

**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

**Scuola di Medicina e Chirurgia**

**Dipartimento di Medicina**

**Corso di Laurea in Infermieristica**

**LA PRESENZA DEI FAMILIARI DURANTE LA RIANIMAZIONE  
CARDIOPOLMONARE (RCP) SUL PAZIENTE PEDIATRICO: ANALISI  
DESCRITTIVA.**

Relatore: Prof. Trevisan Nicola

Correlatore: Dott.ssa Rossin Sara

Laureanda: Diao Asse Penda

Matricola: 1171177

Anno Accademico 2021 - 2022

## ABSTRACT

**Problema:** La letteratura afferma che non è inusuale che gli operatori sanitari mostrino riserve nei confronti della presenza familiare durante la rianimazione sul paziente pediatrico. Alla base di questa visione vi sono i sentimenti suscitati dalla sensazione di essere osservati da soggetti emotivamente coinvolti dalla situazione. I dubbi maggiori si ricollegano alla possibile influenza negativa che il contesto potrebbe avere sull'operato dei professionisti, e dalle conseguenze traumatiche che potrebbero insorgere in un familiare che osserva. Le percezioni individuali esercitano una forte influenza sul processo di *decision making* degli operatori sanitari in merito al permettere o meno ai familiari di assistere alle operazioni rianimatorie.

**Scopo:** Il fine dello studio è determinare se le percezioni espresse da un campione di operatori sanitari, in un contesto ospedaliero italiano, siano in linea con ciò che è dichiarato in letteratura. Analizzando le opinioni positive e negative dei sanitari, basate sull'esperienza diretta o sull'idea di poter sperimentare la *family presence*, si cerca di evidenziare i punti di forza e le implicazioni legati a questa controversa pratica.

**Materiali e metodi:** Lo studio descrittivo è orientato ad identificare le percezioni, positive e negative, di infermieri e medici rispetto alla presenza familiare durante la rianimazione cardiopolmonare sul paziente pediatrico, e l'approccio nei confronti della famiglia in caso di decesso del bambino. È stato somministrato un questionario online, autorizzato e condotto secondo il rispetto della privacy, agli infermieri e medici del Pronto Soccorso pediatrico di Padova e del Pronto soccorso di Treviso. L'analisi dei dati è avvenuta mediante statistica descrittiva semplice utilizzando il programma di Microsoft excel.

**Risultati:** Le tematiche principali che caratterizzano il questionario sono: l'esperienza della presenza familiare durante la RCP sul paziente pediatrico; le percezioni positive e negative rispetto la pratica e su come queste possano andare ad influire sull'operato dei sanitari; l'esistenza o meno di una figura specifica di supporto e in caso di esito negativo (decesso); l'approccio dei sanitari nei confronti di genitori attraverso incontri di elaborazione del lutto. Si è riscontrato che più della metà degli operatori che hanno

restituito il questionario ha assistito alla presenza familiare durante la rianimazione e, in molti casi, hanno espresso sentimenti negativi come ansia, inadeguatezza, insicurezza e sconforto. Al contempo sono emersi aspetti positivi inerenti alla pratica della *family presence* come, ad esempio, una più efficiente elaborazione del lutto da parte dei familiari che hanno assistito agli sforzi.

I risultati hanno evidenziato: la mancanza di una figura deputata al supporto emotivo e psicologico della famiglia, il *family facilitator*; e l'assenza di incontri strutturati tra i sanitari e i familiari in caso di lutto.

**Conclusion:** Il confronto tra l'indagine e la revisione letteraria, ha permesso di evidenziare che esistono ancora delle resistenze legate alla *family presence*. I sanitari in studio hanno riferito sentimenti di disagio alla presenza familiare che, in aggiunta all'assenza di una figura di supporto, può rappresentare un ostacolo all'esecuzione di questa pratica.

## ABSTRACT (ENGLISH VERSION)

**Problem:** The literature states that it is not unusual for health care professionals to show reservations towards family presence during resuscitation on the pediatric patient. Underlying this view are the feelings aroused by the sensation of being observed by subjects emotionally involved in the situation. The major doubts are related to the possible negative influence that the context could have on the work of professionals, and the traumatic consequences that could arise in a family member who observes. Individual perceptions exert a strong influence on the decision making process of healthcare professionals regarding whether or not to allow family members to attend resuscitation operations.

**Aim:** The aim of the study is to determine whether the perceptions expressed by a sample of health workers, in an Italian hospital setting, are in line with what is stated in the literature. By analyzing the positive and negative opinions of health workers, based on direct experience or on the idea of being able to experience the family

presence, we try to highlight the strengths and implications related to this controversial practice.

**Materials and Methods:** The descriptive study is oriented to identify the perceptions, positive and negative, of nurses and physicians with respect to family presence during cardiopulmonary resuscitation on the pediatric patient, and the approach towards the family in case of death of the child. An online questionnaire was administered, authorized and conducted according to the respect of privacy, to nurses and physicians of the Pediatric Emergency Department of Padua and of the Emergency Department of Treviso. Data analysis was performed by simple descriptive statistics using Microsoft excel program.

**Results:** The main themes that characterize the questionnaire are: the experience of family presence during CPR on the pediatric patient; positive and negative perceptions about the practice and how these may affect the work of health care providers; the existence or not of a specific support figure and in case of negative outcome (death); the approach of health care providers towards parents through grief processing meetings. It was found that more than half of the operators who returned the questionnaire had witnessed the family presence during resuscitation and, in many cases, expressed negative feelings such as anxiety, inadequacy, insecurity and discouragement. At the same time, positive aspects inherent in the practice of family presence emerged such as, for example, a more efficient processing of grief by family members who witnessed the efforts.

The results highlighted: the lack of a figure in charge of the emotional and psychological support of the family, the family facilitator; and the absence of structured meetings between health professionals and family members in case of bereavement.

**Conclusion:** The comparison between the survey and the literature review showed that there is still resistance related to family presence. The healthcare professionals in the study reported feelings of discomfort with family presence, which, in addition to the absence of a support figure, can be a barrier to performing this practice.

## INDICE

<b>INTRODUZIONE .....</b>	<b>4</b>
<b>CAPITOLO 1 .....</b>	<b>7</b>
1.1 L'arresto cardiaco e l'arresto cardiorespiratorio: eziologia, fisiopatologia e epidemiologia.....	7
1.2 PBLIS-D: Pediatric Basic Life Support and Early Defibrillation – la catena di sopravvivenza.....	9
1.2.1 RCP: Rianimazione Cardio-Polmonare E La Defibrillazione.....	11
1.3 Il Pronto Soccorso .....	13
1.4 Family Centered Care .....	13
1.5 Family presence durante le manovre rianimatorie .....	16
1.5.1 Dibattito etico sul family presence: rischio di trauma o supporto psicologico ed emotivo? .....	18
1.6 Attitudine degli operatori sanitari alla family presence durante la rianimazione ed implicazioni organizzative .....	21
1.6.1 Comunicazione e il <i>Family facilitator</i> .....	24
<b>CAPITOLO 2: MATERIALI E METODI .....</b>	<b>26</b>
2.1 Obiettivi della ricerca.....	26
2.1.1 Disegno di ricerca.....	26
2.2. Strumenti di ricerca .....	26
2.2.1 Modalità di raccolta e registrazione dei dati.....	27
2.3 Raccolta dati.....	27
2.4 Analisi dati .....	27
<b>CAPITOLO 3: RISULTATI .....</b>	<b>28</b>
3.1 Informazioni generiche .....	28
3.1.1 Ambito lavorativo/professionale .....	29
3.2 La Rianimazione pediatrica e la presenza familiare .....	31
3.2.1 Supporto ed Organizzazione .....	35

<b>CAPITOLO 4: DISCUSSIONE.....</b>	<b>38</b>
<b>CAPITOLO 5: CONCLUSIONI E IMPLICAZIONI PER LA PRATICA .....</b>	<b>41</b>
5.1 Conclusione.....	41
5.1.1 Implicazioni per la pratica .....	41
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>43</b>
<b>ALLEGATI.....</b>	<b>55</b>
Allegato n°1 .....	56

## **ICONOGRAFIA**

### **FIGURE**

FIGURA 1 .....	14
FIGURA 2 .....	29
FIGURA 3 .....	29
FIGURA 4.....	30
FIGURA 5 .....	31
FIGURA 6 .....	32
FIGURA 7 .....	32
FIGURA 8 .....	33
FIGURA 9 .....	34
FIGURA 10 .....	35
FIGURA 11 .....	36

### **TABELLE**

TABELLA I .....	28
-----------------	----

# INTRODUZIONE

Nel corso del mio percorso universitario, ho appreso che ogni professione sanitaria è fondata, legata ed orientata a dei principi bioetici, secondo i quali ogni nostra azione e ogni nostra decisione, buona o cattiva che sia, risulta direttamente collegata a delle valutazioni morali.

Questi principi che regolano l'agire del professionista, sebbene si fondino sui medesimi concetti, sono inevitabilmente influenzati dall'interpretazione individuale. Nonostante il significato di base sia universale il contesto, le attitudini e le convinzioni rendono soggettiva la percezione e l'applicazione degli stessi.

L'infermiere e il medico sono guidati nella loro professione dai principi di beneficenza, non maleficenza, autonomia e giustizia; ed agiscono, consapevoli del valore delle proprie azioni, in funzione all'interpretazione che personalmente danno a questi concetti.

Talvolta la visione di un professionista sanitario non è perfettamente sovrapponibile con i desideri o i pensieri di un paziente o dei familiari al suo seguito.

La presenza familiare durante le manovre rianimatorie, tematica estremamente controversa e dibattuta, è l'esempio di come possa esistere divergenza nelle vedute tra le diverse componenti in gioco, e di come le percezioni individuali possano portare a sviluppare pareri discordanti.

In ambito ospedaliero si tende generalmente ad assumere un atteggiamento di chiusura nei confronti della *family presence* durante la RCP, in quanto i professionisti mostrano diverse perplessità di fronte alla possibilità, da parte dei parenti dei pazienti, di assistere alle procedure. Sebbene da un lato siano stati scientificamente dimostrati i benefici legati alla realizzazione della pratica, dall'altro emergono preoccupazioni legate sia a una possibile influenza negativa sulla prestazione dell'equipe medica, sia alla possibile traumaticità delle procedure e dei loro esiti.

La letteratura riscontra che, contrariamente a quanto si possa pensare, molti genitori spingono per poter essere presenti durante la RCP, rivendicandolo come un diritto.

In ambito pediatrico la presenza del familiare acquisisce particolare importanza e rilevanza in quanto il legame unico che caratterizza il rapporto tra un genitore e il proprio figlio si basa su un atteggiamento di protezione e di cura. Durante la mia esperienza di tirocinio presso il reparto di chirurgia pediatrica, ho avuto la possibilità di percepire questa stretta connessione e di constatare che il genitore è sempre una costante durante la degenza del figlio; anche nel corso di procedure invasive.

Alla base di questo elaborato vi è l'analisi e l'identificazione delle percezioni, frutto o meno di esperienze personali, di infermieri e medici di diversi Pronto Soccorso, riguardo la presenza familiare durante la rianimazione cardiopolmonare sul paziente pediatrico. Nel dettaglio si pone attenzione sulle emozioni che questa esperienza ha suscitato, o ipoteticamente susciterebbe, e quanto possano queste sensazioni influire, positivamente o negativamente, sulla prestazione del sanitario coinvolto durante la RCP.

L'obiettivo di questa indagine è l'individuazione dei fattori, negativi o positivi, che possono influire sull'opinione di un operatore sanitario e, di conseguenza, sulla sua scelta di consentire o negare la presenza familiare durante la rianimazione cardiopolmonare.

Questo studio è articolato in due sezioni: un approccio teorico, che illustra le premesse teoriche sull'arresto cardiaco, sulla *family centered care* e sulla presenza familiare durante le manovre di rianimazione; e un approccio sperimentale, che descrive nel dettaglio lo studio delle attitudini degli operatori sanitari del Pronto Soccorso pediatrico di Padova e del Pronto Soccorso di Treviso, nei confronti della presenza familiare durante le manovre rianimatorie sul paziente pediatrico.

**KEY WORDS:** family presence; Cardiopulmonary resuscitation; pediatrics; doctors and nurses; emergency

**Familiari:** intesi come genitori o chi detiene la patria potestà del bambino

**Operatori sanitari:** intesi come medici ed infermieri

## ACRONIMI E TERMINOLOGIE

- EFCCNA: European Federation of Critical Care Nursing Associations
- ESPNIC: European Society of Paediatric and Neonatal Intensive Care
- CCNAP: Council Cardiovascular Nursing and Allied Professions
- RCP/CPR: Rianimazione Cardio Polmonare/ cardio Pulmonary resuscitation
- FPDR: Family Presence During Resuscitation/ Presenza familiare durante la rianimazione
- OHCA/IHCA: arresto cardiaco extraospedaliero/ arresto cardiaco intraospedaliero
- POHCA/PIHCA: arresto cardiaco pediatrico extraospedaliero/ arresto cardiaco pediatrico intraospedaliero
- BLS-D/ PBLIS-D: Basic Life Support - Early Defibrillation/ Pediatric Basic Life Support – Early Defibrillation
- ERC: European Research Council
- ABC: Airways (vie aeree); Breathing (respirazione) e Circulation (circolazione)
- DAE: defibrillatore semiautomatico esterno
- FCC: family centered care / assistenza incentrata sulla famiglia
- RN: Registered nurse/ infermiere
- Family facilitator: facilitatore familiare (figura di supporto familiare)
- Family presence: presenza familiare

# CAPITOLO 1

## 1.1 L'arresto cardiaco e l'arresto cardiorespiratorio: eziologia, fisiopatologia e epidemiologia

L'arresto cardiaco si definisce come l'improvvisa cessazione dell'attività meccanica cardiaca, confermata dall'assenza di segni di circolazione(1); qualora non venissero adottate rapidamente misure correttive, questa condizione progredisce fino alla morte improvvisa. L'evento sopradescritto viene invertito, nella maggior parte dei casi, mediante RCP e/o defibrillazione o stimolazione cardiaca(2).

La causa più frequente di arresto cardiaco nel bambino è l'arresto respiratorio.

### **Eziologia**

Analizzando le cause che portano ad un arresto cardiaco è importante fare una distinzione tra l'adulto e il bambino, ricordando che il secondo non può essere considerato come un "piccolo adulto", in quanto presenta strutture fisiologiche che necessitano di un approccio legato alla RCP sostanzialmente differente.

Considerando queste diversità anatomiche tra i sistemi respiratori, non sorprende che l'eziologia dell'arresto cardiaco nei bambini sia solitamente l'ipossia da insufficienza respiratoria(3).

Esistono molte eziologie non cardiache tra cui emorragia intracranica, embolia polmonare, pneumotorace, arresto respiratorio primario, ingestione di sostanze tossiche tra cui sovradosaggio di farmaci, anomalie elettrolitiche, ipotermia o trauma(4).

### **Epidemiologia**

L'arresto cardiaco è la terza causa di morte tra gli adulti in Europa(5). E' importante fare una distinzione tra l'arresto cardiaco extraospedaliero (OHCA) e

l'arresto cardiaco intraospedaliero (IHCA), in quanto presentano sostanziali differenze dal punto di vista epidemiologico.

Approssimativamente "l'incidenza dell'OHCA in Europa è compresa tra 67 e 170 per 100'000 abitanti"; mentre "l'incidenza dell'IHC in Europa è compresa tra 1,5 e 2,8 per 1'000 ricoveri ospedalieri"(5).

L'effettiva incidenza europea dell'arresto cardiaco extraospedaliero e intraospedaliero in età pediatrica (POHCA e PIHCA) non è nota. Esiste tuttavia un registro svedese che documenta che, dal 1990 al 2012, l'incidenza di POCHA è di 4,9 casi per 100'000 persone sotto i 21 anni(5).

Da uno studio condotto negli USA su 19.000 arresti cardiaci verificatisi negli ultimi due anni è emerso un aumento dei casi nel 2020 del 4% (6). Altre ricerche effettuate in Italia hanno registrato 362 arresti cardiaci durante la prima fase della pandemia (21 febbraio 2020-31 marzo 2020) nelle province di Lodi, Cremona, Mantova e Pavia con un aumento del 58% rispetto lo stesso periodo dell'anno precedente(7).

## **Fisiopatologia**

L'arresto cardiaco è una condizione in cui il cuore perde la sua funzione di pompa, causando la riduzione della gittata cardiaca e la cessazione della circolazione ematica, alle quali consegue la perdita di coscienza del paziente e la cessazione respiratoria.

La perdita della funzione di pompa viene rappresentata attraverso l'aritmia, la fibrillazione ventricolare e, talvolta, anche attraverso la tachicardia ventricolare senza polso. In questi casi l'unica terapia salva-vita è la defibrillazione (8).

Qualora non fossero trattate in tempo, la fibrillazione e la tachicardia ventricolare senza polso possono evolvere in asistolia, un ritmo non defibrillabile. Dopo la perdita di coscienza si ha un rilasciamento della muscolatura, compresa quella orofaringea, con conseguenti difficoltà respiratorie e Gaspings. La mancanza di ossigeno al cervello dopo 6-10 minuti causa lesioni cerebrali irreversibili (9).

Negli istanti successivi all'arresto cardiaco si verifica ipovolemia, ovvero riduzione del volume sanguigno circolante, con conseguente riduzione della pressione arteriosa. L'ipotensione induce una riduzione nell'attivazione dei baroriflessi, alla quale consegue un aumento della frequenza cardiaca e il ripristino della norma pressione (10).

Si verifica un'attivazione simpatica con il rilascio di catecolamine, epinefrina e norepinefrina, e un'inibizione nel rilascio di acetilcolina, con conseguente attenuazione degli effetti della stimolazione vagale sulle risposte cronotrope e domotrope nelle regioni del seno e del nodo atrioventricolare (11).

In seguito all'arresto cardiaco il flusso coronarico diminuisce gradualmente e questa alterazione riduce la rimozione di norepinefrina negli spazi interstiziali, che a sua volta comporta una vasocostrizione prolungata ed una ipoperfusione maggiore (11).

In risposta all'ischemia l'organismo richiama e rilascia i fattori di necrosi tumorale TNF- A (alfa) e interleuchina 1B (beta) (12). Viene attivata la risposta infiammatoria con produzione di citochine pro infiammatorie, si verifica un aumento nel rilascio di COX-2 (ciclossigenasi-2) (13) ed aumento della vasocostrizione.

Si instaura acidosi cellulare, con conseguente riduzione di produzione di ATP; diminuisce la sensibilità delle proteine contrattili al  $Ca^{++}$  (diminuzione della forza contrattile); si verifica una riduzione del pH e una alterazione degli elettroliti intracellulari (edema cellulare); infine si assiste a un accumulo di acidi grassi liberi (8).

Lo stato infiammatorio generale, se protratto, e la riduzione di ossigeno possono causare un aumento della pressione intracranica, con conseguente ischemia e danno neuronale (14).

## **1.2 PBLIS-D: Pediatric Basic Life Support and Early Defibrillation – la catena di sopravvivenza**

L'arresto cardiaco è una condizione fisiopatologica reversibile attraverso una serie di manovre volte a stimolare e ripristinare la funzionalità cardiaca e di conseguenza aumentare le possibilità di sopravvivenza. L'acronimo BLS, in ambito di trattamento

di pazienti adulti, fa riferimento al *Basic Life Support*, mentre nel mondo pediatrico si parla di PBLIS.

Questa serie di interventi in sequenza prende il nome di “catena di sopravvivenza”.

Come enunciato in precedenza è sempre opportuno distinguere l’approccio rivolto ad un adulto rispetto a quello rivolto ad un bambino, in quanto presentano strutture fisiologiche differenti (16).

Il bambino presenta le seguenti caratteristiche:

- **Lingua**: la lingua è generalmente più grande rispetto alla cavità orale. In caso di incoscienza potrebbe rappresentare un rischio di occlusione delle vie aeree;
- **Cranio e cervello**: la testa, soprattutto in tenera età, appare più grande rispetto al resto del corpo e la crescita del cranio è in correlazione con la crescita cerebrale (17) . La testa è sostenuta da un collo fragile a sua volta sostenuto da muscoli e legamenti deboli (15).
- **Vie aeree**: la laringe nei bambini è stretta e alta e la trachea morbida e comprimibile; a causa dei piccoli volumi polmonari è facile iperventilare il bambino durante la RCP e quindi è comune l’ipocapnia (18).
- **Cardiovascolare**: I bambini godono di ottima salute cardiovascolare rispetto agli adulti. Raramente hanno una compromissione cardiovascolare(19).

La catena della sopravvivenza si esplica nelle seguenti fasi:

- 1) riconoscimento di segnali premonitori
- 2) attivazione dell'emergenza sistema medico
- 3) rianimazione cardiopolmonare di base
- 4) defibrillazione
- 5) terapia post arresto

La catena di sopravvivenza inizia con l’accesso anticipato che include il riconoscimento dell’emergenza, chiamata dei sistemi dell’emergenza, domande di routine e invio dell’ambulanza (20).

Parte del riconoscimento si basa sulla valutazione delle condizioni del paziente che inizia con la procedura ABC (*Airways Breathing Circulation*), ovvero l'osservazione delle vie aeree, della respirazione e della circolazione (21).

Iniziare la rianimazione cardiopolmonare in qualsiasi persona non responsiva e con assente o anormale respirazione (16).

### **1.2.1 RCP: Rianimazione Cardio-Polmonare E La Defibrillazione**

La rianimazione cardiopolmonare è una serie di azioni coordinate, eseguite nel minor tempo possibile, atte al tentativo di rianimare una persona e migliorarne la possibilità di sopravvivenza(15).

La sequenza di azioni nel PBLIS è da distinguere in base all'età:

- Infante: ovvero il periodo compreso dalla nascita fino all'anno d'età;
- Bambino: dall'anno di età fino alla pubertà.

“Nei neonati e nei bambini, l'arresto cardiaco per asfissia è più comune dell'arresto cardiaco causato da un evento cardiaco primario; pertanto, la ventilazione può avere maggiore importanza durante la rianimazione dei bambini”(16).

In assenza di battito cardiaco e segni circolatori, si cominciano le compressioni toraciche. Qualora fosse presente un solo soccorritore, si consiglia il rapporto 30 compressioni e due ventilazioni; in caso di due soccorritori presenti si può procedere con un rapporto di 15 compressioni e 2 ventilazioni (bocca a bocca oppure con il supporto del pallone autoespandibile Ambu). Le insufflazioni, per essere efficaci, devono essere in grado di alzare il torace del paziente e la frequenza e il volume adeguati, al fine di evitare l'iperventilazione (26).

In presenza di battito è consigliato posizionare il bambino lateralmente, in posizione di sicurezza, e mantenere le vie aeree pervie, inclinando la testa e il mento, evitando così il rigurgito di vomito nelle vie aeree(16).

La tecnica usata nella compressione toracica varia a seconda dell'età del paziente:

- Neonato/lattante: Spostare il lattante su una superficie rigida e posizionare i due pollici al centro del torace; in alternativa è possibile utilizzare indice e medio per comprimere(16). La profondità delle compressioni deve essere pari a 1/3 del diametro antero-posteriore del torace. Dopo ogni compressione è fondamentale permettere alla gabbia toracica di tornare ad espandersi completamente, migliorando così la circolazione sanguigna(26);
- Bambino: Spostare il bambino su una superficie dura solo se necessario. In base all'età e alla stazza del bambino è possibile utilizzare una o due mani durante le operazioni di compressione. La profondità non deve superare i 5-6 cm ed è necessario che la gabbia toracica si espanda al termine di ogni compressione.

È fondamentale non interrompere le compressioni toraciche a meno che non ci siano segni di circolazione.

L'uso del defibrillatore, un dispositivo medico che permette il passaggio di una scarica elettrica, depolarizza il miocardio e ripristina il normale ritmo cardiaco; è un aiuto importante alla rianimazione cardiopolmonare. I ritmi cardiaci defibrillabili sono la fibrillazione ventricolare e la tachicardia ventricolare.

Esistono diverse tipologie di defibrillatore, ma i più utilizzati in ambito medico sono il defibrillatore manuale e il defibrillatore automatico esterno.

La dose iniziale raccomandata per l'erogazione dello shock di 2 J/Kg, la seconda scarica di 4J/Kg mentre le successive comprese tra 4 J/kg e 10J/Kg massimo (28). Se presente, è possibile utilizzare un attenuatore pediatrico nei neonati e bambini sotto gli 8 anni (16).

Una volta ripristinata la circolazione e la respirazione spontanea, si procede con le cure post RCP. Al termine delle operazioni di rianimazione potrebbero essere presenti delle lesioni secondarie causate dalla mancanza di ossigeno e di circolazione momentanea; risulta quindi importante valutare i parametri del bambino e somministrare ciò che è necessario per ristabilire le condizioni fisiologiche precedenti.

Sotto il punto di vista emodinamico è importante che il paziente non incorra in ipotensione e mantenga la pressione sanguigna al di sopra di 50; a livello ventilatorio si cerca di evitare un'eventuale ipercapnia o ipocapnia, e di stabilizzare la frequenza respiratoria e il volume di ventilazione; dal punto di vista dell'ossigenazione, si agisce al fine di mantenere una saturazione tra 94% e 98% e/o una FiO<sub>2</sub> entro i parametri. È importante che gli operatori monitorino la temperatura corporea del paziente, soprattutto se neonato, ed evitino che lo stesso incorra in ipotermie ed ipertermie. Al contempo può essere utile un monitoraggio della glicemia (16).

### **1.3 Il Pronto Soccorso**

Il pronto soccorso l'unità operativa in cui specialisti dell'emergenza-urgenza, trattano situazioni acute che richiedono un pronto intervento. I pazienti, al loro arrivo, vengono valutati e smistati in base al sistema del triage, secondo il quale vengono assegnati dei codici colore che ne indicano il livello di gravità.

Il triage è un processo decisionale che attraverso l'utilizzo di scale convalidate, categorizza i pazienti dal punto di vista prioritario, in modo da fornire cure adeguate e tempestive nei giusti tempi (20).

Il percorso pediatrico in Pronto Soccorso differisce da quello riservato agli adulti in quanto viene tenuto conto della presenza dei genitori accanto al giovane paziente. I bambini hanno il diritto di avere accanto a sé i genitori in qualsiasi situazione; sia che si parli di visite, trattamenti, esami invasivi e non, sia durante la rianimazione (22).

Ogni codice di priorità corrisponde ad un colore che rappresenta il livello di gravità assegnato al paziente. I codici colore sono: rosso (emergenze), arancione (urgenze), azzurro (urgenza differibile), verde (urgenza minore), bianco (nessuna urgenza), nero (decesso), blu (compromissione vitale, BLS o BLSO extraospedaliero).

### **1.4 Family Centered Care**

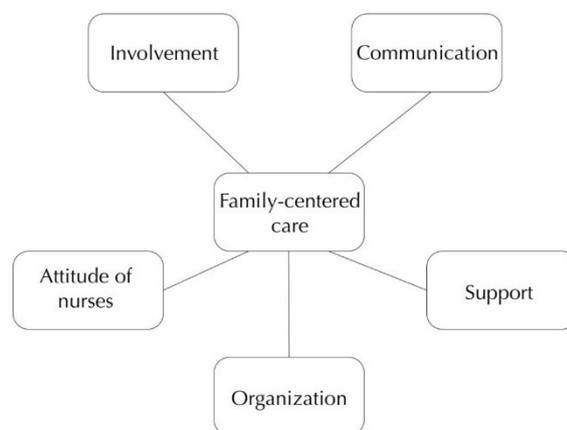
La *Family Centered Care* è una tipologia di approccio che riconosce la centralità e il coinvolgimento della famiglia nella vita del bambino. Si tratta di una pratica

assistenziale che pone come fine il soddisfacimento dei bisogni della famiglia, oltre a quelli del bambino, promuovendo e rafforzando oltretutto i legami e i ruoli all'interno della famiglia (32).E' fondamentale riconoscere la famiglia come una costante nella vita del bambino (33) e rappresentano in tutto e per tutto un sistema di supporto per il bambino.

Il concetto di *family centered care* emerge a metà del XX secolo; periodo nel quale era uso comune ricoverare i bambini senza l'assistenza dei propri genitori. L'assenza del supporto genitoriale causava in loro traumi psicologici, alcuni dei quali perduravano nel tempo (35). Sotto taluni punti di vista erano gli infermieri ad assumere il ruolo di genitore, sostituendosi fisicamente ed emotivamente al parente assente. Studi condotti nei decenni seguenti hanno dimostrato l'importanza della presenza dei familiari, spingendo le istituzioni competenti ad adottare politiche che potessero permettere la famiglia di affiancare il bambino durante l'intero percorso ospedaliero, anche durante le procedure mediche (36).

L'assistenza centrata sulla famiglia viene descritta utilizzando cinque aspetti caratteristici.

comunicazione, supporto, organizzazione, posizione degli infermieri e coinvolgimento (figura 1).



**Figura 1** Le cinque caratteristiche del Family centered care, adattato da (38) Krajnc A e Berčan M, Family-Centered Care: a Scoping Review (Novo Mesto, Slovenia: journal of universal excellence,2020)362

1. **Comunicazione**: La comunicazione in ambito medico risulta essere una componente: una comunicazione efficace, è una comunicazione comprensibile ed accettata dalla famiglia; una scarsa comunicazione può causare angoscia e insoddisfazione (39);
2. **Supporto**: Rappresenta una risorsa che fa fronte all'impatto negativo dello stress, promuovendo il benessere e favorendo una maggiore autostima (40);
3. **Organizzazione**: sono necessari interventi ben strutturati, organizzati e basati sull'evidenza al fine di ottimizzare e garantire un buon supporto alla famiglia (41);
4. **Atteggiamento degli infermieri**: Gli infermieri giocano un ruolo fondamentale nell'implementazione della FCC. Nonostante i molti aspetti positivi, alcuni infermieri, ritengono che non vi sia un'adeguata preparazione in merito alla FCC e che le modifiche e gli aggiornamenti riguardo le politiche dovrebbero avvenire con il contributo degli operatori (42);
5. **Inclusione**: il riconoscimento dell'importanza dei membri della famiglia segna il passaggio dalla cura centrata solo sulla malattia alla *family centered care*, procedendo così verso una visione olistica del paziente. Si sono individuati cinque componenti nel coinvolgimento della famiglia : “ (i) coinvolgimento come presenza;(ii) Coinvolgimento nel ricevere cure e nel soddisfare i bisogni;(iii) Coinvolgimento come comunicazione e ricezione di informazioni;(iv) coinvolgimento come processo decisionale; e (v) coinvolgimento come contributo all'assistenza”(43).

Nonostante vi siano riscontri positivi sui benefici dell'assistenza familiare, sono emerse problematiche di attuazione nella pratica in aggiunta alla mancanza di linee guida specifiche. Attraverso studi condotti per indagare la responsabilità degli infermieri nei confronti della FCC, circa il 68.7% degli infermieri ha riferito che non vi sono protocolli chiari sulla FCC e il 38% ha dichiarato che non vi sono documenti che

informino la famiglia (44). Ciò rappresenta una grande lacuna che non permette di regolare le modalità di approccio degli infermieri nei confronti della famiglia.

La FCC ha sofferto e soffre della situazione pandemica data dal Covid 19. Il distanziamento sociale, principale strumento per ridurre la trasmissione del virus, ha influito negativamente su questa pratica, minando il rapporto tra il paziente e la famiglia (45).

Al fine di preservare la *family centered care* durante la situazione pandemica, gli obiettivi (per pazienti pediatrici, donne in travaglio o post partum, pazienti con disabilità neuro cognitive oppure pazienti in fin di vita), sono rimasti immutati: “1) rispetto del ruolo dei familiari come parte assistenziale, 2) collaborazione tra i membri della famiglia e l'équipe sanitaria e 3) il mantenimento dell'integrità della famiglia”(45).

### **1.5 Family presence durante le manovre rianimatorie**

La presenza familiare durante le manovre rianimatorie è una pratica regolamentata da linee guida e sostenuta a livello internazionale; è definita come assistenza di uno o più membri durante la rianimazione cardiopolmonare, attraverso il contatto fisico o visivo (49). Nonostante ciò, nelle realtà italiane, vi è ancora un atteggiamento di diffidenza da parte degli operatori sanitari nei confronti di questa pratica. Le motivazioni alla base della perplessità risultano essere di carattere psicologico-emotivo e riguardano il timore che possa sorgere una influenza sull'operato che porti ad aumentare il margine d'errore oppure possa causare traumi nei familiari (52). In queste realtà è l'équipe di operatori che decide come e quando la famiglia dovrebbe partecipare, riducendo la possibilità di scelta (50) e creando, talvolta, delle barriere alla presenza familiare(51).

E' importante ribadire che l'introduzione della *family centered care* ha favorito la partecipazione della famiglia riconoscendone il ruolo come partner di cura (50), specialmente in ambito pediatrico e ostetrico, dove la FCC è diventata un modello di lavoro fondamentale (53).

## **FATTORI POSITIVI DELLA FAMILY PRESENCE**

Diversi studi effettuati negli ultimi anni hanno dimostrato che la FCC porta ad innumerevoli aspetti positivi, migliorando la consapevolezza verso questa pratica e hanno evidenziato la volontà dei familiari di essere presenti, principalmente per due motivi:

1. è loro diritto in quanto genitori;
2. la loro presenza potrebbe essere di conforto al loro bambino (54).

Nello specifico durante le manovre RCP, emerge che la presenza familiare può avere risvolti positivi dal punto di vista psicologico e, al contempo, una separazione o un allontanamento rappresenta un importante fattore di stress, che può condurre ad un disturbo di natura post traumatica (53). In uno studio multicentrico randomizzato si è riscontrato che la presenza familiare ha ridotto significativamente l'incidenza di disturbo post traumatico rispetto a quanto riscontrato su un campione di membri familiari che non hanno assistito alla pratica (55).

Le evidenze scientifiche ci portano a affermare che la presenza familiare può essere d'aiuto per creare un rapporto di fiducia tra operatori sanitari e famiglia; favorire la collaborazione familiare; ridurre i fattori stressanti; favorire la soddisfazione attraverso l'osservazione degli sforzi (56).

### *Favorire La Collaborazione Familiare*

Rappresenta la necessità di far parte del processo in modalità attiva. Spesso i familiari hanno espresso questa necessità riferendo di aver iniziato il massaggio cardiaco prima dell'arrivo dei soccorsi oppure di aver contribuito riferendo tutte le patologie del caro (58).

### *Creare Un Rapporto Di Fiducia Tra Operatori Sanitari E Famiglia*

La presenza familiare durante la rianimazione cardiopolmonare potrebbe favorire un rapporto di fiducia tra gli operatori sanitari e la famiglia. Il coinvolgimento dei membri familiari nel processo decisionale risulta essere essenziale per un approccio centrato sulla famiglia (59).

### *Ridurre I Fattori Stressanti*

Si tende ad allontanare i familiari per proteggerli da ciò che si ritiene orribile da osservare(60), senza tenere conto che assistere ciò che sta realmente accadendo al loro bambino, potrebbe aiutarli a ridurre stress, ansia e paura. Limitare la presenza dei familiari per preoccupazione nei loro confronti, non necessariamente riduce il disagio, ma al contrario può intensificarlo (60).

### *Favorire La Soddisfazione Attraverso L'osservazione Degli Sforzi*

La soddisfazione nell'essere presenti deriva dalla percezione di essere stati coinvolti nel processo decisionale, dalla possibilità di porre domande e fornire risposte sulla salute del bambino, e dall'aver un senso di controllo sulle proprie emozioni(51).

## **1.5.1 Dibattito etico sul family presence: rischio di trauma o supporto psicologico ed emotivo?**

In ambito pediatrico il genitore risulta una costante presenza per il bambino, in quasi la totalità delle procedure. Durante le pratiche molto invasive (tracheotomia, BLS - D,ecc), nelle quali vi è un alto rischio di morte, i genitori, quasi in modalità paternalistica, vengono generalmente allontanati, al fine di tutelare gli stessi, con l'intento di risparmiare ulteriore dolore e limitare l'insorgere di ansia (61). Al contempo la scelta viene effettuata con la finalità di preservare l'operato dei professionisti, cercando di evitare qualsiasi interferenza o ostacolo durante le manovre(61).

Nonostante esistano prove che dimostrino gli effetti positivi della presenza familiare, tra cui aiutare a riconoscere ed accettare il lutto (62) e la riduzione di fattori stressanti

e del disagio emotivo, la FPDR rimane un argomento controverso, che porta a ragionare su quale sia la soluzione di maggior interesse per il bambino(63).

Le decisioni che incidono sul benessere del paziente e della famiglia ruotano attorno ad una lente etica, principio fondamentale che regola le condotte universali (65), e, valutate con attenzione da medici ed infermieri, hanno come finalità il miglior esito possibile delle procedure (64). La decisione di negare l'accesso alla famiglia durante la rianimazione è motivata dalla necessità di fare "ciò che è meglio", basando, tuttavia, la decisione su preferenze personali piuttosto che su solide motivazioni e prove attuali (64).

Recenti ricerche dimostrano che spesso operatori sanitari e familiari dei pazienti hanno prospettive diverse sulla FPDR; è opportuno analizzare quattro principi etici per fare chiarezza su questa duplice e contrastante visione (63):

#### *Beneficenza*

Il principio di beneficenza si riferisce all'agire al fine di fare del bene.

I familiari ritengono che sia un loro diritto essere presenti (66) e che la loro presenza apporti dei contributi come fornire agli operatori essenziali informazioni sulle condizioni di salute del bambino(63).

Dal punto di vista degli operatori sanitari, la beneficenza viene invocata sia da chi è favorevole alla FPDR e sia da chi è contrario a questa pratica (63).

#### *Non Maleficenza*

Il principio di non maleficenza si riferisce all'agire al fine di non causare danno.

Recenti studi affermano che vietando la FPDR, gli operatori sanitari, involontariamente, possono causare danno ai familiari; poiché l'allontanamento e la conseguente assenza durante le procedure rianimatorie può portare a soffrire di disturbo post traumatico (63).

I sanitari che si oppongono alla FPDR sostengono che la pratica abbia un impatto negativo sia sulla famiglia che sugli operatori: generare insicurezze nei professionisti all'opera, può intaccare le capacità comunicative delle persone coinvolte(49), oppure

può sfociare in comportamenti aggressivi che finiscono per ostacolare la cura del paziente (59).

### *Autonomia*

Il termine autonomia definisce il diritto dell'individuo ad autodeterminarsi e la sua capacità prendere decisioni consapevoli.

È fondamentale riconoscere la FPDR in quanto diritto dei familiari ad assistere ed essere, grazie all'opera di figure specializzate come i *family facilitator*, costantemente informati (63).

### *Giustizia*

Il principio di giustizia si basa sul trattare equamente i pazienti (67).

La domanda di rilevanza etica che viene posta è: “se un membro della famiglia viene escluso dalla partecipazione dal personale medico, per inconsolabilità o esplosioni emotive, non stiamo forse privando il paziente di una opportunità che è stata garantita a molti altri pazienti; semplicemente a causa del comprensibile dolore di un familiare?”(63).

La decisione di consentire o negare la presenza familiare spesso è influenzata da convinzioni personali degli operatori sanitari (64). L'introduzione di linee guida e politiche istituzionali aiuterebbe a supportare con solidi valori il processo decisionale, rendendolo “vantaggioso” per il paziente, il contesto familiare e il team sanitario (64). Esistono linee guida pratiche per consentire agli operatori sanitari un'assistenza basata su evidenze, principi e raccomandazioni volte ad ottimizzare la cura dei pazienti (68).

EfCCNa, ESPNIC e CCNAP hanno stilato una dichiarazione (Allegato 1) sostenendo la convinzione che i membri della famiglia siano fondamentali per la salute e il benessere del paziente e che sia loro diritto essere presenti durante la rianimazione(68).

Le linee guida dell'ERC ritengono sia importante la partecipazione familiare durante la rianimazione tanto quanto lo è garantire il supporto emotivo e psicologico (69).

Nonostante le numerose revisioni di letteratura che confermano la volontà dei familiari ad essere presenti durante la rianimazione e le posizioni assunte da importanti concili, molti ospedali presentano delle difficoltà nella messa in pratica della FPDR. Tra gli ostacoli principali emergono la mancanza di linee guida approfondite, la limitata formazione degli operatori sanitari a rispondere alla specifica situazione (68), e il timore che le politiche sulla presenza familiare possano influire negativamente sulla qualità dell'assistenza e delle cure (70).

Per facilitare l'attuazione sicura della *family presence*, è necessario che gli ospedali migliorino la formazione degli operatori sanitari, introducendo figure specializzate nei propri organici, al fine di poter garantire supporto, comunicazione e consulenza(71).

E' necessario sviluppare un protocollo scritto per poter regolamentare la FPDR, permettendo di individuare/selezionare quali membri della famiglia possono assistere e per determinare i criteri della decisione(72). È fondamentale individuare una persona, non necessariamente operatore sanitario, che possa seguire la famiglia e fornire supporto ed informazioni sulla rianimazione e introdurre il concetto di FPDR attraverso interventi educativi e un de-briefing post-rianimazione tra operatori sanitari, in modo tale da affrontare emozioni e/o conflitti e l'eventuale disagio morale (72).

### **1.6 Attitudini degli operatori sanitari alla family presence durante la rianimazione ed implicazioni organizzative**

In molte strutture sanitarie la presenza familiare viene accettata sulla base delle proprie convinzioni personali oppure sul livello di fiducia nelle proprie capacità(71).

Per migliorare la visione verso la pratica della FPDR, o agire sui fattori negativi al fine di favorire un approccio ottimale, è importante comprendere le attitudini e le motivazioni che spingono un operatore sanitario ad essere favorevole o contrario.

Nella letteratura scientifica vengono riportate numerose testimonianze contenenti le opinioni degli operatori sanitari in merito alla *family presence* durante la rianimazione cardiopolmonare. Le tematiche nelle quali ci si imbatte più frequentemente sono legate all'invito alla presenza familiare durante la rianimazione cardiopolmonare (60,73–

76);agli effetti della presenza familiare sugli operatori sanitari(60,73–78); alle implicazioni organizzative ed educative(60,73–78).

*Invito Alla Presenza Familiare Durante La Rianimazione Cardiopolmonare Ed Effetti Sugli Operatori Sanitari*

Non è chiaro quali fattori, oltre la sicurezza e fiducia personale, possano influenzare il ragionamento e la decisione degli operatori sanitari in merito all'invito o all'allontanamento della famiglia durante la RCP (79).

Un fattore che appare essere motivante è la consapevolezza che assistere alle manovre rianimatorie possa essere, in caso di esito negativo delle stesse, un beneficio nella successiva elaborazione del lutto: "[FWR] Permette alla famiglia di dire addio - Aiuta anche nel processo di lutto..." (79).

Poter osservare e percepire tutti gli sforzi messi in campo al fine di salvare il proprio caro, e la percezione di essere stati coinvolti nel processo decisionale, aiuta ad acquisire consapevolezza tra i familiari: “Nella mia esperienza, la maggior parte delle famiglie spinge ad interrompere la rianimazione quando stanno assistendo ad interventi di lunga durata senza esiti positivi. Talvolta non si comprende cosa sia implicato nella rianimazione ma, potendo osservare, ci si rende conto che la persona amata non avrebbe approvato una procedura prolungata”(74).

Un ulteriore elemento che può donare benefici è la possibilità di interagire con il personale medico fornendo informazioni sullo stato di salute del proprio bambino (73). I dubbi espressi dagli operatori spesso si riconducono alla preoccupazione verso il trauma psicologico che i familiari potrebbero subire assistendo alla rianimazione del proprio caro, e all'ansia da prestazione che potrebbe colpire team durante le operazioni(73,78). Molti operatori sanitari ritengono che la decisione di consentire la presenza familiare sia inevitabilmente correlata alla necessità di proteggere la famiglia da qualsiasi trauma (65): “Ci sono cose che la famiglia non vuole vedere [...] Stavo lavorando quando mio fratello è stato rianimato ed è stato molto traumatico per me. Non me lo toglierò mai di mente” (NR).

Secondo l'opinione di alcuni operatori sanitari, l'ansia nel essere osservati può avere un impatto negativo sulla cura del paziente (74): "Conosco RN che si trovano abbastanza in difficoltà in quanto costretti a parlare in codice con i medici, al fine di non essere compresi dal pubblico".

Al contempo permangono perplessità che riguardano gli effetti che possono subire gli operatori sanitari e l'inevitabile ricaduta degli stessi sulla procedura di rianimazione (80).

Un ulteriore fattore che spinge molti operatori a mostrarsi contrari alla FPDR è legato all'autostima. Si è riscontrata una forte correlazione tra la fiducia in se stessi durante la rianimazione e la presenza dei familiari(84).

#### *Implicazioni Organizzative E Educative*

I fattori che rendono difficoltosa l'applicazione della *family presence*, in aggiunta alle percezioni degli operatori, sono le barriere logistiche e la mancanza di risorse(86).L'assenza di un supporto organizzativo, inclusa una adeguata formazione, e le politiche ospedaliere, deficitarie di normative specifiche; sono state espresse dagli operatori come elementi sfavorevoli per l'applicazione della FPDR (71).

È necessario che vengano introdotte strategie finalizzate ad una evoluzione della pratica; includendo corsi che educino favorendo le convinzioni positive e mitigino quelle negative(78).

Emerge tra le opinioni dei professionisti, particolare preoccupazione all'impossibilità, da parte dello staff, di dedicare tempo e prestare attenzione ai parenti. In contesti come quello preso in esame, risulta determinante la presenza di un *family facilitator*, una figura che possa accompagnare e supportare la famiglia (85)e che sia preparata all'utilizzo di una terminologia appropriata e comprensibile e ad un corretto approccio verso i familiari(60).

### 1.6.1 Comunicazione e il *Family facilitator*

La comunicazione rappresenta uno degli aspetti più importanti nel rapporto tra l'operatore sanitario e i familiari del paziente, attraverso la trasmissione empatica di informazioni verbali e non verbali che fungono da supporto(58).La famiglia, che partecipa al processo decisionale in tempo reale, fornisce e riceve informazioni mediche sul paziente e sullo stato degli eventi(51).

Dalle testimonianze di familiari che sono stati coinvolti durante le operazioni di rianimazione si evince l'importanza che la comunicazione assume durante la FPDR. Alcuni parenti hanno espresso la loro soddisfazione per essere stati trattati in modo appropriato dall'équipe durante tutta la rianimazione, mentre le insoddisfazioni riportate riguardavano principalmente esperienze di incomprensione e di disorganizzazione nell'intervento. La mancanza di comunicazione e interazione con il team è apparsa come la causa principale di tali carenze: “[...] non avevo alcuna comunicazione con i paramedici [...] i paramedici, sembravano essere robot agli ordini del medico dell'ambulanza, e non li abbiamo sentiti per niente (parente #073)”.”(58).

Come in precedenza descritto, l'opposizione verso la presenza familiare durante la rianimazione è dettata spesso dalla mancanza di una formazione adeguata e di una figura specifica (*family facilitator*) che possa supportare l'azione degli operatori sanitari, in situazioni nelle quali è fondamentale trasmettere empaticamente, spontaneamente e naturalmente informazioni (77).

La figura del facilitatore può essere rappresentata da chiunque (infermiere, medico, assistente sociale) abbia una formazione adeguata, all'interno dell'ospedale(87).

Il *family facilitator*, attraverso la comunicazione, include la famiglia nel processo decisionale, e la accompagna durante e dopo il percorso, ad esempio fornendo supporto nell'eventuale processo di lutto, al fine di favorire l'accettazione (59).

Nello sviluppo di nuove linee guida sarebbe opportuno includere informazioni in merito alla figura del facilitatore, che facciano chiarezza sulle strategie di organizzazione che permettano che sia sempre in servizio in un Pronto Soccorso(88).

Individuare una figura che presenti caratteristiche ed esperienza adeguate al ruolo di *family facilitator* risulta essere tutt'altro che semplice (71).

Esistono testimonianze che mettono in risalto l'importanza che tuttavia una figura di tramite può assumere: “[...] Sono stato coinvolto nella rianimazione (fallita) di un bambino. La madre è stata accolta dal CNC (Clinical Nurse Consultant), che era la persona incaricata di assisterla [...] La madre era sconvolta e dovette andarsene dopo un paio di minuti [...] La madre ha avuto la possibilità di entrare in sala ed è stata supportata dal momento in cui è arrivata in ambulanza con il suo bambino fino a quando ha lasciato l'ospedale. Non credo che avrebbe avuto la forza di entrare da sola mentre stava crollando per il dolore. Una persona di supporto è vitale [...]” (71).

## **CAPITOLO 2: MATERIALI E METODI**

### **2.1 Obiettivi della ricerca**

Indagare le opinioni, le percezioni e le convinzioni; supportate o meno da esperienze dirette, di medici e infermieri di alcuni ospedali Veneti; questo studio ha la finalità di individuare aspetti positivi e negativi legati alla presenza familiare durante la rianimazione cardiopolmonare pediatrica.

#### **2.1.1 Disegno di ricerca**

La ricerca si fonda su uno studio descrittivo che si pone come obiettivo l'identificazione e l'analisi delle opinioni e delle esperienze degli operatori sanitari, attraverso la somministrazione di un questionario.

#### **2.1.2 Campione di studio**

Le figure coinvolte in questa ricerca sono infermieri e medici strutturati che lavorano presso i Pronto Soccorso di Padova e Treviso.

Hanno risposto 99 persone tra infermieri e medici:

- Pronto Soccorso pediatrico dell'Azienda Ospedale - Università di Padova: 70,7%
- Pronto Soccorso dell'ospedale Ca' Foncello di Treviso: 29,3 %

### **2.2. Strumenti di ricerca**

La raccolta delle informazioni, utili all'analisi delle opinioni dei sanitari in merito alla presenza familiare durante la rianimazione cardiopolmonare sul paziente pediatrico, è stata effettuata attraverso un questionario anonimo.

Sono state somministrate 21 domande, delle quali 19 a scelta multipla e 2 a risposta aperta; suddivise in due sezioni: la prima riguarda le informazioni generali dei singoli

soggetti (età, professione, struttura nella quale si esercita la professione); la seconda maggiormente legata all'argomento indagato.

### **2.2.1 Modalità di raccolta e registrazione dei dati**

A supporto della raccolta diretta di informazioni è stata effettuata una approfondita revisione letteraria tramite l'analisi di banche dati quali PUBMED. La ricerca, effettuata attraverso l'operatore booleano AND, ha incluso le seguenti parole chiave, limitando la ricerca a pubblicazioni di recente stesura:

- Presenza familiare o presenza genitoriale: *family presence or parental presence*;
- Operatori sanitari: *health care*
- Rcp o rianimazione: *cpr or resuscitation*;
- Pediatrico: *pediatric*; limitando la ricerca a pubblicazioni di recente stesura.
- Etica medica: *medical ethics*

### **2.3 Raccolta dati**

La raccolta dei dati, avvenuta tramite la somministrazione del questionario online di 21 domande, è stata effettuata nel periodo compreso tra il 25 febbraio 2022 e il 4 marzo 2022.

### **2.4 Analisi dati**

I dati sono stati analizzati utilizzando statistica descrittiva semplice mediante Microsoft Excel.

Sono state inserite tabelle e grafici per facilitare la comprensione dei dati.

## CAPITOLO 3: RISULTATI

In seguito, verranno riportati i quesiti, posti al campione di operatori sanitari presi in esame, e la rielaborazione delle risposte ottenute.

### 3.1 Informazioni generiche

Tabella I dati socio - anagrafici

DATI	ETA'			SESSO			STATO CIVILE		
	20-35	35-50	50-65	F	M	ND	Sposato /a	Celibe/ nubile	Ignoto/ ND
N° / %	62	30	7	68	30	1	28	66	5
RISPOSTE	62,6%	30,3%	7,1%	68,7%	30,3%	1%	28,3%	66,7%	5,1 %

#### 4. HA UN FIGLIO/A O PIU' FIGLI?

La maggior parte dei partecipanti non ha figli, circa il 70,7%.

#### 5. NUMERO DI FIGLI? (IN CASO DI RISPOSTA AFFERMATIVA AL PRECEDENTE QUESITO)

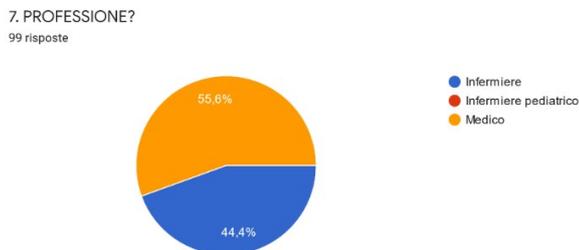
Su 29 risposte, il 65,5% ha risposto di avere 2 figli mentre il 31% 1 figlio. La restante parte 3 figli.

#### 6. LA RELIGIONE RIVESTE UN RUOLO IMPORTANTE NELLA SUA VITA?

Su 99 risposte il 44,4% (44 partecipanti) ha dichiarato che la religione non riveste un ruolo importante nella propria vita; il 36,4% (35 partecipanti), contrariamente, afferma che la religione risulta essere importante. La restante parte lo ritiene un fattore indifferente.

### 3.1.1 Ambito lavorativo/professionale

#### 7. PROFESSIONE?



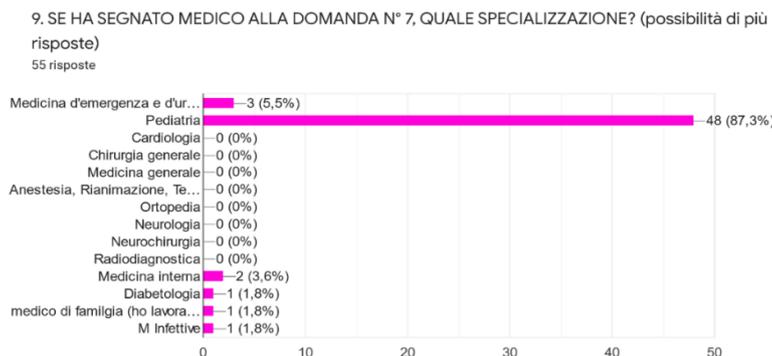
**Figura 2 Professione**

Su un totale di 99 risposte, il 55,6% sono medici mentre il 44,4% dei partecipanti sono infermieri.

#### 8. ANNI DI SERVIZIO COME INFERMIERE O MEDICO?

il 66,7% ha dagli 0 ai 10 anni di servizio; il 20,2% ha anni di servizio compresi tra 10 e 20 anni; mentre il 13,1% ha oltre 20 anni di servizio.

#### 9. SPECIALIZZAZIONE MEDICA? (QUALORA SI FOSSE RISPOSTO “MEDICO” NEL QUESITO LEGATO ALLA PROFESSIONE)



**Figura 3 Specializzazione medica**

L'87,3% dei medici è specializzato in pediatria; Il 5,5% è specializzato in medicina d'emergenza e d'urgenza; il 3,6% specializzato in medicina interna; l'1,8% in diabetologia; l'1,8% in malattie infettive e il restante 1,8% medicina generale.

## 10. IN QUALI REPARTI HA LAVORATO IN PRECEDENZA?

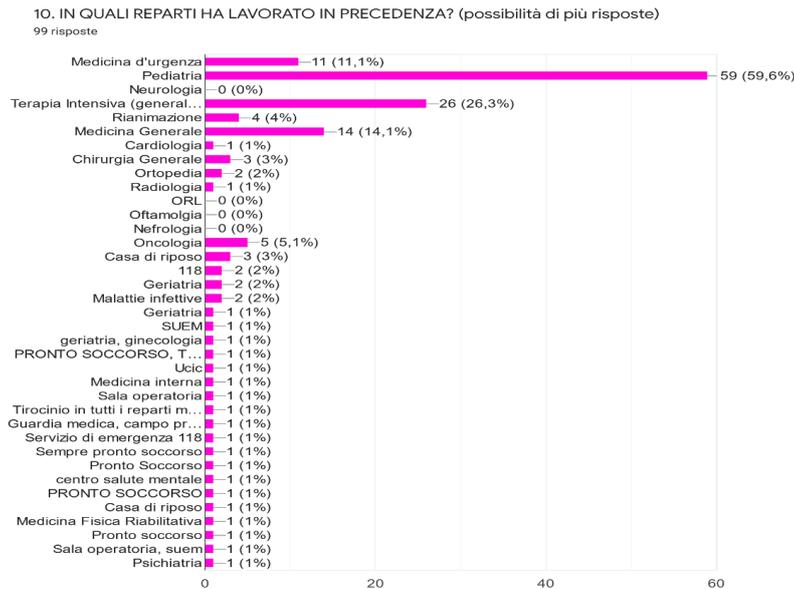


Figura 4 Reparti in cui hanno lavorato in precedenza

La maggior parte dei partecipanti ha lavorato in pediatria, di cui il 35,6% (21 partecipanti) ha lavorato anche in terapia intensiva (generale o pediatrica); segue medicina generale con il 14,1% (14 partecipanti) e medicina d'urgenza con l'11,1% (11 partecipanti).

## 11. IN QUALE PRONTO SOCCORSO DEL VENETO OPERA?

Il 70,3% lavora presso il Pronto soccorso pediatrico di Padova mentre il 29,3% presso il Pronto Soccorso di Treviso.

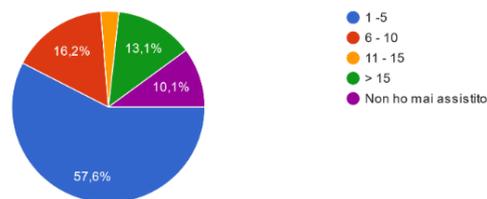
## 12. TIPOLOGIA DI ACCESSO DEI PRONTO SOCCORSO?

IL 99% ha dichiarato che il Pronto Soccorso di Padova, analogamente a quello di Treviso, è ad accesso diretto.

### 3.2 La Rianimazione pediatrica e la presenza familiare

## 13. QUANTE VOLTE HA ASSISTITO AD UNA MANOVRA RIANIMATORIA?

13. DURANTE LA SUA VITA LAVORATIVA, QUANTE VOLTE HA ASSISTITO AD UNA MANOVRA RIANIMATORIA SUL PAZIENTE PEDIATRICO?  
99 risposte



**Figura 5 N° di volte in cui si è assistito alla rianimazione sul paziente pediatrico**

Circa il 90% ha assistito ad un manovra rianimatoria sul paziente pediatrico. La maggioranza di questa ampia fetta del campione, ovvero il 70%, proviene da Padova. La maggioranza ha avuto modo di assistere a questo evento fino a un massimo di 5 volte durante la propria esperienza lavorativa.

Analizzando i valori relativi a questo quesito si evince che esiste una forte correlazione con gli anni di servizio prestati. Tutti gli operatori che non hanno mai assistito a una manovra rianimatoria su un paziente pediatrico hanno meno di 10 anni di servizio.

#### 14. QUALI EMOZIONI LE HA SUSCITATO ASSISTERE A QUESTO EVENTO?

14. QUALI EMOZIONI LE HA SUSCITATO ASSISTERE A QUESTO EVENTO? (MAX DUE RISPOSTE)  
97 risposte

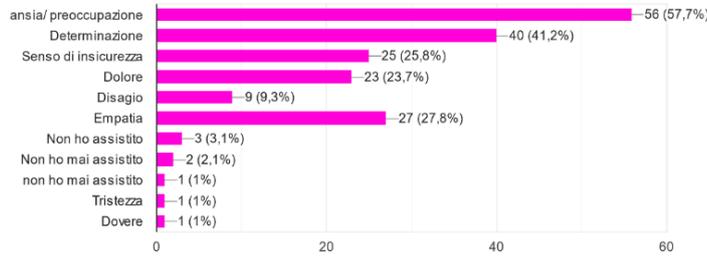


Figura 6 Le emozioni che ha suscitato, nel sanitario, la rianimazione del paziente pediatrico

Le emozioni espresse dai partecipanti sono principalmente di ansia/ preoccupazione (57,7%), determinazione (41,2) , empatia (27,8%), senso di insicurezza (25,8%) e dolore (23,7%).

Ansia/ preoccupazione e senso di insicurezza sono maggiormente espressi da professionisti che hanno assistito a un numero di rianimazioni minore uguale a 5. La determinazione, il dolore e l'empatia, invece sono risposte distribuite equamente, indipendentemente dalle esperienze vissute.

#### 15. NEL CENTRO IN CUI LAVORA, HA AVUTO MODO DI SPERIMENTARE LA PRESENZA FAMILIARE DURANTE UNA MANOVRA RIANIMATORIA?

15. NEL CENTRO IN CUI LAVORA, HA AVUTO MODO DI SPERIMENTARE LA PRESENZA FAMILIARE DURANTE UNA MANOVRA RIANIMATORIA?  
99 risposte

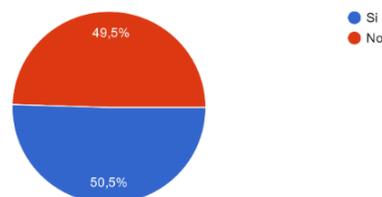


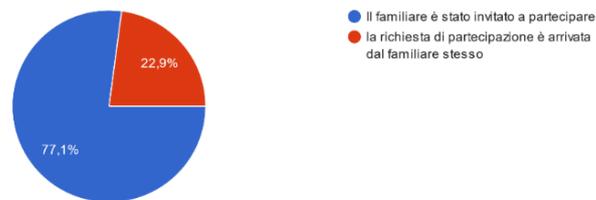
Figura 7 Sanitari che hanno sperimentato la presenza familiare durante la rianimazione sul paziente pediatrico

Su 99 risposte si è riscontrata una equa distribuzione tra chi non ha mai avuto a che fare con la presenza familiare (49,5%) e chi, invece, ha potuto sperimentarla (50,5%). Su un totale di 70 partecipanti di Padova, circa il 55,5 % non ha mai partecipato alla presenza familiare mentre il 45,5% si; su un totale di 29 partecipanti da Treviso circa il 34,5% non ha mai partecipato alla presenza familiare mentre il 65,5% si.

*16. E' STATA PROPOSTA, AL FAMILIARE, LA POSSIBILITA' DI PARTECIPARE OPPURE E' STATA UNA RICHIESTA DEL FAMILIARE STESSO?*

16. SE HA RISPOSTO SI ALLA PRECEDENTE DOMANDA, E' STATA PROPOSTA, AL FAMILIARE, LA POSSIBILITA' DI PARTECIPARE OPPURE E' STATA UNA RICHIESTA DEL FAMILIARE STESSO?

48 risposte



**Figura 8** La partecipazione su invito al familiare oppure su richiesta dello stesso?

Su un totale di 48 risposte, il 77,1% (27% da Treviso e 73% da Padova), ovvero 37 partecipanti, ha invitato il familiare a partecipare; mentre il 22,9% (27,3% da Treviso e il 72,7% da Padova) ha dichiarato che la richiesta di partecipazione è pervenuta dal familiare.

17. SE HA RISPOSTO SI ALLA DOMANDA 15. CHE EMOZIONI HA PROVATO?

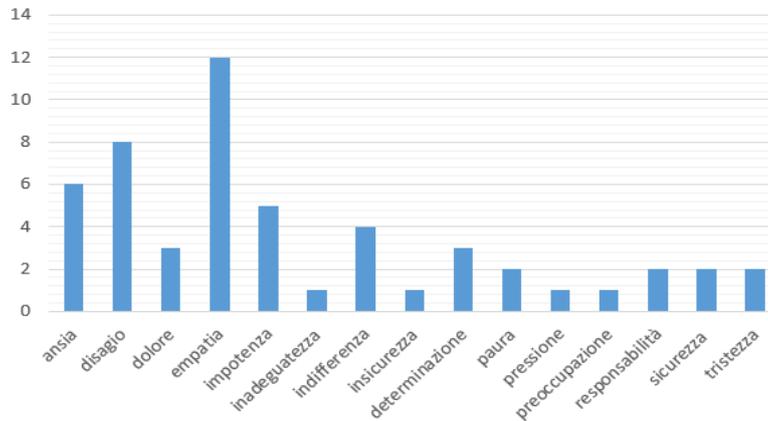


Figura 9 Emozioni suscitate, nel sanitario, dalla presenza familiare durante la RCP

L'empatia è una delle emozioni più espresse (12 risposte). Dopodiché segue una varietà di emozioni negative come il disagio, l'ansia e l'impotenza; ed emozioni positive come la determinazione, la condivisione e la motivazione. Due persone hanno espresso un senso di responsabilità e altri invece indifferenza in quanto, in una situazione del genere, il bambino ha la priorità e tutto il resto passa in secondo piano. In conclusione, secondo i dati ricevuti, hanno prevalso sentimenti negativi (32 risposte). L'essere osservati da una persona legata al paziente emotivamente suscita negli operatori sensazioni di insicurezza e ansia che va a minare la fiducia in sé stessi.

18. LA PRESENZA FAMILIARE DURANTE LE MANOVRE RIANIMATORIE, COME PUO' INFLUENZARE LA PRESTAZIONE DEI SANITARI? SOTTOLINEI ASPETTI POSITIVI E/O NEGATIVI.

Gli effetti positivi riportati dai sanitari riguardano per lo più i parenti. Molti sostengono che la presenza migliori la percezione, da parte del familiare, dell'operato dei sanitari; aiuti il familiare nell'elaborazione del lutto; aumenti la fiducia del familiare nei confronti dell'operatore sanitario; aumenti la determinazione dei sanitari e il senso di empatia. La famiglia, nelle situazioni di emergenza, rappresenta anche una risorsa nella trasmissione di informazioni cliniche.

Questi fattori positivi, al pari di quanto edotto dalla letteratura, risultano essere tra le principali motivazioni a supporto della presenza familiare.

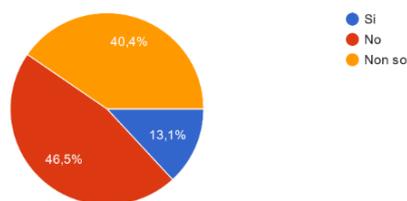
Se da un lato i punti di forza sembrano maggiormente riconducibili alla componente familiare, dall'altro le criticità riscontrate vengono attribuite al sanitario e al suo operato. Le percezioni negative sono legate per lo più alla difficoltà di mantenere la calma, con la conseguente insorgenza di ansia; senso di stress; possibilità di distrazione, con annesso rischio di commettere errori; senso di inadeguatezza e paura nell'essere giudicati; limitata spontaneità nella comunicazione tra operatori; aumento del rischio di ostacolo da parte dei familiari.

Tre partecipati hanno espresso la necessità della presenza di una figura di supporto che possa accompagnare i familiari durante l'intero percorso

### 3.2.1 Supporto ed Organizzazione

*19. NEL CENTRO IN CUI LAVORA, ESISTE UNA FIGURA DEDICATA AL SUPPORTO EMOTIVO E PSICOLOGICO DELLA FAMIGLIA DURANTE LE MANOVRE DI RIANIMAZIONE?*

19. NEL CENTRO IN CUI LAVORA, ESISTE UNA FIGURA DEDICATA AL SUPPORTO EMOTIVO E PSICOLOGICO DELLA FAMIGLIA DURANTE LE MANOVRE DI RIANIMAZIONE?  
99 risposte



**Figura 10 Family facilitator**

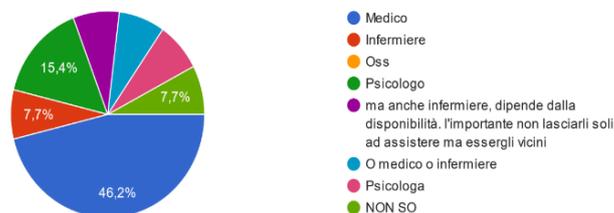
Solo il 13.1 % (13 partecipanti) riferisce dell'esistenza di una figura di supporto. Questi risultati confermano quanto ricavato nella revisione della letteratura; ovvero la diffusa assenza di figure come i *family facilitator*. Il 46,5% afferma che non vi sia nella propria struttura alcuna figura adibita all'affiancamento dei familiari; mentre

l'indecisione del 40,4% denota che non vi sia una corretta identificazione nel personale sanitario.

L'assenza di questa figura crea confusione in una situazione già di per sé confusionaria, e suscita sentimenti di inadeguatezza negli operatori, accompagnati dal disorientamento e dalle incomprensioni dei familiari.

## 20. SE HA RISPOSTO SI ALLA DOMANDA 19, DA CHI E' RAPPRESENTATA QUESTA FIGURA DI SUPPORTO?

20. SE HA RISPOSTO SI ALLA DOMANDA 19, DA CHI E' RAPPRESENTATA QUESTA FIGURA?  
13 risposte



### Figura 11 Family facilitator (pt 2)

Su 13 risposte la maggior parte ritiene che la figura di supporto sia il medico, mentre le restanti risposte riportano la presenza di infermieri adibiti (23,1 %) e di psicologi (23,1%).

## 21. IN CASO DI ESITO NEGATIVO (DECESSO), E' PREVISTO NEL SUO CENTRO UN INCONTRO CON I FAMILIARI? E IN CASO AFFERMATIVO CHE EMOZIONI HA PROVATO?

Tra i 65 operatori che hanno risposto al quesito, 14 affermano che non esistono incontri post decesso con i familiari, e 3 hanno riferito che di non esserne a conoscenza. Alcuni tra medici e infermieri hanno riportato di non aver mai partecipato, nonostante sia previsto un incontro tra il medico, o lo psicologo, e i familiari. 7 medici e 4 infermieri

hanno riferito di essere stati presenti a questi incontri, provando le seguenti emozioni:  
dolore emotivo, empatia, ansia, impotenza ed inadeguatezza.

## CAPITOLO 4: DISCUSSIONE

La ricerca ha raccolto 99 risposte di operatori sanitari appartenenti al Pronto Soccorso pediatrico dell'Azienda Ospedale di Padova (70,7%) e al Pronto Soccorso di Treviso (29,3%).

Il 55,6% del campione analizzato è composto da medici; mentre il 44,4% da infermieri.

La maggioranza degli operatori presi in esame ha un'età compresa tra i 20 e i 30 anni; dato che trova conferma nella relativa limitata esperienza lavorativa dei soggetti. Nel 65,7% dei questionari raccolti viene riportata un'anzianità di servizio non superiore ai 10 anni, e una generale assenza di esperienza diretta legate alla *family presence*.

Quasi la totalità degli intervistati, circa l'89,9%, ha assistito almeno una volta ad una manovra rianimatoria sul paziente pediatrico, la maggioranza dei quali ha riferito di aver percepito sensazioni di ansia, preoccupazione, dolore e insicurezza; contrapposte a un senso di determinazione e di empatia.

Metà degli operatori con esperienze legate alla rianimazione pediatrica ha sperimentato la presenza familiare durante le operazioni; nel 77,1% dei casi i familiari sono stati invitati ad assistere dagli operatori. Questo dato, che lascia trapelare una incoraggiante consapevolezza in merito alla pratica che si sta analizzando, si discorda leggermente da quanto emerso dalle analisi letterarie, nelle quali viene generalmente riportata poca apertura da parte degli operatori verso l'invito spontaneo. Un atteggiamento di apertura e rassicurazione da parte dei sanitari può incidere, offrendo chiarezza e consapevolezza, sulla decisione del familiare di rimanere o meno ad assistere.

Scorrendo le risposte si evince che la presenza familiare suscita emozioni contrastanti nell'operatore. In molti casi si leggono risposte che richiamano all'empatia nei confronti dei familiari, alla determinazione nel proprio approccio e una forte motivazione. In prevalenza, tuttavia, vengono sottolineate emozioni negative come il disagio, l'impotenza, l'ansia, l'insicurezza e la paura di sbagliare. Basandosi sui risultati ottenuti si può affermare che gli operatori abbiano una percezione per lo più negativa della *family presence*, in quanto si pensa possa andare ad intaccare il proprio

senso di sicurezza, aumentando il margine d'errore. Sentimenti come ansia da prestazione, paura di sbagliare e di fallire, timore di poter essere intralciati o distratti durante le operazioni; spesso, stanno alla base dell'opposizione espressa dai sanitari contrari alla pratica.

Tali sensazioni di disagio, attribuite alla presenza familiare durante la rianimazione cardiopolmonare, vengono supportate da alcune testimonianze ricavate dai questionari: “*[il familiare] Può essere una presenza negativa in quanto crea paura, disagio e insicurezza soprattutto nel paziente pediatrico che è sempre di difficile gestione*”. Spesso gli operatori riferiscono il timore che i familiari, in balia delle proprie emozioni, possano ostacolare la corretta esecuzione delle procedure e distrarre il team, mettendo, di conseguenza, in pericolo la salute del bambino: “*Potrebbe rischiare di intralciare le manovre in caso di manifestazioni di ansia o preoccupazione genitoriale, creando discomfort o distrazione nei rianimatori*”.

Anche la comunicazione tra professionisti viene messa in discussione quando si parla di *family presence*, come dichiarato da un infermiere: “*[la presenza familiare] Rende la comunicazione tra operatori e certe manovre "cruente" più impegnative perché bisogna pensare a cosa si dice e a come lo si dice data la presenza dei familiari*”

Possiamo tuttavia affermare che la visione di parte dei sanitari coinvolti non sia totalmente pessimista; emergono infatti aspetti positivi inerenti alla presenza familiare legati alla trasmissione di informazioni cliniche e all'elaborazione del lutto. Entrambi gli aspetti trovano ampie conferme nella letteratura scientifica, nella quale si afferma che la presenza familiare rappresenti non solo una risorsa dal punto di vista della comunicazione, ma anche un incentivo per l'aumento della fiducia nei confronti dell'operatore. È altresì comune trovare revisioni che riportino pareri di familiari che riferiscono di una maggior accettazione della morte del bambino, dopo aver assistito alla rianimazione.

Una delle lacune maggiori inerenti alla *family presence* è l'assenza di un professionista specializzato che ricopra il ruolo di *facilitator*. Il 46,5% degli intervistati ha confermato questa carenza, esprimendo la necessità di inserire questa figura; mentre il

40,4% non è a conoscenza dell'esistenza o meno di un soggetto che svolga queste mansioni.

Diversi studi dimostrano che l'assenza del *family facilitator*, e di conseguenza della sua adeguata comunicazione, del suo appoggio emotivo e del suo supporto psicologico; può portare il familiare, abbandonato in balia delle proprie emozioni, ad uno stato confusionario e di incomprendimento. La necessità della presenza di questa figura è finalizzata a comunicare adeguatamente con il familiare, supportare emotivamente e psicologicamente il familiare, rendere il contesto meno caotico per quanto possibile.

Il 13% degli intervistati identifica il medico, l'infermiere e lo psicologo come soggetti che assolvano al compito del *family facilitator*, ma non risulta chiaro se vi sia effettivamente un professionista, appositamente formato e selezionato, che ne faccia le veci.

Non esiste uniformità di opinioni nemmeno in merito a eventuali incontri effettuati in seguito al decesso del bambino. Sono 14 i sanitari che affermano che non esistano tali confronti dichiarando ad esempio: “*no, non è previsto nessun incontro, di solito ci si ferma alcuni minuti quando viene data la notizia*”; oppure: “*Non c'è un incontro vero e proprio con i familiari, ma una parola, un abbraccio, un pianto e soprattutto una sconfitta*”.

La restante parte di soggetti coinvolti conferma l'esistenza di incontri specifici, tenuti dal medico e/o dallo psicologo, ma solo parte di essi afferma di averne preso parte. Una testimonianza riporta: “*Ho provato dolore, amarezza, senso di vuoto, inadeguatezza, fallimento*”.

Non si sono riscontrate significative correlazioni tra l'essere o meno genitori e la segnalazione di particolari sensazioni legate alla *family presence*, così come per quanto riguarda l'essere o meno credente.

# CAPITOLO 5: CONCLUSIONI E IMPLICAZIONI PER LA PRATICA

## 5.1 Conclusione

Nonostante la letteratura affermi che la presenza familiare sia una pratica che apporta effetti positivi e abbia confutato le credenze comuni, la ricerca ha determinato che i sanitari, oggetto di studio, ritengono che la pratica sia per lo più dannosa/ negativa soprattutto nei loro confronti.

Malgrado più della metà dei partecipanti abbiano sperimentato la presenza familiare e più del 70% di questi abbiano invitato il familiare ad assistere, sono emersi pensieri prevalentemente negativi che hanno dimostrato scarsa preparazione nell'affrontare questa determinata situazione. È emersa la preoccupazione, da parte di alcuni sanitari, di non poter sostenere emotivamente psicologicamente la famiglia.

Difatti la mancanza di una figura, il *family facilitator*, che sappia supportare l'operato di chi è coinvolto attraverso la trasmissione di informazioni e sia in grado di accompagnare il familiare prima, durante e dopo la rianimazione, rappresenta una lacuna organizzativa che mette in difficoltà non solo il familiare ma anche il sanitario.

### 5.1.1 Implicazioni per la pratica

La presenza familiare durante la rianimazione è una pratica poco esercitata a causa delle percezioni per lo più negative espresse dagli operatori sanitari e dall'assenza di supporto organizzativo e politiche ospedaliere che ne limitano l'applicazione.

Sarebbe opportuno creare dei corsi di formazione volti ad educare i sanitari sui benefici derivanti da questa pratica e inserire una figura preparata e appositamente dedicata al supporto familiare che possa interagire e comunicare adeguatamente con il familiare evitando che si crei una situazione di disagio e incomprensione generalizzata. Risulterebbe utile introdurre delle simulazioni di casi clinici che richiedano

l'identificazione del family facilitator, ne descrivano le caratteristiche, i punti di forza e le modalità di approccio.

## BIBLIOGRAFIA

1. Field JM, American College of Emergency Physicians., American Heart Association. The textbook of emergency cardiovascular care and CPR. [cited 2022 Feb 9];640. Available from: [https://books.google.com/books/about/The\\_Textbook\\_of\\_Emergency\\_Cardiovascular.html?hl=it&id=o3m4oNRB4D4C](https://books.google.com/books/about/The_Textbook_of_Emergency_Cardiovascular.html?hl=it&id=o3m4oNRB4D4C)
2. Patel K, Hipskind JE. Cardiac Arrest. StatPearls [Internet]. 2021 Aug 11 [cited 2022 Feb 9]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534866/>
3. Yu P, Esangbedo ID, Raman L, Bowens CD. Pediatric Cardiac Arrest. Sudden Cardiac Death [Internet]. 2020 May 19 [cited 2022 Feb 9]; Available from: <https://www.intechopen.com/chapters/72241>
4. Truhlář A, Deakin CD, Soar J, Khalifa GEA, Alfonzo A, Bierens JJLM, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. Section 4. Cardiac arrest in special circumstances. Resuscitation. 2015 Oct 1;95:148–201.
5. Gräsner JT, Herlitz J, Tjelmeland IBM, Wnent J, Masterson S, Lilja G, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2021: Epidemiology of cardiac arrest in Europe. Resuscitation. 2021 Apr 1;161:61–79.
6. Chan PS, Girotra S, Tang Y, Al-Araji R, Nallamothu BK, McNally B. Outcomes for Out-of-Hospital Cardiac Arrest in the United States During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. JAMA Cardiology [Internet]. 2021 Mar 1 [cited 2022 Feb 9];6(3):296–303. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamacardiology/fullarticle/2773109>
7. Tu Y-P, Jennings R, Hart B, Cangelosi GA, Wood RC, Wehber K, et al. Swabs Collected by Patients or Health Care Workers for SARS-CoV-2 Testing. New England Journal of Medicine. 2020 Jul 30;383(5):494–6.

8. Patil KD, Halperin HR, Becker LB. Cardiac Arrest: Resuscitation and Reperfusion. *Circulation Research* [Internet]. 2015 Jun 5 [cited 2022 Mar 1];116(12):2041–9. Available from: <http://circres.ahajournals.org>
9. Hypoxic Brain Injury - StatPearls - NCBI Bookshelf [Internet]. [cited 2022 Mar 1]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537310/>
10. Lindner KH, Haak T, Keller A, Bothner U, Lurie KG. Release of endogenous vasopressors during and after cardiopulmonary resuscitation. *Heart (British Cardiac Society)* [Internet]. 1996 [cited 2022 Feb 28];75(2):145–50. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8673752/>
11. Chalkias A, Xanthos T. Pathophysiology and pathogenesis of post-resuscitation myocardial stunning. *Heart failure reviews* [Internet]. 2012 Jan [cited 2022 Feb 28];17(1):117–28. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21584712/>
12. Niemann JT, Garner D, Lewis RJ. Tumor necrosis factor- $\alpha$  is associated with early post-resuscitation myocardial dysfunction. *Critical care medicine* [Internet]. 2004 Aug [cited 2022 Mar 1];32(8):1753–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15286554/>
13. Adderley SR, Fitzgerald DJ. Oxidative damage of cardiomyocytes limited by extracellular regulated kinases 1/2-mediated induction of cyclooxygenase-2. *The Journal of biological chemistry* [Internet]. 1999 Feb 19 [cited 2022 Mar 1];274(8):5038–46. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9988750/>
14. Robba C, Siwicki-Gieroba D, Sikter A, Battaglini D, Dąbrowski W, Schultz MJ, et al. Pathophysiology and clinical consequences of arterial blood gases and pH after cardiac arrest. *Intensive Care Medicine Experimental*. 2020 Dec;8(S1).
15. Almesned A, Almeman A, Alakhtar AM, AlAboudi AA, Alotaibi AZ, Abdullah Y, et al. Basic life support knowledge of healthcare students and professionals in the Qassim University. *International journal of health sciences* [Internet].

- 2014 Apr [cited 2022 Feb 9];8(2):141–50. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25246881/>
16. van de Voorde P, Turner NM, Djakow J, de Lucas N, Martinez-Mejias A, Biarent D, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2021: Paediatric Life Support. *Resuscitation*. 2021 Apr;161:327–87.
  17. Huelke DF. An Overview of Anatomical Considerations of Infants and Children in the Adult World of Automobile Safety Design. *Annual Proceedings / Association for the Advancement of Automotive Medicine* [Internet]. 1998 [cited 2022 Feb 9];42:93. Available from: </pmc/articles/PMC3400202/>
  18. Figaji AA. Anatomical and physiological differences between children and adults relevant to traumatic brain injury and the implications for clinical assessment and care. *Frontiers in Neurology*. 2017 Dec 14;8(DEC):685.
  19. Kosif R, Keçialan R. Anatomical Differences between Children and Adults. *International Journal of Scientific Research and Management*. 2020 May 13;8(05):355–9.
  20. Ornato JP, Thies WH, Pepe PE, Members John Billi CE, Seidel J, Jaffe AS, et al. AIL4 Medical/Scientific Statement State-of-the-Art Review Improving Survival From Sudden Cardiac Arrest: The “Chain of Survival” Concept [Internet]. Available from: <http://ahajournals.org>
  21. Olasveengen TM, Semeraro F, Ristagno G, Castren M, Handley A, Kuzovlev A, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2021: Basic Life Support. *Resuscitation* [Internet]. 2021 [cited 2022 Jan 30];161:98–114. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.009>
  22. Thim T, Krarup NHV, Grove EL, Rohde CV, Lofgren B. Initial assessment and treatment with the Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (ABCDE) approach. *International Journal of General Medicine* [Internet]. 2012 [cited 2022 Feb 9];5:117. Available from: </pmc/articles/PMC3273374/>

23. Starr M. Assessment of the unwellchild. *AustRALiAnFAMILYPhysiciAn*. 2010;39(5).
24. Kwangha L. CardiopulmonaryResuscitation: New Concept. *Tuberculosis and RespiratoryDiseases* [Internet]. 2012 May 30 [cited 2022 Feb 9];72(5):401. Available from: [/pmc/articles/PMC3475464/](#)
25. Atkins DL, Berger S, Duff JP, Gonzales JC, Hunt EA, Joyner BL, et al. Part 11: Pediatricbasic life support and cardiopulmonaryresuscitationquality: 2015 American Heart Association guidelines update for cardiopulmonaryresuscitation and emergencycardiovascular care. *Circulation* [Internet]. 2015 Oct 20 [cited 2022 Feb 9];132(18):S519–25. Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/abs/10.1161/CIR.0000000000000265>
26. Mikrogianakis A, Warren D, Chauvin-Kimoff L, Grant V, Lau A, Warda L. Paediatricbasic and advanced life support guidelines: An update. *Paediatrics& Child Health* [Internet]. 2007 [cited 2022 Feb 9];12(6):495. Available from: [/pmc/articles/PMC2528767/](#)
27. Liddle R, Davies S, Colquhoun M, Handley AJ. The automatedexternaldefibrillator [Internet]. Available from: [www.bmjbooks.com](http://www.bmjbooks.com)
28. Topjian AA, Raymond TT, Atkins D, Chan M, Duff JP, Joyner BL, et al. Part 4: Pediatric Basic and Advanced Life Support: 2020 American Heart Association Guidelines for CardiopulmonaryResuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2020 Oct 20;142(16 2):S469–523.
29. Kuriyama A, Urushidani S, Nakayama T. Five-levelemergency triage systems: variation in assessment of validity. *Emergency medicine journal: EMJ* [Internet]. 2017 Nov 1 [cited 2022 Feb 9];34(11):703–10. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28751363/>
30. Dong SL, Bullard M. Emergency Department Triage. *Evidence-Based Emergency Medicine* [Internet]. 2021 Jul 30 [cited 2022 Feb 9];58–65. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557583/>

31. European Association for Children in Hospital \* CHARTER [Internet]. Available from: [www.each-for-sick-children.org](http://www.each-for-sick-children.org)
32. Festini F. Family-centered care. *Italian Journal of Pediatrics* [Internet]. 2014 Aug 11 [cited 2022 Feb 9];40(1):1–1. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/273703726\\_Family-centered\\_care](https://www.researchgate.net/publication/273703726_Family-centered_care)
33. Shelton TL, StepanekJSmith, Association for the Care of Children’s Health. Family-centered care for childrenneedingsspecialized health and developmental services. Association for the Care of Children’s Health; 1994. 120 p.
34. Kamaryati NP, Malathum P. Family Support: A Concept Analysis. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research* [Internet]. 2020 Jul 9 [cited 2022 Feb 9];24(3):403–11. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/217961>
35. Jolley J, Shields L. The evolution of family-centered care. *Journal of pediatric nursing* [Internet]. 2009 Apr [cited 2022 Feb 9];24(2):164–70. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19268238/>
36. Eichner JM, Johnson BH, Betts JM, Chitkara MB, Jewell JA, Lye PS, et al. Patient- and family-centered care and the pediatrician’srole. *Pediatrics* [Internet]. 2012 Feb [cited 2022 Feb 9];129(2):394–404. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22291118/>
37. Zhang C. The involvement of family members in the treatment of patients with schizophrenia. *Current Treatment Options in Psychiatry* [Internet]. 2016 Jun 1 [cited 2022 Feb 9];3(2):111–8. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/299601721\\_The\\_involvement\\_of\\_family\\_members\\_in\\_the\\_treatment\\_of\\_patients\\_with\\_schizophrenia](https://www.researchgate.net/publication/299601721_The_involvement_of_family_members_in_the_treatment_of_patients_with_schizophrenia)
38. Donohue-Ryan MA, DeLuca A. Creating a family communicationprogramduring a pandemic. *Nursing Management* [Internet]. 2021 Jun 1 [cited 2022 Feb 9];52(6):40. Available from: [/pmc/articles/PMC8162219/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/348162219/)

39. Caswell G, Pollock K, Harwood R, Porock D. Communication between family carers and health professionals about end-of-life care for older people in the acute hospital setting: a qualitative study. *BMC palliative care* [Internet]. 2015 Aug 1 [cited 2022 Feb 9];14(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26231339/>
40. Thomas PA, Liu H, Umberson D. Family Relationships and Well-Being. *Innovation in Aging*. 2017 Nov 1;1(3).
41. Davidson JE, Aslakson RA, Long AC, Puntillo KA, Kross EK, Hart J, et al. Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric, and Adult ICU. *Critical Care Medicine*. 2017 Jan 1;45(1):103–28.
42. Coats H, Bourget E, Starks H, Lindhorst T, Saiki-Craighill S, Curtis JR, et al. Nurses' reflections on benefits and challenges of implementing family-centered care in pediatric intensive care units. *American Journal of Critical Care*. 2018 Jan 1;27(1):52–8.
43. Olding M, McMillan SE, Reeves S, Schmitt MH, Puntillo K, Kitto S. Patient and family involvement in adult critical and intensive care settings: a scoping review. Vol. 19, *Health Expectations*. Blackwell Publishing Ltd; 2016. p. 1183–202.
44. Bozkurt G, Sonmez Duzkaya D, Oren B. Opinions of Intensive Care Nurses about Family-Centered Care in Turkey. *Education Nurse Capa Fatih, Istanbul, Turkey* [Internet]. Vol. 14, *International Journal of Caring Sciences*. Available from: [www.internationaljournalofcaringsciences.org](http://www.internationaljournalofcaringsciences.org)
45. Hart JL, Turnbull AE, Oppenheim IM, Courtright KR. Family-Centered Care During the COVID-19 Era. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2020 Aug 1;60(2):e93–7.
46. Savino T, Crispino K. Is this really happening? Family-centered care during COVID-19: People before policy. *Patient Experience Journal*. 2020 Aug 4;7(2):13–6.

47. Al-Motlaq M, Neill S, Foster MJ, Coyne I, Houghton D, Angelhoff C, et al. Position statement of the international network for child and family centered care: Child and family centred care during the COVID19 pandemic. *Journal of Pediatric Nursing*. 2021 Nov 1;61:140–3.
48. Cena L, Biban P, Janos J, Lavelli M, Langfus J, Tsai A, et al. The Collateral Impact of COVID-19 Emergency on Neonatal Intensive Care Units and Family-Centered Care: Challenges and Opportunities. *Frontiers in Psychology*. 2021 Feb 24;12.
49. Dwyer T, Friel D. Inviting family to be present during cardiopulmonary resuscitation: Impact of education. *Nurse Education in Practice*. 2016 Jan 1;16(1):274–9.
50. Araújo C, Ferreira G, Simphronio Balbino F, Magda M, Balieiro FG, Mandetta MA. Family presence during cardiopulmonary resuscitation and invasive procedures in children. Vol. 32, *Rev Paul Pediatr*. 2014.
51. McAlvin SS, Carew-Lyons A. Family presence during resuscitation and invasive procedures in pediatric critical care: A systematic review. *American Journal of Critical Care*. 2014;23(6):477–84.
52. Tennyson CD. Family presence during resuscitation: Updated review and clinical pearls. *Geriatric Nursing*. 2019 Nov 1;40(6):645–7.
53. Mark K. Family presence during paediatric resuscitation and invasive procedures: the parental experience: An integrative review: An integrative review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2021 Mar 1;35(1):20–36.
54. Significance. Clinical Question Does family presence have a positive or negative influence on the patient, family, and staff during invasive procedures and resuscitation? [Internet]. Available from: [www.ahrq.gov](http://www.ahrq.gov)
55. Samu (p ( J, Engl A-N. Family Presence during Cardiopulmonary Resuscitation A B S T R A C T. *J Med*. 2013;368:1008–26.

56. Hassankhani H, Zamanzadeh V, Rahmani A, Haririan H, Porter JE. Family Presence During Resuscitation: A Double-Edged Sword. *Journal of Nursing Scholarship* [Internet]. 2017 Mar 1 [cited 2022 Feb 26];49(2):127–34. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jnu.12273>
57. Zhang A, Yocum RM, Replinger MD, Broman AT, Kim MK. Factors affecting family presence during fracture reduction in the pediatric emergency department. *Western Journal of Emergency Medicine*. 2018;19(6):970–6.
58. de Stefano C, Normand D, Jabre P, Azoulay E, Kentish-Barnes N, Lapostolle F, et al. Family Presence during Resuscitation: A Qualitative Analysis from a National Multicenter Randomized Clinical Trial. *PLOS ONE* [Internet]. 2016 Jun 1 [cited 2022 Feb 26];11(6):e0156100. Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0156100>
59. Lederman Z, Wacht O. Family Presence During Resuscitation: Attitudes of Yale-New Haven Hospital Staff. *YALE JOURNAL OF BIOLOGY AND MEDICINE*. 2014;87:63–72.
60. Fulbrook P, Latour JM, Albarran JW. Paediatric critical care nurses' attitudes and experiences of parental presence during cardiopulmonary resuscitation: A European survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2007 Sep 1;44(7):1238–49.
61. Vincent C, Lederman Z. Family presence during resuscitation: extending ethical norms from paediatrics to adults. *Journal of medical ethics* [Internet]. 2017 Oct 1 [cited 2022 Feb 9];43(10):676–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28232392/>
62. Gouda S, Hoehn KS. Family Presence Is a Right: It Is Not About Us! *Pediatric critical care medicine: a journal of the Society of Critical Care Medicine and the World Federation of Pediatric Intensive and Critical Care Societies* [Internet]. 2020 [cited 2022 Feb 9];21(12):1104–5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33278224/>

63. Joyner BL. SECOND THOUGHTS Does Family Presence in the Trauma Bay Help or Hinder Care? [Internet]. Vol. 20, AMA Journal of Ethics. 2018. Available from: [www.amajournalofethics.org](http://www.amajournalofethics.org)
64. Giles T, de Lacey S, Muir-Cochrane E. How do clinicians practise the principles of beneficence when deciding to allow or deny family presence during resuscitation? Journal of clinical nursing [Internet]. 2018 Mar 1 [cited 2022 Feb 26];27(5–6):e1214–24. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29266508/>
65. Haddad LM, Geiger RA. Nursing Ethical Considerations. StatPearls [Internet]. 2021 Aug 30 [cited 2022 Feb 9]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK526054/>
66. O’Connell KJ, Fritzeen J, Guzzetta CE, Clark AP, Lloyd C, Scott SH, et al. Family Presence During Trauma Resuscitation: Family Members’ Attitudes, Behaviors, and Experiences. American journal of critical care: an official publication, American Association of Critical-Care Nurses [Internet]. 2017 May 1 [cited 2022 Feb 26];26(3):229–39. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28461545/>
67. Iserson K v. ETHICAL ISSUES IN CLINICAL EMERGENCY MEDICINE PRINCIPLES OF BIOMEDICAL ETHICS.
68. LaRocco SA, Toronto CE. Clinical Practice Guidelines and Family Presence During Cardiopulmonary Arrest. Vol. 41, Western Journal of Nursing Research. SAGE Publications Inc.; 2019. p. 1219–21.
69. Perkins GD, Graesner JT, Semeraro F, Olasveengen T, Soar J, Lott C, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2021: Executive summary. Resuscitation. 2021 Apr 1;161:1–60.
70. Goldberger ZD, Facp BK, Nallamotheu G, Nichol PS, Chan JR, Curtis CR. FAMILY PRESENCE DURING RESUSCITATION AND PATTERNS OF CARE DURING IN-HOSPITAL CARDIAC ARREST Cooke, MD, MSc, and

the American Heart Association's Get With the Guidelines®-Resuscitation (formerly, the National Registry of Cardiopulmonary Resuscitation).

71. Chapman R, Bushby A, Watkins R, Combs S. Australian Emergency Department health professionals' reasons to invite or not invite Family Witnessed Resuscitation: A qualitative perspective. *International Emergency Nursing*. 2014 Jan;22(1):18–24.
72. Jw S, Md O, Frcpc M, Mazzetti I, Cupido C, Fox-Robichaud AE, et al. Family presence during resuscitation: A Canadian Critical Care society position paper. Vol. 22, *Can Respir J*.
73. Badir A, Sepit D. Family presence during CPR: A study of the experiences and opinions of Turkish critical care nurses. *International Journal of Nursing Studies*. 2007 Jan;44(1):83–92.
74. Powers KA. Barriers to family presence during resuscitation and strategies for improving nurses' invitation to families. *Applied Nursing Research*. 2017 Dec 1;38:22–8.
75. Walker W, Gavin C. Family presence during resuscitation: A narrative review of the practices and views of critical care nurses. Vol. 53, *Intensive and Critical Care Nursing*. Churchill Livingstone; 2019. p. 15–22.
76. Mekitarian FFP, Angelo M. Presença da família em sala de emergência pediátrica: opiniões dos profissionais de saúde. *Revista Paulista de Pediatria*. 2015 Dec;33(4):460–6.
77. Ramage E, Porter JE, Biedermann N. Family presence during resuscitation (FPDR): A qualitative study of implementation experiences and opinions of emergency personnel. *Australasian Emergency Care* [Internet]. 2018 May 1 [cited 2022 Feb 27];21(2):51–5. Available from: <http://www.ausemergcare.com/article/S2588994X18300162/fulltext>
78. Lai MK, Aritejo BA, Tang JS, Chen CL, Chuang CC. Predicting medical professionals' intention to allow family

- presence during resuscitation: A cross sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2017 May 1; 70:11–6.
79. Chapman R, Bushby A, Watkins R, Combs S. Australian Emergency Department health professionals' reasons to invite or not invite Family Witnessed Resuscitation: A qualitative perspective. *International Emergency Nursing*. 2014 Jan; 22(1):18–24.
  80. Deacon A, O'Neill TA, Gilfoyle E. A Scoping Review of the Impact of Family Presence on Pediatric Resuscitation Team Members\*. *Pediatric Critical Care Medicine*. Lippincott Williams and Wilkins; 2020. p. E1140–7.
  81. Acceptance of family member presence during pediatric resuscitations in the emergency department\_ Effects of personal experience.
  82. Family Presence During Pediatric Resuscitation: A Focus on Staff.
  83. Meghani S, Karmaliani R, Ajani K, Shehzad Bhamani S, Khan NU, Lalani N. Knowledge, Attitude, and Practice of Healthcare Professionals Regarding Family Presence During Resuscitation: An Interventional Study in a Tertiary Care Setting, Karachi, Pakistan. *Connect: The World of Critical Care Nursing*. 2019 Mar 1; 13(1):46–55.
  84. Rafiei H, Senmar M, Mostafaie MR, Goli Z, Avanaki SN, Abbasi L, et al. Self-confidence and attitude of acute care nurses to the presence of family members during resuscitation. 2018.
  85. Mekitarian FFP, Angelo M. Presença da família em sala de emergência pediátrica: opiniões dos profissionais de saúde. *Revista Paulista de Pediatria*. 2015 Dec; 33(4):460–6.
  86. Bozkurt G, Sonmez Duzkaya D, Oren B. Opinions of Intensive Care Nurses about Family-Centered Care in Turkey. *Education Nurse Capa Fatih, Istanbul, Turkey [Internet]*. Vol. 14, *International Journal of Caring Sciences*. Available from: [www.internationaljournalofcaringsciences.org](http://www.internationaljournalofcaringsciences.org)

87. Doolin CT, Quinn LD, Bryant LG, Lyons AA, Kleinpell RM. Family presence during cardiopulmonary resuscitation: Using evidence-based knowledge to guide the advanced practice nurse in developing formal policy and practice guidelines. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 2011 Jan;23(1):8–14.
88. Cranley LA, Cummings GG, Profetto-McGrath J, Toth F, Estabrooks CA. Facilitation roles and characteristics associated with research use by healthcare professionals: A scoping review. *BMJ Open*. 2017 Aug 1;7(8).
89. Vanhoy MA, Horigan A, Stapleton SJ, Valdez AM, Bradford JY, Killian M, et al. Clinical Practice Guideline: Family Presence. *Journal of emergency nursing* [Internet]. 2019 Jan 1 [cited 2022 Feb 9];45(1):76.e1-76.e29. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30616766/>

# ALLEGATI

**LA POSIZIONE DI EfCCNa, ESPNIC e CCNAP:**

1. Tutti i pazienti hanno il diritto di avere i familiari presenti durante la rianimazione. *Nota 1*
2. Ai familiari del paziente dovrebbe essere offerta la possibilità di essere presenti durante la rianimazione di un parente. *Nota 2*
3. Il supporto dovrebbe essere fornito da un operatore sanitario adeguatamente qualificato la cui responsabilità è quella di prendersi cura dei familiari che assistono alla rianimazione cardiopolmonare. *Nota 3*
4. Ai familiari che hanno assistito ad un evento di rianimazione deve essere offerta una consulenza professionale.
5. Tutti i membri del team di rianimazione che sono stati coinvolti in un tentativo di rianimazione quando erano presenti i familiari devono partecipare al debriefing del team.
6. La presenza della famiglia durante la rianimazione deve essere incorporata nei curricula dei programmi di formazione alla rianimazione cardiopolmonare.
- 7 Tutte le unità di terapia intensiva e critica dovrebbero avere linee guida scritte multidisciplinari sulla presenza dei familiari durante la rianimazione cardiopolmonare.

## **NOTE**

### *Nota 1*

La decisione di permettere ai familiari di essere presenti durante un tentativo di rianimazione dovrebbe essere presa nel migliore interesse della persona che viene rianimata. A questo proposito, la discussione dovrebbe essere facilitata da professionisti sanitari esperti. Quando è appropriato, le guide spirituali o altri membri addestrati del team sanitario possono assumere questo ruolo. Se il paziente che viene rianimato ha espresso un desiderio precedente, questo dovrebbe essere rispettato.

### *Nota 2*

Quando la persona che viene rianimata non è in grado di comunicare i suoi desideri, o non ha precedentemente espresso i suoi desideri in una direttiva avanzata, la decisione su chi dovrebbe essere presente durante la rianimazione dovrebbe essere presa congiuntamente dai membri del team di rianimazione e dai familiari. La decisione di un membro della famiglia di essere presente o meno durante la rianimazione di un parente deve essere presa liberamente dal membro della famiglia, senza coercizione o pressione. I membri della famiglia devono essere avvertiti che in alcune occasioni può essere chiesto loro di lasciare la stanza se in qualsiasi momento si pensa che sia nel loro interesse o in quello del paziente, per esempio, allo scopo di ottenere radiografie o per evitare di ostacolare il lavoro del team di rianimazione. L'Europa è multiculturale e il team di rianimazione deve tenere conto delle credenze, dei valori e dei rituali del singolo paziente e della famiglia. Il background culturale del paziente e della famiglia dovrebbe essere valutato in relazione alla fornitura di un'adeguata assistenza personalizzata.

### *Nota 3*

Sebbene si riconosca che in alcune occasioni potrebbe non essere possibile fornire un operatore sanitario la cui unica responsabilità sia quella di assistere il familiare, ciò non dovrebbe significare l'esclusione del familiare dalla rianimazione.

Piuttosto, un membro esperto del team di rianimazione, che non sta assumendo un ruolo di primo piano, dovrebbe essere designato come responsabile principale dell'assistenza continua del familiare. Per quanto riguarda i familiari, il ruolo dell'operatore sanitario designato è quello di:

- informarli su cosa aspettarsi prima di entrare nell'area di rianimazione,
- fornire un commento corrente con spiegazioni appropriate,
- aiutarli a comunicare la loro presenza al loro congiunto,
- rispondere in modo sincero e realistico alle domande,
- mantenere un ambiente sicuro,
- valutare continuamente il loro stato emotivo e fisico,
- se possibile, accompagnare il familiare se desidera lasciare la scena, continuando a mantenere i contatti con il team di rianimazione per loro conto,
- fornire loro l'opportunità di riflettere sul processo di rianimazione dopo l'evento, partecipare al debriefing del team di rianimazione, fornendo un feedback rispetto ai bisogni e alle preoccupazioni da loro espressi.