strategie di coping vennero distinte seguendo criteri precisi. una prima distinzione venne fatta tra coping focalizzato sul problema, mira modificare il problema e a ridurre il rischio di conseguenze dannose, e coping focalizzato sulle emozioni, con l'obiettivo di gestire le emozioni negative conseguenti alla situazione di stress (Lazarus & Folkman, 1984).

Il coping focalizzato sul problema può essere attuato in due modi differenti

- coping attivo in cui il soggetto affronta la situazione
- pianificazione in cui in presenza o con la possibilità di comparsa del problema, il soggetto pianifica la modalità per poter ridurre l'impatto che potrebbero avere le conseguenze negative

Per quanto riguarda il coping focalizzato sulle emozioni, il soggetto pone maggior attenzione ad agire sulle emozioni negative che possono generare da una situazione di stress e si caratterizzano in quattro comportamenti differenti

- distanziamento: il soggetto può negare la presenza del problema o tenta di distrarsi dal problema
- autocontrollo: il soggetto non si lascia coinvolgere dalle proprie emozioni
- assunzione di responsabilità: il soggetto si assume, o non si assume, la responsabilità della situazione che si è creata
- rivalutazione positiva: il soggetto cerca un significato più ampio rispetto all'accaduto

Un ulteriore criterio che è stato aggiunto in seguito, che si differenzia dai precedenti per la non centralità dell'oggetto, è la distinzione tra strategie di coping finalizzate all'evitamento e strategie finalizzate all'approccio (Miller, 1987)

Per molto tempo si è ritenuto che le strategie di coping di evitamento fossero funzionali in situazioni incontrollabili ed infauste. In seguito, alcune ricerche hanno dimostrato che le tecniche di evitamento in situazioni incontrollabili impedirebbero di ricercare e trovare informazioni sul problema che potrebbero essere utili (Atal & Carter, 1993)

3. LA RICERCA EMPIRICA

3.1. LO SCOPO DELLA RICERCA

Il seguente elaborato ha l'obiettivo di esaminare l'impatto psicologico ed emotivo delle manovre di rianimazione cardiopolmonare su infermieri di 118 e soccorritori volontari, ponendo l'attenzione sui livelli di ansia e stress percepiti e sulle strategie di coping adottate per gestire le emozioni provate in seguito alle manovre di RCP, con lo scopo di indagare le dinamiche psicologiche ed emotive che vengono attivate in seguito a queste situazioni di forte impatto. Gli obiettivi di questo studio vengono riportati di seguito:

- indagare ansia e stress percepiti da infermieri e soccorritori volontari in seguito alle manovre di rianimazione cardiopolmonare
- apprendere le strategie di coping che vengono maggiormente adottate per fronteggiare l'asia percepita in seguito agli interventi di RCP
- confrontare le strategie di coping che vengono adottate da infermieri e soccorritori
- eseguire una revisione della letteratura per confrontare i risultati ottenuti e i dati riportati in letteratura inerenti alle tecniche di coping adottate.

3.2. DOMANDA DI RICERCA

Il quesito elaborato per la presente tesi è il seguente: qual è l'impatto psico-emotivo della rianimazione cardiopolmonare su infermieri e soccorritori che operano in contesto di urgenza ed emergenza territoriale? Nella *tabella I* sotto riportata viene schematizzato il quesito di ricerca utilizzando il metodo PICo (Popolazione, fenomeno d'Interesse, Contesto)

Tabella I: quesito di ricerca in formato PICo

P	Infermieri e soccorritori volontari coinvolti nelle manovre di RCP
I	Impatto psico-emotivo della RCP, con particolare attenzione ed ansia e stress percepiti, alle tecniche di coping adottate per affrontare lo stress post-RCP
Co	Urgenza ed emergenza territoriale (SUEM 118)

4. MATERIALI E METODI

4.1. Disegno dello studio

Il presente elaborato è uno studio descrittivo osservazionale trasversale, che esamina i dati raccolti in un determinato periodo di tempo, da maggio 2025 ad ottobre 2025.

4.2. Campionamento e setting

In questo elaborato si è voluto utilizzare il metodo del campionamento volontario, una tecnica di campionamento in cui i partecipanti aderiscono in modo completamente volontario ad uno studio che è stato precedentemente presentato. Il campione è costituito da infermieri che operano in pronto soccorso, e da soccorritori volontari che offrono il loro contributo in supporto al 118. I criteri di reclutamento per questo studio sono

- criteri di inclusione: infermieri e soccorritori impegnati attivamente in attività di soccorso in ambito di urgenza ed emergenza, che abbiano svolto almeno una RCP durante il loro servizio e che abbiano partecipato in maniera volontaria alla compilazione del questionario.
- criteri di esclusione: infermieri e soccorritori impegnati/non impegnati in attività di soccorso in ambito di urgenza ed emergenza, che non hanno svolto alcuna RCP durante il loro servizio e che non hanno partecipato alla compilazione del questionario.

4.3. Attività di raccolta dati

L'attività di raccolta dati è avvenuta tra maggio ed ottobre 2025. Ad ogni partecipante è stato fornito il questionario online, tramite piattaforma Google Moduli, costituito da tre parti e con compilazione in forma anonima. Il tempo stimato per la compilazione era di circa 5 minuti. È stato garantito il trattamento dei dati secondo le vigenti norme sulla privacy.

5. STRUMENTI DI MISURA e RISULTATI

5.1. Descrizione del campione

La prima parte del questionario consisteva nella compilazione di alcune domande anagrafiche e professionali, allo scopo di esporre in modo quanto più dettagliato le caratteristiche del campione analizzato. La compilazione, completamente anonima, raccoglieva informazioni riguardo: la fascia di età, il sesso, il ruolo rivestito (soccorritore volontario o infermiere), la sede di provenienza (Pronto Soccorso o associazione di volontariato), il più alto titolo di studio, gli anni di attività, quando è stata l'ultima volta che hanno svolto una RCP, quante RCP svolgono di media in un anno e per finire quando è stata l'ultima volta che hanno frequentato un corso di RCP. Le domande sono raccolte nella *tabella II* nella sezione *Allegati.*

Delle 23 associazioni di volontariato contattate per la compilazione del questionario, solo 13 hanno partecipato attivamente. La maggior partecipazione si riscontra nelle associazioni di volontariato del bellunese, Croce Verde Val Biois (14 risposte), Val Belluna Emergenza (11 risposte) e Croce Bianca di Cortina (9 risposte), Croce Bianca di Colle Santa Lucia (7 risposte) per un totale di 56 risposte.

Il coinvolgimento e la partecipazione della componente infermieristica risultano leggermente più carenti rispetto alla componente dei soccorritori volontari; infatti, di tutti i pronto soccorso facenti parte delle due aziende ospedaliere selezionate, rispettivamente ULSS 1 Dolomiti e ULSS 2 Trevigiana, solo 6 hanno partecipato, compilano il questionario per un totale di 37. Il 32 % degli infermieri lavora in Pronto Soccorso (PS) a Castelfranco Veneto, seguito dai PS di Agordo e Belluno entrambi con una percentuale del 16% e dal PS di Feltre con il 14%.

Il campione si distribuisce in maniera leggermente sbilanciata per quanto riguarda la partecipazione delle due componenti, infermieri e soccorritori, il 56% è rappresentato da soccorritori ed il restante 44% da infermieri. Mentre si distribuisce in maniera abbastanza uniforme per quanto riguarda sesso ed età, con una partecipazione del 51 % del sesso maschile e del 49 % per il sesso femminile. La maggior parte della componente femminile è compresa nelle fasce d'età 31-35 anni e 51-55 anni, mentre per la componente maschile è più significativa la fascia d'età 56-60 anni.

Il titolo di studio che ricorre maggiormente è la laurea triennale (40%) seguito dal master di primo livello (30%), dal diploma di scuola professionale (25%) ed in ultimo dalla laurea magistrale (5%).

La maggior parte dei soccorritori, il 26.56%, ha un'esperienza di oltre 20 anni in ambito del soccorso, seguiti da coloro che hanno un'esperienza di 0-5 anni, il 23.44, mentre il 21.88% è rappresentato da soccorritori con un'esperienza di 15-20 anni. In percentuale inferiore troviamo chi svolge attività da 10-15 anni (15.63%) ed infine ad 12.5% rappresentato da coloro che svolgono attività da 10-15 anni.

Il 40% degli infermieri che ha compilato il questionario ha esperienza di 0-5 anni, seguiti da coloro che hanno esperienza di 5-10 anni (25%) ed il 20% è costituito da coloro che hanno un'esperienza di oltre 20 anni. In percentuale decisamente inferiore troviamo chi opera da 10-15 anni (12.5%) e da 15-20 anni (2.5%).

Di tutti i 91 intervistati 75% riferisce di aver svolto l'ultima rianimazione cardiopolmonare entro 0-2 anni precedenti, una quota parte (11%) riferisce di averla svolta 3-5 anni fa e più di 7 anni fa, in ultimo il 3%, 5-7 anni fa.

Il 75.83% degli intervistati svolge in media meno di 5 RCP l'anno, mentre il 18.68% svolge tra 5 e 10 RCP annue e in ultimo il 5.49% svolge tra le 10 e le 20 RCP l'anno.

Dalle risposte al questionario si denota l'importanza dei corsi di aggiornamento sulla rianimazione cardiopolmonare; infatti, il 97% dei compilatori riferisce di aver svolto l'ultimo corso meno di 2 anni fa, il 2% di averlo svolto 3-5 anni fa e solo l'1% di averlo svolto più di 7 anni fa.

5.2. *Impact of event scale revisionata* (IES-R)

La *Impact of Event Scale* (IES) nasce per misurare lo stress soggettivo legato a eventi traumatici. si basa su un questionario che misura il disagio causato da un determinato evento stressante. Valuta i sintomi da stress post-traumatico attraverso item specifici (intrusione e evitamento). Più alto è il punteggio della scala, maggiore è il disagio percepito dal soggetto (Horowitz et al., 1979).

Successivamente venne revisionata in quella che divenne la IES-R creando una versione più dettagliata composta da 22 item e venne utilizzata per diagnosticare il Disturbo da Stress Post Traumatico (PTSD) (Weiss et al., 1997).

La IES-R è una scala costituita da 22 item che vengono suddivisi in 3 sottoscale che valutano differenti gruppi di sintomi caratteristici del PTSD:

- evitamento: misura gli sforzi per evitare sentimenti e pensieri legati al trauma
- intrusione: valuta i pensieri intrusivi, le immagini associate all'evento e gli incubi.
- esaltazione: valuta la reattività e l'eccitazione aumentate in seguito all'evento traumatico.

Il PTSD è caratterizzato da sintomi persistenti e angoscianti che si manifestano in seguito all'esposizione a morte effettiva o minacciata, gravi lesioni o violenza sessuale (American Psychiatric Association, 2013).

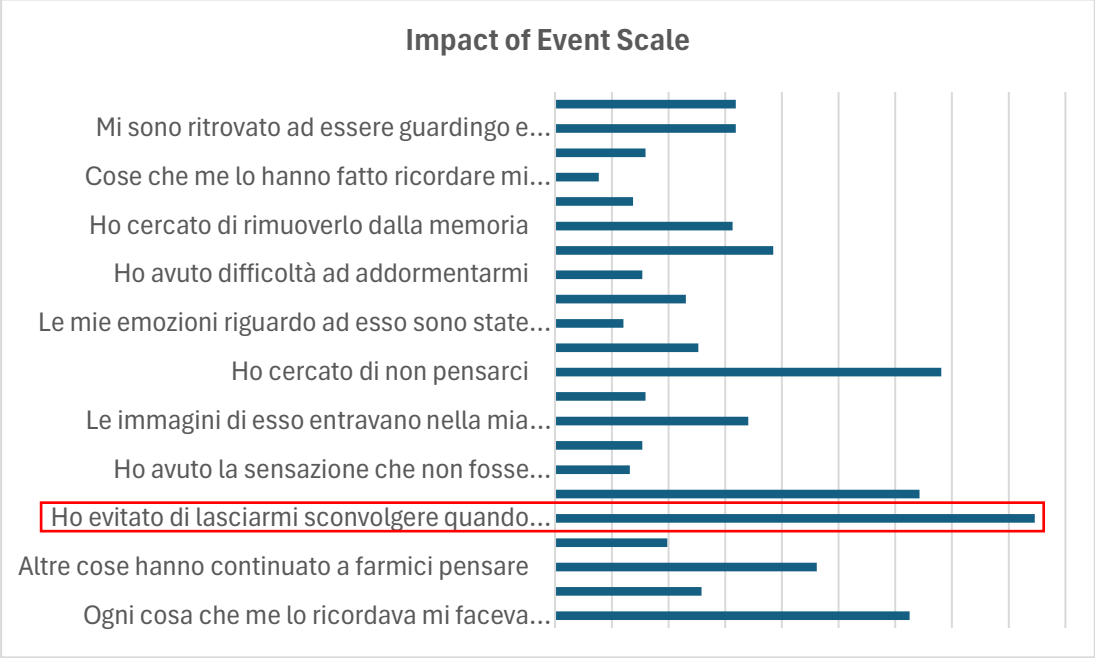
Ogni affermazione della IES-R viene misurata con una scala Likert da 0 ("per nulla d'accordo") a 5 ("assolutamente d'accordo"), punteggi minori indicano minor stress mentre punteggi maggiori indicano maggior stress. Un punteggio $\geq$33, su un totale di 88, indica un rischio maggiore di insorgenza di PTSD. I dati sono stati analizzati considerando le tre subscale e sommando gli items specifici

- subscala evitamento: media degli items 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22
- subscala intrusione: media degli items 1, 2, 3, 6, 9, 14, 16, 20
- subscala iperaroso: media degli item 4, 10, 15, 18, 19, 21

I risultati riportano che i partecipanti riferiscono maggior presenza di pensieri intrusivi, di incubi e di immagini associate all'evento traumatico (0.77625), i comportamenti di evitamento vengono attuati in maniera leggermente inferiore (0.705) mentre nettamente inferiore è l'attuazione di comportamenti di esaltazione (0.34).

Come riportato nella *figura 1*, l'affermazione con il punteggio più alto indica la manifestazione di ansia e stress maggiormente correlata ad un intervento di RCP nel campione esaminato. In seguito alla rielaborazione dei dati è emerso che l'affermazione più frequente e con il punteggio maggiore è "Ho evitato di lasciarmi sconvolgere quando ci ho pensato o mi è stato ricordato", con un punteggio totale di 154 e un punteggio medio di 1,69. Il presente dato indica che soccorritori ed infermieri tendono ad evitare in confronto emotivo con il ricordo dell'evento traumatico. Altre affermazioni significative per descrivere le manifestazioni di ansia e stress nei soccorritori e negli infermieri sono: "Ho cercato di non pensarci" (punteggio di 124 e media di 1,36), "Ci ho pensato senza averne l'intenzione" (punteggio di 117 e media di 1,29) e "Ogni cosa che me lo ricordava mi faceva venire emozioni relative ad esso" (punteggio di 114 e media di 1.25). Questi valori fanno dedurre che, nonostante sembri che le emozioni vengano gestite in modo adeguato, alcuni partecipanti in seguito alla RCP manifestino ricordi intrusivi e cerchino di evitare il ricordo dell'accaduto. I risultati della Impact of Event Scale sono riportati interamente nella *tabella III* nella sezione *Allegati*.

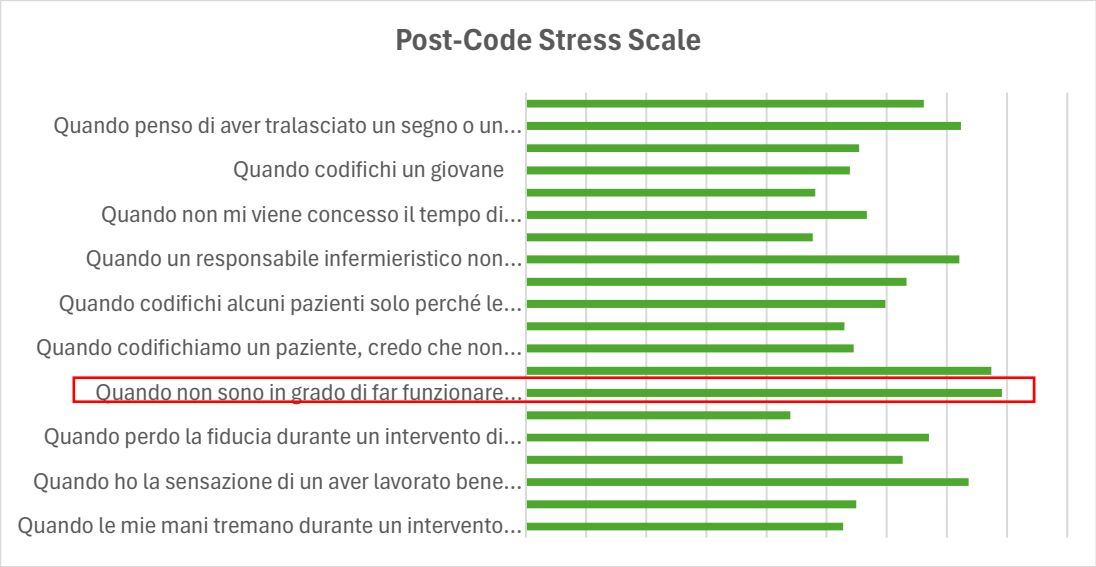
Figura 1: Risultati della IES



5.3. Post-code stress scale (PCSS)

La Post-Code Stress Scale (PCSS) è una scala sviluppata da Cole et al. nel 2001 e viene utilizzata per lo stress degli infermieri durante e dopo le RCP. La scala comprendeva 19 affermazioni valutabili con una scala Likert da 1 (non mi dà alcun fastidio) a 5 (mi dà moltissimo fastidio). Maggiore è il punteggio e maggiore è lo stress percepito dai partecipanti, minore è il punteggio e minore sarà lo stress percepito. Come rappresentato nella f*igura 3* l'affermazione con punteggio più alto è "quando non sono in grado di far funzionare correttamente un'apparecchiatura durante un codice" seguita da: "quando penso di aver tralasciato un segno o un sintomo importante", "quando ho la sensazione di non aver lavorato bene durante un intervento di emergenza" tutte affermazioni che identificano le fonti di stress principali derivanti da sentimenti di responsabilità personale, senso di colpa o frustrazione. Si possono notare anche elevati gli item legati alla gestione emotiva (quando la famiglia pensa che io possa salvare il paziente" e "quando le mie mani tremano durante l'emergenza"), mostrando una forte pressione psicologica ed emotiva durante gli interventi di RCP. Complessivamente la scala evidenzia un significativo livello di stress post-intervento di RCP per questo risulta fondamentale implementare e favorire il benessere psicologico ed emotivo di soccorritori ed infermieri e la necessità di lavorare di squadra, di momenti di debriefing post-intervento e soprattutto di supporto psicologico. I risultati completi sono riportati nella *tabella V* della sezione *Allegati.*

Figura 3

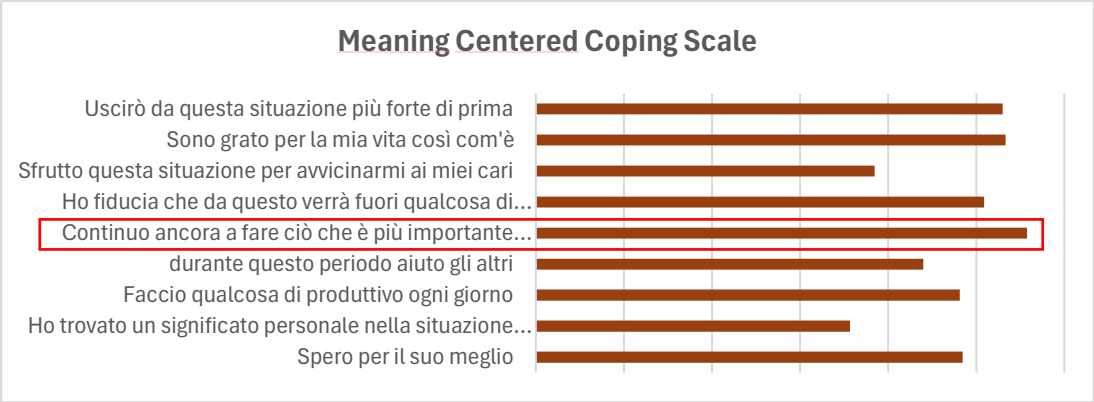


5.4. *Meaning-Centered Coping Scale* (MCCS)

La *Meaning-Centered Coping Scale* (MCCS) è una scala di valutazione del coping costituito da 9 item che valutano le strategie emotive, cognitive e comportamentali che vengono adottate dall'individuo per fronteggiare situazioni stressanti. La letteratura riporta che la MCCS è una misura di valutazione del coping centrato sul significato molto valida e identifica se la persona è in grado di riconoscere la propria crescita personale, mantenere una prospettiva positiva o cogliere un senso di speranza. Più alto è il punteggio e maggiore è la capacità di fronteggiare le situazioni stressanti, inversamente, più bassi sono i punteggi e maggiore è la difficoltà a trovare un significato, un senso o uno scopo.

Nella f*igura 2* è stata evidenziata la risposta con punteggio maggiore, identificata nella "Continuo ancora a fare ciò che è più importante nella mia vita" ciò indica che la maggior parte dei partecipanti riesce a mantenere una prospettiva positiva della propria vita, accettando l'accaduto e mantenendo il controllo della propria vita. Altri dati significativi per descrivere le tecniche di coping adottate sono: "sono grato della mia vita così com'è", "uscirò da questa situazione più forte di prima" e sono grato per la mia vita così com'è" tutte affermazioni che denotano la capacità dei partecipanti di mantenere prospettive positive e di apprezzare la propria vita. Valori opposti si riscontrano invece nelle affermazioni "sfrutto questa situazione per avvicinarmi ai miei cari" e "ho trovato un significato personale nella situazione attuale" risposte che fanno intendere che i partecipanti non utilizzano le situazioni di stress correlate a RCP per crescere a livello personale o di interazioni personali. Complessivamente i dati indicano una buona capacità di coping centrato sul significato. I risultati completi sono riportati nella *tabella IV* della sezione *Allegati*

Figura 2



5.5. *Proactive Coping Inventory* (PCI)

La *Proactive Coping Inventory* (PCI) è uno strumento di valutazione che viene utilizzato per indagare le strategie di coping proattivo attuate dai partecipanti allo studio. Il coping proattivo fa riferimento alle strategie orientate al futuro, alla prevenzione delle difficoltà a favorire la crescita personale e a sviluppare risorse personali. La PCI si compone di 7 sottoscale e da un totale di 55 item che rappresentano una modalità di fronteggiamento delle difficoltà basata su intraprendenza, responsabilità e visione prospettica; per il seguente studio una sottoscala costituente la PCI è stata considerata non rilevante di conseguenza sono state utilizzate 6 sottoscale per un totale di 45 item. Lo strumento si basa sulla convinzione che il coping rappresenti un processo multidimensionale e dinamico nel tempo e che le attività di coping si manifestino contemporaneamente su entrambi i livelli, comportamentale e cognitivo (Greenglass et al, 1999).

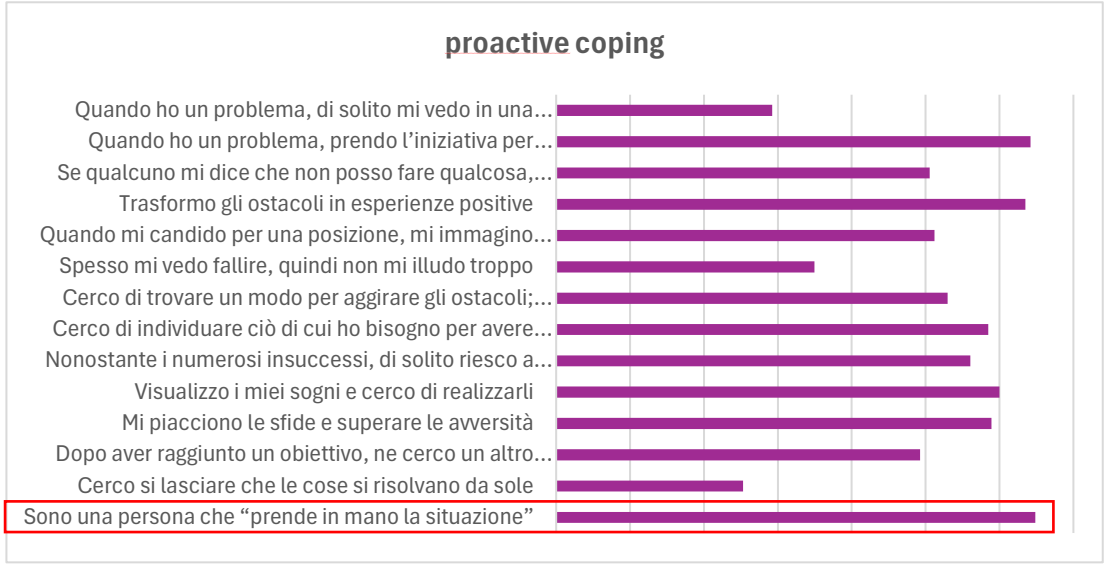
Le affermazioni vengono valutate con una scala Likert da 1 (per nulla d'accordo) a 4 (assolutamente d'accordo). La letteratura riporta buona affidabilità e validità. Ogni sottoscala è stata analizzata separatamente e riportata di seguito con la rispettiva interpretazione.

Proactive Coping

La *proactive coping* è costituita da 14 item e misura quanto i soggetti partecipanti tendano ad affrontare attivamente le difficoltà e a gestire le sfide in modo proattivo, combinando la capacità di stabilire autonomamente i propri obiettivi con la capacità di regolare i propri pensieri e comportamenti indispensabili per il loro raggiungimento. Valori più alti indicano maggior accordo con l'affermazione e di conseguenza un livello più alto di coping proattivo. Nella *figura 4* le affermazioni con punteggio maggiore sono: "Sono una persona che prende in mano la situazione", "Trasformo gli ostacoli in esperienze positive" e "Quando ho un problema, prendo l'iniziativa per risolverlo", tutte affermazioni che suggeriscono che i soccorritori volontari e gli infermieri che hanno partecipato allo studio abbiano un'alta capacità di autocontrollo, iniziativa e orientamento attivo verso il problema. Mentre i punteggi inferiori

individuabili nelle affermazioni “Cerco di lasciare che le cose si risolvano da sole” e “Spesso mi vedo fallire; quindi, non mi illudo troppo” mostrano una minor tendenza alla passività o al pessimismo mantenendo la coerenza con il profilo proattivo dei partecipanti allo studio. Nel complesso il grafico evidenzia come i partecipanti abbiano un forte orientamento proattivo caratterizzato da: fiducia nelle proprie capacità, visione ottimistica e orientata alle soluzioni, tendenza ad agire e a prendere iniziativa ed atteggiamento positivo verso le sfide. inoltre, sono poche le aeree che evidenziano un atteggiamento passivo o rinunciatario incalzando un profilo di coping efficace e orientato al controllo personale. I risultati completi sono riportati nella *tabella VI* della sezione *Allegati.*

Figura 4

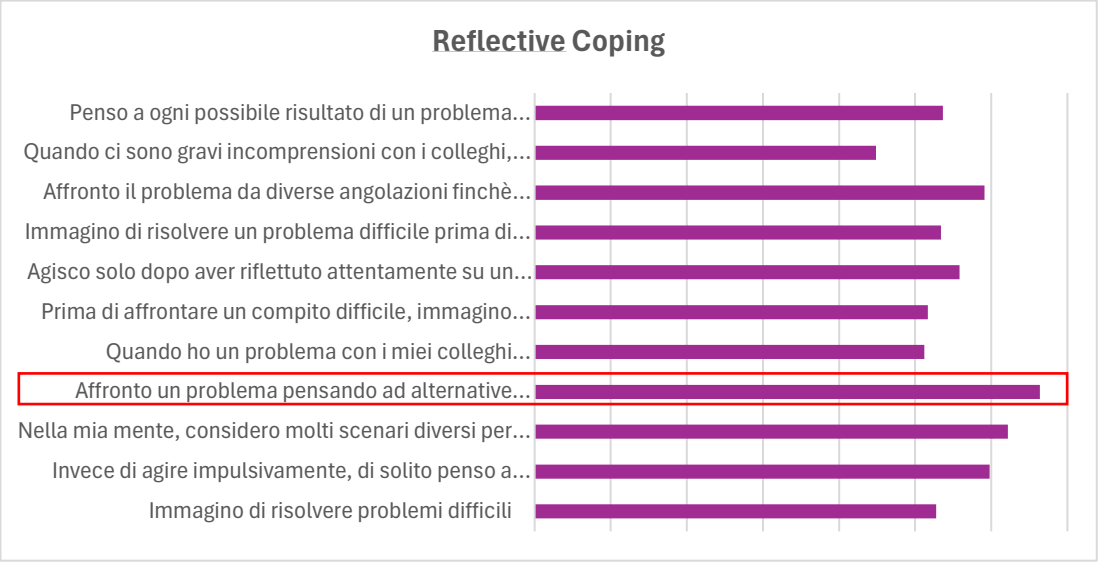


Reflective Coping Scale

La *reflecting coping scale* è costituita da 11 item e descrive un insieme di processi di simulazione e riflessione sulle diverse alternative comportamentali possibili. Questa sottoscala include attività come il brainstorming, l'analisi dei problemi e delle risorse disponibili e la formulazione di piani d’azione ipotetici (Greenglass et al, 1999). Nella *figura 5* vengono riportati i risultati e le affermazioni con punteggio maggiore sono: “affronto un problema pensando ad alternative realistiche", “affronto il problema da diverse angolazioni finché non trovo l’azione appropriata" e “nella mia mente considero molti scenari diversi per prepararmi a diversi risultati”, affermazioni che

indicano una forte capacità di analisi e pianificazione cognitiva, quindi i soccorritori volontari e gli infermieri che hanno partecipato allo studio tendono a considerare più possibilità e a scegliere l'azione e la strategia più efficace prima di agire in caso arresto cardiaco. Gli item che hanno valore inferiore "immagino di risolvere problemi difficili" e quando ci sono gravi incomprensioni con i colleghi, mi esercito prima su come li gestirò", suggeriscono che i partecipanti allo studio hanno meno abitudine a visualizzare mentalmente scenari interpersonali ad ogni modo tale dato non riduce significativamente il livello complessivo di coping riflessivo dei partecipanti. I risultati completi sono riportati nella *tabella VII* della sezione *Allegati.*

Figura 5: risultati della Reflective Coping, sottoscala dalla PCI.

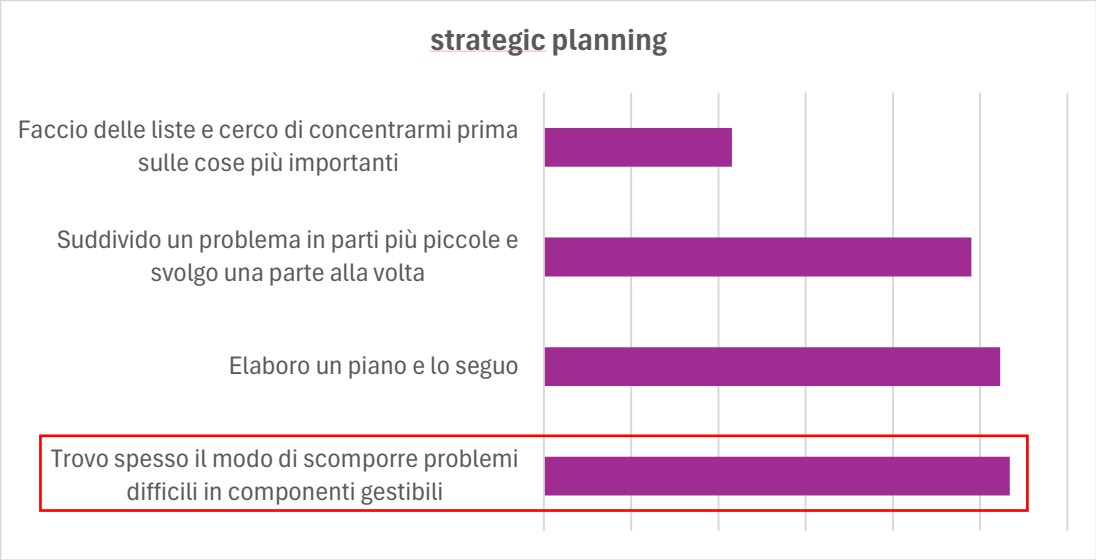


Strategic planning

La *Strategic Planning*, composta da 4 item, valuta la capacità di elaborazione e pianificazione in maniera sistematica ed organizzata orientata al raggiungimento di obiettivi personali e ad affrontare problemi complessi. I punteggi più elevati si riscontrano nelle affermazioni: "elaboro un piano e lo seguo", "trovo spesso il modo di scomporre problemi difficili in componenti gestibili" e "Suddivido un problema in parti più piccole e svolgo una parte alla volta", queste affermazioni evidenziano una grande capacità di pianificazione in modo organizzato e strategico. La *figura 6* riassume i risultati ottenuti; i punteggi maggiori si osservano per gli item: "elaboro un piano e lo seguo", "trovo spesso il modo di scomporre problemi difficili in componenti

più gestibili" e "suddivido un problema in parti più piccole e svolgo una parte alla volta", mostrando una grande capacità di pianificare e gestire i problemi. a presentare un punteggio leggermente inferiore è l'affermazione "faccio delle liste e cerco di concentrarmi prima sulle cose più importanti" anche se non compromette il buon livello di pianificazione strategica mostrata dai partecipanti. I risultati completi sono riportati nella *tabella VIII* della sezione *Allegati.*

Figura 6

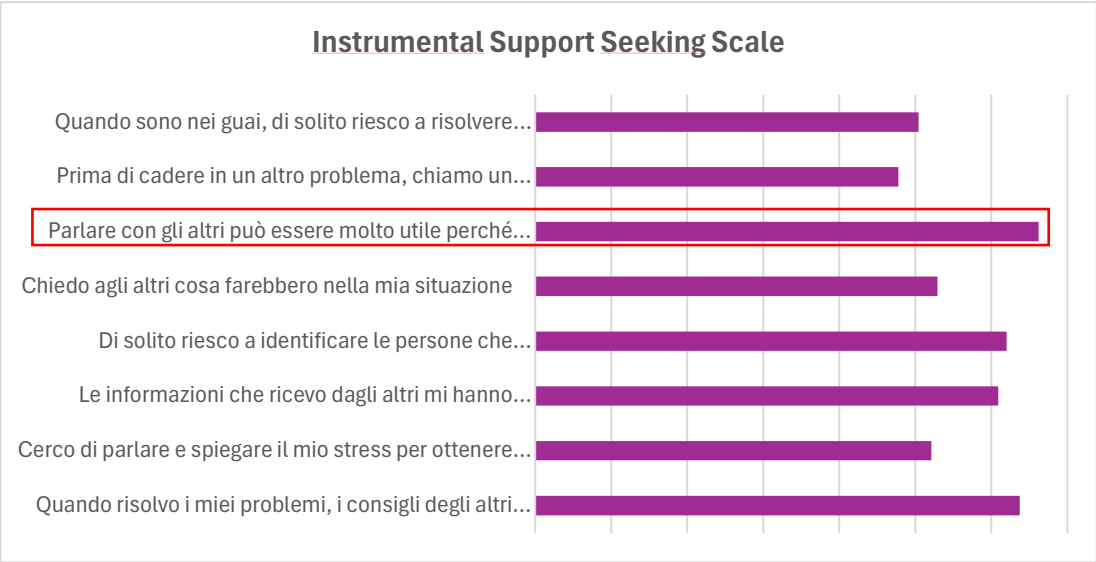


Instrumental support seeking scale

La *instrumental support scale* è costituita da 8 item e si concentra sulla ricerca di consigli, informazioni e feedback da parte delle persone costituenti la rete sociale dei partecipanti allo studio (Greenglass et al, 1999). Questa scala rappresenta quanto un soggetto utilizza come tecnica di coping ed in modo attivo il supporto sociale sia come risposta allo stress che come opportunità di crescita personale. Nella *figura 7* i punteggi maggiori si riscontrano nelle affermazioni: "parlare con gli altri può essere molto utile perché forniscono una prospettiva diversa sul problema" e "Le informazioni che ricevo dagli altri mi hanno spesso aiutato ad affrontare i miei problemi" indicando che partecipanti allo studio ricerchiamo attivamente la condivisione e la collaborazione da altri per ottenere prospettive differenti e consigli utili. Con valori leggermente più bassi troviamo "cercare di parlare e spiegare il mio stress per ottenere un feedback" e "prima di cadere in un altro problema, chiamo un amico per parlarne" affermazioni che

implicano la comunicazione immediata di stress e la tendenza di soccorritori volontari e infermieri ad integrare in modo riflessivo il supporto sociale, usando principalmente le proprie strategie personali piuttosto che la dipendenza emotiva. I risultati completi sono riportati nella *tabella IX* della sezione *Allegati.*

Figura 7

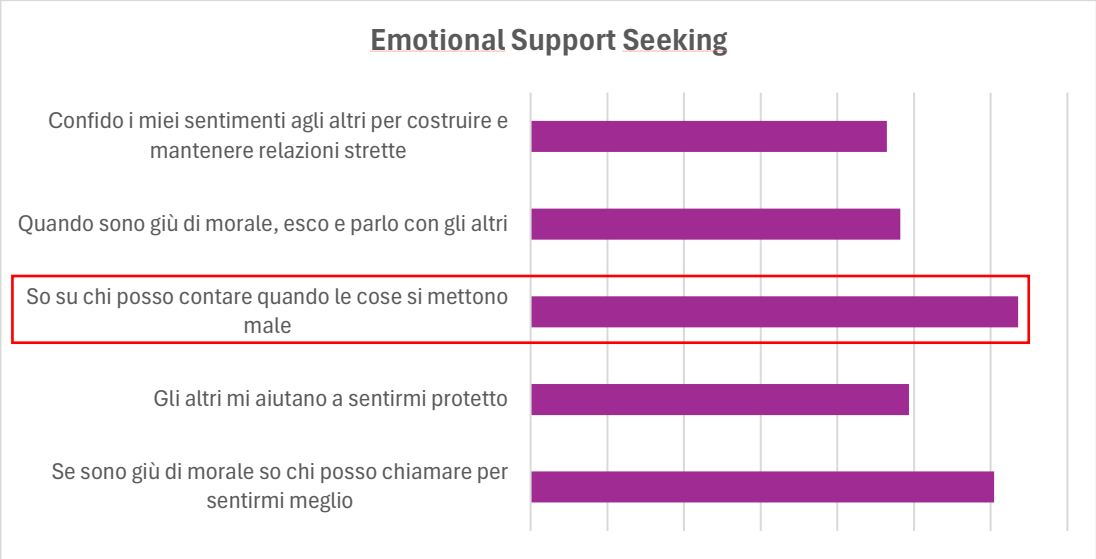


Emotional support seeking

La *emotional support seeking* scale è una scala di valutazione facente parte della PCI, costituita da 5 item volti a misurare la tendenza a regolare il disagio emotivo temporaneo mediante la condivisione dei propri sentimenti, sollecitando empatia e ricercando compagnia e sostegno all'interno della propria rete sociale. Rappresenta una forma di autoregolazione emotiva mediata dal supporto delle persone significative (Greenglass et al, 1999). Sinteticamente rappresenta quanto una persona si affidi al sostegno della propria rete sociale. Nella *figura 8* si notano punteggi particolarmente alti per quanto riguarda le affermazioni: "so su chi posso contare quando le cose si mettono male" e "se sono giù di morale so chi posso chiamare per sentirmi meglio" queste affermazioni indicano per i partecipanti allo studio hanno una grande rete di supporto e sono consapevoli del fatto che possono contare se delle persone a loro fidate. I partecipanti allo studio mostrano anche una buona apertura emotiva e una buona capacità di comunicazione relazionale, costruendo legami autentici e di fiducia. punteggi leggermente più contenuti sono "gli altri mi aiutano a sentirmi protetto" e

“quando sono giù di morale, esco e parlo con gli altri”, affermazioni che gestione bilanciata della dipendenza emotiva, vedendo il supporto sociale come una risorsa e non come un sostituto delle proprie competenze di coping. I risultati completi sono riportati nella *tabella X* della sezione *Allegati.*

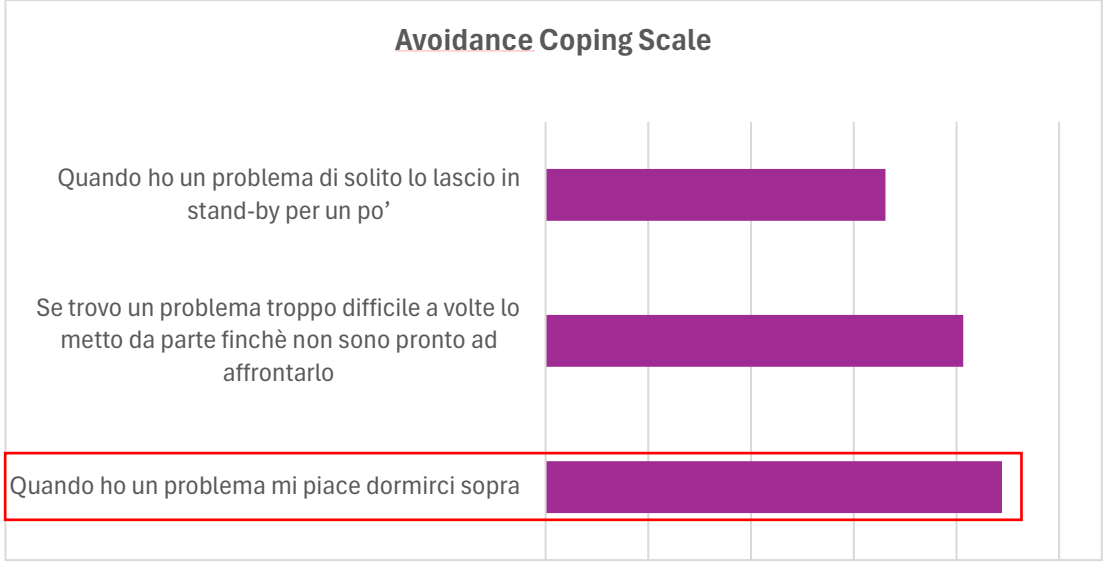
Figura 8



Avoidance coping scale

La *Avoidance coping scale* è costituita da soli 3 item e misura la tendenza del soggetto a evitare l’azione di fronte a situazioni impegnative, spesso attraverso comportamenti di rinvio o procrastinazione (Greenglass et al, 1999). Viene quindi valutato quanto una persona tenda a prendersi per tempo prima di affrontare una difficoltà. Nella *figura 9* sono stati riportati i risultati delle tre affermazioni e mostrano come i valori più elevati sono “quando ho un problema mi piace dormirci sopra” e “se trovo un problema troppo difficile a volte lo metto da parte finché non sono pronto ad affrontarlo” e mostrano una propensione ad utilizzare delle pause intenzionali e consapevoli come strumento di autoregolazione. Al contrario l'affermazione “quando ho un problema di solito lo lascio in stand-by per un po’” indica che il rinvio rappresenta un atteggiamento di flessibilità e di gestione dello stress. I risultati completi sono riportati nella *tabella XI* della sezione *Allegati.*

Figura 9



Complessivamente i risultati mostrano come i soccorritori volontari e gli infermieri che hanno partecipato allo studio abbiano un profilo di coping altamente proattivo ed in grado di integrare la pianificazione, la riflessione e la cooperazione sociale nella gestione dello stress percepito in seguito alle manovre di rianimazione cardiopolmonare. Le strategie che attuano non sono orientate solamente alla gestione e alla risoluzione di un problema reale ma anche alla prevenzione di possibili situazioni future attraverso la preparazione, l'apprendimento e l'autovalutazione.

6. DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

6.1. Discussione dei risultati

I risultati dello studio sono utili per capire lo stress percepito dai soccorritori volontari e infermieri di pronto soccorso, in seguito alle manovre di RCP e permette di avere una panoramica riguardo le tecniche di coping maggiormente adottate. Dall'analisi dei dati raccolti risulta che i partecipanti allo studio abbiano un grande propensione all'utilizzo di strategie di coping proattivo includenti la pianificazione, la riflessione e la ricerca di supporto all'interno della propria rete sociale.

I risultati dello studio riportano che i partecipanti presentano complessivamente un profilo psicologico caratterizzato dalla presenza di pensieri intrusivi e comportamenti di evitamento nei confronti dell'evento (IES), siano in grado di dare un significato all'esperienza vissuta (MCCS), i livelli di stress post-RCP siano legati molto a elementi professionali di potenziale errore e di responsabilità (PCSS) ed infine che siano in possesso di una forte capacità di utilizzo di tecniche di coping proattivo che includono riflessione, pianificazione e supporto sociale.

I risultati confermano che la buona capacità dei partecipanti allo studio a mantenere un atteggiamento positivo, agire in modo proattivo, pianificando, anticipando e ricercando supporto sociale hanno un ruolo fondamentale nella protezione dello stress post-RCP. Al tempo stesso, pensieri intrusivi e comportamenti di evitamento indicano che alcune componenti emotive e cognitive costituiscono ancora delle aree di vulnerabilità, tali risultati risultano coerenti con studi già presenti in letteratura che riportano come il coping proattivo non annulli il rischio di distress ma lo contenga (Schwarzer et al., 2002). La forte correlazione tra lo stress post-RCP e fattori legati alle responsabilità professionali evidenziano come il contesto lavorativo sia uno stimolo significativo per aumentare il disagio provato, questo comporta che le risorse personali debbano integrarsi con delle condizioni lavorative ed organizzative ottimali per poter essere efficaci.

In seguito, si è voluto eseguire un confronto con una realtà molto differente dalla nostra, attraverso un articolo individuato nella letteratura scientifica e condotto in Iran. I due studi anche se condotti in contesti e con strumenti differenti, riportano risultati

simili infatti entrambi hanno riscontrato un forte livello di stress psicologico legato alla rianimazione cardiopolmonare soprattutto se con esito infausto. Il presente lavoro rispetto allo studio di Babakhani et al., 2024, indaga anche la dimensione proattiva e centrata sul significato del coping, attraverso le scale PCI e MCCS. I risultati riportano che i partecipanti abbiano una buona capacità di mantenere una prospettiva positiva ed orientata al controllo personale, senza lasciarsi sopraffare da eventi impattanti come la rianimazione cardiopolmonare e trasformando le difficoltà in opportunità di crescita personale.

Un'altra differenza consiste nel contesto culturale e professionale in cui sono stati condotti i due studi. Lo studio iraniano (Babakhani et al, 2024) analizza operatori sanitari al primo contatto con una RCP ad esito infausto, all'interno di un sistema ad elevata pressione sociale e con scarso supporto psicologico; mentre il presente studio analizza soccorritori volontari ed infermieri con differente esperienza ed operanti in un contesto organizzato ed istruttivo. Questa differenza potrebbe spiegare la minore incidenza di stress e la maggiore esperienza di strategie di coping attive e preventive.

Sinteticamente i risultati del presente studio riflettono le evidenze internazionali riguardo l'impatto psicologico ed emotivo delle manovre di RCP (Babakhani et al., 2024) ma ampliano la comprensione dei meccanismi psicologici attivati, dando importanza alle strategie di coping proattive, riflessive e centrate sul significato. Inoltre, i dati suggeriscono di ampliare programmi di supporto psicologico, debriefing strutturati in seguito ad interventi di RCP e interventi di formazione inerenti al coping proattivo per poter promuovere la resilienza e il benessere emotivo di soccorritori volontari ed infermieri di 118.

6.2. Limiti dello studio

Il principale limite dello studio riguarda la dimensione ridotta del campione, che potrebbe non risultare rappresentativa dell'intera popolazione di soccorritori volontari e infermieri di pronto soccorso. Di conseguenza, i risultati ottenuti non possono essere generalizzati a contesti diversi o a gruppi di dimensioni maggiori.

Un'ulteriore criticità è stata rappresentata dai tempi prolungati necessari per l'acquisizione dei consensi alla raccolta dati: sono trascorsi diversi mesi prima di

ottenere le autorizzazioni, peraltro solo parzialmente, poiché non tutti i Pronto Soccorso selezionati hanno fornito riscontro.

Anche i criteri di inclusione per la compilazione del questionario hanno contribuito alla riduzione del campione: i soccorritori che non avevano mai eseguito una RCP e i volontari che non svolgevano più attività operative sono stati esclusi.

Infine, lo studio è stato condotto con un disegno di ricerca trasversale, che prevede la raccolta dei dati in un unico momento temporale. Ciò ha limitato la possibilità di osservare l'evoluzione nel tempo dello stress percepito e delle strategie di coping adottate da soccorritori volontari e infermieri.

6.3. Raccomandazioni per le ricerche future

L'indicazione principale per le ricerche future è quella di ampliare il campione di partecipanti, così da ottenere risultati più solidi e rappresentativi. Sarebbe inoltre utile ridurre i tempi necessari per l'acquisizione dei permessi, in modo da anticipare la distribuzione dei questionari e favorire una raccolta dati più tempestiva.

Gli studi successivi dovrebbero essere condotti in più strutture ospedaliere, coinvolgendo diversi reparti sanitari, per raccogliere informazioni provenienti da contesti differenti. Infine, sarebbe auspicabile adottare un approccio longitudinale, anziché trasversale, per osservare nel tempo l'evoluzione dello stress percepito e delle strategie di coping utilizzate.

6.4. Implicazione per la pratica clinica

Il benessere psicologico ed emotivo di infermieri e soccorritori che operano in contesti di urgenza ed emergenza risulta fondamentale, soprattutto in seguito allo svolgimento di manovre dal forte impatto come le RCP; infatti, risulta quindi fondamentale adottare interventi specifici per fronteggiare queste situazioni. Il supporto psicologico ed emotivo fornito da un professionista ed il supporto ottenuto dai colleghi possono fare la differenza e risultare di grande aiuto. Inoltre, è molto importante implementare la formazione e l'addestramento in ambienti protetti in cui si possa simulare anche

ricreando contesti realistici, per permettere ai soccorritori volontari ed agli infermieri di apprendere e migliorare le proprie conoscenze prima di affrontare situazioni reali. Sarebbe opportuno esaminare e trattare il senso di colpa che volontari ed infermieri possono sperimentare in seguito alle manovre di RCP per ridurre così il rischio di burnout.

6.5. Conclusioni

Lo studio eseguito attraverso la valutazione di alcuni parametri psicometrici validati ed identificati nelle scale: Impact of event scale (IES), Meaning-Centered Coping Scale (MCCS), Post-Code Stress Scale (PCSS) e Proactive Coping Inventory (PCI), ha permesso di analizzare i livelli di stress, la capacità di attribuire significato ad eventi certi e identificare le strategie di coping adottate dal campione di infermieri e soccorritori che operano in ambito di urgenza ed emergenza e coinvolti nelle manovre di RCP. Attraverso i risultati è stato possibile delineare un quadro generale delle reazioni emotive e psicologiche e delle tecniche di coping adottate dai partecipanti. Dall'analisi complessiva dei dati emerge che soccorritori e infermieri presentano elevati livelli di resilienza psicologica e una spiccata capacità di coping proattivo, ovvero quella modalità di gestione dello stress orientata al futuro che permette di affrontare le difficoltà pianificando strategie di prevenzione e soluzioni operative. Tale approccio riduce il rischio di distress psicologico e favorisce lo sviluppo di risorse personali funzionali al mantenimento dell'equilibrio emotivo. L'interazione tra coping proattivo, significato personale e supporto sociale rappresenta un fattore chiave nella capacità degli operatori di far fronte a situazioni altamente stressanti, come le manovre di rianimazione cardiopolmonare. I risultati dello studio indicano che sia i soccorritori volontari sia gli infermieri, pur operando in contesti caratterizzati da elevato impatto emotivo, mostrano buone competenze di coping, resilienza e autocontrollo. Queste risorse risultano fondamentali non solo per la tutela del benessere psicologico e relazionale del personale, ma anche per mantenere elevati standard di efficacia e qualità nell'assistenza erogata. Investire nello sviluppo di programmi formativi mirati, nel supporto psicologico e nella gestione dello stress costituisce una priorità strategica per garantire interventi

consapevoli, sicuri e sostenibili. La promozione della salute psicologica di infermieri e soccorritori non può essere considerata una responsabilità individuale, bensì un impegno collettivo che coinvolge l'intera organizzazione sanitaria.
Un sistema che riconosce e sostiene il benessere dei propri operatori diviene, nel tempo, più resiliente e capace di rispondere efficacemente alle sfide dell'emergenza-urgenza.

7. BIBLIOGRAFIA

International Resuscitation Council. Linee Guida RCP 2021 - https://www.ircouncil.it/linee-guida-rcp-2021/

Monti M., Rianimazione cardiopolmonare e risvolti psicologici – 2003 http://www.chittalink.it/relazioneMonti-RCP.pdf

Koželj et al., Exploring the Feelings of Nurses during Resuscitation – A Cross-Sectional Study – 2021 doi: 10.3390/healthcare10010005

Impact of Event Scale - https://novopsych.com/assessments/diagnosis/the-impact-of-event-scale-revised-ies-r/

Eisenbeck et al., An International Study on Psychological Coping During COVID-19: Towards a Meaning-Centered Coping Style – 2022 https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2021.100256

El-Ashry et al., Compassion fatigue and stress related to cardiopulmunary resuscitation: a study of critical care nurses' experiences – 2023 doi: 10.1186/s12912-023-01640-y

Greenglass et al., The Proactive Coping Inventory (PCI): A Multidimensional Research Instrument – 1999

Babakhani et al., Perceived stress and coping strategies after unsuccessful cardiopulmonary resuscitation among pre-hospital emergency technicians: A multicenter cross-sectional study – 2024 doi: 10.1016/j.heliyon.2024.e31418

8. ALLEGATI

Tabella II: Dati demografici completi

Variabili		**Frequenza assoluta**
Età	21-25	7
	26-30	9
	31-35	15
	36-40	13
	41-45	10
	46-50	10
	51-55	13
	56-60	9
	≥60	5
Sesso	Donna	45
	Uomo	46
	Non specificato	0
Associazione di volontariato di provenienza	Croce verde Val Biois	14
	Croce verde Alleghe	1
	Croce bianca Colle Santa Lucia	7
	Croce bianca Val Fiorentina	4
	Associazione provinciale di soccorso onlus croce bianca Bolzano – sezione di Cortina	9
	Val Belluna Emergenza	11
	Volontari Ambulanze	1
	Eva Alpago	1
	Procivmareno	1
	Pedemontana emergenza	3
	Croce Azzurra Ormelle	1
	Castelmonte	1
	Croce Bianca Montebelluna	2
Pronto soccorso e/o centrale operativa di provenienza	PS Agordo	6
	PS Belluno	6
	PS Feltre	5
	CO Pieve di Cadore	5
	PS Castelfranco Veneto	12

	PS Treviso	1
	PS Oderzo	4
	PS Montebelluna	1
Ruolo rivestito	Soccorritore	51
	Infermiere	40
Più alto titolo di studio	Diploma professionale	10
	Laurea triennale	16
	Laurea magistrale	2
	Master di I° livello	12
Anni di lavoro come infermiere	Meno di 5 anni	9
	5-10 anni	7
	10-15 anni	8
	15-20 anni	4
	Più di 20 anni	13
Anni di attività come soccorritore	Meno di 5 anni	15
	5-10 anni	8
	10-15 anni	10
	15-20 anni	14
	Più di 20 anni	17
Anni di lavoro in pronto soccorso e/o centrale operativa	Meno di 5 anni	16
	5-10 anni	10
	10-15 anni	4
	15-20 anni	1
	Più di 20 anni	8
Ultima volta che ha eseguito una RCP	Meno di 2 anni fa	68
	3-5 anni fa	10
	5-7 anni fa	3
	Più di 7 anni fa	10
Quante RCP in media svolge in un anno	Meno di 5 anni	69
	5-10 anni	17
	10-20 anni	5
	Più di 20 anni	0
Ultima volta in cui ha frequentato il corso RCP	$\leq$ 2 anni fa	88
	3-5 anni fa	2
	5-7 anni fa	0
	Più di 7 anni fa	1

Tabella III: Risultati della IES

ITEM	**Totale ITEM**	**Media ITEM**
Ogni cosa che me lo ricordava mi faceva vivere emozioni relative ad esso	114	1,25
Ho avuto difficoltà a restare addormentato	47	0,52
Altre cose hanno continuato a farmici pensare	84	0,92
Mi sono sentito irritabile ed arrabbiato	36	0,39
Ho evitato di lasciarmi sconvolgere quando ci ho pensato o mi è stato ricordato	154	1,69
Ci ho pensato senza averne l'intenzione	117	1,29
Ho avuto la sensazione che non fosse successo o non fosse reale	24	0,26
Sono stato lontano da cose che potevano ricordarmelo	28	0,31
Le immagini di esso entravano nella mia mente all'improvviso	62	0,68
Sono stato nervoso e mi sono spaventato facilmente	29	0,32
Ho cercato di non pensarci	124	1,36
Sono stato consapevole di avere ancora molte emozioni su di esso, ma non sono riuscito a gestirle	46	0,51
Le mie emozioni riguardo ad esso sono state una specie di intontimento	22	0,24
Mi sono ritrovato a comportarmi o a provare emozioni come se fossi ritornato indietro a quel momento	42	0,46
Ho avuto difficoltà ad addormentarmi	28	0,31
Ho provato ondate di forti emozioni relative ad esso	70	0,77
Ho cercato di rimuoverlo dalla memoria	57	0,63
Ho avuto difficoltà a concentrarmi	25	0,27
Cose che me lo hanno fatto ricordare mi hanno provocato reazioni fisiche come sudorazione, difficoltà a respirare, nausea o accelerazione del cuore	14	0,15
Ho fatto sogni su di esso	29	0,32
Mi sono ritrovato ad essere guardingo e vigilante rispetto all'ambiente o alle persone	58	0,64
Ho cercato di non parlarne	58	0,64

Tabella IV: Risultati della Meaning Centered Coping Scale (MCCS)

ITEM	**Totale ITEM**	**Media ITEM**
Spero per il suo meglio	436	4,84
Ho trovato un significato personale nella situazione attuale	321	3,57
Faccio qualcosa di produttivo ogni giorno	433	4,81
Durante questo periodo aiuto gli altri	396	4,4
Continuo ancora a fare ciò che è più importante nella mia vita	502	5,58
Ho fiducia che da questo verrà fuori qualcosa di positivo	458	5,09
Sfrutto questa situazione per avvicinarmi ai miei cari	346	3,84
Sono grado per la mia vita così com'è	480	5,33
Uscirò da questa situazione più forte di prima	477	5,3

Tabella V: Risultati della Post-Code Stress Scale (PCSS)

ITEM	**Totale ITEM**	**Media ITEM**
Quando le mie mani tremano durante un intervento di emergenza	240	2,64
Quando i miei colleghi sono pronti a notare e a sottolineare che ho commesso un errore	250	2,75
Quando ho la sensazione di un aver lavorato bene durante un intervento di emergenza	335	3,68
Quando più di un medico dà ordini durante un intervento di emergenza	285	3,31
Quando perdo la fiducia durante un intervento di emergenza	305	3,35
Quando la famiglia di un paziente pensa che io possa tenerlo/a in vita	200	2,20
Quando non sono in grado di far funzionare correttamente un'apparecchiatura durante un codice	360	3,96
Quando le politiche/procedure ospedaliere sono in conflitto	352	3,87
Quando codifichiamo un paziente, credo che non dovremo codificarlo	248	2,73
Quando ho difficoltà a leggere l'ECG	241	2,65
Quando codifichi alcuni pazienti solo perché le politiche ospedaliere lo impongono	272	2,99
Quando un responsabile infermieristico/supervisore mi critica quando ho fatto del mio meglio	288	3,16
Quando un responsabile infermieristico non fornisce assistenza durante un codice	328	3,60
Quando mi chiedo se ho commesso un errore	217	2,38

Quando non mi viene concesso il tempo di riorganizzarmi e riprendermi dopo un codice	258	2,84
Quando le persone pensano che io possa lavorare correttamente subito dopo un codice	219	2,41
Quando codifichi un giovane	245	2,69
Quando nessuno parla del codice una volta terminato	252	2,77
Quando penso di aver tralasciato un segno o un sintomo che mi avrebbe aiutato a prevedere che il paziente avrebbe codificato	329	3,62
Quando il paziente muore	301	3,31

Allegati relativi la Proactive Coping Inventory (PCI)

Tabella VI: Risultati della Proactive Coping Scale

ITEM	**Totale ITEM**	**Media ITEM**
Sono una persona che "prende in mano la situazione"	295	3,24
Cerco si lasciare che le cose si risolvano da sole*	115	1,26
Dopo aver raggiunto un obiettivo, ne cerco un altro più impegnativo	224	2,46
Mi piacciono le sfide e superare le avversità	268	2,95
Visualizzo i miei sogni e cerco di realizzarli	273	3,00
Nonostante i numerosi insuccessi, di solito riesco a ottenere ciò che desidero	255	2,80
Cerco di individuare ciò di cui ho bisogno per avere successo	266	2,92
Cerco di trovare un modo per aggirare gli ostacoli; niente mi ferma davvero	241	2,65
Spesso mi vedo fallire, quindi non mi illudo troppo	159	1,75
Quando mi candido per una posizione, mi immagino mentre la ricopro	233	2,56
Trasformo gli ostacoli in esperienze positive	289	3,18
Se qualcuno mi dice che non posso fare qualcosa, potete star certi che la farò	230	2,53
Quando ho un problema, prendo l'iniziativa per risolverlo	292	3,21
Quando ho un problema, di solito mi vedo in una situazione senza via d'uscita	133	1,46

Tabella VII: Risultati della Reflective Coping Scale

ITEM	**Totale ITEM**	**Media ITEM**
Immagino di risolvere problemi difficili	240	2,64
Invece di agire impulsivamente, di solito penso a diversi modi per risolvere un problema	272	2,99
Nella mia mente, considero molti scenari diversi per prepararmi a diversi risultati	283	3,11
Affronto un problema pensando ad alternative realistiche	302	3,32
Quando ho un problema con i miei colleghi immagino in anticipo come lo gestirò con successo	233	2,56
Prima di affrontare un compito difficile, immagino scenari di successo	235	2,58
Agisco solo dopo aver riflettuto attentamente su un problema	254	2,79
Immagino di risolvere un problema difficile prima di doverlo effettivamente affrontare	243	2,67
Affronto il problema da diverse angolazioni finchè non trovo l'azione appropriata	269	2,96
Quando ci sono gravi incomprensioni con i colleghi, mi esercito prima su come li gestirò	204	2,24
Penso a ogni possibile risultato di un problema prima di affrontarlo	244	2,68

Tabella VIII: Risultati della Strategic Planning

ITEM	**Totale ITEM**	**Media ITEM**
Trovo spesso il modo di scomporre problemi difficili in componenti gestibili	267	2,93
Elaboro un piano e lo seguo	266	2,92
Suddivido un problema in parti più piccole e svolgo una parte alla volta	263	2,89
Faccio delle liste e cerco di concentrarmi prima sulle cose più importanti	238	2,62

Tabella IX: Risultati della Instrumental Support Seeking

ITEM	**Totale ITEM**	**Media ITEM**
Quando risolvo i miei problemi, i consigli degli altri possono essere utili	290	3,19
Cerco di parlare e spiegare il mio stress per ottenere un feedback dai miei amici	237	2,60
Le informazioni che ricevo dagli altri mi hanno spesso aiutato ad affrontare i miei problemi	274	3,04
Di solito riesco a identificare le persone che possono aiutarmi a sviluppare soluzioni personali ai miei problemi	279	3,10
Chiedo agli altri cosa farebbero nella mia situazione	238	2,64
Parlare con gli altri può essere molto utile perché forniscono una prospettiva diversa sul problema	298	3,31
Prima di cadere in un altro problema, chiamo un amico per parlarne	215	2,39
Quando sono nei guai, di solito riesco a risolvere qualcosa con l'aiuto degli altri	227	2,52

Tabella X: Risultati della Emotional Support Seeking

ITEM	**Totale ITEM**	**Media ITEM**
Se sono giù di morale so chi posso chiamare per sentirmi meglio	272	3,02
Gli altri mi aiutano a sentirmi protetto	222	2,47
So su chi posso contare quando le cose si mettono male	286	3,18
Quando sono giù di morale, esco e parlo con gli altri	217	2,41
Confido i miei sentimenti agli altri per costruire e mantenere relazioni strette	209	2,32

Tabella XI: Risultati della Avoidance Coping Scale

ITEM	**Totale ITEM**	**Media ITEM**
Quando ho un problema mi piace dormirci sopra	200	2,22
Se trovo un problema troppo difficile a volte lo metto da parte finché non sono pronto ad affrontarlo	183	2,03
Quando ho un problema di solito lo lascio in stand-by per un po'	149	1,66