



Università degli Studi di Padova
Dipartimento di Medicina
Corso di Laurea in Infermieristica

TESI di LAUREA

**RIANIMAZIONE CARDIOPOLMONARE:
I VISSUTI DEGLI INFERMIERI
DI AREA CRITICA**

Relatore:
Prof. ssa a c. Lazzaretto Elodie

Laureanda:
Saramin Elena
Matricola n. 1046594

Anno Accademico 2014/2015

ABSTRACT

PROBLEMA: Si stima che ogni anno gli arresti cardiocircolatori intraospedalieri coinvolgano da uno a cinque pazienti ogni 1000 ricoverati, senza considerare gli arresti cardiocircolatori che si presentano in ambiente extra-ospedaliero che sono circa 38 ogni 100.000 abitanti (Sandroni, Nolan, Cavallaro, & Antonelli, 2007; Atwood, Eisenberg, Herlitz, & Rea, 2005). La rianimazione cardiopolmonare (RCP) è il primo intervento messo in atto dagli operatori sanitari presenti ed è una manovra che può assicurare la vita all'assistito ma che, dovendo essere eseguita in situazioni di emergenza, può essere causa di elevate quantità di stress acuto per il personale sanitario (Hunziker et al., 2012). Per gli infermieri che si trovano quotidianamente ad affrontare questo genere di emergenze, diventa fondamentale mettere in pratica strategie per fronteggiare lo stress. In queste situazioni un tema controverso e dibattuto tra gli infermieri riguarda la presenza o meno dei familiari e persiste l'atteggiamento contrastante tra gli operatori sanitari (Danci & Benetton, 2010; Egging et al., 2011; Kissoon, 2006; Köberich et al., 2010).

SCOPO: Lo scopo di questo studio è quello di indagare i vissuti degli infermieri di area critica che hanno eseguito RCP, relativamente alle loro emozioni e alle strategie di coping messe in atto, al fine di analizzare il livello di coinvolgimento emotivo. Si vogliono inoltre analizzare i vissuti in relazione alla presenza dei familiari del paziente.

DISEGNO DELLO STUDIO: Studio di tipo qualitativo, fenomenologico.

CAMPIONE: Il campione totale intervistato è costituito da n. 32 infermieri, di questi, n. 15 (46,9%) sono stati reclutati presso le U.O. di Pronto Soccorso dei P.O. di Jesolo e San Donà di Piave, n. 17 (53,1%) presso le U.O. di Terapia Intensiva dei P.O. di San Donà di Piave e Portogruaro dell'Azienda ULSS n° 10 "Veneto Orientale".

METODI E STRUMENTI: Ad ogni partecipante è stata richiesta la compilazione di una scheda anagrafico-professionale per poter ottenere una descrizione delle caratteristiche del campione. Successivamente, si è effettuata un'intervista semi-strutturata, la quale presentava cinque domande orientative, ma non direttive, che indagavano i vissuti degli infermieri rispetto alla procedura di rianimazione cardiopolmonare, le strategie di coping e i comportamenti messi in atto. Si è voluto, inoltre, indagare se i vissuti fossero diversi, e se si come, in relazione al tipo di paziente e alla presenza dei familiari che assistevano alla manovra.

RISULTATI: L'analisi tramite metodo Van Kaam ha dimostrato che i vissuti principali durante la procedura di rianimazione cardiopolmonare risultano essere il controllo e il distacco (46,9%). Sono stati descritti vissuti diversi in relazione al tipo di paziente, in particolare intensità emotiva e ansia maggiori in bambini, giovani o conoscenti rispetto ad anziani (65,6%), diversi anche in relazione al tipo di rapporto che si instaura con familiari e pazienti e loro aspettativa di vita dopo RCP; alcuni infermieri invece non hanno descritto alcuna differenza. Le principali strategie di coping emerse sono: isolamento ed estraniamento (34,4%), concentrazione esclusiva sulla procedura (71,9%), eliminazione delle emozioni (40,6%) e concentrazione su aspetti tecnici quali l'ALS (28,1%). Solo il 59,4% del campione ha eseguito la manovra in presenza dei familiari del paziente (quasi esclusivamente infermieri appartenenti al campione di Pronto Soccorso). A tale proposito, questo campione ha riferito che l'esperienza dell'osservazione da parte dei familiari permette agli stessi di capire che la situazione è grave (28,1%), che si sta facendo tutto il possibile (25%) e consente loro una migliore elaborazione del lutto del proprio caro (18,7%). Alcuni infermieri, tuttavia, riferiscono di allontanarli per disturbo o soggezione (21,9%) e, in ugual percentuale, dichiarano di isolarsi e non tenere conto dei familiari.

CONCLUSIONI: Dallo studio realizzato emerge quindi che in ambito sanitario il problema dello stress occupazionale è particolarmente evidente. Importante diventa, alla luce di queste considerazioni, il coping, il quale contribuisce all'elaborazione delle emozioni associate agli eventi vissuti. La ricerca ha permesso di mettere in luce aspetti dell'operatore dell'emergenza che vanno al di là delle necessità e competenze tecniche. La possibilità di rielaborare l'evento in gruppo, non solo da un punto di vista tecnico, ma con un debriefing strutturato e guidato, che permetta loro di confrontarsi anche sulle proprie sensazioni e fronteggiare l'ansia accumulata durante gli interventi, potrebbe essere la strategia che aiuta l'operatore a fronteggiare il disagio (Jonsson et al., 2003).

Relativamente alla presenza dei familiari durante la manovra di rianimazione cardiopolmonare è emerso che, pur riconoscendo dei vantaggi, sono ancora percepiti molti svantaggi che ostacolano l'accettazione di questa pratica in modo diffuso soprattutto nei contesti protetti dei presidi ospedalieri e risulta essere quindi un problema ancora dibattuto.

Parole chiave/Keywords: rianimazione cardiopolmonare (*cardiopulmonary resuscitation*), coping (*adaptation, psychological*), infermieri (*nurses*), familiari (*family*), infermieristica d'emergenza (*emergency nursing*), emozioni (*emotions*), vissuti (*experiences*).

INDICE

INTRODUZIONE	pag. 1
 CAPITOLO I - PRESENTAZIONE DEL PROBLEMA	
1.1 Sintesi degli elementi fondamentali e dichiarazione del problema	pag. 2
1.2 Obiettivo dello studio	pag. 3
1.3 Quesiti di ricerca	pag. 3
1.4 Importanza dello studio per l'assistenza e la professione	pag. 3
 CAPITOLO II - TEORIA E CONCETTI DI RIFERIMENTO	
2.1 Revisione della letteratura: i vissuti degli infermieri di Area Critica	
2.1.1 Infermieri, stress, burnout e coping	pag. 4
2.1.2 Strategie di coping per il personale infermieristico di area critica	pag. 5
2.2 La rianimazione cardiopolmonare e i suoi aspetti	
2.2.1 Epidemiologia e prognosi dell'arresto cardiaco	pag. 7
2.2.2 Rianimazione cardiopolmonare	pag. 7
2.3 Aspetti normativi e deontologici	pag. 8
2.4 La presenza dei familiari durante la RCP	pag. 10
 CAPITOLO III - MATERIALI E METODI	
3.1 Disegno di ricerca	pag. 13
3.2 Campionamento e setting	pag. 13
3.3 Strumenti di rilevazione e modalità di raccolta dati	pag. 13
3.4 Raccolta dati e aspetti etici	pag. 14
3.5 Affidabilità dei dati	pag. 14
3.6 Analisi dei dati	pag. 15
 CAPITOLO IV - RISULTATI	
4.1 Descrizione del campione totale	pag. 16
4.2 Descrizione del campione in relazione allo scopo e ai quesiti di ricerca	
4.2.1 Emozioni e sentimenti esperiti dagli infermieri	pag. 17

4.2.2 Vissuto degli infermieri in relazione al tipo di paziente	pag. 18
4.2.3 Strategie di coping degli infermieri	pag. 19
4.2.4 Comportamenti messi in atto dopo RCP	pag. 19
4.2.5 RCP in presenza dei familiari del paziente	pag. 20

CAPITOLO V - *DISCUSSIONE*

5.1 Discussione	pag. 22
-----------------	---------

CAPITOLO VI - *CONCLUSIONI*

6.1 Limiti dello studio	pag. 29
6.2 Implicazioni per la pratica	pag. 29
6.3 Conclusioni	pag. 31

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

pag. 33

ALLEGATI

pag. 44

Allegato N° 1 - Scheda anagrafico – professionale	pag. 45
Allegato N° 2 - Intervista semi – strutturata	pag. 46
Allegato N° 3 - Autorizzazione Direttore Generale ULSS 10	pag. 47
Allegato N° 4 - Consenso informato	pag. 48
Allegato N° 5 - Interviste	pag. 49
Allegato N° 6 - Caratteristiche anagrafico – professionali del campione	pag. 82
Allegato N° 7 - Interviste analizzate con metodo Van Kaam	pag. 83

INTRODUZIONE

Il presente lavoro di tesi nasce con lo scopo di considerare l'infermiere che opera in un contesto di emergenza da un punto di vista diverso da quello puramente tecnico – assistenziale. All'infermiere che lavora in questo ambito è richiesta la capacità di rispondere con competenza e tempestività a situazioni spesso drammatiche e/o imprevedibili, le quali possono essere vissute come emotivamente stressanti. Questo aspetto trova conferma in letteratura dove è stato dimostrato che disturbi da stress acuto si manifestano in contesti di emergenza ed alcuni studi ne hanno misurato la comparsa negli infermieri del soccorso extra-ospedaliero (Cudmore, 1996; Jonsson, Segesten, & Mattsson, 2003; Lapos, Alden, & Fullerton, 2003).

Si stima che ogni anno gli arresti cardiocircolatori intraospedalieri coinvolgano da uno a cinque pazienti ogni 1000 ricoverati, senza considerare gli arresti cardiocircolatori che si presentano in ambiente extra-ospedaliero che sono circa 38 ogni 100.000 abitanti (Atwood et al., 2005; Sandroni et al., 2007). La rianimazione cardiopolmonare (RCP) è il primo intervento messo in atto dagli operatori sanitari presenti ma è una manovra che, dovendo essere eseguita in situazioni di emergenza, può essere causa di elevate quantità di stress acuto per il personale sanitario. Attivando tuttavia strategie compensative, l'infermiere può impedire che gli effetti negativi dello stress interferiscano con lo svolgimento della RCP (Hunziker et al., 2012; Burgess, Irvine, & Wallymahmed, 2010).

In queste situazioni un tema controverso e dibattuto tra gli infermieri riguarda la presenza o meno dei familiari (Fulbrook, Albarran, & Latour, 2005; Madden & Condon, 2007; Köberich et al., 2010; Egging et al., 2011). La presenza dei familiari durante una RCP presenta, da una parte, aspetti positivi che la rendono una pratica auspicabile e da preferire tanto da essere considerata anche nell'emanazione delle linee guida di rianimazione cardiopolmonare dell'European Resuscitation Council, dall'altra, aspetti negativi che portano il personale sanitario a escludere i familiari facendoli allontanare.

In ambito di rianimazione cardiopolmonare, in letteratura, esistono pochi studi relativi ad emozioni e pensieri degli infermieri riguardo questa tematica.

Lo scopo di questo studio è quello di indagare i vissuti degli infermieri di area critica che hanno eseguito RCP, relativamente alle loro emozioni e alle strategie di coping messe in atto dai professionisti stessi per indagare il livello di coinvolgimento emotivo.

CAPITOLO I – PRESENTAZIONE DEL PROBLEMA

1.1 Sintesi degli elementi fondamentali e dichiarazione del problema

La RCP è una manovra che può fare la differenza tra la vita e la morte ma che, dovendo essere eseguita in situazioni di emergenza, può essere causa di elevate quantità di stress acuto per il personale sanitario (Hunziker et al., 2012), è un'esperienza stressante ed emotivamente impegnativa (Gamble, 2001). Lo stress non va considerato unicamente come una possibile minaccia dal momento che può aiutare l'infermiere a mobilitare le energie, a salvaguardare e migliorare la prestazione (Hunziker et al., 2011). Attivando strategie compensative l'infermiere può impedire che gli effetti negativi dello stress interferiscano con lo svolgimento della RCP. La linea di confine che separa l'influenza negativa da quella positiva dello stress è data dalla capacità dell'individuo di fronteggiare l'evento stressante (Burgess et al., 2010). Quando le richieste percepite da una persona superano le risorse con cui può farvi fronte, potrebbe verificarsi una performance di basso livello (Hunziker et al., 2012). Inoltre lo stress, se sottovalutato, può manifestarsi sotto forma fisiologica o di danno psicologico (Gamble, 2001). Dal punto di vista psicologico, lo stress è associato ad ansia, depressione, stanchezza, scarsa fiducia in se stessi e bassa autostima. Questi sintomi psicologici hanno dimostrato di influenzare la capacità degli infermieri nell'eseguire i propri compiti lavorativi e di esporli al rischio di burnout (Burgess et al., 2010). Per gli infermieri di Terapia Intensiva e Pronto Soccorso che si trovano quotidianamente ad affrontare emergenze, come ad esempio la RCP, diventa fondamentale mettere in pratica strategie per fronteggiare lo stress.

L'infermieristica dell'emergenza è una specialità che si differenzia dalle altre. Il lavoro è frenetico, imprevedibile e in continua evoluzione. Proprio anche a causa del lavoro frenetico e del sovraffollamento, gli infermieri devono spostarsi da un'urgenza all'altra e spesso con poco tempo di recupero (Alexander & Klein, 2001; Gates, Gillespie, & Succop, 2011). Come conseguenza, in questi contesti, i tassi di burnout si trovano ad essere molto elevati (Hooper, Craig, Janvrin, Wetsel, & Reimels, 2010; Potter, 2006).

Un tema molto dibattuto, inoltre, risulta essere quello della presenza dei familiari durante manovre invasive quali, appunto, la rianimazione cardiopolmonare. Diversi studi sono stati praticati in merito e persiste l'atteggiamento contrastante tra gli operatori sanitari.

1.2 Obiettivo dello studio

Lo scopo di questo studio è quello di indagare i vissuti degli infermieri di area critica che hanno eseguito RCP, relativamente alle loro emozioni e alle strategie di coping messe in atto, al fine di analizzare il livello di coinvolgimento emotivo. Si vogliono inoltre analizzare i vissuti in relazione alla presenza dei familiari del paziente.

1.3 Quesiti di ricerca

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

- Quali sono i vissuti degli infermieri che hanno praticato RCP?
- I vissuti sono stati diversi in relazione al tipo di paziente e all'esito della RCP?
- Quali sono le strategie di coping ed i comportamenti messi in atto di reazione all'esecuzione della RCP?
- Sono diversi i vissuti degli infermieri che hanno praticato RCP in presenza dei familiari del paziente e quelli senza di questi?
- I vissuti degli infermieri appartenenti all'U.O. di Pronto Soccorso sono diversi da chi invece opera in Terapia Intensiva?

1.4 Importanza dello studio per l'assistenza e la professione

Sono molteplici gli studi qualitativi riguardanti la presenza dei familiari durante manovre invasive quali la rianimazione cardiopolmonare nei contesti esteri, minori sono quelli qualitativi che interessano i vissuti e le strategie di coping degli infermieri che la praticano. Una conoscenza approfondita dei vissuti degli infermieri potrebbe essere utile per capire come gli infermieri riflettono e si comportano in queste situazioni complesse e quali ostacoli incontrano in questa fase, cosa vivono emotivamente e in quali situazioni si sono ritrovati, se hanno praticato RCP in presenza dei familiari dei pazienti e come lo hanno vissuto. Si ritiene che rispondendo ai quesiti di questo studio si possa estendere la conoscenza professionale e documentare come viene descritto il vissuto degli infermieri, i criteri e le strategie utilizzate per far fronte a queste situazioni, per identificare, in futuro, delle soluzioni come modelli di assistenza personalizzata e volta al benessere di pazienti e familiari, strumenti e modalità di gestione a livello d'équipe di lavoro e azienda. Inoltre, conoscere i vissuti degli infermieri e i sentimenti esperiti, può essere un valido aiuto per individuare un supporto emotivo efficace.

CAPITOLO II - TEORIE E CONCETTI DI RIFERIMENTO

2.1 Revisione della letteratura

2.1.1 Infermieri, stress, burnout e coping

Il personale infermieristico che lavora nel settore dell'emergenza, vive un'intensa relazione con persone che stanno vivendo una situazione di criticità, comparsa improvvisamente e spesso drammatica. Il contatto continuo con questo tipo di richieste dal forte carico emotivo, può generare nell'operatore uno stato di stress cronico, che può condurre anche ad esaurimento emozionale (Laposa, Alden, & Fullerton, 2003; Gillespie & Melby, 2003).

Gli studi infatti, hanno dimostrato che gli operatori sanitari sono un gruppo a rischio significativo dagli effetti negativi dei luoghi di lavoro stressanti (Kirkcaldy & Martin, 2000; Tyler & Cushway, 1998), in particolare gli infermieri sono a rischio per problemi legati allo stress, all'assenteismo e al burnout (Clegg, 2001; Kirkcaldy & Martin, 2000; Calnan, Wainwright, Forsythe, Wall, & Almond, 2001). Nel Sud dell'Inghilterra, somministrato il GHQ (General Health Questionnaire) al personale di servizio sanitario, hanno scoperto che il 27% di tutto il personale ospedaliero era classificato sotto stress e con problemi di salute mentale, rispetto al 14% - 18% della popolazione generale. Vi sono anche studi che dimostrano che gli infermieri hanno tassi più alti di malattie fisiche, mortalità e ricoveri psichiatrici (Kirkcaldy & Martin, 2000), nonché tassi di suicidio significativamente più alti rispetto alla media nazionale (Clegg, 2001).

Il forte impatto emotivo è un problema che si presenta non soltanto nelle situazioni drammatiche di emergenze extra-ospedaliere, ma è una costante per chi lavora in contesti di area critica: in Pronto Soccorso, nelle unità operative di Terapia Intensiva (Adomat & Killingworth, 1994; Hurst, Koplin - Baucum, 2005; Lally & Pearce, 1996).

Una prima definizione univoca del concetto di stress, è stata fornita da Hans Selye negli anni Cinquanta, che lo ha definito "*la risposta "strategica" dell'organismo nell'adattarsi a qualunque esigenza, sia fisiologica che psicologica, cui venga a esso sottoposto*", in altre parole la risposta non specifica dell'organismo ad ogni richiesta effettuata su di esso; come tale, lo stress può essere prodotto da una gamma estremamente ampia di stimoli denominati '*stressors*', ovvero agenti stressanti (Selye, 1957).

Per far fronte a queste circostanze ognuno arriva a sviluppare una o più strategie, sia operative che psicologiche, atte a farvi fronte: non si tratta di accorgimenti che evitano la

sofferenza, ma che ne limitano gli effetti sia quantitativi che qualitativi. La capacità di coping si riferisce non soltanto alla risoluzione pratica dei problemi, ma anche alla gestione delle proprie emozioni e dello stress derivanti dal contatto con i problemi. Esso comprende una serie di azioni, cognitive e comportamentali, intenzionali e finalizzate a controllare l'impatto negativo dell'evento stressante. Majani (1999) ha individuato molte strategie che possono essere attuate dagli individui, quali la distrazione, la ridefinizione della situazione, l'azione diretta, la catarsi, l'accettazione, la ricerca di un supporto sociale all'interno del quale trovare un sostegno emozionale. Ciò può essere ricercato all'interno della sfera dei propri affetti, all'interno del gruppo professionale al quale si appartiene, come avviene di norma tra i soccorritori, o attraverso il supporto di un professionista della salute; il rilassamento, la fede (Zuliani, 2007). Secondo altri studi le strategie messe in atto da alcuni infermieri sono: umorismo, negazione, ricerca di sostegno sociale, pianificazione, accettazione, sostegno religioso, auto-colpevolizzazione, distrazione dal problema (Isikhan, Comes, & Danis, 2004; Lim, Bogossian, & Ahern, 2010).

Nel momento in cui l'organismo è soggetto agli effetti prolungati di svariati tipi di stressors, quali stimoli fisici, mentali, sociali o ambientali, mette in atto una risposta biologica aspecifica, definita da Selye "*Sindrome generale di adattamento*". Gli elementi stressogeni di un determinato ambiente sollecitano così l'individuo che reagisce secondo la propria personalità con determinate risorse, elaborando così uno stato d'animo che va dal semplice disagio fino alla sindrome del burnout, definita da Maslach (1977), in riferimento all'ambito sanitario, come "*una sindrome di esaurimento emotivo, depersonalizzazione e ridotta realizzazione personale*" che si esprime, oltre che con tutta una serie specifica di sintomi, con una depersonalizzazione, cioè con atteggiamenti negativi cinici nei confronti del malato. Vari studi hanno documentato negli infermieri un'alta incidenza di ansia e depressione, sintomi associati alla particolare attività lavorativa (Orlowski & Gullledge, 1986). Inoltre, chi opera in situazioni di emergenza, è sottoposto a dei particolari stress legati alle caratteristiche stesse di questo tipo di lavoro.

2.1.2 Strategie di coping per il personale infermieristico di area critica

Vari autori si sono occupati di strategie di coping per l'operatore dell'emergenza. Secondo Jonsson, Segesten e Mattsson (2003), per smaltire la tensione accumulata e non metabolizzata, sarebbe utile agli operatori un periodo di allontanamento dal lavoro o di

trasferimento in un'unità operativa non di emergenza. Inoltre suggeriscono l'opportunità di organizzare debriefing tra gli operatori, per dar loro modo di parlare, per poter superare il trauma subito, confrontandosi con i propri pari (Pancheri, 1979; Jonsson & Segesten 2003; Jonsson et al., 2003). La necessità di dare spazio agli operatori per condividere fra di loro i propri sentimenti, è sottolineata dagli stessi autori anche in altri studi, e in quest'occasione parlano anche del ruolo importante che spetta all'organizzazione sanitaria nel saper controllare il più possibile le fonti di stress degli infermieri, o per lo meno dare l'opportunità di incontri frequenti e strutturati per evitarne le conseguenze. Uno degli strumenti più accreditati per soddisfare le esigenze di intervenire nelle situazioni di grave stress è il *Critical Incident Stress Management*, ideato da Mitchell ed Everly negli anni Ottanta. All'interno del programma, una parte importante è assunta dal *Critical Incident Stress Debriefing (CISD)*. Questo metodo di intervento ha lo scopo di prevenire lo stress lavorativo nei contesti di emergenza. In particolare, le ricerche svolte per testare la validità dello strumento hanno evidenziato che il Debriefing permette di preparare i partecipanti a far fronte in futuro ai sintomi conseguenti l'elevato stress; aiuta i partecipanti ad accettare i loro sentimenti ed eventuali sintomi manifesti; i partecipanti al Debriefing si supportano a vicenda; parte dei problemi considerati vengono risolti, es. sensi di colpa (Jonsson, & Segesten, 2003; O'Connor & Jeavons, 2003; Monti, 2001); i partecipanti si sentono rassicurati nell'esprimere i propri stati d'animo e scoprono che non sono dissimili da ciò che provano i colleghi; ognuno è libero di esprimere ciò che sente, oppure può decidere di stare solo ad ascoltare. L'effettivo beneficio prodotto dall'utilizzo del CISD è stato studiato da vari autori. Ad esempio, dallo studio di Nancy Bohl nel 1988 è emerso che i soggetti che si erano sottoposti al debriefing, risultarono significativamente meno depressi, meno nervosi e presentavano minori sintomi legati allo stress. Ogden Rogers, in uno studio del 1993, ha riscontrato che il 70% di coloro che si erano sottoposti al Debriefing riportavano sintomi minori di Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) rispetto ai loro colleghi che non facevano parte del gruppo sperimentale. Inoltre, negli stessi infermieri si era generato un incremento di sentimenti di autocontrollo nei confronti degli eventi critici. Altri studi simili sono arrivati alla medesima conclusione che il debriefing psicologico permette effettivamente di ridurre i segni e sintomi causati da distress (Wee, 1996; Monti, 2001).

2.2 La rianimazione cardiopolmonare e i suoi aspetti

2.2.1 Epidemiologia e prognosi dell'arresto cardiaco

La cardiopatia ischemica è la principale causa di morte nel mondo (Murray & Lopez, 1997). L'arresto cardiaco improvviso è causa di più del 60% delle morti da coronaropatia nell'adulto (Zheng, Croft, Giles, & Mensah, 2001). Dati raccolti in 37 comunità in Europa indicano che l'incidenza annuale di arresti cardiaci sostenuti da qualsiasi ritmo e trattati da servizi di emergenza medica in ambiente extra-ospedaliero è di 38 per 100.000 abitanti (Atwood, Eisenberg, Herlitz, & Rea, 2005). In base agli stessi dati la sopravvivenza alla dimissione dall'ospedale è del 10,7% dopo arresto cardiaco sostenuto da qualsiasi ritmo e del 21,2% dopo arresto cardiaco da Fibrillazione Ventricolare (FV). L'incidenza riportata dell'arresto cardiaco intraospedaliero è più variabile ma è compresa tra 1 e 5 per 1000 ricoveri (Sandroni, Nolan, Cavallaro, & Antonelli, 2007). Dati recenti ricavati dal Registro Nazionale sulla RCP dell'American Heart Association, indicano che la sopravvivenza alla dimissione dopo arresto cardiaco intraospedaliero è del 17,6% per qualsiasi ritmo (Meaney et al., 2010). Il ritmo iniziale è la FV o Tachicardia Ventricolare (TV) senza polso nel 25% dei casi e per questi ritmi il tasso di sopravvivenza alla dimissione è del 37% mentre dopo attività elettrica senza polso (PEA) o asistolia il tasso di sopravvivenza alla dimissione è dell'11,5%.

2.2.2 Rianimazione cardiopolmonare

La RCP risulta essere l'unico intervento che può fare la differenza tra la vita e la morte nelle condizioni di emergenza espresse nel paragrafo precedente. Questa tecnica nacque per merito del medico austriaco Peter Safar che, nel 1956, dimostrò l'efficacia della respirazione bocca a bocca e anche grazie al Dottor William Kouwenhoven che nel 1958, insieme ad altri ricercatori, scoprì il successo del massaggio cardiaco esterno a torace chiuso e l'importanza di strumenti per la defibrillazione. Solo verso la fine del 1958 si capì l'importanza di unire la respirazione bocca a bocca al massaggio cardiaco (Safar, 1996; Cooper et al., 2006).

Con lo sviluppo di protocolli di rianimazione ospedalieri, la RCP è stata estesa a tutti i pazienti in arresto cardiocircolatorio indipendentemente dalla loro patologia di base ed è stata integrata con altre sei procedure invasive come la somministrazione di liquidi e

farmaci per via endovenosa, l'intubazione oro tracheale e la defibrillazione precoce che hanno contribuito a migliorarne l'efficacia (Kelly, 2007).

Oggi la RCP viene eseguita anche in ambito extra-ospedaliero grazie ad una larga diffusione della tecnica rianimatoria anche tra il personale non sanitario. Ciò ha permesso di aumentare la possibilità di sopravvivenza delle persone colpite da arresto cardiaco in attesa dell'arrivo dei soccorsi avanzati.

L'obiettivo principale del Basic Life Support (BLS) consiste nella prevenzione dei danni anossici cerebrali. La tempestività è uno degli aspetti fondamentali nel soccorso ad una persona in arresto cardio-circolatorio (ACC) dal momento che le probabilità di sopravvivenza diminuiscono del 10% ogni minuto che passa e già dopo 4 minuti il cervello, al quale non arriva più ossigeno, inizia ad andare in sofferenza riportando danni neurologici irreversibili (American Heart Association, 2000; Hunziker et al., 2011). La RCP immediata può raddoppiare o triplicare la sopravvivenza da arresto cardiaco extra-ospedaliero sostenuto da FV (Valenzuela, Roe, Cretin, Spaite, & Larsen, 1997; Waalewijn, Tijssen, & Koster, 2001; Holmberg, Holmberg, & Herlitz, 2001; Holmberg, Holmberg, Herlitz, & Gardelov, 1998). Ogni minuto di ritardo prima della defibrillazione riduce la probabilità di sopravvivenza alla dimissione del 10-12% (Valenzuela et al., 1997; Waalewijn, de Vos, Tijssen, & Koster, 2001).

2.3 Aspetti normativi e deontologici

Molti tentativi di rianimazione purtroppo non hanno successo, nonostante sforzi significativi e alcuni miglioramenti apportati durante l'ultimo decennio. Le nuove tecnologie, le evidenze mediche, le aumentate aspettative da parte della popolazione, hanno reso le considerazioni etiche una parte importante di qualsiasi intervento o decisione riguardanti il termine della vita. Molti aspetti vanno presi in considerazione per garantire che la decisione di tentare o meno una rianimazione sia appropriata e che i pazienti siano trattati con dignità. I principi etici fondamentali sono: autonomia, beneficenza, non maleficenza, giustizia, dignità ed onestà (Beauchamp & Childress, 2008).

- *Autonomia* è il diritto del paziente di accettare o rifiutare qualsiasi trattamento; può essere spesso difficile applicarlo all'interno di una situazione di emergenza come l'arresto cardiaco improvviso.

- *Non maleficenza* significa non danneggiare o, più appropriatamente, non recare ulteriore danno al paziente, quindi la rianimazione non dovrebbe essere intrapresa nei casi chiaramente futili.
- Il principio di *beneficienza* implica che gli operatori sanitari debbano fornire beneficio al paziente nel suo migliore interesse valutando rischi e benefici. Normalmente, questo implica tentare la rianimazione, ma occasionalmente significherà anche astenersi dalla rianimazione cardiopolmonare quando la morte appare inevitabile e l'intervento rianimatorio sarebbe solo un prolungamento dell'agonia per il paziente (Casalini, 2004; Rosi, 2007).
- Il principio di *giustizia* implica che se si fornisce assistenza rianimatoria, questa dovrebbe essere resa fruibile da tutti coloro che ne possano trarre beneficio, nei limiti della disponibilità delle risorse.
- *Dignità e onestà*. I pazienti hanno sempre il diritto di essere trattati con dignità e le informazioni dovrebbero essere fornite loro con onestà (Lippert, Raffay, Georgiou, Steen, & Bossaert, 2010).

L'evoluzione delle tecniche rianimatorie hanno portato a considerare, talvolta, la RCP come un impedimento ad una morte dignitosa (Kelly, 2007) e a descriverla come un intervento violento, dannoso, doloroso e poco degno che può essere giustificato solo se implica un comprovato beneficio per il paziente (Baskett et al., 2005). Vengono a crearsi così delle questioni etiche e deontologiche per il personale sanitario che si trova a dover decidere tra il fare il bene del paziente ed evitare di fare il male. Il personale sanitario ha il dovere etico e deontologico di non intraprendere provvedimenti che si configurino come un accanimento terapeutico (Rosi, 2007). D'altra parte, non applicare una metodologia salvavita in una situazione potenzialmente reversibile come la morte cardiaca improvvisa, appare un atto di eutanasia passiva che eticamente ha lo stesso significato di una eutanasia attiva deliberata, perché esprime l'intenzionalità di procurare la morte del paziente (Casalini, 2004). Risulta quindi indispensabile soppesare i rischi e i benefici derivanti da una RCP mettendo sempre al primo posto le volontà e la dignità del paziente (come citato nell'Art. 3 del Codice Deontologico dell'Infermiere).

Esistono poi degli aspetti normativi, oltre che deontologici, da tenere in considerazione.

La normativa nazionale sui defibrillatori semiautomatici (DAE) consente all'operatore addestrato e abilitato di usare il dispositivo in tutta sicurezza, limitatamente alle

competenze maturate nel corso di formazione specifico. La normativa di riferimento attuale è dettata dalla Legge 120 del 3 Aprile 2001 e completata dal DM del 18 Marzo 2011.

L'operatore che utilizza il defibrillatore semiautomatico, pur essendo integrato in un sistema che lo tutela e lo assiste durante le procedure di rianimazione, non è esonerato dalla responsabilità penale, dolosa e colposa, che per l'articolo 27 della Costituzione Italiana è definita "personale". L'operatore DAE deve agire con diligenza, prudenza, perizia e nel rispetto di regolamenti, ordini, discipline e protocolli che riguardano l'attività di soccorso. L'infermiere ha il dovere di intervenire quando se ne ravvisi la necessità in quanto questo tipo di attività è sua originaria e non deriva da una delega di funzioni. Il mancato intervento risulterebbe quindi un'omissione di soccorso (Art. 593 del Codice Penale) e, in determinate situazioni, si potrebbe ipotizzare anche il rifiuto di atti d'ufficio. Il soccorso è un obbligo: morale, medico-legale e deontologico.

2.4 La presenza dei familiari durante la RCP

La presenza dei familiari durante le manovre rianimatorie è stata introdotta negli anni '80 ed è diventata pratica comune in molti paesi (Doyle et al., 1987; Fulbrook et al., 2007; Madden et al., 2007; Egginget al., 2009; Koberichet al., 2010). Da allora la letteratura scientifica straniera non ha fatto che confermare il dato che la maggior parte dei familiari desidera essere presente durante quelli che potrebbero essere gli ultimi momenti di vita di un loro caro (Hanson & Strawser, 1992; Meyers, Eichhorn, & Guzzetta, 1998; Eichhorn et al., 2001) e tra quelli che hanno avuto questa esperienza, più del 90% la ripeterebbe e lo consiglierebbe ad altre famiglie (Dudley et al., 2009; Mortelmans et al., 2009; Boie et al., 1999) ed il 76% ritiene che il dolore per la perdita sia stato in qualche modo attenuato assistendo alle manovre (Doyle et al., 1987). Dalle indagini emerge che il personale medico, rispetto a quello infermieristico, tende maggiormente ad escludere i familiari durante la rianimazione cardiopolmonare (Helmer, Shapiro, Dors, & Karan, 2000; Meyers et al., 2000; Leung & Chow, 2012); pur riconoscendo dei vantaggi (Agard, 2008), sono ancora percepiti molti svantaggi che ostacolano l'accettazione di questa pratica in modo diffuso (Halm, 2005; Walker, 2008). Questi possono essere riassunti in (Grice et al., 2003; Fulbrook et al., 2005; Koberich et al., 2010; Tomlinson, Golden, Mallory, & Comer, 2010):

- possibili interferenze dei familiari con il processo di rianimazione o con il team;
- conseguenze psicologiche negative sulle famiglie;
- aumento del livello di stress per il team rianimatorio;
- mancanza di supporto per i membri della famiglia;
- i membri della famiglia potrebbero non capire la necessità di interventi specifici durante la RCP;
- i familiari potrebbero fraintendere quello che potrebbe venir detto tra i membri del team rianimatorio;
- mancanza di spazi adeguati;
- mancanza di privacy per il paziente;
- rischio maggiore di ripercussioni legali.

La presenza dei familiari durante una RCP è, invece, considerata positiva perché (Doyle et al., 1987; Eichhorn et al., 2001; Grice et al., 2003; MacLean et al., 2003; Wagner, 2004; Fulbrook et al., 2005; Madden et al., 2007; Egging et al., 2011; Bossaert et al., 2015):

- vengono rispettate le volontà del paziente e/o dei familiari;
- viene data la possibilità ai familiari di stare vicini al loro caro nelle sue ultime ore di vita;
- in caso di insuccesso della RCP, favorisce per i familiari una migliore elaborazione del lutto;
- aiuta i familiari a sapere che è stato fatto tutto il possibile per il paziente, riducendo l'ansia ed eliminando i dubbi sulla procedura di rianimazione;
- essere presenti fornisce conforto emotivo ai familiari;
- aiuta il personale a rimanere concentrato sulla RCP;
- la presenza dei familiari può invogliare il personale a prolungare gli sforzi rianimatori.

Le evidenze offrono scarso sostegno alle critiche mosse circa la presenza dei familiari e nelle Linee Guida dell'ERC, emanate nell'Ottobre 2015, si afferma che non esistono dati a supporto di queste. Infatti l'84% di un campione di 96 operatori sanitari che hanno effettuato manovre invasive in presenza di familiari ha riportato di non esserne stato influenzato (Meyers et al., 2000). In un'indagine su 114 operatori dell'emergenza extra-ospedaliera che hanno eseguito manovre rianimatorie non si sono riscontrate differenze in termini di stress percepito fra chi ha eseguito le procedure in presenza di familiari e chi,

invece, senza familiari (Boyd & White, 2000). Anche gli operatori sanitari sentivano che la presenza della famiglia è stata un'esperienza positiva, che ha umanizzato il paziente e ne ha sostenuto la dignità (Basol et al., 2009; Demir, 2008; McClement et al., 2009; Pruitt et al., 2008). Una recente indagine europea ha riportato che solo nel 31% degli Stati, ai familiari è usualmente consentito essere presenti durante un tentativo di rianimazione intraospedaliero. Sebbene la letteratura internazionale sia cauta sui possibili benefici, un punto importante emerso, concerne il fatto che non vi siano elementi atti a giustificare l'esclusione a priori dei familiari durante la rianimazione cardiopolmonare e altre manovre invasive. Il contesto operativo sembra andare a influenzare le credenze degli operatori circa la presenza dei familiari o meno. Nello specifico, in uno studio svolto nel 2008 presso gli ospedali di tre regioni italiane (Emilia Romagna, Abruzzo e Toscana), con 378 partecipanti (Prati & Monti, 2010), circa uno su dieci fra gli operatori dell'Unità Operativa di Terapia Intensiva e del Pronto Soccorso si esprimono fortemente a sfavore (93% e 91% rispettivamente di risposte negative), mentre solo circa la metà degli operatori del 118 (56% di risposte negative) si esprimono a sfavore. È ipotizzabile pensare che chi lavora a maggiore contatto con i familiari (operatori del 118) è maggiormente in grado di osservare le loro reazioni dopo aver assistito a pratiche invasive. Inoltre, il personale dell'emergenza territoriale-118, ha appreso suo malgrado che generalmente la presenza dei familiari anche nelle circostanze più drammatiche, non solo non crea ulteriori complicanze sulla scena, ma facilita l'elaborazione dell'evento e la maggiore gratificazione reciproca (Pietrantonio & Prati, 2009; Monti, 2003; Magrin, 2008; Pasetti 2008). Difficile invece, per coloro che operano all'interno delle Terapie Intensive, modificare il loro punto di vista nei confronti dei parenti, atteggiamento che col passare del tempo si cristallizza (Prati & Monti, 2010).

La European Federation of Critical Care Nurses Associations (EfCCNa) e la European Society of Paediatric and Neonatal Intensive Care (ESPNIC) hanno formulato, nel 2007, una dichiarazione di posizione comune sostenendo la presenza dei familiari durante la rianimazione e introducendo il concetto di sostegno, da parte di un professionista sanitario qualificato, sia per la famiglia presente che per il personale sanitario al termine della manovra, aspetto che trova conferma nelle nuove Linee Guida emanate dall'ERC nel 2015. È stata espressa, inoltre, la necessità di linee guida multidisciplinari che sanciscano, in forma scritta, questa pratica (Fulbrook, Albarran, & Latour, 2007).

CAPITOLO III - MATERIALI E METODI

3.1 Disegno di ricerca

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

3.2 Campionamento e setting

Il campione di ricerca selezionato per lo studio è costituito dagli infermieri delle Unità Operative di Pronto Soccorso (P.S.) dei Presidi Ospedalieri di Jesolo e San Donà di Piave e delle Unità Operative di Terapia Intensiva (T.I.) dei Presidi Ospedalieri di Portogruaro e San Donà di Piave dell'Azienda ULSS n° 10 "Veneto Orientale".

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

- **criteri di inclusione:** infermieri in servizio presso un'area critica (U.O. di P.S. e T.I.), che hanno eseguito RCP in paziente adulto, di età superiore ai 18 anni e che hanno dato la disponibilità ad essere intervistati;
- **criteri di esclusione:** infermieri che non hanno eseguito RCP in paziente adulto e/o non hanno dato la disponibilità ad essere intervistati.

3.3 Strumenti di rilevazione e modalità di raccolta dati

Ad ogni partecipante è stata richiesta la compilazione di una scheda anagrafico-professionale (Allegato N°1) per descrivere meglio le caratteristiche del campione. La scheda, del tutto anonima, andava ad identificare: fascia d'età, genere, formazione professionale, anni di esperienza lavorativa con la qualifica di infermiere, anni di esperienza lavorativa in Area Critica, quante RCP il partecipante esegue indicativamente in un anno su pazienti con età ≥ 18 anni e in quale contesto ha eseguito il maggior numero di RCP. Successivamente, si è effettuata un'intervista semi-strutturata (Allegato N°2), la quale presentava cinque domande orientative, ma non direttive, formulate coerentemente con la letteratura di riferimento. Le domande si sono proposte di indagare i vissuti degli infermieri rispetto alla procedura di rianimazione cardiopolmonare, le strategie di coping e i comportamenti messi in atto. Si è voluto, inoltre, indagare se i vissuti fossero diversi, e se si come, in relazione al tipo di paziente, e alla presenza dei familiari che assistevano alla

manovra. Le interviste sono state svolte in uno dei locali delle Unità Operative, evitando interruzioni, rispettando le necessità legate alle attività di reparto.

3.4 Raccolta dati e aspetti etici

Prima di attuare il disegno dello studio si è provveduto ad:

- acquisire l'autorizzazione necessaria per realizzare l'intervista da parte dei Direttori di U.O. e del Direttore Generale dell'Azienda ULSS 10 "Veneto Orientale" (Allegato N°3);
- stabilire contatti con i Coordinatori Infermieristici delle rispettive Unità Operative al fine di esporre l'obiettivo dell'indagine e ottenere la collaborazione dei professionisti delle realtà cliniche.

Le interviste realizzate hanno previsto il coinvolgimento di trentadue infermieri. La programmazione ed attuazione dei colloqui, di durata non superiore a diciannove minuti, è avvenuta dal 15 Giugno 2015 al 7 Luglio 2015.

I dati raccolti dovevano permettere di:

- indagare e analizzare i vissuti degli infermieri durante la procedura di rianimazione cardiopolmonare;
- comprendere strategie di coping e comportamenti messi in atto;
- indagare eventuali differenze nei vissuti in relazione al tipo di paziente su cui viene praticata la manovra e in relazione alla presenza di familiari che assistono alla procedura.

Durante la raccolta dei dati è stato garantito l'anonimato a ciascuno dei soggetti costituenti il campione di indagine. L'intervista è stata audio registrata su supporto digitale per consentire all'intervistatore di accedere nuovamente ai dati. Le registrazioni sono state poi trascritte integralmente utilizzando un programma di elaborazione del testo. Al termine della trascrizione dei risultati, sono state smaltite. I dati reperiti sono disponibili solo in forma anonima e aggregata ai fini dell'analisi dei dati per l'elaborazione della tesi.

3.5 Affidabilità dei dati

Le interviste semi-strutturate sono state condotte personalmente da chi ha elaborato il lavoro di tesi dopo aver ottenuto il consenso informato e concordato con gli infermieri il momento più idoneo all'intervista (Allegato N°4). La scelta del campione è stata svolta nel

rispetto dei criteri di inclusione del campione, predefiniti, dei tempi di lavoro e nel rispetto della privacy del personale infermieristico. Le interviste si sono svolte nel rispetto di quanto progettato nello studio, garantendo l'omogeneità dei dati raccolti.

3.6 Analisi dei dati

Le interviste sono state trascritte e il procedimento ha implicato un impegno temporale corrispondente al tempo dedicato all'intervista stessa (circa venti minuti per intervista). Le trascrizioni fornite dalle interviste sono state analizzate tramite il metodo Van Kaam, che è uno dei diversi metodi di analisi dello studio fenomenologico descrittivi alcuni aspetti delle esperienze vissute. Il metodo Van Kaam consiste nel raggruppare i temi comuni, ricorrenti, etichettarli, eliminando le espressioni vaghe e sovrapponibili (Streubert & Carpenter, 2005). Nella fase iniziale ogni narrazione è stata letta nella sua interezza per ottenere un'impressione generale della struttura dell'esperienza. Ogni racconto è stato riletto con un focus sull'identificazione delle espressioni descrittive quali dichiarazioni, frasi o periodi che erano essenziali ed utili per comprendere l'esperienza. Ogni espressione doveva quindi soddisfare due requisiti:

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

Le espressioni che non hanno soddisfatto questi due requisiti sono state eliminate, quelle concrete, vaghe e ricorrenti sono state ridotte in termini più precisamente descrittivi. Ad ogni espressione descrittiva è stato dato un nome ed è stata poi raggruppata insieme ad altre espressioni comuni. Successivamente, gli elementi concordanti sono stati correlati tra di loro sulla base dei criteri di essenzialità e compatibilità.

CAPITOLO IV – *RISULTATI*

4.1 Descrizione del campione totale

Il campione totale intervistato è costituito da n. 32 infermieri, i quali hanno soddisfatto i criteri di inclusione stabiliti prima dell'inizio dello studio ed hanno accettato di essere intervistati. Di questi, n. 15 (46,9%) sono stati reclutati presso le U.O. di Pronto Soccorso dei Presidi Ospedalieri di Jesolo e San Donà di Piave, n. 17 (53,1%) presso le U.O. di Terapia Intensiva dei Presidi Ospedalieri di San Donà di Piave e Portogruaro. Le caratteristiche anagrafico-professionali del campione hanno riguardato i seguenti dati, così rappresentati (Allegato N°6):

- *Età*: i soggetti reclutati nello studio hanno un'età media di 38,1 anni ($\pm 9,5$).
- *Genere*: n. 12 maschi (37,5%) e n. 20 femmine (62,5%).
- *Massimo titolo conseguito in Infermieristica*: n. 16 infermieri (50%) hanno conseguito il Diploma di Infermiere scuola regionale, n. 9 infermieri (28,1%) la Laurea triennale in Infermieristica, n. 7 infermieri (21,9%) hanno conseguito uno o più Master di primo livello (Coordinamento delle professioni sanitarie, Area critica, Infermieristica forense e gestione del rischio clinico, Soccorso avanzato in ambiente extra-ospedaliero).
- *Anni di esperienza lavorativa con la qualifica di infermiere*: la media degli anni lavorativi totali degli infermieri è di 16,6 anni ($\pm 8,7$).
- *Anni di esperienza lavorativa in Area Critica*: di media gli infermieri lavorano in un contesto di Area Critica da 12,8 anni ($\pm 7,6$).
- *Quante RCP su paziente con età >18 anni esegue indicativamente in un anno*: di media gli infermieri eseguono 5,8 RCP in un anno ($\pm 3,2$).
- *Contesto dove ha eseguito il maggior numero di RCP*: n. 1 infermiere (3,1%) ha eseguito il maggior numero di RCP in Pronto Soccorso, n. 9 infermieri (28,1%) in Terapia Intensiva, n. 13 infermieri (40,7%) nel contesto extra-ospedaliero/118/Suem, n. 3 infermieri (9,4%) hanno segnato, con uguale frequenza, il Pronto Soccorso e il contesto extra-ospedaliero/118, n. 1 infermiere (3,1%) con uguale frequenza il Pronto Soccorso e la Terapia Intensiva, n. 4 infermieri (12,5%) hanno riferito di eseguire il maggior numero di RCP in altri contesti, specificando U.O. quali Medicina Uomini e Donne e Pediatria (essendo responsabili delle

emergenze intra-ospedaliere), n. 1 infermiere (3,1%) ha segnato con uguale frequenza Terapia Intensiva e altri contesti.

Sono stati poi analizzati singolarmente anche i due campioni, quello di Pronto Soccorso e quello di Terapia Intensiva. Rispetto a questi sono state identificate delle variabili che presentavano delle differenze significative. Per quanto riguarda il genere, nell'U.O. di P.S. il campione era rappresentato da n.8 maschi (53,3%) e n.7 femmine (46,7%), nell'U.O. di T.I. da n.4 maschi (23,5%) e n.13 femmine (76,5%). I due campioni differiscono inoltre per numero di anni di esperienza lavorativa con la qualifica di infermiere (P.S. 14,6 anni \pm 9,0, T.I. 18,4 anni \pm 8,1), e per il numero di RCP eseguite in un anno: 7 RCP \pm 3,5 in P.S., 4,7 RCP \pm 2,6 in T.I. Un'altra differenza si è rilevata rispetto ai contesti dove gli infermieri dichiarano di aver eseguito il maggior numero di rianimazioni cardiopolmonari. Rispetto alle altre variabili prese in esame, i due campioni sono risultati omogenei (Allegato N° 6).

Le interviste, svoltesi e registrate dal 15 Giugno 2015 al 7 Luglio 2015, sono state contenute all'interno di un range che va dai 9 ai 19 minuti.

4.2 Descrizione del campione in relazione allo scopo e ai quesiti di ricerca

4.2.1. Emozioni e sentimenti esperiti dagli infermieri

Le interviste realizzate sono state analizzate tramite l'utilizzo di diverse tabelle (Allegato N° 7), stese utilizzando il metodo Van Kaam, ove sono stati registrati i vissuti esperienziali degli infermieri intervistati, le strategie di coping e i comportamenti messi in atto, nonché le variabili indagate, quali la presenza dei familiari o la differenza di vissuti in relazione al tipo di paziente.

Per quanto concerne i vissuti durante la procedura di rianimazione cardiopolmonare, quello che risulta più frequente sul campione totale è il controllo e il distacco dalla situazione, con notevoli differenze tra Pronto Soccorso e Terapia Intensiva (rispettivamente 20,0% e 70,6% dei corrispondenti campioni). Il 25% del campione dichiara di non provare nessun tipo di sentimento, descrivendo quella della rianimazione cardiopolmonare una procedura come un'altra, che fa parte del lavoro e quindi "*la si fa e basta*".

Dall'altra parte invece, il 21,9% dichiara di provare dispiacere soprattutto quando, come nella maggior parte dei casi, l'RCP non va a buon fine e, la stessa percentuale di infermieri, dichiara di sentirsi in difficoltà, di dover affrontare una situazione non facile. In questi casi tra le due U.O. non sussistono significative differenze.

Il 18,7% del campione totale riferisce tenacia e adrenalina nell'esecuzione della manovra. L'intervistato n°22 afferma: “ *Beh sicuramente c'è lo stress, l'adrenalina perché comunque si tratta di un momento in cui il paziente è in fase altamente critica e quindi stress, ma non stress che può bloccare, stress positivo, adrenergico che ti spinge ad agire*”.

Solo uno degli intervistati, all'interno del campione di Terapia Intensiva, (3,1% del campione totale) ha citato sentimenti quali paura, preoccupazione e colpa. Uno degli intervistati, all'interno del campione di Pronto Soccorso, ha invece dichiarato “*è la sconfitta che ti da fastidio*”, quando la rianimazione cardiopolmonare non ha efficacia. Solo tra il personale della Terapia Intensiva, il 17,6% del campione ha dichiarato stress. Il 9,4 % degli intervistati ha individuato vissuti di ansia, tensione e agitazione; la stessa percentuale di infermieri ha dichiarato di essersi ritrovato in situazioni difficili e imprevedibili, all'interno delle quali si sono sentiti spiazzati.

4.2.2 Vissuto degli infermieri in relazione al tipo di paziente

Sono state poi inserite delle variabili e, ad esempio, è stato chiesto agli infermieri se il vissuto fosse diverso in relazione al tipo di paziente su cui viene praticata l'RCP. Solo il 12,5% ha dichiarato di non trovare differenze, per la maggior parte all'interno del campione di Pronto Soccorso. Il 65,6% invece, circa in eguale percentuale tra i due campioni delle U.O., ha dichiarato di provare un'intensità emotiva e un'ansia maggiore quando viene praticata l'RCP su un giovane o un conoscente rispetto che su un anziano, alcuni affermando che nel giovane l'insistenza e la tenacia sono accentuate (18,7% del campione totale). Emerge inoltre come, unicamente all'interno del campione di Terapia Intensiva, si ponga più attenzione al paziente. Alcuni infermieri, infatti, riportano di provare diverse emozioni anche in relazione al rapporto che si è creato con familiari e paziente e in relazione alle aspettative di vita che il paziente avrebbe dopo l'eventuale efficacia della rianimazione (rispettivamente 6,2% e 9,4% del campione).

Nel 6,2% dei casi, l'intervistato non è stato in grado di dichiarare vissuti diversi in relazione al tipo di paziente poiché ha eseguito una sola volta la procedura di rianimazione cardiopolmonare.

4.2.3 Strategie di coping degli infermieri

Rispetto a questo tipo di vissuti, è stato chiesto se venissero attuate strategie di coping, quindi modalità di adattamento per far fronte all'evento stressante. Il 71,9% del campione ha individuato, come strategia, la concentrazione unicamente sulla procedura, il 28,1% seguire uno schema preciso di azioni (ALS) che consentisse di 'eliminare' le emozioni (40,6%). Come riportato da un infermiere (Intervistato n°15): “[...] Hai delle linee guida da seguire quindi diventa un lavoro standardizzato”.

Solo all'interno del campione di Pronto Soccorso, il 40,0% ha dichiarato di non adottare strategie di coping e di non averne bisogno, mentre questo non emerge, nemmeno in piccola percentuale, tra gli intervistati delle U.O. di Terapia Intensiva.

Il 34,4% del campione totale, inoltre, individua l'isolamento e l'estraniamento dal contesto come una modalità per far fronte alla situazione stressante e per non farsi influenzare dalle proprie emozioni. In eguale percentuale (6,2%), vengono individuate come strategie quella del non distrarsi, dell'essere sempre preparato nelle conoscenze teoriche, e quella di essere consapevoli della propria competenza e pertanto in grado di gestire la manovra senza stress. Uno degli intervistati all'interno del campione di Terapia Intensiva (Intervistato n°19) ha dichiarato di essere sempre già preparato psicologicamente all'exitus del paziente: *“Cominci a eliminare i sentimenti e tutto ciò che ci sta dietro e vai per razionalità, poi noi i pazienti non li vediamo mai come li ha visti un familiare, noi li vediamo sempre nello stato peggiore quindi già siamo preparati e non siamo legati emotivamente”*.

Il 9,4% del campione dichiara, come strategia di coping, di eseguire la manovra non pensando di avere un corpo davanti ma concentrandosi sulla zona anatomica da trattare o immaginando un manichino.

4.2.4 Comportamenti messi in atto dopo RCP

Un ulteriore quesito posto al campione è stato quello relativo ai comportamenti messi in atto dopo le rianimazioni cardiopolmonari sia nell'esercizio lavorativo che nelle successive RCP. Il 37,5% ha evidenziato un notevole cambiamento intercorso tra le prime RCP effettuate e quelle attuali, individuando maggiore intensità e difficoltà nella prime, maggiore sicurezza nelle seconde. Viene inoltre affermato un continuo insegnamento da ogni RCP, messo in pratica in quelle successive (28,1%). L'intervistato n°2 afferma infatti:

“[...] Non si finisce mai di imparare e ogni RCP o ogni annegato o ogni infarto non è mai uguale ad un altro, ognuno ha un qualcosa di unico.”

Circa un quarto del campione riconosce l'importanza dell'aggiornamento continuo, dell'esercizio nella pratica e dell'aumento delle conoscenze teoriche. Il 18,7% del campione totale sostiene di effettuare una sorta di Debriefing al termine della manovra, analizzando con i colleghi ciò che si è fatto.

Uno degli intervistati all'interno del campione di Terapia Intensiva ha dichiarato, a seguito di una rianimazione cardiopolmonare particolarmente difficile ed emotivamente dolorosa, di aver affrontato il maggior numero di urgenze possibili per non farsi bloccare da quell'esperienza. Il 15,6% del campione afferma che, a seguito di ogni RCP, impara a farsi coinvolgere e influenzare sempre meno.

Il 9,4% del campione, unicamente tra gli intervistati delle U.O. di Pronto Soccorso, dichiara di non mettere in atto particolari comportamenti.

4.2.5 RCP in presenza dei familiari del paziente

Infine, è stato chiesto al campione se avessero mai eseguito RCP in presenza dei familiari del paziente. Emerge una significativa differenza tra le due Unità Operative prese in esame. All'interno del Pronto Soccorso solo il 6,7% del campione, n.1 infermiere, dichiara di non averla mai attuata, nel campione di Terapia Intensiva addirittura il 70,6%. Degli infermieri di T.I. che invece l'hanno praticata, alcuni dichiarano di averla eseguita durante le esperienze lavorative stagionali o precedenti, nei contesti di Pronto Soccorso e soccorso extra-ospedaliero. Il resto del campione afferma che nell'U.O., prima di eseguire questo genere di procedure, i familiari vengono sempre fatti allontanare: *“Sempre mandati fuori i parenti, mai fatto niente in presenza dei familiari perché meno occhi estranei vedono, meglio è”* (Intervista n°17). L'intervistato n°19, in merito a questo tipo di risposta, ha affermato: *“No, per fortuna non ho mai fatto RCP con i familiari presenti. Il familiare è solo d'impaccio perché ti riempie di domande, già tu sei concentrato e devi organizzarti per conto tuo, non puoi stare dietro anche a loro”*.

Chi ha eseguito la procedura con la presenza dei familiari ha dichiarato che, essendo presenti, capiscono veramente che la situazione è critica (28,1%), vedono che stai facendo tutto il possibile (25,0%) e, nel caso di insuccesso della rianimazione, c'è anche una miglior elaborazione del lutto (18,7%). Emerge come queste riflessioni siano

maggiormente presenti tra gli intervistati delle U.O. di Pronto Soccorso. Come riferito da un infermiere di Pronto Soccorso (Intervistato n°4): “[...] *Ho fatto assistere alla scena specialmente proprio in casi dove magari ritenevamo necessario che vedessero che la situazione era grave e anche perché potessero, secondo noi, forse elaborare meglio e capire che non c’era alternativa e non potevamo fare nulla*”.

Unicamente all’interno del campione di Pronto Soccorso viene affermato che, con la presenza dei familiari cambiano i comportamenti poiché devi rapportarti con loro, informarli su ciò che accade, consolarli (26,7% del campione di U.O.), che all’inizio era più difficile eseguire la manovra perché ci si immedesima nei familiari (13,3%), e che quando sono presenti viene posta più attenzione alla privacy del paziente (6,7%).

Viene comunque dichiarato, nel 15,6% del campione, che si cerca comunque di far uscire sempre il familiare e il 21,9% dichiara di allontanarli perché disturbano e potrebbero interferire con la manovra, o perché creano soggezione. Il 6,2% del campione si sente impotente di fronte ai familiari. Di coloro che fanno assistere i familiari alla manovra, il 21,9% afferma di non prenderli in considerazione, anzi di cercare l’isolamento, il 15,6% dichiara dispiacere nel vedere i familiari soffrire. Solo uno degli intervistati (Intervistato n°13) dichiara maggiore stress e tensione in loro presenza.

CAPITOLO V – *DISCUSSIONE*

5.1 **Discussione**

Nei primi capitoli di questo elaborato è stato discusso di come la rianimazione cardiopolmonare sia una manovra che può fare la differenza tra la vita e la morte ma che, dovendo essere eseguita in situazioni di emergenza, può essere causa di elevate quantità di stress acuto per il personale sanitario (Hunziker et al., 2012), in particolare se si pone l'attenzione a contesti di emergenza (Cudmore, 1996; Jonsson et al., 2003; Laposa et al., 2003). Il forte impatto emotivo è un problema che si presenta non soltanto nelle situazioni drammatiche di emergenze extra-ospedaliere, ma è una costante per chi lavora in contesti di area critica: in Pronto Soccorso, nei reparti di Terapia Intensiva (Adomat & Killingworth, 1994; Hurst, Koplín-Baucum, 2005; Lally & Pearce, 1996), e per questo motivo, in questo elaborato, sono stati presi in esame due campioni di entrambe le U.O..

Coerentemente con quanto riportato da Gamble nel 2001, l'imprevedibilità di un arresto cardiaco provoca sensazioni uniche per ogni individuo. Quando infatti si vanno ad indagare i vissuti rispetto a questo tipo di manovra, vengono individuati sensazioni e sentimenti molto diversi tra loro. Vengono descritti tenacia/adrenalina (18,7%), difficoltà (21,9%), agitazione, ansia, sensazione di ritrovarsi spiazzati e stress (9,4%), in accordo con gli studi che identificano gli infermieri a rischio per problemi legati allo stress, all'assenteismo e al burnout (Clegg, 2001; Kirkcaldy & Martin, 2000). L'intervistato n° 13 afferma: *"[...] Proprio l'altro giorno mi è successo di dover rianimare un signore, entrato in codice verde per una sospetta colica renale, beh, dopo 5 minuti dall'entrata in ambulatorio è andato in fibrillazione ventricolare. È stato del tutto inaspettato e mi ha lasciato un attimo in confusione perché non ero preparata come quando si esce in ambulanza e si sa già quello che si trova"*. Descritti, inoltre, colpa, paura, preoccupazione, fastidio nella non riuscita (3,1%), dispiacere (21,9%). L'operatore si trova quotidianamente, come emerge dai racconti, a convivere con sentimenti di impotenza e forte compassione di fronte a molte situazioni. L'incontro con la sofferenza e la paura della vittima e dei parenti porta con sé un'intensità emotiva che inevitabilmente ricade sul piano personale. Se da un lato la compassione può far crescere e maturare la sensibilità di chi ha scelto di lavorare a servizio della persona malata, dall'altro lato può generare con gli anni nell'operatore uno stato di stress cronico, che può condurre anche ad esaurimento emozionale (Jonsson, Segesten, & Mattsson, 2003).

I vissuti più frequentemente descritti risultano il controllo e il distacco, con notevole differenza tra Pronto Soccorso e Terapia Intensiva (rispettivamente 20,0% e 70,6% dei corrispondenti campioni). L'intervistato n° 30, ad esempio, dichiara: “[...] È stata la mia prima urgenza pediatrica finita male perché il bimbo è morto e quindi il vissuto era: mi ricordo che sono rimasta fredda mentre facevo le manovre e non mi veniva né da piangere né niente ed ero molto pratica appunto per schermarmi un po' e non farmi investire troppo emotivamente perché in quei momenti là devi fare e non puoi stare lì a dire: “oddio mi dispiace”, e basta”.

C'è chi, invece, il 25% del campione (in percentuale maggiore all'interno del campione di Pronto Soccorso), dichiara di non provare nessun tipo di sentimento, descrivendo quella della rianimazione cardiopolmonare una procedura come un'altra, standardizzata, che fa parte del lavoro e quindi “la si fa e basta”. Questo non emerge all'interno del campione di Terapia Intensiva in così alta percentuale, forse anche in relazione alla frequenza con cui viene eseguita questa manovra, maggiore nei contesti di soccorso extra-ospedaliero, come anche descritto dai risultati delle schede anagrafico-professionali dove emergono, in un anno, $7 \text{ RCP} \pm 3,5$ in P.S., contro $4,7 \pm 2,6$ in T.I.. Se l'assenza di emozioni o pensieri negativi nell'affrontare una RCP contribuisce a non influenzarne l'esito finale, come riportato in letteratura (Burgess et al., 2010), d'altra parte una fonte di stress può nascere da sentimenti, espressi da alcuni partecipanti, quali l'impotenza, la delusione, il fatto di sentirsi in colpa o infastiditi in caso di fallimento. Tutto ciò aumenta l'esposizione al rischio di burnout. Come era poi facilmente prevedibile, nel caso di un bambino, giovane o conoscente, le reazioni e le emozioni derivanti dal fallimento della RCP sono molto diverse rispetto a quelle provate per un paziente anziano per circa il 65,6% del campione, alcuni affermando insistenza e tenacia maggiori nei primi casi (18,7%). È forse tra queste che rientrano quelle rianimazioni maggiormente coinvolgenti e che hanno lasciato un segno di cui gli infermieri conservano ancora il ricordo. Ad esempio:

“[...] Mi viene in mente una RCP di un ragazzo giovane con la moglie che aveva partorito da poco che era lì in parte anche lei mentre facevamo tutta la rianimazione che ci guardava sperando in un nostro qualche cenno positivo o che riuscissimo a salvare suo marito che aveva 35 anni, quindi questo mi ha lasciato un po' spiazzato” (Intervista n°4).

Sia dagli studi di O'Connor e Jeavons (2003) e di Cudmore (1996), che dal presente studio, emerge che questa tipologia di utenza mette maggiormente in difficoltà l'operatore poiché è inevitabile una sorta di identificazione con le vittime o con i genitori.

"[...] Sì, io personalmente quando mi ritrovo a rianimare un bambino o un ragazzo giovane ci sto più male, perché essendo mamma mi immedesimo nei loro genitori, in quello che possono provare in quel momento e sono solidale con loro, mi è capitato più volte di piangere insieme a loro" (Intervista n°11).

Emerge inoltre come, unicamente all'interno del campione di Terapia Intensiva, i vissuti siano stati diversi anche in relazione al rapporto che si è creato con familiari e pazienti, proprio per la diversa natura dell'U.O. e il tipo di assistenza, nonché la durata del ricovero. Alcuni infermieri, infatti, riportano di provare diverse emozioni rispetto alla manovra poiché ci si affeziona al paziente e ci si sofferma anche sulle aspettative di vita che questo avrebbe dopo l'eventuale efficacia della rianimazione, aspetto che non emerge invece all'interno del campione di Pronto Soccorso dove il paziente, fino a quel momento non conosciuto, viene soccorso senza alcun tipo di conoscenza rispetto alla situazione clinica.

L'intervistato n°16 afferma: *"[...] Ma, se riesci a salvarlo, e tu sai che le sue speranze di vita, per le condizioni in cui è, sono poche, beh allora anche quello fa la differenza nel vissuto, perché ti rendi conto di avergli solo prolungato le sofferenze"*. Questa dichiarazione si trova in accordo con lo studio di Kelly che, nel 2007, ha affermato come l'evoluzione delle tecniche rianimatorie abbia portato a considerare, talvolta, l'RCP come un impedimento ad una morte dignitosa e a descriverla come un intervento violento, dannoso, doloroso e poco degno che può essere giustificato solo se implica un comprovato beneficio per il paziente (Baskett et al., 2005).

Una stessa situazione può essere vissuta come una minaccia o una sfida in base al comportamento degli individui e alle loro reazioni. Le strategie di coping utilizzate influenzano le reazioni dei soccorritori e contribuiscono all'elaborazione delle emozioni associate agli eventi vissuti.

Coerentemente con quanto riportato in letteratura (Zuliani, 2007; Majani, 2002; Isikhan et al., 2004; Lim et al., 2010; Mark et al., 2012; Holaday et al., 1995), le strategie di coping messe in atto dagli infermieri sono molteplici: isolamento (34,4%), azione diretta (28,1%), preparazione (6,2%), distrazione dal problema (9,4%), focalizzazione su aspetti tecnici (28,1%), distanziamento emotivo (40,6%), strategie cognitive auto-dirette, consapevolezza

della propria competenza (6,2%). Anche la formazione continua viene considerata una strategia per il controllo dei fattori di stress; secondo gli infermieri intervistati, acquistando più conoscenza si acquista anche più sicurezza, soprattutto in interventi che non si verificano spesso.

In un lavoro di ricerca pubblicato nel 1992, Dyregrov e Mitchell hanno dimostrato che gli operatori dell'emergenza, per regolare le forti emozioni che li investono e per rendere il loro ruolo meno opprimente, usano prevalentemente metodi di distanziamento, esattamente come emerge all'interno del campione intervistato in questo studio, dove il 71,9% riferisce l'isolamento e la concentrazione unicamente sulla procedura come strategia di coping messa in atto, il 34,4% l'isolamento e l'estraniamento, il 40,6% l'eliminazione delle emozioni. Come emerge dallo studio preso in esame, anche tra gli intervistati compaiono attività che riducono la riflessione e astengono dal pensare alla dimensione emotiva dell'evento. La reazione immediata che si è evinta nella maggior parte del campione del presente studio, è la razionalizzazione. La capacità di "mantenere sangue freddo" sembra sia una reazione del tutto necessaria e naturale, sulla scena, per dare risposte ai soccorsi e per non creare difficoltà al gruppo di lavoro. L'operatore riesce ad astrarsi dal resto del contesto e focalizzare l'attenzione solo sulla persona che ha bisogno delle sue cure, addirittura sulla parte anatomica, immaginando un manichino al posto del corpo. L'intervistato n°6 ha riferito, per esempio: "*[...] Ogni volta che eseguo una RCP, sarà un mio atteggiamento di distacco, ma mi sembra sempre di avere innanzi un manichino e quindi semplicemente mi attengo all'algoritmo*". Questa decontestualizzazione è un meccanismo di difesa che l'operatore mette in atto per non lasciarsi travolgere da sensazioni negative che una tal vista può generare.

In accordo con lo studio effettuato da Laws nel 2001, poi, lo stress fisico ed emotivo legato all'esecuzione di una rianimazione cardiopolmonare è diminuito con il tempo e l'esperienza professionale per circa il 37,5% del campione. Secondo alcuni studi, inoltre, l'anzianità lavorativa viene annoverata fra i fattori protettivi verso lo sviluppo di sintomi di PTSD, *Post Traumatic Stress Disorder* (Allison, & Revicki, 1993; Heyworth, Whitley, Fain & Schreier, 1989; Marmar, Weiss, Metzler, & Delucchi, 1996; Zani & Cicognani, 2000). Indubbiamente gli anni di servizio svolti aiutano ad acquisire occhio clinico e manualità, ma la sola esperienza potrebbe non essere sufficiente ad aiutare l'operatore a fronteggiare lo stress nato dal servizio, risultando quindi necessarie anche la presenza di

capacità e di possibilità di rielaborare l'evento, affinché l'esperienza non lasci solo il peso dello stress. La letteratura cita l'importanza del confronto con i colleghi, come strategia utilizzata per fronteggiare l'ansia accumulata durante gli interventi (Duffy et al., 2015; Healy & Tyrrell, 2013; Jonsson & Segesten, 2003; Laposa et al., 2003; Lavoie et al., 2011; Monti, 2001; Moszczynski & Haney, 2002; O'Connor & Jeavons, 2003; Pancheri, 1979), tuttavia pochi riconoscono all'interno dell'organizzazione uno spazio per poter rielaborare i propri sentimenti e solo il 18,7% del campione dichiara di farlo al termine dell'evento.

Il 25% riferisce di imparare qualcosa da ogni rianimazione e di metterlo in pratica in quelle successive, cercando di aumentare sempre le conoscenze, esercitandosi e aggiornandosi. L'intervistato n°7, a tal proposito, riferisce: *"[...] La sicurezza è cambiata. Poi negli anni è cambiato il modo di farlo perché ogni 5 anni cambiano le linee guida. Ma soprattutto la sicurezza nel farlo. È sempre anche un nostro meccanismo di sicurezza quello di andare a fare i corsi di aggiornamento di BLS-D. Comunque più ne fai più sei padrone di quello che stai facendo"*.

La presenza dei familiari durante una rianimazione è una pratica ancora poco diffusa nel nostro paese e nella nostra realtà locale, in particolare all'interno delle Unità Operative. Il contesto operativo sembra, infatti, andare a influenzare le opinioni degli operatori circa la presenza dei familiari o meno. I risultati del presente studio, si presentano in accordo con uno studio svolto nel 2008 presso gli ospedali di tre regioni italiane (Prati & Monti, 2010), dove gli operatori delle Unità Operative di Terapia Intensiva e di Pronto Soccorso (quindi da personale che non eseguiva prestazioni in ambito extra-ospedaliero) si esprimevano fortemente a sfavore rispetto alla presenza dei familiari, mentre questa posizione era condivisa da solo la metà del campione di operatori del servizio 118. Nel presente studio si è riscontrato, infatti, che tra il personale di 118 il 93,3% ha eseguito RCP con la famiglia, mentre in quello di Terapia Intensiva solo il 29,4%, specificando che chi le ha eseguite, lo ha fatto in contesti di lavoro di soccorso extra-ospedaliero. Questo è riconducibile allo studio in esame, dove sussistevano differenze tra le Unità Operative rispetto alla possibilità dei familiari di assistere alla manovra. È ipotizzabile pensare che chi lavora a maggiore contatto con i familiari (operatori del 118) è maggiormente in grado di osservare le loro reazioni dopo aver assistito a pratiche invasive. Inoltre, il personale dell'emergenza territoriale-118, ha appreso suo malgrado che generalmente la presenza dei familiari anche nelle circostanze più drammatiche, non solo non crea ulteriori complicanze sulla scena, ma

facilita l'elaborazione dell'evento e la maggiore gratificazione reciproca (Pietrantonio & Prati, 2009; Monti, 2003; Magrin, 2008; Pasetti, 2008). Risulta difficile, invece, per coloro che operano all'interno delle Terapie Intensive, modificare il loro punto di vista nei confronti dei parenti, atteggiamento che col passare del tempo si cristallizza (Prati & Monti, 2010). Questi dati sono molto importanti poiché mettono in luce l'influenza del contesto sul comportamento dell'operatore sanitario. In altre parole, chi svolge la sua professione in Terapia Intensiva, e in parte in Pronto Soccorso, è tutelato da una struttura architettonica, che porta ad abituarsi a operare senza la presenza di estranei. Al contrario, chi presta servizio nel soccorso extra-ospedaliero si trova a operare in contesti meno "protetti" come la strada o le abitazioni dei chiamanti. Ne deriva che in alcune condizioni, come sulla strada, gli operatori sono obbligati a lavorare sotto gli occhi dei familiari. Oppure, se si pensa all'intervento nell'abitazione, l'operatore può sentire un minore potere nel chiedere a un familiare di uscire da una camera di sua proprietà. Diversamente, operatori sanitari che lavorano all'interno dell'ospedale hanno un maggiore "potere" nel chiedere ai familiari di uscire dalla stanza. Gli operatori che prestano servizio intraospedaliero si sentono maggiormente "padroni" del contesto e in questo senso si sentono maggiormente titolati a gestire la presenza dei familiari, mentre nel servizio extra-ospedaliero gli operatori possono sentirsi "ospiti" e quindi meno propensi a chiudere la scena alla vista dei familiari (Prati & Monti, 2010). L'intervistato n°15, operatore di 118, dichiara, a tal proposito: *"[...]Io non mando fuori nessuno. Se i familiari vogliono uscire dalla stanza escono, ma io non li mando fuori. Uno perché mi sembra mancanza di rispetto quando entro in una casa, due perché è un suo familiare e hanno il diritto di assisterlo e vedere quello che stiamo facendo"*.

Dalle interviste emerge, inoltre, che gli operatori sanitari con più esperienza in termini di presenza di familiari tendono a esprimere maggiormente un accordo a questa pratica, coerentemente con quanto riportato in letteratura (Meyers et al., 2000; O'Brien, Creamer, Hill, & Welham, 2002; Sacchetti, Carraccio, Leva, Harris, & Lichenstein, 2000).

I risultati ottenuti indicano come gli infermieri di Terapia Intensiva siano piuttosto contrari alla presenza dei familiari durante la RCP confermando gli aspetti negativi, rispetto a tale pratica, riportati in altri studi (Egging et al., 2011; Grice et al., 2003). Nonostante il 15,6% del campione complessivo riferisca di cercare di far sempre uscire i familiari, ed il 21,9% di allontanarli per disturbo o soggezione, molti dei partecipanti, quasi esclusivamente

all'interno del campione di Pronto Soccorso, riconoscono che l'essere presenti può dare la possibilità ai familiari di elaborare in modo migliore il lutto, rendendoli consapevoli del fatto che è stato fatto tutto il possibile per il loro caro. Questo risultato concorda rispetto a quanto emerso da uno studio statunitense nel quale si riporta che il 93% del personale sanitario ritiene che la presenza dei familiari sia utile per far comprendere la bontà dell'operato (Meyers et al., 2000).

Inoltre, in accordo con studi quali Basol et al. (2009), Demir (2008), McClement et al. (2009) e Pruitt et al. (2008), gli infermieri del presente campione percepiscono che la presenza della famiglia è stata un'esperienza positiva, che ha umanizzato il paziente e ne ha sostenuto la dignità.

Pur riconoscendo dei vantaggi (Agard, 2008), sono ancora percepiti molti svantaggi che ostacolano l'accettazione di questa pratica in modo diffuso soprattutto nei contesti protetti dei presidi ospedalieri. Fra questi: possibili interferenze dei familiari con il processo di rianimazione o con il team; conseguenze psicologiche negative sulle famiglie; aumento del livello di stress per il team rianimatorio; mancanza di supporto per i membri della famiglia che potrebbero non capire la necessità di interventi specifici durante la RCP e fraintendere quello che potrebbe venir detto tra i membri del team rianimatorio; mancanza di spazi adeguati; mancanza di privacy per il paziente; rischio maggiore di ripercussioni legali (Halm, 2005; Walker, 2008).

Si può quindi dedurre che gli operatori sanitari di Area Critica, siano essi operanti in ambito ospedaliero piuttosto che extra-ospedaliero, percepiscono aspetti positivi legati alla presenza dei familiari ma li ritengono forse meno importanti e significativi se paragonati ai rischi e agli svantaggi. Sebbene dunque la tendenza stia cambiando, la presenza di familiari durante la RCP è un problema controverso, ancora estremamente dibattuto (Danci & Benetton, 2010; EfCCNa, 2007; Egging et al., 2011; Kissoon, 2006; Köberich et al., 2010; Madden & Condon, 2007).

Queste conoscenze potrebbero essere utili per promuovere le competenze non tecniche, ossia quelle abilità che esulano dal tecnicismo specifico della professione, come le abilità comunicative o di presa di decisione in situazioni di emergenza (Prati, Pietrantoni, & Rea, 2006).

CAPITOLO VI – CONCLUSIONI

6.1 Limiti dello studio

Lo studio permette di identificare i vissuti solo degli infermieri inclusi nella ricerca e in organico presso le Unità Operative di Pronto Soccorso e Terapia Intensiva dei Presidi Ospedalieri di Jesolo, San Donà di Piave e Portogruaro dell’Azienda ULSS 10 “Veneto Orientale”; pertanto non risulta essere generalizzabile all’intera Azienda sanitaria e all’esperienza di molti altri infermieri operanti nelle realtà italiane di Area Critica. Lo studio ha permesso, infatti, il reclutamento di un numero limitato di infermieri (n.32). Sarebbe auspicabile la replicazione dello stesso studio con un campione più ampio, coinvolgendo altre realtà operative e allargando il campione a tutta l’équipe assistenziale, per permettere un consistente confronto di elementi capaci di leggere il fenomeno scelto per l’analisi, nonché analizzare le eventuali influenze e i diversi comportamenti delle varie figure professionali coinvolte in queste manovre. Sarebbe interessante replicare questo studio analizzando, in modo più analitico, anche le variabili influenzanti i vissuti e le emozioni suscitate da questi eventi, tra queste: i contesti di lavoro, la natura del rapporto con i pazienti, le influenze anagrafico-professionali degli infermieri (età, genere, stato civile e situazione familiare). Sarebbe utile, inoltre, andare ad indagare anche le motivazioni o le paure che portano il personale sanitario ad allontanare i familiari durante un momento così importante e che in questo studio non sono state indagate e risultano essere, pertanto, un limite. Sulla base delle interviste, si può concludere che il coinvolgimento dei pazienti e delle loro famiglie non è preso in esame. Sarebbe interessante intervistarli per esplorare il modo in cui vedono il loro ruolo in questa manovra e come vorrebbero viverlo.

Un ulteriore limite dello studio è rappresentato dalla mancata verifica della chiarezza e dell’accuratezza delle domande e relativa interpretazione delle risposte alle interviste realizzate dalla scrivente, non avendo utilizzato un campione pilota per verificare la comprensione univoca delle stesse.

6.2 Implicazioni per la pratica

I risultati di questo studio potrebbero costituire un contributo per la professione infermieristica, utili per capire come viene descritto il vissuto degli infermieri, i criteri e le

strategie utilizzate per far fronte a queste situazioni, per identificare, in futuro, delle soluzioni come modelli di assistenza personalizzata e volte al benessere di pazienti e familiari, strumenti e modalità di gestione a livello d'équipe di lavoro e azienda, aiutare l'azienda a definire i termini di una nuova politica interna atta a regolamentare questa pratica. Inoltre, conoscere i vissuti degli infermieri e i sentimenti esperiti, può essere un valido aiuto per individuare un supporto emotivo efficace.

È stato dimostrato in letteratura che coloro che avevano preso parte a training di formazione sui temi dell'aiuto agli altri e delle reazioni emotive, hanno riportato un numero maggiore di comportamenti di auto-rinforzo e più ricordi interiorizzati. Invece, i soggetti non precedentemente formati ad affrontare forti stress, sono risultati maggiormente segnati dalle emozioni negative, aumentando il rischio di burnout e stress (Holaday, Warren-Miller, Smith, & Yost, 1995). Fra le strategie vincenti in grado di produrre nel tempo maggiore qualità, gratificazione e drastica diminuzione di situazioni conflittuali, si può menzionare una formazione specifica sugli aspetti relazionali di fronte a situazioni assistenziali particolari e sulla gestione delle emozioni.

Sarebbe auspicabile valutare, con un approfondimento degli studi scientifici, se la presenza del familiare o caregiver durante RCP, sia effettivamente necessario per garantire: rispetto delle volontà del paziente e/o dei familiari; possibilità ai familiari di stare vicini al loro caro nelle sue ultime ore di vita; migliore elaborazione del lutto; permettere ai familiari di sapere, con certezza, che è stato fatto tutto il possibile per il paziente, riducendo l'ansia ed eliminando i dubbi sulla procedura di rianimazione e permettere di ricevere conforto emotivo, garantendo inoltre aiuto per il personale a rimanere concentrato sulla RCP, invogliandolo a prolungare gli sforzi rianimatori. Nel caso si rivelasse necessario per tali scopi, si potrebbe produrre, all'interno delle équipe delle Unità Operative di Area Critica, un protocollo condiviso che possa permettere di definire un intervento omogeneo tra il personale nel caso in cui, durante una RCP, fosse presente un familiare/caregiver. Nel protocollo potrebbe essere prevista la presenza di un ulteriore figura professionale che possa sostenere la famiglia/caregiver durante l'esecuzione della manovra.

Dovrebbe essere offerta al personale la possibilità di rielaborare l'evento in gruppo, non solo da un punto di vista tecnico, ma con un debriefing strutturato e guidato che permetta loro di confrontarsi anche sulle proprie sensazioni. A questo proposito il *Critical Incident Stress Debriefing*, intervento prevalente in letteratura (Brysiewicz & Bhengu, 2000; Healy

& Tyrrell, 2013; Jonsson & Segesten 2003; Jonsson, Segesten, & Mattsson, 2003; Maloney, 2012; Mills, & Koehler 1993; Monti, 2001; O'Connor & Jeavons, 2003; Pancheri, 1979; Wee, 1996), potrebbe essere uno strumento auspicabile per provare a migliorare la gestione dello stress.

Una formazione non solo su aspetti tecnici, ma anche rispetto alla competenza relazionale potrebbe aiutare a rendere gli infermieri consapevoli dei possibili agenti stressogeni e trasmettere loro una metodologia che permetta di attivare efficaci strategie di coping.

6.3 Conclusioni

Dallo studio realizzato, coerentemente con quanto riportato in letteratura, emerge quindi che in ambito sanitario il problema dello stress occupazionale è particolarmente evidente, in parte per le caratteristiche insite nelle professioni di aiuto, a contatto con la sofferenza e la malattia, in parte a causa di ritmi e organizzazione del lavoro, anche se non sempre viene identificato e dichiarato dal personale sanitario. Ancora più significativo appare per la figura dell' infermiere che lavora quotidianamente con le situazioni di urgenza ed emergenza, per la quale si rischia di arrivare a vere e proprie patologie stress-correlate (Orlowski & Gullledge, 1986; Laposa, Alden, & Fullerton, 2003; Gillespie & Melby, 2003). Si denota dalle interviste che i sentimenti esperiti possono essere influenzati da molteplici fattori: esperienza, aspettative e personalità del soggetto, caratteristiche del paziente e relazione con esso. Particolarmente importante diventa, alla luce di queste considerazioni, il costrutto di coping, ossia la combinazione di strategie tattiche, risposte, modalità di pensiero e di comportamento che un soggetto mette in atto nel tentativo di gestire situazioni percepite come difficoltose e/o gravose rispetto alle proprie capacità e per il controllo delle quali gli abituali meccanismi di reazione non bastano (Lazarus & Folkman, 1984); queste, come emerso, influenzano le reazioni dei soccorritori, contribuendo all'elaborazione delle emozioni associate agli eventi vissuti e vengono descritte in modo molto diverso da un operatore all'altro. Conoscere le strategie di coping e comprendere come esse possano essere modificate nel tempo è utile per prevenire il burnout, inoltre tali conoscenze sono utili per chi è impegnato nella gestione delle risorse umane e nel miglioramento dell'ambiente lavorativo, anche nei suoi aspetti psicosociali.

La ricerca ha permesso di mettere in luce aspetti dell'operatore dell'emergenza che vanno al di là delle necessità e competenze tecniche. Superando il tecnicismo, si è cercato di

analizzare ciò che può essere fonte di stress per un operatore del soccorso e ciò che può essere fatto per aiutarlo concretamente a superare i disagi emotivi. La possibilità di rielaborare l'evento in gruppo, non solo da un punto di vista tecnico, ma con un debriefing strutturato e guidato che permetta loro di confrontarsi anche sulle proprie sensazioni e fronteggiare l'ansia accumulata durante gli interventi, sembra essere la strategia che, insieme all'esperienza professionale, aiuta l'operatore a fronteggiare il disagio (Duffy et al., 2015; Healy & Tyrrell, 2013). Relativamente alla presenza dei familiari durante la manovra di rianimazione cardiopolmonare è emerso come sia una pratica ancora poco diffusa nel nostro paese e nella nostra realtà locale, in particolare all'interno delle Unità Operative. Questi dati sono molto importanti poiché mettono in luce anche l'influenza del contesto sul comportamento dell'operatore sanitario.

Pur riconoscendo dei vantaggi (Agard, 2008), sono ancora percepiti molti svantaggi che ostacolano l'accettazione di questa pratica in modo diffuso soprattutto nei contesti protetti dei Presidi Ospedalieri (Halm, 2005; Walker, 2008). Sebbene dunque la tendenza stia cambiando, la presenza di familiari durante la RCP è un problema controverso, ancora estremamente dibattuto.

Le conoscenze emerse da questo studio possono essere utili per promuovere le competenze non tecniche, ossia quelle abilità che esulano dal tecnicismo specifico della professione, come le abilità comunicative e le competenze relazionali che potrebbero aiutare a rendere gli infermieri consapevoli dei possibili agenti stressogeni e trasmettere loro una metodologia che permetta di attivare efficaci strategie di coping.

Emerge inoltre la necessità di un protocollo condiviso che possa permettere di definire un intervento omogeneo tra il personale sanitario che esuli da decisioni soggettive, a volte dettate da atteggiamenti paternalistici (Boyd, 2000; Tsai, 2002; Kisson, 2006; Walker, 2006).

BIBLIOGRAFIA

1. Adomat, R., & Killingworth, A. (1994). Care of the critically ill patient: the impact of stress on the use of touch in intensive therapy units. *Journal of Advanced Nursing*, 19 (5): 912-22.
2. Agard, M. (2008). Creating advocates for family presence during resuscitation. *Medsurg Nursing*, 17 (3), 155-160.
3. Alexander, D.A., & Klein, S. (2001). Ambulance personnel and critical incidents: impact of accident and emergency work on mental health and emotional well-being. *The British Journal of Psychiatry*, 178 (1): 76-81.
4. American Heart Association (2000). Guidelines 2000 for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Part 4: the automated external defibrillator: key link in the chain of survival. *Circulation*, 102: I60-76.
5. Atwood, C., Eisenberg, M.S., Herlitz, J., & Rea T.D. (2005). Incidence of EMS-treated out - of hospital cardiac arrest in Europe. *Resuscitation*, 67: 75-80.
6. Baskett, P.J., Steen, P.A., & Bossaert, L. (2005). European Resuscitation Council. European Resuscitation Council guidelines for resuscitation 2005. Section 8. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. *Resuscitation*, 67: 171-80.
7. Basol, R., Ohman, K., Simones, J., & Skillings, K. (2009). Using research to determine support for a policy on family presence during resuscitation. *Dimensions in Critical Care Nursing*, 28 (5), 237-247.
8. Beauchamp, T.L., & Childress, J. (2008). *Principles of Biomedical Ethics*. 6th ed. Oxford: Oxford University Press.
9. Biondi, M. (1999). *Disturbo Post Traumatico da Stress*. In trattato italiano di Psichiatria, seconda edizione (a cura di Pancheri P. et al.), Milano: Masson.
10. Boie, E.T., Moore, G.P., Brummett, C., & Nelson, D.R. (1999). Do parents want to be present during invasive procedures performed on their children in the emergency department? A survey of 400 parents. *Annals of Emergency Medicine*; 34: 70–4.114
11. Bossaert, L., Perkins, G., Askitopouloud, H., Raffay, V., Greif, R., Haywood, K., Mentzelopoulos, S., Nolan, J., Van de Voorde, P., & Xanthos, T. (2015). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 11. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. *Resuscitation* 95, 302–311.
12. Boyd, R. (2000). Witnessed resuscitation by relatives. *Resuscitation*, 43 (3), 171-176.

13. Boyd , R., & White, S. (2000). Does witnessed cardiopulmonary resuscitation alter perceived stress in accident and emergency staff ? *European Journal of Emergency Medicine*, 7: 51-3.
14. Brysiewicz, P., & Bhengu, B.R. (2000). Exploring the trauma care nurse's lived experiences of dealing with the violent death of their clients. *Curationis*, 23 :15-21.
15. Burgess, L., Irvine, F., & Wallymahmed, A. (2010). Personality, stress and coping in intensive care nurses: a descriptive exploratory study. *Nursing in Critical Care*, 15 (3): 129-40.
16. Calnan, M., Wainwright, D., Forsythe, M., Wall, B., & Almond, S. (2001). Mental health and stress in the workplace: The case of general practice in the UK. *Social Science & Medicine*, 52, 499–507.
17. Casalini, P. (2004). *Etica della RCP nell'anziano*. Atti del convegno AISACE. Scaricato il 10/08/2015 da: <http://www.chittalink.it/relazione%20casalini%20sacile.pdf>
18. Clegg, A. (2001). Occupational stress in Nursing: A review of the literature. *Journal of Nursing Management*, 9, 101–106.
19. Cooper, J.A., Cooper, J.D., & Cooper, J.M. (2006). Cardiopulmonary Resuscitation: History, Current Practice, and Future Direction. *Circulation*, 114: 2839-2849.
20. Cudmore, J. (1996). Preventing Post traumatic stress disorder in accident and emergency nursing (a review of the literature). *Nursing in Critical Care*; 1 (3).
21. Danci, M., & Benetton, M. (2010). La presenza dei familiari durante la rianimazione cardiorespiratoria: una revisione. *Scenario*, 27 (4), 13-17.
22. Demir, F. (2008). Presence of patients' families during cardiopulmonary resuscitation: Physicians' and nurses' opinions. *Journal of Advanced Nursing*, 63 (4), 409-416.
23. Doyle, C.J., Post, H., Burney, R.E., Maino, J., Keefe, M., & Rhee, K.J. (1987). Family participation during resuscitation: an option. *Annals of Emergency Medicine*, 16: 673-675.
24. Dudley, N.C., Hansen, K.W., Furnival, R.A., Donaldson, A.E., Van Wagenen, K.L., & Scaife E.R. (2009). The effect of family presence on the efficiency of pediatric trauma resuscitations. *Annals of Emergency Medicine*, 53: 777-84 e3.
25. Duffy, E., Avalos, G., & Dowling, M. (2015). Secondary traumatic stress among emergency nurses: a cross sectional study. *International Emergency Nursing*, 23 53–58.

26. Dyregrov, A., & Mitchell, J.T. (1992). Work with traumatized children - psychological effects and coping strategies. *Journal of Traumatic Stress*, 5 (1): 5-17.
27. Egging, D., Crowley, M., Arruda, T., Proehl, J., Walker-Cillo, G., Papa, A., Li, S., Walsh, J., & Bokholdt, M.L. (2011). Emergency nursing resource: family presence during invasive procedures and resuscitation in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 37 (5): 469-73.
28. Eichhorn, D., Meyers, T., Guzzetta, C., Clark, A., Klein, J., & Calvin, A. (2001). Family presence during invasive procedures and resuscitation: hearing the voice of the patient. *The American Journal of Nursing*, 101: 48-55.
29. European Resuscitation Council. (2010). *Linee guida per la Rianimazione (2010)*. Journal of the European Resuscitation Council, Volume 81. Scaricato il 10/08/2015 da: <http://erc.edu/guidelines2010/>
30. European Federation of Critical Care Nursing Associations, EfCCNa. Bernat, A., Hernandez, L., Cudak, E., Tschugg, H., & Poiroux, L. (2007). *Position Statement on workforce requirements within European Critical Care Nursing 2007*. Council of representatives in Oulu EfCCNa meeting – October 2007. Scaricato il 10/08/2015 da: www.efccna.org/downloads/Position%20Statement%20Workforce%20EfCCNa%2007.pdf
31. Fain, R.M., & Schreier, R.A. (1989). Disaster, Stress and Doctor. *Medical Education*, 23: 91 - 96 70.
32. Federazione Nazionale Collegi Ipasvi. (2009). *Codice Deontologico dell'Infermiere*.
33. Freudenberger, H.J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30 (1), 159-165.
34. Fulbrook, P., Albarran, J., & Latour ,J. for EfCCNa e ESPNIC (2010). *Dichiarazione di posizione comune. La presenza dei familiari durante la rianimazione cardiopolmonare (2007)*. Atti del congresso ANIARTI, 2010. Scaricato il 10/08/2015 da: file:///C:/Users/Tutti_2/Downloads/efccna_family_presence_rcp2_ita.pdf
35. Fulbrook, P., Albarran, J.W., & Latour J.M. (2005). A European survey of critical care nurses' attitudes and experiences of having family members present during cardiopulmonary resuscitation. *International Journal of Nursing Studies*, 42 (5): 557-68.
36. Fulbrook, P., Latour, J., Albarran, J.W., de Graaf, W., Lynch, F., Devictor, D., & Norekval, T. (2007). 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. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 6: 255-8.

37. Fulbrook, P., Latour, J.M., & Albarran, J.W. (2007). Paediatric critical care nurses' attitudes and experiences of parental presence during cardiopulmonary resuscitation: a European survey. *International Journal of Nursing Studies* 2007, 44: 1238-49.
38. Gamble, M. (2001). A debriefing approach to dealing with the stress of CPR attempts. *Journal of Professional Nursing*, 17 (3): 157-60.
39. Gates, D., Gillespie, G., & Succop, P. (2011). Violence against nurses and its impact on stress and productivity. *Nursing Economic\$, The Journal for Health Care Leaders*, 29 (2), 59-67.
40. Gillespie, M., & Melby, V. (2003). Burnout among nursing staff in accident and emergency and acute medicine: a comparative study. *Journal of Clinical Nursing*, 12 (6): 842 – 85.
41. Grice, A.S., Picton, P., Deakin, C.D. (2003). Study examining attitudes of staff, patients and relatives to witnessed resuscitation in adult intensive care units. *British Journal of Anaesthesia*, 91 (6): 820-824.
42. Halm, M.A. (2005). Family presence during resuscitation: a critical review of the literature. *American Journal of Critical Care*, 14 (6):494-511.
43. Hanson, C., & Strawser, D. (1992). Family presence during cardiopulmonary resuscitation: Foote Hospital emergency department's nine year perspective. *Journal of Emergency Nursing*, 18: 104-6.
44. Healy, S., & Tyrrell, M. (2013). Importance of debriefing following critical incidents. *Emergency Nurse*, 20 (10): 32-7.
45. Helmer, S.D., Shapiro, W.M., Dors, J.M., & Karan, B.S. (2000). Family presence during trauma resuscitation: a survey of AAST and ENA members. *Journal of Trauma Injury Infection and Critical Care*, 48: 1015-20.
46. Heyworth, J., Whitley, T.W., Allison, E.H., & Revicki, D.A. (1993). Correlates of work – related stress among consultants and Senior Registrars in Accident and Emergency Medicine. *Archives of Emergency Medicine*, 10 (4), 271–278.
47. Holaday, M., Warren-Miller, G., Smith, A., & Yost, T.E. (1995). A preliminary investigation of on-the-scene coping mechanism used by disaster workers. *Journal of Mental Health Counseling vol. 17*, 1995, pp.347-369.

48. Holmberg, M., Holmberg, S., & Herlitz, J. (2001). Factors modifying the effect of bystander cardiopulmonary resuscitation on survival in out-of-hospital cardiac arrest patients in Sweden. *European Heart Journal*, 22: 511-9.
49. Holmberg, M., Holmberg, S., Herlitz, J., & Gardelov, B. (1998). Survival after cardiac arrest outside hospital in Sweden. Swedish Cardiac Arrest Registry. *Resuscitation*, 36: 29-36.
50. Hooper, C., Craig, J., Janvrin, D., Wetsel, M., & Reimels, E. (2010). Compassion Satisfaction, Burnout, and Compassion Fatigue Among Emergency Nurses Compared With Nurses in Other Selected Inpatient Specialties. *Journal of Emergency Nursing*, Volume 36, Issue 5, September, Pages 420–427.
51. Hunziker, S., Laschinger, L., Portmann-Schwarz, S., Semmer, N.K., Tschan, F., & Marsch, S. (2011). Perceived stress and team performance during a simulated resuscitation. *Intensive Care Medicine*, 37 (9): 1473-9.
52. Hunziker, S., Semmer, N.K., Tschan, F., Schuetz, P., Mueller, B., & Marsch, S. (2012). Dynamics and association of different acute stress markers with performance during a simulated resuscitation. *Resuscitation*, 83 (5): 572-8.
53. Hurst, S., & Koplín-Baucum, S. (2005). A pilot qualitative study relating to hardiness in ICU nurses: hardiness in ICU nurses. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 24 (2): 97-100.
54. Isikhan, V., Comez, T., & Danis, M.Z. (2004). Job stress and coping strategies in health care professionals working with cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing*, 8 (3): 234-44.
55. Jonsson, A., & Segesten, K. (2003). The meaning of traumatic events as described by nurses in ambulance service. *Accident and Emergency Nursing*, 11: 141-152.
56. Jonsson, A., Segesten, K., & Mattsson, B. (2003). Post-traumatic stress among Swedish ambulance personnel. *Emergency Medicine Journal*, 20: 79-84.
57. Kelly, J. (2007). Literature review: decision-making regarding slow resuscitation. *Journal of Clinical Nursing*, 16 (11): 1989-96.
58. Kirkcaldy, B. D., & Martin, T. (2000). Job stress and satisfaction among nurses: Individual differences. *Stress Medicine*, 16, 77–89.
59. Kissoon, N. (2006). Family presence during cardiopulmonary resuscitation: our anxiety versus theirs. *Paediatric Critical Care Medicine*, 7 (5), 488-491.
60. Köberich, S., Kaltwasser, A., Rothaug, O., & Albarran, J. (2010). Family witnessed resuscitation - experience and attitudes of German intensive care nurses. *Nursing in Critical Care*, 15(5): 241-50.

61. Lally, I., & Pearce, J. (1996). Intensive care nurses' perceptions of stress. *Nursing Critical Care, 1*: 17–25.
62. Laposa, J. M., Alden, L.E., & Fullerton, L.M. (2003) Work stress and posttraumatic stress disorder in ED nurses/personnel (CE). *Journal of Emergency Nursing, 29* (1): 23 – 28, 87 – 92.
63. Lavoie, S., Talbot, L.R., & Mathieu, L. (2011). Post-traumatic stress disorder symptoms among emergency nurses: their perspective and a 'tailor-made' solution. *Journal of Advanced Nursing, 67* (7), 1514–1522.
64. Legge n° 120 del 3 Aprile 2001, *Utilizzo dei defibrillatori semiautomatici in ambiente extra-ospedaliero*. Gazzetta Ufficiale 14 Aprile 2001, n.88.
65. Leung, N.Y., & Chow, S.K.Y. (2012). Attitudes of healthcare staff and patients' family members towards family presence during resuscitation in adult critical care units. *Journal of Clinical Nursing, 21*, 2083–2093.
66. Lim, J., Bogossian, F., & Ahern, K. (2010). Stress and coping in Singaporean nurses: a literature review. *Nursing & Health Sciences, Jun; 12* (2): 251-8.
67. Lippert, F.K., Raffay, V., Georgiou, M., Steen, P.A., & Bossaert, L. (2010). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010: Section 10, The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. *Resuscitation, 81* (10), 1445-51.
68. MacLean, S. L., Guzzetta, C. E., White, C., Fontaine, D., Elchorn, D.J., Meyers, T. A., & Desy, P. (2003). Family Presence During Cardiopulmonary Resuscitation and Invasive Procedures: Practices of Critical Care and Emergency Nurses. *American Journal of Critical Care, 12* (3), 246-257.
69. Madden, E., & Condon, C. (2007). Emergency nurses' current practices and understanding of family presence during CPR. *Journal of Emergency Nursing, 33* (5): 433-40.
70. Magrin, M.E. (2008). Dalla resistenza alla resilienza: promuovere benessere nei luoghi di lavoro. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia, 30* (1 Suppl A): A11-19.
71. Majani, G. (1999). *Introduzione alla psicologia della salute*. Trento: Erickson.
72. Maloney, C. (2012). Critical incident stress debriefing and pediatric nurses: an approach to support the work environment and mitigate negative consequences. *Journal of Pediatric Nursing, 38* (2): 110-3.
73. Mark, G., & Smith A.P. (2012). Occupational stress, job characteristics, coping, and the mental health of nurses. *British Journal of Health Psychology, 17*(3): 505-21.

74. Marmar, C.R., Weiss, D.S., Metzler, T. J., & Delucchi, K. (1996). Characteristics of emergency services personnel related to peritraumatic dissociation during critical incident exposure. *American Journal Psychiatry*, 153 (7): 94 – 102.
75. Maslach, C., & Pines, A. (1977). The burn-out syndrome in the day care setting. *Child Care Quarterly*, 6, 100-113.
76. McClement, S.E., Fallis, W.M., & Pereira, A. (2009). Family presence during resuscitation: Canadian critical care nurses' perspectives. *Journal of Nursing Scholarship*, 41 (3), 233-240.
77. Meaney, P.A., Nadkarni, V.M., Kern, K.B., Indik, J.H., Halperin, H.R., & Berg, R.A. (2010). Rhythms and outcomes of adult in-hospital cardiac arrest. *Critical Care Medicine*, 38: 101-8.
78. Meyers, T.A., Eichhorn, D.J., & Guzzetta, C.E. (1998). Do families want to be present during CPR? A retrospective survey. *Journal of Emergency Nursing*, 24: 400-5.
79. Meyers, T.A., Eichhorn, D.J., Guzzetta, C.E., Clark, A., Klein, J., Taliaferro, E., et al. (2000). Family presence during invasive procedures and resuscitation. *The American Journal of Nursing*, 100: 32-43.
80. Ministero della Salute, *Decreto 18 marzo 2011 Determinazione dei criteri e delle modalità di diffusione dei defibrillatori automatici esterni*. Articolo 2, comma 46, della legge n. 191/2009. (11A07053).
81. Monti, M. (2001). *Lo stress acuto negli operatori d'emergenza e sue complicanze. Descrizione e criteri di intervento nel personale*. Relazione convegno AISACE. Scaricato il 10/08/2015 da: www.chittalink.it/RELAZIONE%20Monti.pdf
82. Monti, M. (2003). Rianimazione Cardiopolmonare e risvolti psicologici. *Emergency Oggi*, 4: 18-20.
83. Mortelmans, L.J.M., Van Broeckhoven, V., Van Boxstael, S., De Cauwer, H.G., Verfaillie, L., Van Hellemond, P.L.A., et al. (2009). Patients' and relatives' view on witnessed resuscitation in the emergency department: A prospective study. *European Journal of Emergency Medicine*, 00, 000-000. (Ahead-of-print publication).
84. Moszczyński, A.B., & Haney, C.J. (2002). Stress and coping of Canadian rural nurses caring for trauma patients who are transferred out. *Journal of Emergency Nursing*, 28 (6), 469-504.
85. Murray, C.J., & Lopez, A.D. (1997). Mortality by cause for eight regions of the world: Global Burden of Disease Study. *Lancet*, 349: 1269-76.

86. O'Brien, M., Creamer, K., Hill, E., & Welham, J. (2002). Tolerance of family presence during pediatric cardiopulmonary resuscitation: a snapshot of military and civilian pediatricians, nurses, and residents. *Pediatric Emergency Care*, 18: 409-13.
87. O'Connor, J., & Jeavons, S. (2003). Nurses' perceptions of critical incidents. *Journal of Advanced Nursing*, 41(1): 53-62.
88. Orłowski, J.P., & Gullede, A.D. (1986). Critical care stress and burn-out. *Critical Care Clinics*, 2: 173-181.
89. Pancheri, P. (1979). *Stress, emozioni, malattia. Introduzione alla medicina psicosomatica*. Milano: Edizioni Scientifiche e Tecniche Mondadori, p. 274-275.
90. Pasetti, C. (2008). Bioetica e caregiving: una interazione non trascurabile negli odierni scenari del prendersi cura. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 30 (3 Suppl B): B10-4.
91. Pietrantoni, L., & Prati, G. (2009). *Psicologia dell'emergenza*. Bologna: Il Mulino.
92. Potter, C. (2006). To what extent do nurses and physicians working within the emergency department experience burnout: A review of the literature. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 9 (2), 57-64.
93. Prati, G., Pietrantoni, L., & Rea, A. (2006). Competenze non tecniche e marcatori comportamentali nelle professioni a rischio. *Nuove Tendenze della Psicologia*, 4 (3), 353-370.
94. Prati, G., & Monti, M. (2010). La presenza dei familiari durante la rianimazione cardio-polmonare e altre manovre invasive. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia, Psicologia*, 32 (3), B43-B49.
95. Pruitt, L.M., Johnson, A., Elliott, J.C., & Polley, K. (2008). Parental presence during pediatric invasive procedures. *Journal of Pediatric Health Care*, 22 (2), 120-127.
96. Rosi, P. (2007). *Problemi bioetici della rianimazione pre-ospedaliera*. Atti del congresso nazionale IRC.
97. Sacchetti, A., Carraccio, C., Leva, E., Harris, R., & Lichenstein, R. (2000). Acceptance of family members presence during pediatric resuscitation in the emergency department. *Pediatric Emergency Care*, 16: 85-7.
98. Safar, P. (1996). On the history of modern resuscitation. *Critical Care Medicine*, 24: S3-11.
99. Sandroni, C., Nolan, J., Cavallaro, F., & Antonelli, M. (2007). In-hospital cardiac arrest: incidence, prognosis and possible measures to improve survival. *Intensive Care Medicine*, 33:237-45.

100. Selye, H., (1957). *The Stress of Life*. Torino: Einaudi.
101. Streubert, H., & Carpenter, D. (2005). *La ricerca qualitativa: un imperativo umanistico*. Edizione italiana a cura di Matarese M. Napoli: Idelson – Gnocchi, pp. 52-72.
102. Tomlinson, K. R., Golden, I.J., Mallory, J.L., & Comer, L. (2010). Family Presence During Adult Resuscitation: A Survey of Emergency Department Registered Nurses and Staff Attitudes. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 32 (1) 46-58.
103. Tsai, E. (2002). Should family members be present during cardiopulmonary resuscitation? *New England Journal of Medicine* 346 (13), 1019-1021.
104. Tyler, P., & Cushway, D. (1998). Stress & well-being in health-care staff: The role of negative affectivity, and perceptions of job demand and discretion. *Stress Medicine*, 14, 99–107.
105. Valenzuela, T.D., Roe, D.J., Cretin, S., Spaite, D.W., & Larsen, M.P. (1997). Estimating effectiveness of cardiac arrest interventions: a logistic regression survival model. *Circulation*, 96: 3308-13.
106. Waalewijn, R.A., de Vos, R., Tijssen, J.G., & Koster, R.W. (2001). Survival models for out-of hospital cardiopulmonary resuscitation from the perspectives of the bystander, the first responder, and the paramedic. *Resuscitation*, 51: 113-22.
107. Waalewijn, R.A., Tijssen, J.G., & Koster, R.W. (2001). Bystander initiated actions in out-of hospital cardiopulmonary resuscitation: results from the Amsterdam Resuscitation Study (ARREST). *Resuscitation*, 50: 273-9.
108. Wagner, J.M. (2004). Lived experience of critically ill patients family members during cardiopulmonary resuscitation. *American Joint Committee Cancer*;13: 416–20.116.
109. Walker, W.M. (2006). Witnessed resuscitation: A concept analysis. *International Journal of Nursing Studies* 43 (3), 377- 387.
110. Walker, W. (2008). Accident and emergency staff opinion on the effects of family presence during adult resuscitation: critical literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 61(4): 348-362.
111. Wee, D. (1996). Research in Critical Incident Stress Management, Part 3, Did they changes? *Life Net*, 7 (1).
112. Wee, D. (1996). Research in Critical Incident Stress Management, Part 3, How effective is this? *Life Net*, 7 (2), pp. 4-5.

113. Weinberg, A., & Creed, F. (2000). Stress and psychiatric disorders in health care professionals and hospital staff. *Lancet*, 355: 533-37.
114. Zani, B., & Cicognani, E. (2000). *Psicologia della salute*. Bologna: Il Mulino, p.159 – 169.
115. Zheng, Z.J., Croft, J.B., Giles, W.H., & Mensah, G.A. (2001). Sudden cardiac death in the United States, 1989 to 1998. *Circulation*, 104: 2158-63.
116. Zuliani, A. (2007). *Manuale di psicologia dell'emergenza*. Santarcangelo di Romagna: Maggioli Editore.

SITOGRAFIA

Articolo 27 della Costituzione Italiana reperito al sito web:
http://www.governo.it/Governo/Costituzione/1_titolo1.html

Articolo 593 del Codice Penale, Omissione di soccorso, reperito al sito web:
<http://www.altalex.com/documents/news/2014/10/28/dei-delitti-contro-la-persona>

European Resuscitation Council al sito web: <https://www.erc.edu/>

Italian Resuscitation Council al sito web: <http://ircouncil.it/>

ALLEGATI

Allegato N° 1 - Scheda anagrafico – professionale

Allegato N° 2 - Intervista semi – strutturata

Allegato N° 3 - Autorizzazione Direttore Generale ULSS 10

Allegato N° 4 - Consenso informato

Allegato N° 5 – Interviste

Allegato N° 6 - Caratteristiche anagrafico – professionali del campione

Allegato N° 7 - Interviste analizzate con metodo Van Kaam

ALLEGATO N° 1
SCHEMA ANAGRAFICO - PROFESSIONALE



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

Università degli Studi di Padova
Scuola di Medicina e Chirurgia

Corso di Laurea in Infermieristica
Sede di Portogruaro

Laureanda: Saramin Elena
Matricola: 1046594

SCHEMA ANAGRAFICO-PROFESSIONALE

Prima di sottoporsi all'intervista semi-strutturata, La prego di rispondere a queste brevi domande:

Età: 21-30 anni 31-40 anni 41-50 anni 51-60 anni > 60 anni

Genere: M F

Massimo titolo conseguito in Infermieristica:

- Diploma di Infermiere scuola regionale
- Diploma Universitario o Laurea triennale in Infermieristica
- Diploma di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche
- Master 1° livello (_____)
- Master 2° livello (_____)
- Altra formazione (_____)

Anni di esperienza lavorativa con la qualifica di Infermiere:

- ≤1anno 2-5 anni 6-10 anni 11-15 anni 16-25 anni > 25 anni

Anni di esperienza lavorativa in Area Critica:

- ≤1anno 2-5 anni 6-10 anni 11-15 anni 16-25 anni > 25 anni

Quante Rianimazioni Cardiopolmonari (RCP) su pazienti con età ≥ 18 anni esegue indicativamente in un anno?

- Nessuna 1-5 5-10 10-15 15-20 20-25 > 25

Contesto dove ha eseguito il maggior numero di RCP:

- Pronto soccorso Terapia Intensiva IIR/ Suem/ contesto extra-ospedaliero

La ringrazio anticipatamente per la disponibilità dimostrata.
Anno Accademico 2014-2015

ALLEGATO N° 2
INTERVISTA SEMI – STRUTTURATA



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

Università degli Studi di Padova
Scuola di Medicina e Chirurgia

Corso di Laurea in Infermieristica
Sede di Portogruaro

Laureanda: Saramin Elena
Matricola: 1046594

DOMANDE INTERVISTA SEMI-STRUTTURATA
(ricerca qualitativa)

1. Quali sono stati i Suoi vissuti durante l'esecuzione della procedura di Rianimazione Cardiopolmonare (RCP)? Me li può raccontare e descrivere?
2. I vissuti sono stati diversi in relazione al tipo di paziente su cui l'ha praticata? Se sì, me li potrebbe enunciare?
3. Ha messo in atto strategie di coping per poter terminare la manovra? Quali comportamenti ha messo in atto?
4. Quali comportamenti ha assunto dopo tali esperienze durante l'esercizio lavorativo e le successive RCP?
5. Ha mai praticato RCP in presenza dei familiari del paziente? Se sì, quali sono stati i Suoi vissuti? Quali i comportamenti attuati e le eventuali strategie di coping?

Data: _____

Ora inizio intervista: _____

Ora fine intervista: _____

Anno accademico 2014-2015

ALLEGATO N° 3
AUTORIZZAZIONE DIRETTORE GENERALE



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

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

Data, 12.06.2015

Prot. 37718

All.: 1

OGGETTO: Richiesta autorizzazione indagine tesi studenti.

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

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

Con l'occasione si porgono cordiali saluti.

DIRETTORE GENERALE
Dott. Carlo Bramezza

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

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

www.ulss10.veneto.it

ALLEGATO N° 4 CONSENSO INFORMATO



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

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

*Corso di Laurea in Infermieristica
Sede di Portogruaro*

Consenso Informato

L'Azienda ULSS n.10 "Veneto Orientale" di San Donà di Piave ha autorizzato la sottoscritta, in qualità di studente del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università degli Studi di Padova, sede di Portogruaro, in collaborazione con il personale infermieristico delle Unità Operative a condurre lo studio "*Rianimazione cardiopolmonare: i vissuti degli infermieri di area critica*", utilizzando un'intervista semi-strutturata. Al fine di realizzare lo studio sarebbe necessaria la Sua gentile collaborazione. Lo scopo infatti è quello di andare ad indagare il vissuto degli infermieri di area critica durante una rianimazione cardiopolmonare e le strategie di coping che questi hanno messo in atto.

La partecipazione al nostro studio è del tutto volontaria. Lei può rifiutare o ritirarsi in qualsiasi momento.

Se accetta di partecipare, verrà sottoposto ad una intervista che verrà registrata. Una volta trascritto, il materiale registrato verrà smaltito. Le verranno, inoltre, richiesti dei dati anagrafici e professionali del tutto anonimi nei quali Lei non sarà in alcun modo identificabile, utilizzati a scopo statistico.

Tutte le informazioni raccolte verranno utilizzate ai sensi della normativa vigente e nel rispetto della privacy e saranno utilizzate a scopo di studio qualitativo.

Presto il mio consenso alla partecipazione allo studio in corso. Ne ho compreso le modalità e le finalità di raccolta dati. Accettando di partecipare, non rinuncio ai diritti che riguardano il trattamento dei miei dati personali.

Data, _____

Firma dell'infermiere

Firma dello studente

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

ALLEGATO N° 5 INTERVISTE

PRONTO SOCCORSO

Intervista n°1

Intervistatore: Quali sono stati i Suoi vissuti durante l'esecuzione della procedura di Rianimazione Cardiopolmonare (RCP)? Me li può raccontare e descrivere?

Intervistato 1: L'episodio che ricordo più in particolare è stata la rianimazione cardiopolmonare di un neonato di tre mesi di vita che abbiamo rianimato per circa un'ora. Emotivamente, psicologicamente e anche l'ambiente erano sicuramente non favorevoli alla procedura. Ovviamente la professionalità e la tenacia nel poter riuscire a salvare la vita di una persona mi hanno portato a continuare e cercare di fare tutto il possibile per riuscire nell'impresa che poi però, purtroppo, non è andata a buon fine.

Intervistatore: I vissuti sono stati diversi in relazione al tipo di paziente su cui l'ha praticata? Se sì, me li potrebbe enunciare?

Intervistato 1: Certo, si sono stati diversi perché in base al tipo di paziente, che può essere anziano, giovane o meno, sono sicuramente diversi. Ovvio che il bambino o il ragazzo giovane hanno un'intensità maggiore rispetto ad un anziano magari di novant'anni. Nulla togliendo alla persona di novanta, ma sicuramente sono due cose completamente diverse e anche a persone giovani. Ho rianimato anche persone di 18 anni, di 20-25-40.

Intervistatore: Ha messo in atto strategie di coping per poter terminare la manovra? Quali comportamenti ha messo in atto?

Intervistato 1: Mah, sicuramente quella di dire "mi devo isolare, devo cercare di fare tutto il possibile per riuscire nell'impresa" e soprattutto nel cercare di salvare la vita a questa persona isolandomi dal contesto e cercando di concentrarmi su quello che stavo facendo.

Intervistatore: Quali comportamenti ha assunto dopo tali esperienze durante l'esercizio lavorativo e le successive RCP?

Intervistato 1: Nessun tipo di comportamento. Magari le prime, all'inizio dell'esperienza lavorativa, sono state quelle più difficili e intense, ovvio che ogni RCP è a sé e ogni paziente è a sé, l'impegno c'è dalla prima che ho eseguito e fino all'ultima fatta l'altro giorno. Giustamente bisogna cercare di non farsi prendere da chi rianimi, che possa essere una persona conosciuta o non conosciuta, giovane o meno giovane, ma cercare, professionalmente, di portare a termine la rianimazione per poter avere il risultato sperato.

Intervistatore: Ha mai praticato RCP in presenza dei familiari del paziente? Se sì, quali sono stati i Suoi vissuti? Quali i comportamenti attuati e le eventuali strategie di coping?

Intervistato 1: Sì, con i familiari presenti sì. Ovvio che sono situazioni una diversa dall'altra. Ad esempio se c'era la persona anziana si è iniziata l'RCP, poi magari anche i familiari capivano che non era una situazione favorevole per salvare la vita per la presenza di pluri-patologie eccetera, si è deciso, insieme ai familiari, e con la presenza del medico, di interrompere l'RCP per non praticare accanimento terapeutico. Ovviamente sempre in

presenza di una persona più qualificata anche dal punto di vista medico-legale e con la presenza del medico, perché sappiamo bene che noi infermieri non possiamo interrompere la rianimazione a meno che non ci siano dei casi particolari.

Intervista n°2

***Intervistatore:* Quali sono stati i Suoi vissuti durante l'esecuzione della procedura di Rianimazione Cardiopolmonare (RCP)? Me li può raccontare e descrivere?**

Intervistato 2: Dunque, io mi ricorderò sempre di un bambino, anzi una bambina, due anni doveva avere, che ha fatto un'ab ingestis ed è andata in apnea e quando siamo arrivati noi in casa era distesa sulla tavola dove stava mangiando, cianotica, e ho fatto due insufflazioni con la mascherina e probabilmente c'era del corpo estraneo in bocca, con due insufflazioni ha tossito, ha vomitato e ha respirato. Poi altre RCP su adulti anziani e giovani.

***Intervistatore:* I vissuti sono stati diversi in relazione al tipo di paziente su cui l'ha praticata? Se sì, me li potrebbe enunciare?**

Intervistato 2: Sì, nel senso se i pazienti sono anziani ti fermi un po' prima con l'RCP, sui giovani fai anche oltre i 20 minuti, fai anche di più perché cerchi fino all'ultimo di riportarli in qua.

***Intervistatore:* Ha messo in atto strategie di coping per poter terminare la manovra? Quali comportamenti ha messo in atto?**

Intervistato 2: Non mi è mai successo di andare in panico o farmi prendere dalle emozioni, però su un bambino o su un familiare credo che, se dovessi eseguire una manovra d'urgenza, troverei qualche ostacolo perché poi ti fai prendere dal vissuto familiare e dal panico perché magari è uno che conosci, o un bambino e magari lo perdi; lì credo che mi bloccherei. Spero che non mi succeda mai.

***Intervistatore:* Quali comportamenti ha assunto dopo tali esperienze durante l'esercizio lavorativo e le successive RCP?**

Intervistato 2: È da tanti anni che lavoro in Pronto Soccorso, e a me piace. Ogni esperienza non finisce mai, continua sempre. Nel senso che non si finisce mai di imparare e ogni RCP o ogni annegato o ogni infarto non è mai uguale ad un altro, ognuno ha un qualcosa di unico, anche se sono due infarti nella stessa giornata, due annegati, non sono mai uguali, hanno sempre qualcosa che li distingue. Questo ho notato in tanti anni.

***Intervistatore:* Ha mai praticato RCP in presenza dei familiari del paziente? Se sì, quali sono stati i Suoi vissuti? Quali i comportamenti attuati e le eventuali strategie di coping?**

Intervistato 2: Sì, a volte capita. Di solito cerco di allontanare i familiari ma a volte è anche capitato che i familiari fossero presenti, ma quando tu sei sicuro di te, a volte anche il familiare assiste, vede che fai il possibile, cerchi di far capire che hai fatto tutto il possibile. A volte devi allontanare i familiari perché o ti disturbano o ti creano soggezione... dipende dalle situazioni. A volte è successo di "soffrire"; mi ricordo per un ragazzo giovane, di 23 anni, che poi alla fine aveva una malformazione cardiaca, vedere il

familiare in tilt, era andato proprio in tilt quando ha saputo della morte del figlio, farsi male lui stesso, la veramente ti tocca e non è bello. Per quanto hai fatto il possibile ti senti, mi sono sentito, vedendo la sofferenza dei familiari, come se non avessi fatto niente, forse potevi fare di più, non lo salvavi però questa è la sensazione, ed è brutta. Mi ricordo di questo ragazzo di 23 anni a Cortellazzo, lo abbiamo rianimato lì in strada, sul marciapiede e poi lo abbiamo portato dentro qua in ospedale ma quando sono arrivati i familiari e gli abbiamo detto che era morto sono andati in crisi, il papà ha sbattuto la testa su uno spigolo, cioè proprio dalla disperazione. La ti senti male, mi ricorderò sempre, alcune situazioni me le ricorderò per tutta la vita. Ancora nel '98, il 25 Maggio del 1998, sette ragazzi in macchina, cinque morti. Ragazzi di 17-18-16 anni. Quello è stato, come lo chiamiamo noi, il mio "battesimo". Avevamo una sola ambulanza e io facevo la spola avanti e indietro. Tornavo sull'incidente e ne trovavo due coperti col lenzuolo per terra, portavo dentro uno e quando ritornavo ancora ne venivano fuori da dentro la macchina, ed è brutto. Eravamo solo tre infermieri in servizio di cui uno in triage, solo un'ambulanza.

Intervista n°3

***Intervistatore:* Quali sono stati i Suoi vissuti durante l'esecuzione della procedura di Rianimazione Cardiopolmonare (RCP)? Me li può raccontare e descrivere?**

Intervistato 3: È stato veramente brutto in un ragazzo, un mio amico, in arresto cardiaco per un'overdose. È stato brutto, proprio perché conoscevo la persona. In quel momento ero un po' agitata e non troppo lucida per fare delle manovre adeguate.

***Intervistatore:* I vissuti sono stati diversi in relazione al tipo di paziente su cui l'ha praticata? Se sì, me li potrebbe enunciare?**

Intervistato 3: Per fortuna ho avuto sempre a che fare con persone anziane a cui ho dovuto fare la rianimazione e non bambini o ragazzi giovani, in quel caso penso che emotivamente sarebbe diverso da superare, esattamente come lo è stato per questo ragazzo mio amico.

***Intervistatore:* Ha messo in atto strategie di coping per poter terminare la manovra? Quali comportamenti ha messo in atto?**

Intervistato 3: Sono quei momenti in cui ti isoli da tutto il resto per essere lucido, hai uno schema preciso in testa e questo fa sì che ti isoli da tutto il resto senza che la gente all'esterno ti possa disturbare, ti possa distrarre da quelle che sono le priorità.

***Intervistatore:* Quali comportamenti ha assunto dopo tali esperienze durante l'esercizio lavorativo e le successive RCP?**

Intervistato 3: Sempre migliori, è automatico. Dopo ogni intervento analizzi quello che hai fatto, quello che è stato fatto giusto e quello che è stato fatto sbagliato e ogni intervento successivo lo migliori, migliori quello che sbagli o che manchi.

***Intervistatore:* Ha mai praticato RCP in presenza dei familiari del paziente? Se sì, quali sono stati i Suoi vissuti? Quali i comportamenti attuati e le eventuali strategie di coping?**

Intervistato 3: Sì, diverse RCP in presenza di familiari. Le strategie di coping sono le solite anche per gli altri, ti isoli un pochino, fai quello che devi fare senza tenere conto dei familiari. Per fortuna con me i familiari non sono mai intervenuti e non sono stati mai troppo invadenti in quello che facevamo e quindi sono stati sempre tranquilli e in disparte, forse anche per come ti comporti, di solito è anche come si comporta l'operatore, se mantiene la calma e fa vedere che sa quello che deve fare, i familiari sono tranquilli. Emotivamente, sapendo che ci sono i familiari che ti stanno guardando naturalmente hai un occhio di riguardo anche per la privacy del paziente, se invece non ci sono tieni meno alla privacy, magari lo scopri completamente senza nessun problema, però io penso sempre che se ci fossero lì i miei familiari vorrei mantenere la mia dignità.

Intervista n°4

Intervistatore: Quali sono stati i Suoi vissuti durante l'esecuzione della procedura di Rianimazione Cardiopolmonare (RCP)? Me li può raccontare e descrivere?

Intervistato 4: Più che altro situazioni un po' delicate, tipo mi viene in mente una RCP di un ragazzo giovane con la moglie che aveva partorito da poco che era lì in parte anche lei mentre facevamo tutta la rianimazione che ci guardava sperando in un nostro qualche cenno positivo o che riuscissimo a salvare suo marito che aveva 35 anni, quindi questo mi ha lasciato un po' spiazzato. Un'altra situazione che è stata poco piacevole, anzi più di una situazione, in cui siamo arrivati e il paziente era già in arresto e i familiari erano arrabbiati neri perché secondo loro ci abbiamo messo troppo tempo ad arrivare, non che imputassero che fosse colpa nostra, però insomma erano abbastanza arrabbiati quindi la situazione non era proprio molto facile da gestire infatti, quando alla fine gli abbiamo detto che non ce l'avevamo fatta, è stata una situazione un po' difficile. Le altre RCP, non dico routinaria amministrazione però cioè, quando sei là, fai e basta, non puoi concederti il lusso di impanicarti o di svirgolare o farti prendere dalle emozioni, devi fare e basta senza perderti.

Intervistatore: I vissuti sono stati diversi in relazione al tipo di paziente su cui l'ha praticata? Se sì, me li potrebbe enunciare?

Intervistato 4: Sì, come ti dicevo, diciamo che sui soggetti giovani assolutamente sì. Sui soggetti giovani senz'altro perché dici va beh, un giovane ha una vita davanti, la persona anziana, per quanto non si vuole farla morire mai, neanche la mamma o la nonna di 95 anni, dispiace sempre però almeno si pensa che ha vissuto la sua vita e diciamo che percezione del lutto cambia anche nei familiari conseguentemente all'età, a mio avviso.

Intervistatore: Ha messo in atto strategie di coping per poter terminare la manovra? Quali comportamenti ha messo in atto?

Intervistato 4: Sinceramente no, oppure se l'ho fatto non me ne sono reso conto.

Intervistatore: Quali comportamenti ha assunto dopo tali esperienze durante l'esercizio lavorativo e le successive RCP?

Intervistato 4: I miei comportamenti non sono cambiati, l'unica cosa è che tenti di rispondere al bisogno immediato con professionalità senza farti prendere dal panico e facendo vedere che sai quello che stai facendo, nel senso organizzato e non dispersivo ma sequenziale. L'unica cosa che forse mi interessa che venga visto è che tutto il team sta facendo di tutto per salvare questa persona e per farlo vedere anche ai familiari perché in quelle situazioni provi anche ad immedesimarti anche se non riuscirai a farlo finché non ti capita, quindi cerchi veramente di fare il 150%. Diciamo che secondo me ognuno dovrebbe avere una propria strategia ma con le stesse finalità, cioè rispondere in modo tempestivo ad una situazione di emergenza e basta.

Intervistatore: **Ha mai praticato RCP in presenza dei familiari del paziente? Se sì, quali sono stati i Suoi vissuti? Quali i comportamenti attuati e le eventuali strategie di coping?**

Intervistato 4: Sì, e a volte ho fatto rimanere i familiari, ho fatto assistere alla scena specialmente proprio in casi dove magari ritenevamo necessario che vedessero che la situazione era grave e anche perché potessero, secondo noi, forse elaborare meglio e capire che non c'era alternativa e non potevamo fare nulla. Secondo me, per l'elaborazione del lutto, mi contraddico perché da una parte secondo me è bene che rimangano i familiari a vedere quello che facciamo, dall'altra invece, forse per comodità nostra è meglio chiudere le porte o allontanare i familiari specialmente se vediamo che hanno reazioni esagerate oppure che sono proprio in mezzo che ci impediscono di fare il nostro lavoro, allora in quel caso la li spostiamo, magari in un'altra stanza. Quindi a volte ho lasciato e ho permesso ai familiari che rimanessero, altre volte invece li abbiamo allontanati per questo, a volte per una nostra comodità ma a volte proprio perché ci impedivano di fare correttamente il nostro lavoro.

Intervista n°5

Intervistatore: **Quali sono stati i Suoi vissuti durante l'esecuzione della procedura di Rianimazione Cardiopolmonare (RCP)? Me li può raccontare e descrivere?**

Intervistato 5: Allora diciamo che in generale quando esci e ti trovi davanti a fare una RCP tu ti estranei completamente da quello che è il contesto, non vedi più nient'altro ma ti concentri solamente su quello che devi fare quindi: massaggio, i farmaci che devi preparare, l'ago-cannula da introdurre. Tu ti concentri solo sulle manovre che devi fare, poi tutto il resto. Non hai neanche il tempo di pensare o pensare a quello che stai provando...non c'è, almeno per me.

Intervistatore: **I vissuti sono stati diversi in relazione al tipo di paziente su cui l'ha praticata? Se sì, me li potrebbe enunciare?**

Intervistato 5: Fortunatamente io le RCP le ho fatte quasi tutte su pazienti anziani, non su giovani quindi chiaramente dispiacere, dolore, ma il dispiacere più grande lo vedi poi sui familiari che sono lì in parte che vedono la scena e che soffrono, però è una cosa molto

superficiale, è brutto da dire però a me non mi tocca, nel senso che ti tocca fin là, ti estranei e basta, e poi dici “comunque a una certa età, il suo l’ha fatto e basta”.

***Intervistatore:* Ha messo in atto strategie di coping per poter terminare la manovra? Quali comportamenti ha messo in atto?**

Intervistato 5: Per me, la mia strategia di coping è il fatto di estraniarmi completamente, mi viene talmente naturale, isolarsi da tutto quello che è il contesto e pensare solo a quello che devi fare. Un po’ perché magari io ho un’esperienza abbastanza ridotta e quindi quando esco penso già a quello che mi troverò davanti e quello che devo fare. Poi secondo me, se osservi qui, ognuno ha la sua. C’è chi appena finito deve fumare, chi appena trova un collega scarica la tensione magari cominciando a raccontare tutto per filo e per segno rispetto a quello che è successo in modo logorroico, come per cercare conferme, chi invece si ammutolisce.

***Intervistatore:* Quali comportamenti ha assunto dopo tali esperienze durante l’esercizio lavorativo e le successive RCP?**

Intervistato 5: In confronto all’inizio ho un po’ più di sicurezza, so con più chiarezza tutto quello che devo fare, sono anche più fredda e concentrata.

***Intervistatore:* Ha mai praticato RCP in presenza dei familiari del paziente? Se sì, quali sono stati i Suoi vissuti? Quali i comportamenti attuati e le eventuali strategie di coping?**

Intervistato 5: Sì, diciamo che ci sono familiari che ormai sanno che magari su una persona anziana è arrivata la sua fine e basta, sono in pace con se stessi, altri che iniziano a piangere, a urlare e quindi già lì, tu comunque sai che, anche se sai che è morto e non lo recupererai mai, però comunque devi far vedere che ci stai provando e ce la stai mettendo tutta, anche in base a come trovi i familiari. Devi cercare di estraniarti da tutto quello che fanno, dalle urla e tutto, come se non ci fossero.

Intervista n°6

***Intervistatore:* Quali sono stati i Suoi vissuti durante l’esecuzione della procedura di Rianimazione Cardiopolmonare (RCP)? Me li può raccontare e descrivere?**

Intervistato 6: Non ho particolari vissuti in quanto mi sono esercitato per molti anni e per molto tempo e quindi diciamo che ogni volta che eseguo una RCP, sarà un mio atteggiamento di distacco, ma mi sembra sempre di avere innanzi un manichino e quindi semplicemente mi attengo all’algoritmo.

***Intervistatore:* I vissuti sono stati diversi in relazione al tipo di paziente su cui l’ha praticata? Se sì, me li potrebbe enunciare?**

Intervistato 6: L’unico episodio diverso di vissuto particolare è stato solo un caso in cui ho praticato la rianimazione su un neonato di 3 mesi che poi, come la maggior parte, è andata male, e quindi diciamo che mi è rimasto un po’ più impresso rispetto che alle altre, ma comunque mi sono attenuto all’algoritmo del BLS-D pediatrico e diciamo che la mia

grande fortuna è quella di non aver mai praticato l'RCP ad una persona che conosco, per il momento.

***Intervistatore:* Ha messo in atto strategie di coping per poter terminare la manovra? Quali comportamenti ha messo in atto?**

Intervistato 6: Non posso dire di aver messo in atto particolari strategie di coping per poter eseguire le manovre di RCP, ma se per coping si intende avere un atteggiamento distaccato e pensare di fare bene il più possibile l'algoritmo, allora questa è una strategia di coping.

***Intervistatore:* Quali comportamenti ha assunto dopo tali esperienze durante l'esercizio lavorativo e le successive RCP?**

Intervistato 6: Non ho assunto particolari comportamenti se non quello di ripetere ed esercitarmi il più possibile con i colleghi durante i tempi morti per la rianimazione cardiopolmonare.

***Intervistatore:* Ha mai praticato RCP in presenza dei familiari del paziente? Se sì, quali sono stati i Suoi vissuti? Quali i comportamenti attuati e le eventuali strategie di coping?**

Intervistato 6: Sì, molte volte ho eseguito RCP, anzi la maggior parte delle volte, l'ho praticata in presenza dei familiari e secondo me questo è un bene perché i familiari capiscono in diretta che la situazione è molto grave. Anche qui, se ho messo in atto una strategia di coping, è stata quella di informare durante l'RCP che la situazione era irreparabile e che quindi dopo alcuni minuti dovevamo interrompere la rianimazione.

Intervista n°7

***Intervistatore:* Quali sono stati i Suoi vissuti durante l'esecuzione della procedura di Rianimazione Cardiopolmonare (RCP)? Me li può raccontare e descrivere?**

Intervistato 7: Emotivamente quelli che ti prendono di più sono quelli nei giovani o bambini. E lì è la sconfitta che ti dà fastidio. Poi ci sono i casi in cui riesci e al momento hai un attimo un delirio di onnipotenza, però è solo un attimo, poi metabolizzi e ti rendi conto, però ti posso garantire che è una sensazione molto molto bella quando riesci.

***Intervistatore:* I vissuti sono stati diversi in relazione al tipo di paziente su cui l'ha praticata? Se sì, me li potrebbe enunciare?**

Intervistato 7: Sì, è ovvio, perché comunque dai per scontato che la vita è così, arrivi a una certa età e la morte, soprattutto se fai questo lavoro, la affronti come un evento naturale, non eccezionale e quindi comunque fai il tuo sapendo che se non riesci hai una risposta, una motivazione alla non riuscita, non perché non sei stato bravo, ma quanto meno hai una rassegnazione interna maggiore rispetto a quando lo fai ad una persona in età giovane.

***Intervistatore:* Ha messo in atto strategie di coping per poter terminare la manovra? Quali comportamenti ha messo in atto?**

Intervistato 7: Evidentemente l'avrò fatto, perché io dico sempre che vorrei essere nel privato, avere il self control che ho quando sono in un'emergenza/urgenza in un codice rosso, non lo so come faccio, neanche me lo chiedo ma lo faccio, in automatico. Evidentemente lo avrò messo in atto negli anni di lavoro, ma sin da quando ho cominciato non mi ricordo situazioni di panico, sì all'inizio avevo un po' paura ma è normale, poi con gli anni acquisisci tranquillità nella manovra.

Intervistatore: Quali comportamenti ha assunto dopo tali esperienze durante l'esercizio lavorativo e le successive RCP?

Intervistato 7: La sicurezza è cambiata. Poi negli anni è cambiato il modo di farlo perché ogni 5 anni cambiano le linee guida. Ma soprattutto la sicurezza nel farlo. È sempre anche un nostro meccanismo di sicurezza quello di andare a fare i corsi di aggiornamento di BLS-D. Quello che cambia sostanzialmente è la sicurezza e l'approccio con il paziente. Lo fai come se dovessi fare una qualsiasi altra pratica, non con quell'urgenza e ho quel self control che mi invidio io stesso quando ce l'ho nel senso che ce l'ho solo lì, non nella vita privata. Comunque più ne fai più sei padrone di quello che stai facendo.

Intervistatore: Ha mai praticato RCP in presenza dei familiari del paziente? Se sì, quali sono stati i Suoi vissuti? Quali i comportamenti attuati e le eventuali strategie di coping?

Intervistato 7: Intanto quando vai a casa dei pazienti non è sempre facile convincerli, li devi essere il leader della situazione, prendere in mano la situazione anche se non sei a casa tua e gestirla, possibilmente non farli assistere, tu però li puoi invitare ma non li puoi obbligare nel senso che qualcuno vuole uscire altri no. Non ho mai avuto reazioni negative da parte dei parenti perché forse, l'averlo vissuto in diretta fa sì che comprendano meglio ciò che è accaduto e ciò che tu hai fatto. Se loro vedono, da una parte riescono a metabolizzare meglio l'accaduto e a darsi un senso a ciò che è successo perché vedendo te operare in modo competente e vedono che ci hai messo impegno a farlo, in questo trovano una specie di senso a quello che è successo, proprio perché dicono "ok ci hanno messo tutto il loro impegno, hanno fatto quello che era giusto fare" e quindi trovano un senso di rassegnazione da una parte, dall'altra ti dico che a volte può essere controproducente ma, per esperienza mia, che ho lavorato sia al Nord che al Sud, dipende molto dal posto e dalla cultura. Noi una volta abbiamo preso un ragazzo, nei primi anni in cui lavoravo, un ragazzo in un appartamento che si era fatto di cocaina ed era andato in arresto cardiaco, ci hanno minacciato che non uscivamo da la dentro se non lo riprendevamo, quindi poi appunto dipende anche dal posto in cui ti trovi. Io comunque solitamente tendo a farli uscire perché noi abbiamo bisogno di spazio e di essere tranquilli e non avere disturbi da loro.

Intervista n°8

***Intervistatore:* Quali sono stati i Suoi vissuti durante l'esecuzione della procedura di Rianimazione Cardiopolmonare (RCP)? Me li può raccontare e descrivere?**

Intervistato 8: Mi ricordo la mia prima RCP, 3 mesi dopo essere stato assunto per la prima volta in un'area non critica, su una persona anziana, 80 anni. La cosa che mi ricordo è che dopo trenta minuti l'abbiamo ripresa, il battito è ritornato a ritmo. Emotivamente non mi ha colpito, solo la soddisfazione che dopo trenta minuti l'RCP ha avuto un buon effetto. Poi la signora è morta dieci giorni dopo, e comunque le avevo rotto quattro coste.

***Intervistatore:* I vissuti sono stati diversi in relazione al tipo di paziente su cui l'ha praticata? Se sì, me li potrebbe enunciare?**

Intervistato 8: Sinceramente no, per me sono tutte uguali, non cambia niente se la persona è anziana o un giovane, l'obiettivo è sempre lo stesso quindi non mi hanno colpito particolarmente.

***Intervistatore:* Ha messo in atto strategie di coping per poter terminare la manovra? Quali comportamenti ha messo in atto?**

Intervistato 8: No, sinceramente non ho messo in atto strategie di coping perché diciamo che al momento non ci penso, mi concentro solo sul da farsi. Poi mi fumo la mia sigaretta e "smaltisco" il tutto a casa, non al lavoro. Il lavoro me lo porto a casa, ma non dura più di tanto.

***Intervistatore:* Quali comportamenti ha assunto dopo tali esperienze durante l'esercizio lavorativo e le successive RCP?**

Intervistato 8: Dopo le prime RCP ho cambiato un po' l'approccio, nel senso che prima era super concentrato per cercare di ricordare tutti i passaggi della rianimazione, fare tutto correttamente, adesso mi viene tutto più spontaneo quindi sono anche io più tranquillo, per me è una procedura come un'altra.

***Intervistatore:* Ha mai praticato RCP in presenza dei familiari del paziente? Se sì, quali sono stati i Suoi vissuti? Quali i comportamenti attuati e le eventuali strategie di coping?**

Intervistato 8: No, non ho mai praticato RCP in presenza dei familiari.

Intervista n°9

***Intervistatore:* Quali sono stati i Suoi vissuti durante l'esecuzione della procedura di Rianimazione Cardiopolmonare (RCP)? Me li può raccontare e descrivere?**

Intervistato 9: Mi ricordo una signora giovane, di meno di quarant'anni che ho rianimato circa un anno fa mi è dispiaciuto perché era una mamma giovane, di due bambini piccoli. È andata in arresto cardiaco a casa, durante il pranzo e sono rimasta male soprattutto per i bambini che ha lasciato, pensavo a tutta la situazione che la signora avrebbe lasciato, i bambini da soli con il papà. Più che altro essendo donna, mamma e con dei bambini

piccoli, mi è preso un attimo male, mi è dispiaciuto tanto, purtroppo però non c'era niente da fare.

Intervistatore: I vissuti sono stati diversi in relazione al tipo di paziente su cui l'ha praticata? Se sì, me li potrebbe enunciare?

Intervistato 9: Sicuramente sì, perché un conto è rianimare una ragazza e un conto è rianimare una nonnina di ottant'anni. Sicuramente sono vissuti diversi in base all'età.

Intervistatore: Ha messo in atto strategie di coping per poter terminare la manovra? Quali comportamenti ha messo in atto?

Intervistato 9: Assolutamente no, perché dopo tutti questi anni mi viene spontaneo, una volta che stembro, lasciare i problemi qui al lavoro e andare a casa.

Intervistatore: Quali comportamenti ha assunto dopo tali esperienze durante l'esercizio lavorativo e le successive RCP?

Intervistato 9: Quello che ho sempre fatto, non è cambiato nulla.

Intervistatore: Ha mai praticato RCP in presenza dei familiari del paziente? Se sì, quali sono stati i Suoi vissuti? Quali i comportamenti attuati e le eventuali strategie di coping?

Intervistato 9: Sì, sicuramente mi è dispiaciuto tanto vedere la scena, comportamenti dei familiari che si strappavano i capelli dal dolore. Ho visto un ragazzo giovane che ha perso la compagna che ha dato un pugno e ha rotto la porta di legno.

Intervista n°10

Intervistatore: Quali sono stati i Suoi vissuti durante l'esecuzione della procedura di Rianimazione Cardiopolmonare (RCP)? Me li può raccontare e descrivere?

Intervistato 10: Io sono concentrato su quello che faccio e che devo fare, su seguire le linee guida ALS, quindi durante l'RCP sono tranquillo.

Intervistatore: I vissuti sono stati diversi in relazione al tipo di paziente su cui l'ha praticata? Se sì, me li potrebbe enunciare?

Intervistato 10: Sicuramente ci si mette un'enfasi diversa in base all'età del paziente. Più è giovane e più è l'insistenza nel rianimare.

Intervistatore: Ha messo in atto strategie di coping per poter terminare la manovra? Quali comportamenti ha messo in atto?

Intervistato 10: Non mi pare di aver messo in atto strategie di coping. Semplicemente è il mio lavoro, è una procedura che in quel momento devo fare quindi mi concentro per farla al meglio e stop.

Intervistatore: Quali comportamenti ha assunto dopo tali esperienze durante l'esercizio lavorativo e le successive RCP?

Intervistato 10: Di sicuro non farmi prendere da quello che stanno provando i familiari. Magari le prime volte mi lasciavo influenzare da quello che dicevano o facevano, adesso no, rimango concentrato su quello che sto facendo.

Intervistatore: Ha mai praticato RCP in presenza dei familiari del paziente? Se sì, quali sono stati i Suoi vissuti? Quali i comportamenti attuati e le eventuali strategie di coping?

Intervistato 10: Sì, e se le cose vanno male secondo me la prendono anche meglio perché hanno vissuto e visto in diretta che non c'era più nulla da fare. Durante le prime RCP con i familiari presenti magari mi facevo influenzare quando loro dicevano di continuare la rianimazione anche se la persona era morta perché mi immedesimo in loro e pensavo che, se fossi stato al loro posto, probabilmente anche io avrei voluto che continuassero la rianimazione per appendermi a una qualche inutile speranza, adesso invece cerco di far capire, fin da subito, che la situazione è grave o irreparabile.

Intervista n°11

Intervistatore: Quali sono stati i Suoi vissuti durante l'esecuzione della procedura di Rianimazione Cardiopolmonare (RCP)? Me li può raccontare e descrivere?

Intervistato 11: Nonostante io faccia questo lavoro da molti anni, tuttora per me, ogni RCP è sempre comunque un dispiacere perché raramente riusciamo a riprendere il paziente. Forse sarà che sono io troppo emotiva e sensibile rispetto a molti colleghi per i quali l'RCP è una procedura da fare e basta. Io ricordo molti dei pazienti su cui ho praticato la rianimazione e per molti sono stata male poi.

Intervistatore: I vissuti sono stati diversi in relazione al tipo di paziente su cui l'ha praticata? Se sì, me li potrebbe enunciare?

Intervistato 11: Sì, io personalmente quando mi ritrovo a rianimare un bambino o un ragazzo giovane ci sto più male, perché essendo mamma mi immedesimo nei loro genitori, in quello che possono provare in quel momento e sono solidale con loro, mi è capitato più volte di piangere insieme a loro. Anche quando sono magari persone di 40-50 anni lo stesso, perché vedo magari la famiglia che lasciano. Certo quando sono persone anziane ci sto meno male perché vedo che anche la famiglia, la maggior parte delle volte, è già preparata e consapevole che comunque è il corso della vita, e preferiscono evitare inutili sofferenze al loro familiare.

Intervistatore: Ha messo in atto strategie di coping per poter terminare la manovra? Quali comportamenti ha messo in atto?

Intervistato 11: Io cerco di rimanere concentrata sulla manovra, di isolarmi, di crearmi una sorta di campana di vetro in cui rinchiudermi per eseguire la manovra correttamente senza farmi prendere dalle emozioni.

Intervistatore: Quali comportamenti ha assunto dopo tali esperienze durante l'esercizio lavorativo e le successive RCP?

Intervistato 11: Diciamo che con il tempo, e dopo aver eseguito molte RCP, ho imparato anche a gestire i familiari senza farmi vedere troppo presa dalle emozioni perché rischivo di aumentare il loro stato di ansia e dolore facendomi vedere eccessivamente provata.

Intervistatore: Ha mai praticato RCP in presenza dei familiari del paziente? Se sì, quali sono stati i Suoi vissuti? Quali i comportamenti attuati e le eventuali strategie di coping?

Intervistato 11: Sì, spesso ho eseguito RCP in presenza dei familiari. Un po' all'inizio mi intimoriva la cosa perché mi sentivo limitata. Nel senso che comunque dovevo avere, con l'equipè che era con me, un atteggiamento e linguaggio professionale, cosa che non sempre accade. Inoltre dovevo, davanti ai parenti, magari trovare subito le parole giuste per dire che il loro caro non ce l'aveva fatta e che quindi avremmo interrotto la rianimazione, non avevo quindi il tempo di concludere, come succede magari qui in U.O., tranquillizzarmi, pensare a cosa dire nel modo migliore. Lì i familiari ti stanno con il fiato sul collo e assistono a tutto, e non è facile. Poi non è facile quando comunque li vedi star male e soffrire, alle volte, se possibile, mi allontanano per evitare di farmi prendere eccessivamente dalla situazione.

Intervista n°12

Intervistatore: Quali sono stati i Suoi vissuti durante l'esecuzione della procedura di Rianimazione Cardiopolmonare (RCP)? Me li può raccontare e descrivere?

Intervistato 12: Mi ricordo quando ho rianimato una signora di 52 anni, a casa, chiamata dalle figlie e il marito, l'abbiamo posizionata a terra, abbiamo fatto RCP per 40 minuti senza beneficio, penso alle ventesime fiala di adrenalina il cuore riparte e va a ritmo, fatta poi l'ipotermia terapeutica, la signora è vissuta altri tre anni, è morta di recente per altri problemi, beh, in quel momento, quando l'abbiamo ripresa, ho avuto una grossa soddisfazione per avercela fatta e aver perseverato. Quando però non ce la fai, per quanto cerchi di non portarti il lavoro a casa, vuoi o non vuoi, poi ci pensi, pensi soprattutto a chi rimane, alla loro sofferenza.

Intervistatore: I vissuti sono stati diversi in relazione al tipo di paziente su cui l'ha praticata? Se sì, me li potrebbe enunciare?

Intervistato 12: Beh sì, assolutamente, soprattutto in base all'età. Diciamo che se è una persona anziana a me non tocca per nulla, anzi, penso che magari si è risparmiato molte tribolazioni. Oppure quando ho dovuto rianimare un tossico, beh, nemmeno lì mi sono preoccupata, anzi, proprio non mi ha toccato, per di più questo era anche uno spacciatore. Ovvio poi che quando lo fai su un giovane ti dispiaci di più.

Intervistatore: Ha messo in atto strategie di coping per poter terminare la manovra? Quali comportamenti ha messo in atto?

Intervistato 12: No, per me è tutto automatico. L'RCP non la vivo come una manovra stressante e pertanto non ritengo di dover metter in atto strategie di adattamento. Non hai tempo di pensare, lo fai e basta.

Intervistatore: Quali comportamenti ha assunto dopo tali esperienze durante l'esercizio lavorativo e le successive RCP?

Intervistato 12: Non ho cambiato atteggiamenti o comportamenti. Sarò insensibile ma per me non cambia nulla dopo un'RCP.

Intervistatore: Ha mai praticato RCP in presenza dei familiari del paziente? Se sì, quali sono stati i Suoi vissuti? Quali i comportamenti attuati e le eventuali strategie di coping?

Intervistato 12: Sì, spesso in presenza dei familiari. Diciamo che il vissuto cambia in base ai familiari, i loro comportamenti, il tipo e l'età del paziente. Io comunque non mi faccio influenzare, faccio la mia manovra e cerco di tenerli "al loro posto".

Intervista n°13

Intervistatore: Quali sono stati i Suoi vissuti durante l'esecuzione della procedura di Rianimazione Cardiopolmonare (RCP)? Me li può raccontare e descrivere?

Intervistato 13: Proprio l'altro giorno mi è successo di dover rianimare un signore, entrato in codice verde per una sospetta colica renale, beh, dopo 5 minuti dall'entrata in ambulatorio è andato in fibrillazione ventricolare. È stato del tutto inaspettato e mi ha lasciato un attimo in confusione perché non ero preparata come quando si esce in ambulanza e si sa già quello che si trova.

Intervistatore: I vissuti sono stati diversi in relazione al tipo di paziente su cui l'ha praticata? Se sì, me li potrebbe enunciare?

Intervistato 13: Sì, soprattutto in base all'età. Su pazienti anziani è naturale, il corso della natura e quindi anche emotivamente molto meno stressante.

Intervistatore: Ha messo in atto strategie di coping per poter terminare la manovra? Quali comportamenti ha messo in atto?

Intervistato 13: No, non penso di mettere in atto strategie particolari.

Intervistatore: Quali comportamenti ha assunto dopo tali esperienze durante l'esercizio lavorativo e le successive RCP?

Intervistato 13: Con il tempo il mio approccio è molto più distaccato rispetto alle prime volte. Mi faccio coinvolgere meno.

Intervistatore: Ha mai praticato RCP in presenza dei familiari del paziente? Se sì, quali sono stati i Suoi vissuti? Quali i comportamenti attuati e le eventuali strategie di coping?

Intervistato 13: Sì, quasi sempre ma non mi faccio prendere. Se urlano eccetera cerco di farli uscire perché mi distraggono. È turbante vedere la sofferenza dei genitori quando

magari rianimi dei bambini o ragazzi, perché anche io sono mamma, e assisti a scene strazianti e pensi che potresti essere al loro posto.

Intervista n°14

Intervistatore: Quali sono stati i Suoi vissuti durante l'esecuzione della procedura di Rianimazione Cardiopolmonare (RCP)? Me li può raccontare e descrivere?

Intervistato 14: Se devo pensare al vissuto durante la procedura in sé, quello che mi viene da dire è: adrenalina in circolo, forza, tenacia. Mi vengono in mente diverse rianimazioni effettuate, sui pazienti più disparati, ognuna era diversa dalle altre, ma quello che caratterizza tutte è l'adrenalina che inevitabilmente si scatena ed è quello che ti fa andare avanti in una procedura così pesante anche fisicamente.

Intervistatore: I vissuti sono stati diversi in relazione al tipo di paziente su cui l'ha praticata? Se sì, me li potrebbe enunciare?

Intervistato 14: Dipende a che età li fai. Se lo fai su un ragazzo giovane sei un po' più preso emotivamente, vuoi a tutti i costi riuscire bene. Se lo fai in un anziano vuoi lo stesso riuscire però capisci anche che lui la sua vita l'ha fatta e se riesci bene e se no pazienza. È comunque un modo per fare bene il tuo lavoro e per intestarsi sul fare l'RCP però emotivamente è diverso in base all'età del paziente.

Intervistatore: Ha messo in atto strategie di coping per poter terminare la manovra? Quali comportamenti ha messo in atto?

Intervistato 14: Quando sei lì ti estranei, ti concentri su quello che stai facendo e non pensi a tutto il resto perché se ti lasci distrarre da tutto il resto, il contesto, anche semplicemente sapere che è giovane magari già è una distrazione, però allo stesso tempo è una voglia in più di continuare e di fare bene però cerchi di mettere un po' di muro perché se no non riesci a portare a termine il tuo compito.

Intervistatore: Quali comportamenti ha assunto dopo tali esperienze durante l'esercizio lavorativo e le successive RCP?

Intervistato 14: Non ho messo in atto particolare comportamenti, cambia un po' la sicurezza, sei sicuro ogni volta di più, più sai come gestirle, ti ricordi meglio le manovre da fare eccetera. Però non ti ricordi mai quella precedente, una volta che è fatta la chiudi.

Intervistatore: Ha mai praticato RCP in presenza dei familiari del paziente? Se sì, quali sono stati i Suoi vissuti? Quali i comportamenti attuati e le eventuali strategie di coping?

Intervistato 14: Sì, più volte. Dipende anche lì dall'età del paziente perché se magari è un po' più anziano è anche un modo, eventualmente, da parte dei familiari essere presenti, per accettare il fatto che molto probabilmente non ce la farà e quindi hanno visto che abbiamo fatto tutto quello che c'era da fare e anche dal loro punto di vista ci hanno ringraziato ed è stato un modo per accettare, forse meglio la morte del loro familiare. Se invece è un ragazzo giovane è un po' diverso perché anche il vissuto dei familiari è diverso, c'è molta

più rabbia, c'è molta più sofferenza e quindi si evita di farli assistere perché tu gli salti proprio addosso quindi è un atteggiamento un po' diverso, i familiari potrebbero distrarti in questo caso qua perché magari ti urlano ti dicono di continuare, proprio per loro, e quindi se possibile cerchiamo di allontanarli quando sono giovani.

Intervista n°15

Intervistatore: Quali sono stati i Suoi vissuti durante l'esecuzione della procedura di Rianimazione Cardiopolmonare (RCP)? Me li può raccontare e descrivere?

Intervistato 15: Emotivamente bene. Diciamo che nel nostro lavoro è la parte più interessante, io la vedo così. Noi sanitari in questo frangente possiamo fare la differenza, gli puoi dare una possibilità. Se è una buona rianimazione, se hai una possibilità te la diamo. Quindi per me diciamo che è un punto forte di questo lavoro dell'emergenza, questo e il trauma, e l'RCP secondo me è fondamentale nell'extra-ospedaliero e per un sanitario.

Intervistatore: I vissuti sono stati diversi in relazione al tipo di paziente su cui l'ha praticata? Se sì, me li potrebbe enunciare?

Intervistato 15: No, a prescindere da tutto. Bambini non ne ho rianimati, solo in arresto respiratorio quindi c'è una rianimazione più blanda, però no. Magari nel pediatrico o ragazzi giovani ci pensi un po' di più però no, indifferente, dall'adulto all'anziano.

Intervistatore: Ha messo in atto strategie di coping per poter terminare la manovra? Quali comportamenti ha messo in atto?

Intervistato 15: Nell'RCP c'è un protocollo che è l'ALS e ACLS quindi tu segui quello. Hai delle linee guida da seguire quindi diventa un lavoro standardizzato e quindi basta, una volta imparato il metodo e la procedura da seguire è in automatico. Non è una vera e propria strategia ma sono proprio delle linee guida dettate e quindi io seguo la linea guida.

Intervistatore: Quali comportamenti ha assunto dopo tali esperienze durante l'esercizio lavorativo e le successive RCP?

Intervistato 15: Beh il bagaglio culturale è cambiato perché comunque ogni RCP cambia da paziente a paziente con le patologie e farmaci che prendono e soprattutto lo scambio di informazioni con i colleghi che ogni RCP, per quanto la manovra sia uguale però cambia, e allora magari con i colleghi riesci a farne poi un resoconto che magari ti può dare qualcosina in più.

Intervistatore: Ha mai praticato RCP in presenza dei familiari del paziente? Se sì, quali sono stati i Suoi vissuti? Quali i comportamenti attuati e le eventuali strategie di coping?

Intervistato 15: Sì, anzi quasi la maggior parte anche perché io non mando fuori nessuno. Se i familiari vogliono uscire dalla stanza escono, ma io non li mando fuori. Uno perché mi sembra mancanza di rispetto quando entro in una casa, due perché è un suo familiare e hanno il diritto di assisterlo e vedere quello che stiamo facendo. Quindi sì, e per me non

cambia. Come se io faccio il prelievo che c'è la mamma col bimbo, per me è la stessa identica cosa, continuo nel mio agire. È vero che dopo, se va a buon fine, okay, devi spiegargli tutti il percorso intra-ospedaliero, se invece non va a buon fine, c'è tutta quella strategia che devi mettere in atto per cercare di consolare i familiari, la questione del lutto, soprattutto nelle persone anziane che magari è da una vita che sono insieme e si ritrovano il marito che è morto, questa è l'unica cosa che mi cambia.

TERAPIA INTENSIVA

Intervista n°16

***Intervistatore:* Quali sono stati i Suoi vissuti durante l'esecuzione della procedura di Rianimazione Cardiopolmonare (RCP)? Me li può raccontare e descrivere?**

Intervistato 16: Durante l'esecuzione i tempi sono stretti, sei impegnato ad agire senza soffermarti. Ci si sofferma sulla parte tecnica dell'azione. Poi se l'evento è andato a buon fine, bene, hai un senso di adeguatezza, hai fatto qualcosa che è andato a buon fine e hai salvato una vita.

***Intervistatore:* I vissuti sono stati diversi in relazione al tipo di paziente su cui l'ha praticata? Se sì, me li potrebbe enunciare?**

Intervistato 16: Poi dipende dalle caratteristiche del paziente, età soprattutto. Ma, se riesci a salvarlo, e tu sai che le sue speranze di vita, per le condizioni in cui è, sono poche, beh allora anche quello fa la differenza nel vissuto, perché ti rendi conto di avergli solo prolungato le sofferenze. Poi dipende anche dal tipo di rapporto che c'è con il paziente e i suoi familiari.

***Intervistatore:* Ha messo in atto strategie di coping per poter terminare la manovra? Quali comportamenti ha messo in atto?**

Intervistato 16: La mente ha strategie per mettersi al riparo. Fare l'RCP in un contesto ospedaliero è diverso. Lì la priorità è rianimare il paziente e ti concentri su quello.

***Intervistatore:* Quali comportamenti ha assunto dopo tali esperienze durante l'esercizio lavorativo e le successive RCP?**

Intervistato 16: Ho cercato sempre di mantenere la distanza tra la parte emotiva e pratica. Con gli anni fortifichi questo muro per evitare di metterti nei panni del paziente o dei familiari, ti fortifichi di più.

***Intervistatore:* Ha mai praticato RCP in presenza dei familiari del paziente? Se sì, quali sono stati i Suoi vissuti? Quali i comportamenti attuati e le eventuali strategie di coping?**

Intervistato 16: Sì mi è successo che i familiari fossero presenti ma solo per pochi secondi finché non sono stati fatti allontanare quindi non può essere considerata una vera rianimazione con i familiari perché qui in terapia intensiva li facciamo uscire.

Intervista n°17

***Intervistatore:* Quali sono stati i Suoi vissuti durante l'esecuzione della procedura di Rianimazione Cardiopolmonare (RCP)? Me li può raccontare e descrivere?**

Intervistato 17: Quando già senti il telefono dell'urgenza lì già è una scarica di adrenalina. Quando vai su per un'urgenza e devi rianimare è chiaro che non stai lì tanto a soffermarti o pensare, fai di tutto per salvarlo e quindi lì l'adrenalina che hai in circolo non è poca. E poi

alla fine se riesci a salvarlo che lo porti in rianimazione e torna in qua le soddisfazioni sono tante. È chiaro che il defunto è giovane o magari succede che è un tuo conoscente o parente ti mortifica la cosa, abbastanza.

Intervistatore: I vissuti sono stati diversi in relazione al tipo di paziente su cui l'ha praticata? Se sì, me li potrebbe enunciare?

Intervistato 17: Se il paziente è giovane o un tuo conoscente ma anche se il paziente era qua in rianimazione da un po' di giorni ti ci affezioni anche un pochino quindi è chiaro che se va a buon fine bene, altrimenti ti dispiace, non fai la lacrimuccia perché dopo anni e anni ti abitui però dentro ci resti sempre un po' male, eccome.

Intervistatore: Ha messo in atto strategie di coping per poter terminare la manovra? Quali comportamenti ha messo in atto?

Intervistato 17: Concentrarsi e basta.

Intervistatore: Quali comportamenti ha assunto dopo tali esperienze durante l'esercizio lavorativo e le successive RCP?

Intervistato 17: Beh con gli anni un po' ci si abitua. C'è sempre la parte dell'emozione dentro. Ti abitui però non sai mai cosa trovi quando vai in urgenza e poi dipende anche molto con chi vai perché anche li cambia la situazione. Se trovi un medico che sa gestire bene l'urgenza ti mette calma e tranquillità ok, ma se vai su con un medico che è già ansioso di base, figurati durante un'urgenza, perché anche questo è molto importante.

Intervistatore: Ha mai praticato RCP in presenza dei familiari del paziente? Se sì, quali sono stati i Suoi vissuti? Quali i comportamenti attuati e le eventuali strategie di coping?

Intervistato 17: Sempre mandati fuori i parenti, mai fatto niente in presenza dei familiari perché meno occhi estranei vedono, meglio è.

Intervista n°18

Intervistatore: Quali sono stati i Suoi vissuti durante l'esecuzione della procedura di Rianimazione Cardiopolmonare (RCP)? Me li può raccontare e descrivere?

Intervistato 18: Per forza di cose, che tu la faccia una volta o che tu la faccia cento, chiaramente è una situazione in cui sei sotto stress perché comunque l'urgenza per definizione è stress. Per cui sicuramente stress, per forza di cose. Stress che però devi tenere sotto controllo, nel senso sì, sei presa dalla situazione però c'è la situazione emotiva che devi mettere in parte e c'è tutto il resto, cioè quello che tu sei tenuta a fare in quel momento.

Intervistatore: I vissuti sono stati diversi in relazione al tipo di paziente su cui l'ha praticata? Se sì, me li potrebbe enunciare?

Intervistato 18: Sì, rianimando una persona di novant'anni è diverso rispetto a un bambino, la situazione peggiore è la rianimazione neonatale.

***Intervistatore:* Ha messo in atto strategie di coping per poter terminare la manovra? Quali comportamenti ha messo in atto?**

Intervistato 18: Sì, dal mio vissuto, mi concentro sulla pratica, sulla tecnica, sulle manovre, sui tempi, su cosa fare, sull'ABCD, e tutto il resto, su quello e come fare la manovra nel modo più corretto, nei tempi più corretti rispettando le sequenze corrette e quello in quel momento, tenendo sotto controllo "l'agitazione" perché altrimenti cominci a far confusione, a farti prendere dalla situazione, non solo per te, anche per i colleghi. Devi controllare le tue reazioni e il tuo modo di agire ma anche quello dei colleghi, perché se uno comincia a far confusione, a farsi prendere dall'agitazione, a fare una cosa prima di un'altra a sbagliare, lo devi fermare.

***Intervistatore:* Quali comportamenti ha assunto dopo tali esperienze durante l'esercizio lavorativo e le successive RCP?**

Intervistato 18: Dal mio punto di vista più esperienze hai più riesci a tenere sotto controllo questo. Perché un conto è farlo una volta, in una situazione d'urgenza e per forza di cose la prima ti agiti, magari non riesci a focalizzare con precisione tutta la sequenza, la tecnica, come massaggiare, come ventilare, col tempo poi ci fai l'esperienza, più ne fai più migliori.

***Intervistatore:* Ha mai praticato RCP in presenza dei familiari del paziente? Se sì, quali sono stati i Suoi vissuti? Quali i comportamenti attuati e le eventuali strategie di coping?**

Intervistato 18: Sì, ti senti osservato. Se posso li mando fuori sempre, poi dipende dal contesto. Lo stress comunque aumenta, nel senso che ti senti maggiormente osservato e sotto tensione, anche sentendo magari i parenti che gridano, piangono però la cosa che ti tiene sotto freno è concentrarsi su quello che fai e fare tutto bene.

Intervista n°19

***Intervistatore:* Quali sono stati i Suoi vissuti durante l'esecuzione della procedura di Rianimazione Cardiopolmonare (RCP)? Me li può raccontare e descrivere?**

Intervistato 19: Le prime volte suscita qualcosa, finché non ti capita non sei mai preparato, dopo cominci a capire come funziona. E comunque la scuola non ti prepara per questo. A livello emotivo, mi ricordo la mia prima volta, proprio non te l'aspettavi, e dopo col tempo, fa parte del lavoro quindi si fa e basta.

***Intervistatore:* I vissuti sono stati diversi in relazione al tipo di paziente su cui l'ha praticata? Se sì, me li potrebbe enunciare?**

Intervistato 19: È diverso dal novantenne al ventenne che non te lo aspetti. Ti girano anche i sentimenti e dici "ma come, questa a novant'anni non parte e quello che ne ha trenta va in arresto?"

***Intervistatore:* Ha messo in atto strategie di coping per poter terminare la manovra? Quali comportamenti ha messo in atto?**

Intervistato 19: Cominci a eliminare i sentimenti e tutto ciò che ci sta dietro e vai per razionalità, poi noi i pazienti non li vediamo mai come li ha visti un familiare, noi li vediamo sempre nello stato peggiore quindi già siamo preparati e non siamo legati emotivamente.

Intervistatore: Quali comportamenti ha assunto dopo tali esperienze durante l'esercizio lavorativo e le successive RCP?

Intervistato 19: Dipende tutto da chi ti trovi davanti. Durante le successive RCP sai sempre meglio come comportarti e quello che devi fare con maggior chiarezza e "freddezza".

Intervistatore: Ha mai praticato RCP in presenza dei familiari del paziente? Se sì, quali sono stati i Suoi vissuti? Quali i comportamenti attuati e le eventuali strategie di coping?

Intervistato 19: No, per fortuna non ho mai fatto RCP con i familiari presenti. Il familiare è solo d'impaccio perché ti riempie di domande, già tu sei concentrato e devi organizzarti per conto tuo, non puoi stare dietro anche a loro.

Intervista n°20

Intervistatore: Quali sono stati i Suoi vissuti durante l'esecuzione della procedura di Rianimazione Cardiopolmonare (RCP)? Me li può raccontare e descrivere?

Intervistato 20: Durante l'RCP sono abbastanza fredda e controllata ma, per quanto mi riguarda, non sono una di quelle che si fa scivolare tutto addosso, io sono abbastanza emotiva, e spesso mi porto a casa quello che è successo, magari il senso di "colpa", di non aver salvato qualcuno, la consapevolezza di essere stata l'ultima persona che ha visto prima di morire.

Intervistatore: I vissuti sono stati diversi in relazione al tipo di paziente su cui l'ha praticata? Se sì, me li potrebbe enunciare?

Intervistato 20: Il vissuto è stato diverso per quanto riguarda un paziente di 18 anni che ero andata a prendere in spiaggia alle 4 del mattino e li ho avuto un po' di crisi, un po' per l'età e un po' perché non sono riuscita nell'intento della rianimazione, purtroppo il ragazzo era già morto per cui non si è potuto far nulla.

Intervistatore: Ha messo in atto strategie di coping per poter terminare la manovra? Quali comportamenti ha messo in atto?

Intervistato 20: Ho cercato di pensare alla procedura e di andare avanti finché il medico non fosse sopraggiunto.

Intervistatore: Quali comportamenti ha assunto dopo tali esperienze durante l'esercizio lavorativo e le successive RCP?

Intervistato 20: Nelle successive RCP dopo il caso del ragazzo ho cercato di fare tutte le urgenze che capitavano nei vari reparti appunto per non bloccarmi.

Intervistatore: Ha mai praticato RCP in presenza dei familiari del paziente? Se sì, quali sono stati i Suoi vissuti? Quali i comportamenti attuati e le eventuali strategie di coping?

Intervistato 20: Sì, nel caso del ragazzo in spiaggia però in quel momento pensi solo alla manovra, non ci pensi se non poi alla fine quando vedi che i familiari si disperano e non sai cosa fare, hai un senso proprio di impotenza e inadeguatezza.

Intervista n°21

Intervistatore: Quali sono stati i Suoi vissuti durante l'esecuzione della procedura di Rianimazione Cardiopolmonare (RCP)? Me li può raccontare e descrivere?

Intervistato 21: Beh la cosa che ti rimane più impressa è la reazione dei familiari, soprattutto se la persona è giovane, sto parlando del contesto extra-ospedaliero perché ho lavorato tanti anni in pronto soccorso, è solo da sei anni che sono qui, per cui quanto presto arrivi comunque sono tutti agitati, sei arrivato troppo tardi, per cui comunque la maggior parte delle volte, non sempre, ti accolgono in maniera un po' ostile. Io ho imparato che è molto più utile tenere il familiare presente, a meno che sia fuori di testa e ostacoli quello che tu stai facendo, ma tenerlo presente in modo che veda quello che tu stai facendo, questo aiuta anche lui ad elaborare meglio il lutto, per quanto possa servire, ma aiuta anche te perché non hai il familiare ostile o che entra ogni 5 minuti, che ti chiede cosa stai facendo, o che si arrabbia perché non sa quello che sta succedendo, questa è la mia esperienza persona. Anche perché avere il tuo familiare chiuso in rianimazione e tu sei fuori e non sai nulla, aumenta l'ansia esponenzialmente quindi poi è anche difficile la comunicazione con loro.

Intervistatore: I vissuti sono stati diversi in relazione al tipo di paziente su cui l'ha praticata? Se sì, me li potrebbe enunciare?

Intervistato 21: Sicuramente, l'anziano terminale a letto che ti chiamano perché ormai poverino è morto per cui i familiari sono preparati e accettano, non sempre ma la maggior parte delle volte, accettano che la persona sia morta, è molto più semplice anche gestione dei familiari e la comunicazione della morte perché non tutti si rendono conto che il paziente è morto, per noi è più facile, vai lì, lo vedi e dici "è morto", ma c'è qualcuno che proprio non se ne rende conto. Se ti capita invece una persona giovane, e non intendo solo il ragazzino ma anche il cinquantenne, e soprattutto una morte cardiaca improvvisa, un arresto improvviso, è molto più difficile, la differenza sostanzialmente è questa.

Intervistatore: Ha messo in atto strategie di coping per poter terminare la manovra? Quali comportamenti ha messo in atto?

Intervistato 21: Io sono istruttrice di qualche corso per quanto riguarda l'emergenza, la cosa che è importante è che il personale sia formato. Non sai cosa ti capita perché quando ti arriva la chiamata ed esci in ambulanza non sai cosa ti trovi, se è stato triagiato bene, o comunque, per quanto bravo sia l'operatore non ti può indicare precisamente la situazione per cui un po' di ansia sicuramente ce l'hai, c'è chi riesce a controllarla bene, non c'è

nessuno che non ha l'ansia, c'è chi riesce a controllarla bene e chi invece va fuori di testa e quello non è il suo posto. Nel momento in cui arrivi l'importante è sapere quello che devi fare e soprattutto quello che non devi fare, nel senso non fare danni. Il fatto di essere preparato ti dà la possibilità di ridurre lo stato d'ansia perché hai mentalmente uno schema che ti aiuta a dire "ok adesso arrivo lì e devo fare queste quattro cose e poi in base a questo io mi comporto", non avere questo schema ti aumenta sicuramente l'ansia per cui secondo me la cosa migliore è che l'operatore, che sia infermiere o che sia medico è uguale, è che sia preparato, e penso che sia la cosa più importante di tutte. Poi gestire l'ansia è una cosa personale, questo è vero. Molte volte ci sono persone che sono bravissime a gestire l'ansia nel momento in cui fanno l'intervento, dopo di che crollano, soprattutto se le situazioni sono drammatiche come tanti pazienti, un grosso incidente stradale, giovani o bambini. Per quanto riguarda i bambini credo che sia un capitolo a parte, soprattutto per chi ne ha di bambini. Io ho vissuto la parte pre e post mamma e c'è una differenza notevole sull'approccio emotivo verso i bambini. Prima lo facevo, per carità sapevi che era un bambino che stava male però ero molto più distaccata, adesso anche un bambino che arriva con la ferita che piange, non dico che ci rimango male, ma ti dispiace un po' di più perché ti immedesimi un pochino.

***Intervistatore:* Quali comportamenti ha assunto dopo tali esperienze durante l'esercizio lavorativo e le successive RCP?**

Intervistato 21: Io ho iniziato a lavorare in pronto soccorso che avevo poca esperienza e me la sono fatta nei pazienti, cercando di fare il meglio possibile, cercando di non fare danni, e poi aumentando le conoscenze, questa è la cosa più importante secondo me, non solo le tecniche ma anche i principi e le ragioni per cui si fanno determinate cose.

***Intervistatore:* Ha mai praticato RCP in presenza dei familiari del paziente? Se sì, quali sono stati i Suoi vissuti? Quali i comportamenti attuati e le eventuali strategie di coping?**

Intervistato 21: Sicuramente la presenza dei familiari che riescono a vedere tutto l'iter del soccorso è positiva, per quella che è la mia esperienza perché poi non tutte le persone reagiscono allo stesso modo, soprattutto di fronte al lutto ma per me è stata positiva.

Intervista n°22

***Intervistatore:* Quali sono stati i Suoi vissuti durante l'esecuzione della procedura di Rianimazione Cardiopolmonare (RCP)? Me li può raccontare e descrivere?**

Intervistato 22: Beh sicuramente c'è lo stress, l'adrenalina perché comunque si tratta di un momento in cui il paziente è in fase altamente critica e quindi stress ma non stress che può bloccare, stress positivo adrenergico che ti spinge ad agire, a volte anche un po' di preoccupazione e disagio quando magari ci sono emergenze pediatriche perché ti trovi davanti ad una piccola vita che è molto più delicata e anche difficile da gestire.

***Intervistatore:* I vissuti sono stati diversi in relazione al tipo di paziente su cui l'ha praticata? Se sì, me li potrebbe enunciare?**

Intervistato 22: Sì, se sono bambini decisamente. Comunque più giovani sono più è alto lo stress e la preoccupazione di non sapere come agire o di poter sbagliare o di non mettere in atto tutte le azioni che sono necessarie.

***Intervistatore:* Ha messo in atto strategie di coping per poter terminare la manovra? Quali comportamenti ha messo in atto?**

Intervistato 22: Sinceramente quando ci sono le urgenze non si ha tanto tempo per pensare, si agisce e basta, si è concentrati su cosa si deve fare e nel farlo nella maniera più rapida e giusta possibile quindi nell'istante in cui si fa la rianimazione non si pensa ad altro, poi eventualmente nella fase successiva si può rivedere e pensare a cosa si è fatto, come, se si poteva gestire in altro modo, però durante la mente va solo all'ABC e basta.

***Intervistatore:* Quali comportamenti ha assunto dopo tali esperienze durante l'esercizio lavorativo e le successive RCP?**

Intervistato 22: Rispetto alla prima RCP si è più sicuri e meno coinvolti emotivamente, poi dipende anche da chi ci si trova davanti e dalla situazione. Poi anche la rianimazione cardiopolmonare, più la si fa e più automatico è. Diventa più facile da mettere in pratica.

***Intervistatore:* Ha mai praticato RCP in presenza dei familiari del paziente? Se sì, quali sono stati i Suoi vissuti? Quali i comportamenti attuati e le eventuali strategie di coping?**

Intervistato 22: No perché li facciamo allontanare sempre, da subito quando capisci che il paziente è grave, perché dobbiamo gestire il paziente, non possiamo gestire anche i familiari.

Intervista n°23

***Intervistatore:* Quali sono stati i Suoi vissuti durante l'esecuzione della procedura di Rianimazione Cardiopolmonare (RCP)? Me li può raccontare e descrivere?**

Intervistato 23: Ansia perché è comunque un evento eccezionale, per l'inesperienza ansia anche, e paura. Però dall'altra parte freddezza nell'esecuzione delle cose.

***Intervistatore:* I vissuti sono stati diversi in relazione al tipo di paziente su cui l'ha praticata? Se sì, me li potrebbe enunciare?**

Intervistato 23: No, perché ho avuto una sola esperienza.

***Intervistatore:* Ha messo in atto strategie di coping per poter terminare la manovra? Quali comportamenti ha messo in atto?**

Intervistato 23: Nel momento in cui ero lì cercavo di eseguire materialmente cercando di non pensare di avere un corpo umano davanti, una persona, cercavo di eseguire le cose meccanicamente.

Intervistatore: Quali comportamenti ha assunto dopo tali esperienze durante l'esercizio lavorativo e le successive RCP?

Intervistato 23: Io ho cercato sempre di informarmi e aggiornarmi e mi sento abbastanza sicura e tranquilla nell'arrivare davanti a un paziente, che poi quando arriverò lì di sicuro non sarà così, spero di essermi un po' più tranquillizzata studiando.

Intervistatore: Ha mai praticato RCP in presenza dei familiari del paziente? Se sì, quali sono stati i Suoi vissuti? Quali i comportamenti attuati e le eventuali strategie di coping?

Intervistato 23: No, non ho mai effettuato RCP in presenza dei familiari.

Intervista n°24

Intervistatore: Quali sono stati i Suoi vissuti durante l'esecuzione della procedura di Rianimazione Cardiopolmonare (RCP)? Me li può raccontare e descrivere?

Intervistato 24: Nonostante poi si facciano tutti i corsi di teoria, è sempre molto impegnativo affrontare un paziente che sta morendo. L'unico episodio nel quale ho dovuto proprio praticare l'RCP è stato una paziente, circa un anno fa, del reparto di Medicina femminile, aveva avuto appunto un arresto cardiaco e quando siamo arrivati già la stavano rianimando e quindi per protrarre la manovra il più a lungo possibile ci siamo scambiati i ruoli, c'erano già le colleghe del reparto, due che si alternavano e nel giro sono entrata anche io per far riposare loro perché era già da qualche minuto che rianimavano, abbiamo protratto per circa 35 minuti la manovra ma la signora era già molto compromessa di base quindi alla fine, nonostante farmaci, ventilazione eccetera non si è mai ripresa.

Intervistatore: I vissuti sono stati diversi in relazione al tipo di paziente su cui l'ha praticata? Se sì, me li potrebbe enunciare?

Intervistato 24: Essendo l'unico episodio non ti so dire. Sicuramente mi spaventerebbe di più trovarmi davanti ad un ragazzo o comunque una persona giovane, perché senti maggiormente quella responsabilità di salvarlo.

Intervistatore: Ha messo in atto strategie di coping per poter terminare la manovra? Quali comportamenti ha messo in atto?

Intervistato 24: In questo caso no, nel senso che tutto quello che si poteva fare è stato fatto, era evidente che si faceva perché era giusto fare ma la signora era già in visibile stato di morte. Si fa perché è giusto dare la possibilità ma già i familiari conoscevano la situazione.

Intervistatore: Quali comportamenti ha assunto dopo tali esperienze durante l'esercizio lavorativo e le successive RCP?

Intervistato 24: Al momento non ce ne sono state altre. Quello che io ho fatto, e che ho intenzione di fare spesso, è quello di andarmi a rivedere lo zaino dell'emergenza, laringoscopio, vedere bene dove sono le lame, i farmaci eccetera.

Intervistatore: Ha mai praticato RCP in presenza dei familiari del paziente? Se sì, quali sono stati i Suoi vissuti? Quali i comportamenti attuati e le eventuali strategie di coping?

Intervistato 24: No, non ho mai fatto rianimazione con la presenza dei familiari del paziente.

Intervista n°25

Intervistatore: Quali sono stati i Suoi vissuti durante l'esecuzione della procedura di Rianimazione Cardiopolmonare (RCP)? Me li può raccontare e descrivere?

Intervistato 25: Adrenalina in sé nell'atto della manovra. Come emozioni zero. Concentrazione, manovra, ero concentrata solo su quello che stavo facendo in quel momento, fisicamente sulle compressioni, in paziente già intubato e ventilato meccanicamente.

Intervistatore: I vissuti sono stati diversi in relazione al tipo di paziente su cui l'ha praticata? Se sì, me li potrebbe enunciare?

Intervistato 25: Sicuramente se ti capita il paziente giovane, a me è successo solo una volta su un paziente di 22 anni che poi è morto, allora lì c'è più ansia perché sai che è una persona che ha una vita davanti, certo che se mi capita l'anziano di 80 anni che poverino soffre e tutto dici "va beh abbiamo tentato il possibile ma comunque era un paziente che la sua vita l'ha fatta". Quindi questa è la differenza, se ti capita il paziente giovane hai un po' più di ansia mentre fai la manovra, il resto mantieni la concentrazione in quello che fai.

Intervistatore: Ha messo in atto strategie di coping per poter terminare la manovra? Quali comportamenti ha messo in atto?

Intervistato 25: Nessuno: lucida, orientata, concentrata.

Intervistatore: Quali comportamenti ha assunto dopo tali esperienze durante l'esercizio lavorativo e le successive RCP?

Intervistato 25: Io cerco di mantenermi sempre professionale al massimo, di non lasciarmi coinvolgere tanto dall'ansia perché comunque è una situazione di urgenza in cui devi essere concentrato, ogni volta tento di ripetermi la procedura, di aggiornarmi sul BLS e sull'RCP perché cambiano spesso le linee guida.

Intervistatore: Ha mai praticato RCP in presenza dei familiari del paziente? Se sì, quali sono stati i Suoi vissuti? Quali i comportamenti attuati e le eventuali strategie di coping?

Intervistato 25: Qui in rianimazione non si fanno RCP con i familiari, essendo una manovra di emergenza li facciamo uscire.

Intervista n°26

***Intervistatore:* Quali sono stati i Suoi vissuti durante l'esecuzione della procedura di Rianimazione Cardiopolmonare (RCP)? Me li può raccontare e descrivere?**

Intervistato 26: Sicuramente un vissuto molto impegnativo anche dal punto di vista emozionale oltre che fisico però legato moltissimo al tipo di paziente, all'età del paziente, da quanto tempo era ricoverato, dalle prospettive di vita, sicuramente però ti coinvolge tantissimo.

***Intervistatore:* I vissuti sono stati diversi in relazione al tipo di paziente su cui l'ha praticata? Se sì, me li potrebbe enunciare?**

Intervistato 26: Se capita una persona giovane sicuramente il coinvolgimento è diverso rispetto magari ad una persona anziana, poi anche le prospettive di vita perché molte volte si fa un tentativo di rianimare ma non si insiste perché la persona comunque non ha chance. In una persona giovane, invece, vai avanti anche molto più tempo perché anche il coinvolgimento è diverso, più impegnativo.

***Intervistatore:* Ha messo in atto strategie di coping per poter terminare la manovra? Quali comportamenti ha messo in atto?**

Intervistato 26: Non pensare alla persona, cercare di non pensare di avere un essere umano, concentrarmi soltanto sulle manovre, sui farmaci da fare, su cosa devo fare e cercare di farlo nel miglior modo possibile. Se penso che sto rianimando un bambino o un ragazzo è ovvio che mi verrebbe da fermarmi e non fare, non riuscirei bene nella manovra, allora cerco di non pensare, dico "*penso dopo, quando è finito tutto lascio lo spazio per pensare dopo*". Nel momento in faccio io devo pensare e concentrarmi solo in quello che devo fare, quello che mi viene impartito, i farmaci che devo aspirare, mi concentro solo su questo per non lasciarmi coinvolgere.

***Intervistatore:* Quali comportamenti ha assunto dopo tali esperienze durante l'esercizio lavorativo e le successive RCP?**

Intervistato 26: Dopo ogni RCP un aspetto critico, ho fatto bene, ho fatto giusto, come ho fatto il massaggio, potevo intervenire in modo diverso, ovviamente per fortuna si lavora con più persone quindi al termine c'è sempre un attimo in cui ognuno dice la propria esperienza, le impressioni, cosa si poteva migliorare, cosa magari dovevamo fare, poi magari ci sono colleghi che lavorano da poco tempo e chi lavora da più tempo quindi si cerca assieme di analizzare un po' la situazione. C'è chi dice magari "*non so, mi sembra di aver massaggiato con troppa forza o troppo frequentemente*". Quindi insomma si cerca di fare di queste esperienze un insegnamento.

***Intervistatore:* Ha mai praticato RCP in presenza dei familiari del paziente? Se sì, quali sono stati i Suoi vissuti? Quali i comportamenti attuati e le eventuali strategie di coping?**

Intervistato 26: Per fortuna non ho mai massaggiato in presenza dei familiari.

Intervista n°27

***Intervistatore:* Quali sono stati i Suoi vissuti durante l'esecuzione della procedura di Rianimazione Cardiopolmonare (RCP)? Me li può raccontare e descrivere?**

Intervistato 27: Ci sono i casi in cui sei più coinvolta emotivamente, dipende dall'età, però nel momento in cui stai facendo la rianimazione metti quasi una barriera perché comunque in quel momento c'è un medico che da gli ordini e ognuno di noi ha un compito e quindi è difficile che hai la possibilità di farti sopraffare dalle emozioni perché comunque hai delle cose ben precise da fare, dopo sì, dopo è diverso, sia se l'RCP ha avuto effetto positivo ovviamente ti senti gratificata, se non ha avuto l'effetto positivo magari in pazienti che comunque hanno poche chance, lì c'è un po' di contrasto però se riesci a riprendere il paziente comunque sei contento.

***Intervistatore:* I vissuti sono stati diversi in relazione al tipo di paziente su cui l'ha praticata? Se sì, me li potrebbe enunciare?**

Intervistato 27: Sì, in base all'età e alle condizioni del paziente appunto.

***Intervistatore:* Ha messo in atto strategie di coping per poter terminare la manovra? Quali comportamenti ha messo in atto?**

Intervistato 27: Concentrarmi unicamente nella procedura.

***Intervistatore:* Quali comportamenti ha assunto dopo tali esperienze durante l'esercizio lavorativo e le successive RCP?**

Intervistato 27: Rispetto agli inizi della mia carriera lavorativa sicuramente qualcosa è cambiato perché comunque agli inizi era un qualcosa che poi mi portavo a casa, adesso può succedere qualche volta ma nel momento in cui io so che abbiamo fatto tutto quello che andava fatto e purtroppo le cose non sono andate bene, non è una cosa mi porto dietro o che mi manda in crisi come all'inizio, anche perché comunque siamo tutti più addestrati e anche organizzati tra di noi sul come dividerci.

***Intervistatore:* Ha mai praticato RCP in presenza dei familiari del paziente? Se sì, quali sono stati i Suoi vissuti? Quali i comportamenti attuati e le eventuali strategie di coping?**

Intervistato 27: No, non mi è mai capitato.

Intervista n°28

***Intervistatore:* Quali sono stati i Suoi vissuti durante l'esecuzione della procedura di Rianimazione Cardiopolmonare (RCP)? Me li può raccontare e descrivere?**

Intervistato 28: Nelle persone giovani sono maggiormente coinvolta. Diciamo che hai anche poco tempo per pensare, agisci, semmai è una cosa che metabolizzi dopo. Il brutto è proprio quando il medico ti dice "basta", quello è il momento in cui forse hai il ritorno dell'emotività perché mentre agisci non ci pensi, invece poi quando c'è lo stop diventi

quasi incredulo e dici “*ma come? Basta?*”, ti confronti con una tua incapacità, contingente, per far fronte anche a questa eventualità.

Intervistatore: I vissuti sono stati diversi in relazione al tipo di paziente su cui l’ha praticata? Se sì, me li potrebbe enunciare?

Intervistato 28: Un giovane in particolare, vittima di incidente stradale, mi ha colpito molto perché era in attesa di un figlio e quindi mi ha toccato anche per come si era svolta la vicenda.

Intervistatore: Ha messo in atto strategie di coping per poter terminare la manovra? Quali comportamenti ha messo in atto?

Intervistato 28: In quel momento, siccome è successo in sala operatoria, è molto difficile perché era durante un intervento chirurgico, c’era anche un po’ di confusione perché c’era anche il campo operatorio e si è dovuto fare in modo di spostare e salvare il campo per fare le manovre rianimatorie e comunque non si è riusciti proprio ad essere perfetti perché si è andati anche oltre al tempo perché non si voleva credere che non si riusciva a recuperarlo, è stata una cosa molto toccante.

Intervistatore: Quali comportamenti ha assunto dopo tali esperienze durante l’esercizio lavorativo e le successive RCP?

Intervistato 28: Poi, in seguito, mi è successo in pazienti anziani, lo so che è brutto anche da pensare, ma l’età incide nel senso che è più accettabile la fine di una persona che è anziana, che i suoi anni li ha vissuti, è più accettabile perché magari ce lo rapportiamo anche a noi, nel senso che ci auguriamo che anche noi arriviamo ad una certa età e quindi nel giovane è più toccante perché si mette anche qualcosa di nostro, quando vedi qualcuno di giovane come quel ragazzo, all’epoca avevi avuto anche io da poco le mie figlie, lui era un papà, lo sarebbe diventato di lì a poco, quindi una situazione che ti avvicina molto al tuo vissuto di quel momento. Poi c’è stata anche un’altra signora giovane, di quarant’anni, sempre in sala operatoria, e anche quella me la ricordo quindi vuol dire che è stata un’esperienza particolare, anche se aveva un vissuto diverso, ma forse proprio per quello, per le difficoltà che aveva avuto nella vita, esperienze che non l’hanno aiutata, poi appunto magari uno si “*affeziona*” anche alla storia di una persona, vorresti quasi fare il tifo. Diciamo però che con il tempo e la pratica ho cercato di “*legarmi*” meno ai pazienti e alle loro storie per non farmi influenzare e coinvolgere e non portarmi poi le sofferenze a casa.

Intervistatore: Ha mai praticato RCP in presenza dei familiari del paziente? Se sì, quali sono stati i Suoi vissuti? Quali i comportamenti attuati e le eventuali strategie di coping?

Intervistato 28: No, non mi è mai successo.

Intervista n°29

Intervistatore: Quali sono stati i Suoi vissuti durante l’esecuzione della procedura di Rianimazione Cardiopolmonare (RCP)? Me li può raccontare e descrivere?

Intervistato 29: Intanto non ti aspetti che a un paziente bisogna fare una manovra del genere, una rianimazione cardiopolmonare, è stressante perché devi eseguirla immediatamente senza star lì a pensare, il tuo io viene completamente messo da parte, tu non esisti in quel momento, esiste solo un paziente che devi salvare, nell'attesa che arrivi qualcuno con i mezzi per intubare, defibrillatore eccetera, intanto tu inizi in qualche modo col massaggio e, se hai un AMBU a disposizione, anche la ventilazione. Io ho proprio la sensazione che io non esisto in quel momento lì, esiste solo il paziente.

Intervistatore: I vissuti sono stati diversi in relazione al tipo di paziente su cui l'ha praticata? Se sì, me li potrebbe enunciare?

Intervistato 29: Dipende se è un adulto, se è un paziente giovane, se è un neonato, un bambino, ovviamente esce dopo però lo stato d'animo, mai prima, non devi perdere la tua concentrazione, non devi perdere di vista quello che stai facendo, tutte le tue emozioni, lo stress, tutta la voglia di piangere, di andare a casa, ti viene fuori tutto dopo. Ovviamente sì, dipende molto dall'età, però scatta proprio questo meccanismo, di chiudere tutto quello che è la tua emozione, dopo sì, ti ci vuole almeno un'oretta per venire in qua, per buttar fuori, per raccontare cosa hai fatto, chi è arrivato, e dopo bisogna vedere se è andato o no a buon fine. Se è un anziano che muore guardi la cartella e vedi "multi-patologie, patologie gravi", un po' anche te la metti via, nel bambino o nel giovane è ben più difficile perché hai sempre la speranza. Poi il vissuto è a casa, perché magari poi sei subito chiamato a fare un'altra cosa, non hai il tempo di buttar fuori, il vissuto vero è casa, il pomeriggio, la notte, il giorno dopo, poi c'è chi va a correre, chi si mette a piangere, lì è molto soggettivo.

Intervistatore: Ha messo in atto strategie di coping per poter terminare la manovra? Quali comportamenti ha messo in atto?

Intervistato 29: La tua emozione non deve assolutamente trasparire, non sei importante tu, devi eseguire una procedura, fare la manovra corretta e saper fare, hai un protocollo e una procedura da seguire, la devi fare e tu sparisce completamente. Anche se la situazione è chiara, non è importante quello che provo io, diventa importante la procedura in sé.

Intervistatore: Quali comportamenti ha assunto dopo tali esperienze durante l'esercizio lavorativo e le successive RCP?

Intervistato 29: Diciamo che cerco sempre di esaminare ciò che è stato fatto bene e ciò che si poteva migliorare e cerco di fare sempre meglio nelle successive RCP, anche se comunque nonostante io stia lavorando da molti anni, ogni rianimazione è sempre toccante in qualche modo.

Intervistatore: Ha mai praticato RCP in presenza dei familiari del paziente? Se sì, quali sono stati i Suoi vissuti? Quali i comportamenti attuati e le eventuali strategie di coping?

Intervistato 29: Mi è successo con un bambino di mesi, lo abbiamo intubato perché le funzioni vitali stavano scemando, con i genitori presenti. Beh devi tener d'occhio la situazione con il bambino e anche con i familiari. Quella volta i genitori erano molto collaboranti, avevano capito bene la situazione e quindi sono stati loro a mettersi da parte per farci lavorare tranquillamente e devo dirti che si crea proprio un legame dopo con i

familiari, proprio un rapporto empatico, tutti e due sappiamo cosa stiamo provando in quel momento là quindi ci veniamo incontro: io ho l'ansia, l'angoscia, il dispiacere di mio figlio però capisco anche tu che sei operatore sanitario, che sei in un momento critico, di responsabilità che stai facendo qualcosa per me. La manovra è stata anche difficile perché poi il bambino è anche difficile da intubare perché ha la glottide alta, ma noi abbiamo avuto tutto il tempo di riprovare, di ventilare, di ripetere la manovra e non abbiamo avuto lo stress del familiare che ti opprime e ti urla; i familiari avevano capito noi e noi avevamo capito la gravità del momento che stavano vivendo loro.

Intervista n°30

Intervistatore: Quali sono stati i Suoi vissuti durante l'esecuzione della procedura di Rianimazione Cardiopolmonare (RCP)? Me li può raccontare e descrivere?

Intervistato 30: Io mi ricordo che il 18 Maggio dell'anno scorso, del 2014, di notte hanno chiamato dal reparto di pediatria per un bambino di colore di otto anni che era andato in arresto e sono andata io con i due medici rianimatori a fare questa urgenza. Lo abbiamo massaggiato per un'ora e poi il bimbo è morto. È stato il mio primo bambino che ho visto morire e il vissuto è stato abbastanza sul drammatico perché c'erano i genitori, c'erano vari parenti, c'era la sorella che abbiamo fatto uscire dalla stanza ma comunque le porte della stanza della pediatria erano non proprio chiuse ma si muovevano e quindi secondo me loro da fuori vedevano. È stata la mia prima urgenza pediatrica finita male perché il bimbo è morto e quindi il vissuto era: mi ricordo che sono rimasta fredda mentre facevo le manovre e non mi veniva né da piangere né niente perché quello dovevo fare ed ero molto pratica appunto per schermarmi un po' e non farmi investire troppo emotivamente perché in quei momenti là devi fare e non puoi stare lì a dire: "oddio mi dispiace", e basta.

Intervistatore: I vissuti sono stati diversi in relazione al tipo di paziente su cui l'ha praticata? Se sì, me li potrebbe enunciare?

Intervistato 30: Il vissuto è diverso in base al tipo di paziente perché logicamente hai un'ansia diversa di fronte a un bambino che di fronte a un ottantenne, proprio il vissuto è diverso, cioè vedi una persona che ha fatto la sua vita e dici: "ok, faccio tutto quello che devo fare ma lo faccio senza magari tutta quest'enfasi", invece logico che se magari hai un bambino o un ragazzo giovane davanti, comunque vai un po' in tilt, ti fai prendere dall'ansia, dal pathos dell'evento, con la mamma che era svenuta fuori mi ricordo, quindi è tutta una situazione diversa, poi anche è diverso magari se lo fai in ospedale, a casa, tipo il pronto soccorso quando esce, quindi il vissuto è diverso anche proprio in base alla situazione che ti trovi davanti. Io quando sono andata sono arrivata così e ho trovato l'urgenza già in corso.

Intervistatore: Ha messo in atto strategie di coping per poter terminare la manovra? Quali comportamenti ha messo in atto?

Intervistato 30: Io mi ricordo che in quel momento là guardavo il bimbo e avevamo già capito che non ci sarebbe stato tanto da fare. Ho cercato solo di dire: “*ci penso dopo, in questo moment faccio solo quello che devo fare e accantonano questa cosa perché in questo momento non posso vivere questo dolore adesso qua, adesso devo fare le manovre, le procedure*”. Poi mi ricordo appunto che ho fatto la notte, e non mi veniva da piangere, sono andata a casa, ho dormito, poi alle 14 quando mi sono svegliata ho pianto un’ora, cioè proprio mi sono svegliata piangendo e là ho buttato fuori tutto, tutta l’emozione che avevo avuto però finchè ero al lavoro, non cercato razionalmente, ma avevo messo da parte per andare avanti con le cose perché comunque quando sono tornata avevo un reparto da seguire, quindi non potevo mettermi in un angolino.

Intervistatore: Quali comportamenti ha assunto dopo tali esperienze durante l’esercizio lavorativo e le successive RCP?

Intervistato 30: Diciamo che sia quella volta è stato bello perché il medico, quando siamo tornati, abbiamo aspettato un attimino di calmarci e poi mi chiesto come mi ero sentita, che cosa avevo provato, cosa potevo fare meglio, come era andata insomma e quindi abbiamo parlato di quello che era successo senza evitare l’argomento e per buttare fuori, anche perché anche lui è papà di tre bambini e quindi quando faceva il tutto era molto freddo, poi però alla fine si è seduto sulla sedia ed è rimasto là cinque minuti in totale silenzio e raccoglimento. Comunque si è fatto una sorta di riunione tra noi che avevamo gestito quell’urgenza per migliorarci, vedere cosa si era fatto bene, cosa no, e anche capire noi come stavamo, come l’avevamo vissuta, e cerchiamo sempre di farlo.

Intervistatore: Ha mai praticato RCP in presenza dei familiari del paziente? Se sì, quali sono stati i Suoi vissuti? Quali i comportamenti attuati e le eventuali strategie di coping?

Intervistato 30: Non ho mai praticato RCP in presenza dei familiari del paziente perché qui in reparto quando vediamo che c’è un’emergenza li facciamo uscire di solito, e quindi il tempo di mandarli fuori e poi si fanno le manovre.

Intervista n°31

Intervistatore: Quali sono stati i Suoi vissuti durante l’esecuzione della procedura di Rianimazione Cardiopolmonare (RCP)? Me li può raccontare e descrivere?

Intervistato 31: Tensione, apprensione, preoccupazione per l’esito, quindi corri. Devi essere efficace quindi devi guardarti quarantamila cose, in quel momento e coordinarti rapidamente con tutti anche perché non è sempre tutto così automatico come da protocollo, spesso ci sono farmaci da inserire, da fare quindi è chiaro che quello che fa l’RCP in quel momento tutto sommato è solo impegnato sul massaggio, perché noi massaggiamo e basta, la macchina fa il resto, e poi stai con le orecchie tese per sentire cosa succede intorno.

Intervistatore: I vissuti sono stati diversi in relazione al tipo di paziente su cui l’ha praticata? Se sì, me li potrebbe enunciare?

Intervistato 31: Si diciamo che ovviamente sei più spronato nell'eseguire la procedura e la fai anche con più determinazione quando hai una vita giovane da salvare, nel caso degli anziani molte volte la fai più per i familiari che per il paziente in sé che tu comunque vedi essere già morto o comunque con ben poche possibilità di vita poi.

Intervistatore: Ha messo in atto strategie di coping per poter terminare la manovra? Quali comportamenti ha messo in atto?

Intervistato 31: Concentrarmi sulla procedura in sé e basta, non pensare a nient'altro.

Intervistatore: Quali comportamenti ha assunto dopo tali esperienze durante l'esercizio lavorativo e le successive RCP?

Intervistato 31: Poi noi di solito facciamo una riflessione insieme per analizzare l'accaduto. Dopo ogni RCP comunque mi sento sempre più sicuro, e se magari vedo nuovi farmaci, nuove tecniche, vado sempre a studiarnele.

Intervistatore: Ha mai praticato RCP in presenza dei familiari del paziente? Se sì, quali sono stati i Suoi vissuti? Quali i comportamenti attuati e le eventuali strategie di coping?

Intervistato 31: No, per fortuna non ho mai eseguito RCP in presenza dei familiari.

Intervista n°32

Intervistatore: Quali sono stati i Suoi vissuti durante l'esecuzione della procedura di Rianimazione Cardiopolmonare (RCP)? Me li può raccontare e descrivere?

Intervistato 32: Diciamo che qui in T.I. non abbiamo forti esperienze di RCP perché i pazienti sono tutti monitorizzati e si previene sempre, noi casomai agiamo sul pre-arresto. Io avrei stress o sensi di colpa se non fossi stato preparato, se mancava qualcosa, o se non ho fatto qualcosa, ma io sono a posto con me stesso, non è colpa mia se uno va in arresto, quindi io son tranquillo di aver fatto il mio e stop.

Intervistatore: I vissuti sono stati diversi in relazione al tipo di paziente su cui l'ha praticata? Se sì, me li potrebbe enunciare?

Intervistato 32: Per me non cambia molto. Io faccio il massimo con tutti. Ovvio che se è un giovane o un bambino poi magari vedi i familiari disperarsi e quindi devi cercare di gestire anche loro, ma come vissuto o procedura in sé per me è tutto uguale, e ripeto, non è che mi dispiace, cioè è il mio lavoro.

Intervistatore: Ha messo in atto strategie di coping per poter terminare la manovra? Quali comportamenti ha messo in atto?

Intervistato 32: Beh per me la strategia è pensare che se io andassi in arresto vorrei essere io a farmi la rianimazione perché meglio di me non la fa nessuno.

Intervistatore: Quali comportamenti ha assunto dopo tali esperienze durante l'esercizio lavorativo e le successive RCP?

Intervistato 32: Nessun particolare comportamento, ho cercato di documentarmi e studiare e sperimentarmi nella realtà clinica ogni volta che potevo.

Intervistatore: **Ha mai praticato RCP in presenza dei familiari del paziente? Se sì, quali sono stati i Suoi vissuti? Quali i comportamenti attuati e le eventuali strategie di coping?**

Intervistato 32: Sì mi è successo, alcuni ti disturbano mentre stai facendo la manovra e quindi devi un po' fare il pugno di ferro affinché ti lascino lavorare, ma per me personalmente non è cambiato nulla dal punto di vista emotivo.

ALLEGATO N° 6
CARATTERISTICHE ANAGRAFICO – PROFESSIONALI DEL CAMPIONE

Variabile raccolta		Pronto soccorso (n. 15)		Terapia Intensiva (n. 17)		Totale complessivo (n. 32)	
		Numero assoluto	Percentuale (%)	Numero assoluto	Percentuale (%)	Numero assoluto	Percentuale (%)
Età	21-30 anni	4	26,7%	4	23,5%	8	25%
	31-40 anni	6	40%	3	17,6%	9	28,1%
	41-50 anni	3	20%	9	53%	12	37,5%
	51-60 anni	2	13,3%	1	5,9%	3	9,4%
	>60 anni	-	-	-	-	-	-
Genere	Maschio	8	53,3%	4	23,5%	12	37,5%
	Femmina	7	46,7%	13	76,5%	20	62,5%
Massimo titolo in infermieristica	Diploma scuola regionale	6	40%	10	58,9%	16	50%
	Diploma universitario o Laurea triennale	5	33,3%	4	23,5%	9	28,1%
	Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche	-	-	-	-	-	-
	Master 1° livello	4	26,7%	3	17,6%	7	21,9%
	Master 2° livello	-	-	-	-	-	-
	Altra formazione	-	-	-	-	-	-
	<1 anno	-	-	-	-	-	-
Anni da infermiere	2-5 anni	4	26,7%	-	-	4	12,5%
	6-10 anni	1	6,7%	5	29,4%	6	18,75%
	11-15 anni	3	20%	1	5,9%	4	12,5%
	16-25 anni	5	33,3%	7	41,2%	12	37,5%
	>25 anni	2	13,3%	4	23,5%	6	18,75%
	<1 anno	-	-	1	5,9%	1	3,1%
Anni in Area Critica	2-5 anni	4	26,7%	2	11,8%	6	18,75%
	6-10 anni	2	13,3%	3	17,6%	5	15,6%
	11-15 anni	4	26,7%	6	35,3%	10	31,3%
	16-25 anni	3	20%	5	29,4%	8	25%
	>25 anni	2	13,3%	-	-	2	6,25%
	Nessuna	-	-	-	-	-	-
RCP in un anno	1-5	5	33,3%	11	64,7%	16	50%
	5-10	6	40%	5	29,4%	11	34,4%
	10-15	4	26,7%	1	5,9%	5	15,6%
	15-20	-	-	-	-	-	-
	20-25	-	-	-	-	-	-
	>25	-	-	-	-	-	-
	>25	-	-	-	-	-	-
Maggior numero di RCP	Pronto soccorso	1	6,7%	-	-	1	3,1%
	Terapia Intensiva	-	-	9	52,9%	9	28,1%
	Extra-ospedaliero/118	11	73,3%	2	11,8%	13	40,7%
	P.S. + 118	3	20%	-	-	3	9,4%
	T.I. + P.S.	-	-	1	5,9%	1	3,1%
	Altro	-	-	4	23,5%	4	12,5%
	Altro + T.I.	-	-	1	5,9%	1	3,1%

ALLEGATO N° 7
INTERVISTE ANALIZZATE CON METODO VAN KAAM

Quali sono stati i vissuti durante l'esecuzione della procedura di rianimazione cardiopolmonare?	Interviste al personale infermieristico delle Unità Operative di Pronto Soccorso															Frequenza P.S. (%)	Interviste al personale infermieristico delle Unità Operative di Terapia Intensiva																	Frequenza T.J. (%)	Frequenza totale (%)		
	Intervista n°1	Intervista n°2	Intervista n°3	Intervista n°4	Intervista n°5	Intervista n°6	Intervista n°7	Intervista n°8	Intervista n°9	Intervista n°10	Intervista n°11	Intervista n°12	Intervista n°13	Intervista n°14	Intervista n°15		Intervista n°16	Intervista n°17	Intervista n°18	Intervista n°19	Intervista n°20	Intervista n°21	Intervista n°22	Intervista n°23	Intervista n°24	Intervista n°25	Intervista n°26	Intervista n°27	Intervista n°28	Intervista n°29	Intervista n°30	Intervista n°31	Intervista n°32				
Non facile	X		X	X												3 (20,0%)																			4 (23,5%)	7 (21,9%)	
Tenacia/Adrenalina	X	X												X		3 (20,0%)		X								X										3 (17,6%)	6 (18,7%)
Agitazione/ Ansia/Tensione			X													1 (6,7%)								X									X			2 (11,8%)	3 (9,4%)
Spiazzato				X									X			2 (13,3%)												X								1 (5,9%)	3 (9,4%)
La non riuscita dell'RCP da fastidio							X									1 (6,7%)																				0 (0,0%)	1 (3,1%)
Dispiacere									X		X	X				3 (20,0%)		X										X	X		X					4 (23,5%)	7 (21,9%)
Stress																0 (0,0%)			X				X								X					3 (17,6%)	3 (9,4%)
Colpa																0 (0,0%)																				1 (5,9%)	1 (3,1%)
Controllo e distacco					X	X				X						3 (20,0%)	X	X	X		X	X		X		X		X	X	X	X	X				12 (70,6%)	15 (46,9%)
Preoccupazione																0 (0,0%)																X				1 (5,9%)	1 (3,1%)
Paura																0 (0,0%)								X												1 (5,9%)	1 (3,1%)
Nessun sentimento, lo si fa e basta				X	X	X				X					X	5 (33,3%)				X					X								X			3 (17,6%)	8 (25,0%)

I vissuti sono stati diversi in relazione al tipo di paziente su cui ha praticato l'RCP?	Interviste al personale infermieristico delle Unità Operative di Pronto Soccorso															Frequenza P.S. (%)	Interviste al personale infermieristico delle Unità Operative di Terapia Intensiva															Frequenza T.I. (%)	Frequenza totale (%)		
	Intervista n°1	Intervista n°2	Intervista n°3	Intervista n°4	Intervista n°5	Intervista n°6	Intervista n°7	Intervista n°8	Intervista n°9	Intervista n°10	Intervista n°11	Intervista n°12	Intervista n°13	Intervista n°14	Intervista n°15		Intervista n°16	Intervista n°17	Intervista n°18	Intervista n°19	Intervista n°20	Intervista n°21	Intervista n°22	Intervista n°23	Intervista n°24	Intervista n°25	Intervista n°26	Intervista n°27	Intervista n°28	Intervista n°29	Intervista n°30			Intervista n°31	Intervista n°32
Intensità emotiva e ansia > in bambino /giovane/ cosciente rispetto all'anziano	X		X	X	X		X		X		X	X	X	X		10 (66,7%)			X	X	X	X	X			X	X	X	X	X	X			11 (64,8%)	21 (65,6%)
Insistenza e tenacia > nei giovani		X							X					X		3 (20,0%)										X				X	X			3 (17,6%)	6 (18,7%)
Nessuna differenza						X	X								X	3 (20,0%)															X			1 (5,9%)	4 (12,5%)
In base al rapporto che esiste con paziente e familiari																0 (0,0%)	X	X																2 (11,8%)	2 (6,2%)
Aspettativa di vita dopo RCP																0 (0,0%)	X									X	X							3 (17,6%)	3 (9,4%)
Una unica esperienza di RCP																0 (0,0%)								X	X									2 (11,8%)	2 (6,2%)

Quali sono state le strategie di coping messe in atto?	Interviste al personale infermieristico delle Unità Operative di Pronto Soccorso															Frequenza P.S. (%)	Interviste al personale infermieristico delle Unità Operative di Terapia Intensiva																	Frequenza T.I. (%)	Frequenza totale (%)
	Intervista n°1	Intervista n°2	Intervista n°3	Intervista n°4	Intervista n°5	Intervista n°6	Intervista n°7	Intervista n°8	Intervista n°9	Intervista n°10	Intervista n°11	Intervista n°12	Intervista n°13	Intervista n°14	Intervista n°15		Intervista n°16	Intervista n°17	Intervista n°18	Intervista n°19	Intervista n°20	Intervista n°21	Intervista n°22	Intervista n°23	Intervista n°24	Intervista n°25	Intervista n°26	Intervista n°27	Intervista n°28	Intervista n°29	Intervista n°30	Intervista n°31	Intervista n°32		
Isolamento ed estraniamento	X		X		X	X					X			X		6 (40,0%)	X						X				X	X			X			5 (29,4%)	11 (34,4%)
Concentrazione unicamente sulla procedura	X		X		X	X		X		X	X			X		8 (53,3%)	X	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X	X	X	X	15 (88,2%)	23 (71,9%)
Non farsi prendere dalle emozioni ed eliminarle	X	X		X						X				X		5 (33,3%)	X		X	X						X	X	X	X	X			8 (47,0%)	13 (40,6%)	
Seguire uno schema preciso di azioni (ALS)			X			X				X				X		4 (26,7%)			X			X	X				X			X			5 (29,4%)	9 (28,1%)	
Non distrarsi			X	X												2 (13,3%)																	0 (0,0%)	2 (6,2%)	
Essere già preparati psicologicamente all'exitus del pz																0 (0,0%)				X													1 (5,9%)	1 (3,1%)	
Essere sempre preparato																0 (0,0%)					X			X									2 (11,8%)	2 (6,2%)	
Non pensare di avere un corpo davanti						X										1 (6,7%)								X			X						2 (11,8%)	3 (9,4%)	
Essere consapevoli di essere preparati e competenti							X									1 (6,7%)														X			1 (5,9%)	2 (6,2%)	
Non ho adottato strategie di coping				X			X	X	X		X	X				6 (40,0%)																	0 (0,0%)	6 (18,7%)	

Quali comportamenti ha assunto dopo tali esperienze durante l'esercizio lavorativo e le successive RCP?	Interviste al personale infermieristico delle Unità Operative di Pronto Soccorso															Frequenza P.S. (%)	Interviste al personale infermieristico delle Unità Operative di Terapia Intensiva															Frequenza T.I. (%)	Frequenza totale (%)																				
	Intervista n°1	Intervista n°2	Intervista n°3	Intervista n°4	Intervista n°5	Intervista n°6	Intervista n°7	Intervista n°8	Intervista n°9	Intervista n°10	Intervista n°11	Intervista n°12	Intervista n°13	Intervista n°14	Intervista n°15		Intervista n°16	Intervista n°17	Intervista n°18	Intervista n°19	Intervista n°20	Intervista n°21	Intervista n°22	Intervista n°23	Intervista n°24	Intervista n°25	Intervista n°26	Intervista n°27	Intervista n°28	Intervista n°29	Intervista n°30			Intervista n°31	Intervista n°32																		
Le prime sono state più difficili e intense, ora sono più sicuro	X				X		X	X		X					X							X									X				6 (40,0%)		X	X	X							X						6 (35,3%)	12 (37,5%)
Si impara qualcosa ad ogni RCP e lo si mette in pratica nelle successive		X	X												X						X					X	X			X					3 (20,0%)				X	X									6 (35,3%)	9 (28,1%)			
Analizzare quello che si è fatto			X												X											X			X	X	X				2 (13,3%)													4 (23,5%)	6 (18,7%)				
Esercitarsi e aumentare le conoscenze						X	X													X		X	X	X								X	X		2 (13,3%)													6 (35,3%)	8 (25,0%)				
Farsi meno influenzare e coinvolgere										X	X		X																X						3 (20,0%)	X												2 (11,8%)	5 (15,6%)				
Affrontare un numero maggiore di urgenze per non bloccarsi																			X															0 (0,0%)													1 (5,9%)	1 (3,1%)					
Nessun comportamento				X					X			X																						3 (20,0%)													0 (0,0%)	3 (9,4%)					

	Interviste al personale infermieristico delle Unità Operative di Pronto Soccorso															Frequenza P.S. (%)	Interviste al personale infermieristico delle Unità Operative di Terapia Intensiva															Frequenza T.I. (%)	Frequenza totale (%)			
Ha mai praticato la rianimazione cardiopolmonare in presenza dei familiari del paziente?	Intervista n°1	Intervista n°2	Intervista n°3	Intervista n°4	Intervista n°5	Intervista n°6	Intervista n°7	Intervista n°8	Intervista n°9	Intervista n°10	Intervista n°11	Intervista n°12	Intervista n°13	Intervista n°14	Intervista n°15		Intervista n°16	Intervista n°17	Intervista n°18	Intervista n°19	Intervista n°20	Intervista n°21	Intervista n°22	Intervista n°23	Intervista n°24	Intervista n°25	Intervista n°26	Intervista n°27	Intervista n°28	Intervista n°29	Intervista n°30	Intervista n°31	Intervista n°32			
Si	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	14 (93,3%)			X		X	X									X			X	5 (29,4%)	19 (59,4%)
No								X								1 (6,7%)	X	X		X			X	X	X	X	X	X	X		X	X			12 (70,6%)	13 (40,6%)

Se sì, quali sono stati i vissuti? Quali i comportamenti attuati e le eventuali strategie di coping?	Interviste al personale infermieristico delle Unità Operative di Pronto Soccorso															Frequenza P.S. (%)	Interviste al personale infermieristico delle Unità Operative di Terapia Intensiva																	Frequenza T.I. (%)	Frequenza totale (%)	
	Intervista n°1	Intervista n°2	Intervista n°3	Intervista n°4	Intervista n°5	Intervista n°6	Intervista n°7	Intervista n°8	Intervista n°9	Intervista n°10	Intervista n°11	Intervista n°12	Intervista n°13	Intervista n°14	Intervista n°15		Intervista n°16	Intervista n°17	Intervista n°18	Intervista n°19	Intervista n°20	Intervista n°21	Intervista n°22	Intervista n°23	Intervista n°24	Intervista n°25	Intervista n°26	Intervista n°27	Intervista n°28	Intervista n°29	Intervista n°30	Intervista n°31	Intervista n°32			
Si cerca sempre di far uscire i familiari		X	X				X							X		4 (26,7%)			X																1 (5,9%)	5 (15,6%)
Maggiore stress e tensione																0 (0,0%)			X																1 (5,9%)	1 (3,1%)
Devi rapportarti con i familiari, informarli su ciò che sta accadendo, consolarli						X				X	X				X	4 (26,7%)																			0 (0,0%)	4 (12,5%)
All'inizio mi facevo influenzare e mi immedesimavo nei familiari										X	X					2 (13,3%)																			0 (0,0%)	2 (6,2%)
Vedendo, i familiari capiscono che la situazione è grave	X			X	X	X	X			X				X		7 (46,7%)							X								X				2 (11,8%)	9 (28,1%)
Migliore elaborazione del lutto				X		X	X			X				X		5 (33,3%)							X												1 (5,9%)	6 (18,7%)
I familiari vedono che sei sicuro di te e stai facendo tutto il possibile		X	X	X	X		X			X				X		7 (46,7%)															X				1 (5,9%)	8 (25,0%)
A volte li allontanano perché disturbano o ti mettono in soggezione		X		X			X						X	X		5 (33,3%)			X															X	2 (11,8%)	7 (21,9%)
Vedere il familiare soffrire ti fa stare male		X							X		X		X			4 (26,7%)						X													1 (5,9%)	5 (15,6%)
“Colpa”, impotenza		X														1 (6,7%)						X													1 (5,9%)	2 (6,2%)
Ti isoli, non tieni conto dei familiari			X		X							X	X		X	5 (33,3%)			X		X														2 (11,8%)	7 (21,9%)
Con i familiari presenti, presti maggior attenzione alla privacy del paziente			X													1 (6,7%)																			0 (0,0%)	1 (3,1%)

