

Gabriele Prati<sup>1</sup>, Massimo Monti<sup>2</sup>

## La presenza dei familiari durante la rianimazione cardio-polmonare e altre manovre invasive

<sup>1</sup> Dipartimento di Scienze dell'Educazione dell'Università di Bologna<sup>2</sup> Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Bologna

**RIASSUNTO.** *Introduzione.* La presenza dei familiari durante la rianimazione cardio-polmonare e altre manovre invasive è stata dibattuta sin dai primi anni '90. Nonostante la presenza dei familiari sia poco accettata nella pratica sanitaria, già a partire dalla metà degli anni '90 molte associazioni professionali americane hanno cominciato a supportare l'idea che sia consentita ai familiari la possibilità di rimanere con i loro cari durante le manovre assistenziali. L'obiettivo di questo studio è di identificare le procedure, le preferenze e le pratiche esistenti fra operatori sanitari dell'emergenza e della terapia intensiva. *Metodi.* Un totale di 378 operatori, medici e infermieri, ha compilato un questionario di 10 item. *Risultati.* Fra i partecipanti, gli infermieri rispetto ai medici tendono a esprimere un maggiore disaccordo circa la presenza dei familiari. Gli operatori della terapia intensiva tendono a esprimere un maggiore disaccordo circa la presenza dei familiari rispetto agli operatori del pronto soccorso e soprattutto fra quelli del 118. Se l'83% dei partecipanti è in disaccordo con la presenza dei familiari durante la rianimazione cardio-polmonare, il 67% dei partecipanti riporta che la presenza dei familiari può essere utile per favorire la collaborazione fra membri della famiglia e dello staff. Complessivamente il 92% dei partecipanti ha riportato di lavorare in unità in cui non vi sono procedure scritte che stabiliscano i termini della presenza dei familiari. *Conclusioni.* Si raccomandano interventi di formazione volti a disseminare conoscenze circa gli aspetti relazionali in ambito sanitario e lo sviluppo di procedure scritte che stabiliscano i termini della presenza dei familiari.

**Parole chiave:** presenza dei familiari, terapia intensiva, famigliari, pronto soccorso, 118.

**ABSTRACT.** *FAMILY PRESENCE DURING CARDIOPULMONARY RESUSCITATION AND OTHER INVASIVE PROCEDURES.*

**Introduction.** Family presence during patient cardiopulmonary resuscitation and other invasive procedures has been discussed and debated since the early 1990s. Although family presence was not a well-practiced phenomenon, nor generally accepted, since the early to mid 1990s many American professional organizations have endorsed the idea of family presence. The aim of this study is to identify the policies, preferences, and practices of critical care and emergency personnel for having patients' families present during medical procedures and cardiopulmonary resuscitation.

**Methods.** A total of 378 nurses and medical workers filled out a 10-item survey. **Results.** Among the respondents, nurses tended to disagree more with family presence in comparison to physician. Critical care unit personnel tended to disagree more with family presence in comparison to emergency department personnel and especially pre-hospital care personnel. While 83% of participants disagree with family presence during cardiopulmonary resuscitation, 67% of participant endorse the view that family presence may foster collaboration between family members and staff members. Overall, 92% of participants worked on units without written policies allowing family presence. **Conclusions.** Training programs aimed at disseminating knowledge about the relational aspects of health care and the development of written policies or guidelines for family presence during medical procedures are recommended.

**Key words:** family presence, critical care unit, family members, emergency department, pre-hospital care.

### Introduzione

Il progresso delle scienze mediche e infermieristiche richiede sempre più un costante aggiornamento sulle nozioni tecniche e biologiche con il rischio di trascurare lo spazio dedicato al rapporto umano, componente importante nel processo di cura. Il dibattito sull'umanizzazione della medicina e di demedicalizzazione dei servizi è pertanto sempre più vivo nelle letterature (1). Il termine umanizzazione in ambito sanitario fa riferimento a parole quali "accoglienza", "ospitalità", "ascolto", "comprensione", "sostegno" e "informazione". L'umanizzazione delle cure comporta una considerazione del paziente come persona, unico e insostituibile, del familiare come risorsa fondamentale e degli operatori come figure da formare e sostenere. Gli interventi di umanizzazione possono riguardare tutte le fasi dal ricovero alla dimissione o alla eventuale assistenza domiciliare o comunicazione del decesso ai familiari. Essenzialmente gli interventi di umanizzazione si possono collocare su tre prospettive, quella amministrativa, volta per esempio a snellire le pratiche burocratiche, quella strutturale, volta per esempio a modificare o ripensare i luoghi di cura (arredamento, attrezzature, ecc.) e i servizi (bar, mense, ecc.) allo scopo di incrementare la qualità della vita, e quella relazionale, volta a garantire la soddisfazione dei bisogni socio-relazionali della persona presa in cura. In buona sostanza umanizzazione significa rispettare i bisogni non solo sanitari ma anche psicologici, sociali, relazionali, lavorativi e spirituali delle persone prese in carico. Nella letteratura internazionale da circa vent'anni sono comparse le raccomandazioni da parte di esperti sul tema della umanizzazione dei servizi sanitari (2). In Italia il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 aveva inserito fra gli obiettivi prioritari l'umanizzazione.

Un elemento importante dell'umanizzazione consiste nell'"aprire le porte" ai familiari come sostiene Burchardi in un editoriale pubblicato sulla rivista *Intensive Care Medicine* (3). Nella letteratura internazionale da tempo si dibatte sul tema della presenza dei familiari durante la rianimazione cardio-polmonare e altre manovre invasive. Uno dei primi studi effettuati negli anni '80 ha messo in luce che, nonostante fosse una pratica comune escludere la presenza dei familiari durante la

rianimazione polmonare, il 94% dei familiari che avevano assistito a queste manovre espressero il desiderio di essere nuovamente presenti in casi simili e il 76% pensarono che il dolore per la perdita fosse in qualche modo attenuato assistendo alle manovre (4). Da allora la letteratura non ha fatto che confermare il dato che la maggior parte dei familiari desidera essere presente durante quelli che potrebbero essere gli ultimi momenti di vita di un loro caro (5-9). Inoltre, una quota importante della popolazione desidera sempre più che sia consentita ai familiari la possibilità di rimanere con i loro cari durante la rianimazione cardio-polmonare, indipendentemente dall'esito del paziente (10). Tuttavia nella letteratura sono state espresse diverse critiche circa la presenza dei familiari. Alcuni sostengono che i familiari potrebbero riportare conseguenze psicologiche negative dall'impatto con un evento così drammatico (11, 12), che la performance dello staff potrebbe essere influenzata negativamente dall'ansia del familiare (11, 13), e che vi potrebbe essere un rischio maggiore di ripercussioni legali (12, 14).

Le evidenze empiriche disponibili offrono scarso sostegno alle critiche mosse circa la presenza dei familiari. Per esempio l'84% di un campione di 96 operatori sanitari che hanno effettuato manovre invasive in presenza di familiari ha riportato di non esserne stato influenzato (15). In un'indagine su 114 operatori dell'emergenza extraospedaliera che hanno eseguito manovre rianimatore non si sono riscontrate differenze in termini di stress percepito fra chi ha eseguito le procedure in presenza di familiari e chi, invece, senza familiari (16). Inoltre uno studio presso il Foote Hospital nello stato del Michigan non ha riscontrato nessuna interferenza nelle procedure di rianimazione da parte dei familiari (8). Infine, non vi sono evidenze che la presenza dei familiari durante la rianimazione cardio-polmonare e altre manovre invasive possa avere di per sé conseguenze negative; al contrario le evidenze disponibili mostrano che i familiari che hanno assistito a tali manovre riportano che questa esperienza è servita loro per affrontare meglio il processo di lutto (4, 8, 28) e per incrementare il senso di vicinanza a un loro caro in un momento della vita così cruciale (17).

Sebbene la letteratura internazionale sia cauta sui possibili benefici, un punto importante emerso dalla letteratura concerne il fatto che non vi siano elementi atti a giustificare l'esclusione a priori dei familiari durante la rianimazione cardio-polmonare e altre manovre invasive. Il cambiamento avvenuto nella medicina, da un approccio paternalistico a uno collaborativo con i familiari, si è registrato anche in questa area di studio. Nel 1993, infatti, l'Emergency Nurses Association ha diramato le prime linee guida di un'associazione professionale concernente la presenza dei familiari durante la rianimazione cardio-polmonare e altre manovre invasive. Da allora le linee guida emesse in tal senso si sono moltiplicate. Nel 2007 è stata emessa Dichiarazione di posizione comune (2007) circa la presenza dei familiari durante la rianimazione cardiopolmonare della Federazione europea delle associazioni infermieristiche di area critica e della Società europea di area critica pediatrica e neonatale.

Se da una parte queste linee guida e le molte altre emesse sono volte a evitare l'esclusione di routine dei familiari, dall'altra non si è registrato un forte consenso da parte del personale sanitario a tali linee guida. Tale consenso è importante poiché il comportamento verbale e non verbale del personale sanitario è in grado di influenzare la decisione del familiare di essere o meno presente (19). Messaggi verbali espliciti (per esempio "Signora esca da qui") oppure segnali non verbali come chiudere la tenda e voltare le spalle segnalano in modo più o meno diretto l'intenzione di escludere i familiari (19). Sulla base di queste evidenze, una parte della letteratura si è focalizzata sugli atteggiamenti e sulle pratiche adottate dal personale sanitario. Dalle indagini emerge, per esempio, che il personale medico, rispetto a quello infermieristico, tende maggiormente a escludere i familiari durante la rianimazione cardio-polmonare (12, 15).

Recenti indagini sul personale infermieristico europeo hanno rivelato che quasi la metà dei partecipanti (45.5%) riporta che non vuole la presenza dei familiari (20). Vi sono delle differenze tra operatori: all'aumentare dell'anzianità lavorativa vi è una maggiore accettazione della presenza dei familiari (21). Gli studi mostrano, inoltre che il 93-95% del personale infermieristico riporta l'assenza di procedure scritte a riguardo (20-22). Una recente indagine condotta su 303 Unità di Terapia Intensiva italiane ha rilevato la presenza di regolamenti e consuetudini molto restrittive che vengono rese meno rigide solo quando sono coinvolti minori o persone in fin di vita. Per esempio in più della metà (55%) delle Unità di Terapia Intensiva indagate vi è un unico momento al giorno dedicato alle visite dei familiari (23). In Italia va segnalata la sperimentazione "Terapie intensive aperte" promossa dalla regione Emilia Romagna che ha visto nel 2007 un'indagine in 43 terapie intensive della regione la quale ha evidenziato che durante le manovre di assistenza, i famigliari sono in genere allontanati: sempre durante la rianimazione cardiopolmonare, nell'86% delle strutture durante la bronco aspirazione ([http://www.saluter.it/wcm/saluter/news/il\\_fatto/2009\\_gennaio\\_aprile/010\\_terapie\\_intens\\_aperte/indagine/Microsoft\\_Word\\_-\\_Documento5.pdf](http://www.saluter.it/wcm/saluter/news/il_fatto/2009_gennaio_aprile/010_terapie_intens_aperte/indagine/Microsoft_Word_-_Documento5.pdf)).

Lo scopo del presente studio è quello di indagare gli atteggiamenti e le pratiche del personale sanitario nei confronti della presenza dei familiari durante l'esecuzione di procedure sanitarie sui loro cari. Dall'analisi della letteratura non ci risulta che questo tipo di indagine sia stato effettuato su operatori sanitari italiani. Inoltre ci aspettiamo che l'unità di appartenenza abbia una sua particolare importanza nei confronti delle motivazioni, pratiche operative e atteggiamenti degli operatori circa la presenza dei familiari. Nello specifico ci aspettiamo che il contesto di lavoro, per esempio intra o extraospedaliero possa influire su queste variabili.

---

## Metodo

### Procedura e campione

La presente ricerca si è svolta tra giugno e settembre 2008 presso diversi ospedali di tre regioni italiane (Emilia-Romagna, Abruzzo e Toscana). Il campione è costituito da

378 partecipanti di cui 184 della regione Emilia-Romagna, 77 dell'Abruzzo e 76 della Toscana. I partecipanti hanno un'età media di 40,16 anni (DS = 8,23), mentre la loro anzianità di servizio nell'unità operativa in questione è 15,91 anni (DS = 8,42). La maggior parte dei partecipanti ricopre il ruolo di infermiere (n = 286) mentre il resto è medico (n = 85). Le unità operative coinvolte in questo studio sono le Terapie Intensive (Unità di Terapia Intensiva Cardiologia, Anestesia e Rianimazione, Terapia Intensiva Neurochirurgia) (n = 167), il Pronto Soccorso (n = 113) e i servizi di Emergenza Extraospedaliera 118 (n = 89).

### Strumento

Lo strumento utilizzato nella presente ricerca consiste in un questionario composto da:

- 1) una parte in cui si richiedono dati riguardanti l'attività professionale come città in cui si trova l'ospedale, unità operativa di appartenenza, anzianità lavorativa nel contesto sanitario e nell'unità operativa di appartenenza, età e ruolo (medico o infermiere);
- 2) una seconda parte costituita dai seguenti dieci item che vanno a indagare atteggiamenti, pratiche operative e motivazioni concernenti la presenza dei familiari durante l'esecuzione di procedure sanitarie sui loro cari:
  - a. Di solito nella sua unità operativa è consentita la presenza di un parente durante la visita o durante le manovre assistenziali?
  - b. Di solito nella sua unità operativa i parenti possono assistere alle manovre rianimatorie eseguite dal personale?
  - c. Esistono procedure scritte che definiscono come comportarsi con i parenti, permettendo loro di essere presenti oppure no durante le fasi assistenziali?
  - d. Crede sia giusto che i familiari possano essere presenti, se richiesto dal paziente, alla visita medica e durante le fasi diagnostiche e terapeutiche?
  - e. Lei pensa sia giusto che il parente/i assistano a manovre rianimatorie (BLS-D-ACLS, ecc.) dei loro cari?
  - f. Se i familiari sono presenti il team sanitario si comporta in modo diverso durante l'intervento?
  - g. Lei personalmente, ha paura di eventuali ripercussioni legali?
  - h. Secondo lei può essere che gli operatori sanitari non permettano la presenza dei parenti per paura di essere giudicati?
  - i. A suo avviso, il parente al quale non è permesso restare vicino al proprio caro durante l'intervento potrebbe crearsi un'idea distorta, negativa dell'operato dei sanitari?
  - j. Crede che la presenza dei familiari sia utile per facilitare gli operatori nell'interazione con l'utenza aumentando la loro collaborazione?

### Risultati

Alla domanda "Di solito nella sua unità operativa è consentita la presenza di un parente durante la visita o durante le manovre assistenziali?" il 65,8% del nostro campione ha risposto no. Tuttavia se si va a scomporre il cam-

pione in base all'unità operativa di appartenenza emergono differenze statisticamente significative [ $\chi^2(2, N = 357) = 113,18, p < .001$ ]. Nello specifico, nei reparti di terapia intensiva coloro che hanno risposto no sono il 93%, mentre nel pronto soccorso la percentuale scende al 53% per arrivare a un 30% di risposte negative nel 118.

Alla domanda "Di solito nella sua unità operativa i parenti possono assistere alle manovre rianimatorie eseguite dal personale?" l'88,5% dei partecipanti ha risposto negativamente. Permangono tuttavia differenze significative nei confronti dell'unità di appartenenza [ $\chi^2(2, N = 367) = 104,71, p < .001$ ]. In particolare, nei reparti di terapia intensiva o del pronto soccorso gli operatori che hanno risposto negativamente sono il 98% e il 97% rispettivamente. Gli operatori del 118 si differenziano dagli altri poiché solo il 57% ha risposto in modo negativo.

Alla domanda "Esistono procedure scritte che definiscono come comportarsi con i parenti, permettendo loro di essere presenti oppure no durante le fasi assistenziali?" la quasi totalità del campione (92,4%) risponde in modo negativo. In questo caso non emergono differenze legate all'unità operativa di appartenenza [ $\chi^2(2, N = 346) = 1,40, p > .05$ ].

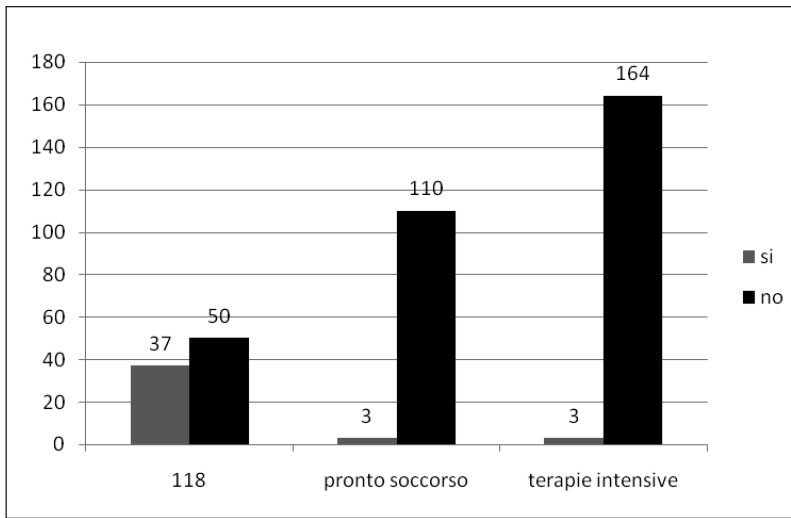
Alla domanda "Crede sia giusto che i familiari possano essere presenti, se richiesto dal paziente, alla visita medica e durante le fasi diagnostiche e terapeutiche?" il 61,5% del campione ha risposto affermativamente. La risposta a questa domanda varia in base all'unità di appartenenza dell'operatore [ $\chi^2(2, N = 356) = 31,27, p < .001$ ]. In particolare se solo una minoranza fra gli operatori del 118, ossia il 14,9%, ha risposto negativamente, tale percentuale di contrari tende a raddoppiare fra gli operatori del pronto soccorso (36,8%) e a triplicare fra quelli della terapia intensiva (50,9%).

Alla domanda "Lei pensa sia giusto che il parente/i assistano a manovre rianimatorie (BLS-D-ACLS, ecc.) dei loro cari?" l'83,3% dei partecipanti ha risposto in modo negativo. Anche qui l'effetto del contesto di intervento è statisticamente significativo [ $\chi^2(2, N = 363) = 61,30, p < .001$ ]. Nello specifico, se gli operatori del reparto di terapia intensiva e del pronto soccorso si esprimono fortemente a sfavore (93% e 91% rispettivamente di risposte negative), gli operatori del 118 (56% di risposte negative) si dividono a metà.

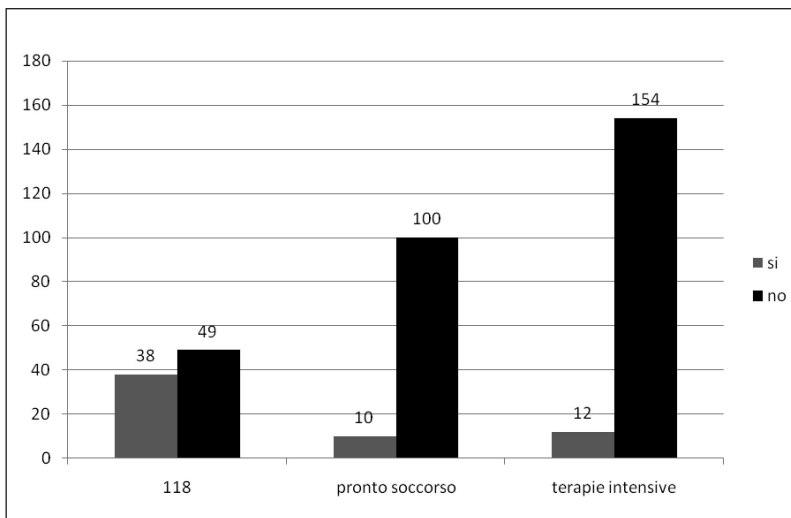
Dalle analisi è emerso che sono gli infermieri ad essere maggiormente in disaccordo circa la presenza dei familiari rispetto ai medici [ $\chi^2(1, N = 366) = 16,61, p < .001$ ], mentre non sembra avere effetto sia l'anzianità lavorativa nel contesto sanitario [ $t(325) = 1,398; p > .05$ ] che l'anzianità lavorativa nella Unità Operativa di appartenenza [ $t(352) = 1,379; p > .05$ ].

Alla domanda "Se i familiari sono presenti il team sanitario si comporta in modo diverso durante l'intervento?" il 74% del campione ha risposto negativamente. Tale risposta viene fornita allo stesso modo a prescindere dall'unità operativa di appartenenza [ $\chi^2(2, N = 359) = 0,33, p > .05$ ].

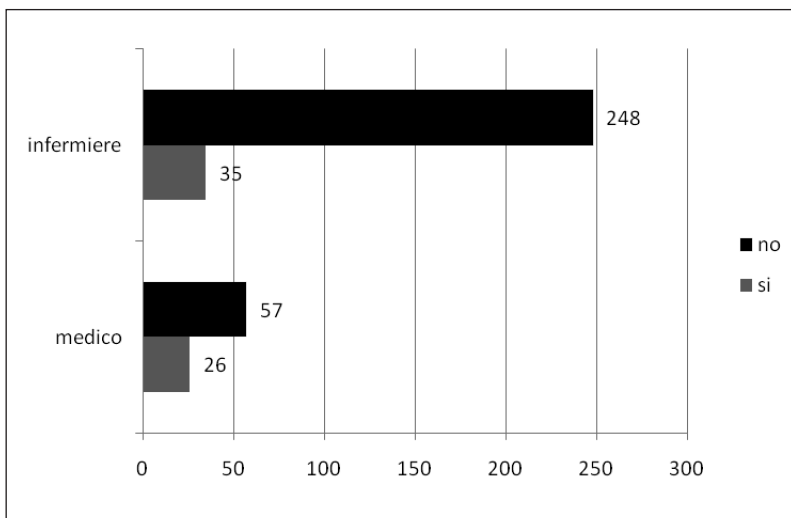
Alla domanda "Lei personalmente, ha paura di eventuali ripercussioni legali?", il 70% del campione ha risposto negativamente. Non emergono, inoltre, differenze statisticamente in termini di unità di appartenenza [ $\chi^2(2, N = 365) = 0,73, p > .05$ ].



**Figura 1.** Risposte alla domanda "Di solito nella sua unità operativa i parenti possono assistere alle manovre rianimatorie eseguite dal personale?" suddivise per unità di appartenenza



**Figura 2.** Risposte alla domanda "Lei pensa sia giusto che il parente/i assistano a manovre rianimatorie (BLS-D-ACLS, ecc.) dei loro cari?" suddivise per unità di appartenenza



**Figura 3.** Risposte alla domanda "Lei pensa sia giusto che il parente/i assistano a manovre rianimatorie (BLS-D-ACLS, ecc.) dei loro cari?" suddivise per professionalità

Alla domanda "Secondo lei può essere che gli operatori sanitari non permettano la presenza dei parenti per paura di essere giudicati?" il 55% dei partecipanti ha risposto negativamente. Questo tipo di timore, oltre a essere maggiormente condiviso rispetto a quello delle ripercussioni legali, si differenzia in modo statisticamente significativo sulla base dell'unità operativa di appartenenza [ $\chi^2(2, N = 364) = 10,86, p > .01$ ]. Nello specifico il timore di essere giudicati dai familiari per il loro operato è maggiore fra gli operatori del 118 (60% di risposte positive) rispetto agli operatori del pronto soccorso (39% di risposte positive) o della terapia intensiva (41% di risposte positive).

Alla domanda "A suo avviso, il parente al quale non è permesso restare vicino al proprio caro durante l'intervento potrebbe crearsi un'idea distorta, negativa dell'operato dei sanitari?" il 55,3% dei partecipanti ha risposto in modo affermativo. La risposta affermativa si differenzia sulla base dell'unità di appartenenza [ $\chi^2(2, N = 358) = 15,27, p > .001$ ]. In particolare il 68,2% degli operatori del 118, il 60,6% degli operatori di pronto soccorso e il 44,1% degli operatori di terapia intensiva hanno risposto in modo affermativo a questa domanda.

Alla domanda "Crede che la presenza dei familiari sia utile per facilitare gli operatori nell'interazione con l'utenza aumentando la loro collaborazione?" due operatori sanitari su tre (67%) hanno risposto affermativamente. Inoltre la risposta a questa domanda non è influenzata dall'unità operativa di appartenenza [ $\chi^2(2, N = 341) = 2,31, p > .05$ ].

**Discussione**

Lo scopo di questa ricerca è stato quello di indagare gli atteggiamenti, le pratiche operative e le motivazioni del personale sanitario nei confronti della presenza dei familiari durante l'esecuzione di procedure sanitarie sui loro cari.

La maggioranza del campione (66%) ha riportato che nell'unità operativa di appartenenza è consentita la presenza di un parente durante la visita o durante le manovre assistenziali. Il divieto alla presenza dei familiari viene riportato da quasi nove operatori su dieci se si parla di assistere alle manovre rianimatorie. Le visite o le manovre assistenziali non sono per loro definizione interventi particolarmente in-



vasivi. È lecito aspettarsi quindi che gli operatori sanitari siano più restii ad accettare la presenza dei familiari durante la rianimazione cardiopolmonare (RCP). Le risposte a queste domande, tuttavia, tendono a variare di molto se si considera separatamente l'unità di appartenenza. Nei casi di visite o manovre assistenziali il divieto della presenza dei familiari è riportato da nove su dieci operatori di terapia intensiva, dalla metà degli operatori di pronto soccorso e da un terzo degli operatori del 118. Nei casi di manovre rianimatorie si assiste a divieti maggiori circa la presenza di familiari e una differenziazione netta fra pronto soccorso e terapia intensiva da una parte e 118 dall'altra. Nello specifico quasi tutti gli operatori di pronto soccorso e terapia intensiva e circa la metà degli operatori di 118 riportano che i familiari non possono assistere alle manovre rianimatorie eseguite dal personale.

Questi dati sono molto importanti poiché mettono in luce l'influenza del contesto sul comportamento dell'operatore sanitario. In altre parole chi svolge la sua professione in terapia intensiva, e in parte il pronto soccorso, è tutelato da una struttura architettonica, una "roccaforte" che porta ad abituarsi a operare senza la presenza di estranei. Al contrario chi presta servizio nel servizio di soccorso extraospedaliero si trova a operare in contesti meno "protetti" come la strada o le abitazioni dei chiamanti. Ne deriva che in alcune condizioni, come nella strada, gli operatori sono obbligati a lavorare sotto gli occhi dei familiari. Oppure se pensiamo all'intervento nell'abitazione l'operatore può sentire un minore potere nel chiedere a un familiare di uscire da una camera di sua proprietà. Al contrario operatori sanitari che lavorano all'interno dell'ospedale hanno un maggiore potere nel chiedere ai familiari di uscire dalla stanza. In queste risposte possiamo notare un effetto esemplificato dalla frase "a casa mia comando io": gli operatori che prestano servizio intraospedaliero si sentono maggiormente "padroni" del contesto e in questo senso si sentono maggiormente titolati a gestire la presenza dei familiari, mentre nel servizio extraospedaliero gli operatori possono sentirsi "ospiti" e quindi meno propensi a "chiudere la scena" alla vista dei familiari in quanto possono avere l'inconfutabile diritto ad accedere a qualsiasi ambiente qualora lo desiderino.

Ci siamo chiesti se le differenze nelle pratiche operative concernenti la gestione della presenza dei familiari fosse dovuta solo all'effetto del contesto o piuttosto alla presenza di procedure scritte. È possibile, per esempio, che in alcune unità come terapia intensiva vi siano procedure scritte a differenza di altre unità come il pronto soccorso. La mancanza di una procedura scritta è simile fra le unità operative considerate. Da questa ricerca emerge chiaramente quanto gli operatori siano consapevoli della mancanza di protocolli operativi che diano regole chiare, univoche sul comportamento da tenersi nei confronti dei familiari delle differenti situazioni che possono presentarsi all'interno della propria unità operativa. È possibile che i Direttori Sanitari delle differenti unità operative non abbiano creduto necessario definire linee di condotta ufficiali, considerando l'argomento di secondaria importanza ed è probabile che non vi siano stati momenti di confronto come riunioni, aggiornamenti, audit su questo specifico

problema. Questo studio riporta risultati in linea con ricerche analoghe negli Stati Uniti e in Europa dove si rileva che una percentuale che va dal 5% al 7% del personale infermieristico coinvolto riporta di non essere a conoscenza di protocolli circa la presenza dei familiari (20-22).

Dal momento che generalmente questo aspetto non è proceduralizzato, la spiegazione più plausibile per tali pratiche operative risiede in norme organizzative non scritte ma passate da un operatore all'altro in via ufficiosa: "si fa così" oppure "si è sempre fatto così". Ci siamo chiesti, quindi, che cosa pensino gli operatori di tali pratiche operative non ufficiali volte a gestire la presenza dei familiari.

Un operatore su tre ritiene che i familiari non possano essere presenti, anche se richiesto dal paziente, alla visita medica e durante le fasi diagnostiche e terapeutiche. La numerosità degli operatori che rifiutano la presenza del familiare in tali circostanze si abbassa considerando separatamente gli operatori del 118 (uno su sette) e si eleva nel caso degli operatori della terapia intensiva (uno su due). I risultati a questa domanda, inoltre, cambiano se si va a considerare la presenza dei familiari durante manovre rianimatorie. L'83% dei partecipanti ritiene che non sia opportuno che i familiari assistano a manovre rianimatorie. Questa percentuale è molto più alta rispetto a quella riscontrata in un altro studio su personale infermieristico europeo dal quale emerge che circa la metà degli operatori si trova in disaccordo rispetto alla presenza dei familiari (20). Il contesto operativo sembra andare a influenzare le credenze degli operatori circa la presenza dei familiari durante l'esecuzione di manovre rianimatorie. Nello specifico, circa uno su dieci fra gli operatori del reparto di terapia intensiva e del pronto soccorso si esprimono fortemente a sfavore (93% e 91% rispettivamente di risposte negative), mentre solo circa la metà degli operatori del 118 (56% di risposte negative) si esprimono a sfavore. È ipotizzabile pensare che chi lavora a maggiore contatto con i familiari (operatori del 118) è maggiormente in grado di osservare le loro reazioni dopo aver assistito a pratiche invasive. Prendendo consapevolezza che generalmente non vi sono particolari difficoltà o problematiche per i familiari che assistono a interventi invasivi sui loro cari, gli operatori del 118 hanno la possibilità di confutare le loro ipotesi sulla presunta necessità di allontanare i parenti. Al contrario gli operatori che hanno minori occasioni di interagire con i familiari non hanno la possibilità di confutare le loro ipotesi circa la necessità di allontanare i parenti. A questo proposito ci siamo chiesti se l'esperienza e il ruolo professionale potessero influire sulla credenza circa l'appropriatezza della presenza dei familiari. Dalle analisi non emerge un effetto dell'anzianità lavorativa: è possibile pensare che il cambiamento di atteggiamento non sia dovuto all'anzianità lavorativa di per sé ma alla concreta possibilità di esperire la presenza dei familiari durante manovre rianimatorie. Dalle ricerche emerge, infatti, che gli operatori sanitari con più esperienza in termini di presenza di familiari tendono a esprimere maggiormente un accordo a questa pratica (13, 15, 24).

Ci siamo chiesti quali possano essere le motivazioni dal punto di vista dell'operatore sanitario che giustifichino l'allontanamento dei familiari durante le manovre

invasive. Per prima cosa abbiamo ipotizzato che gli operatori possano venire influenzati dalla presenza dei familiari nell'espletamento delle manovre. Dalle analisi è emerso che un operatore su quattro si comporta in modo diverso se i familiari sono presenti e ciò indipendentemente dall'unità di appartenenza. Questo risultato si discosta leggermente da un altro studio internazionale dal quale si evince che solo il 16% degli operatori sanitari ritiene che la presenza dei familiari influisca sulla loro prestazione professionale (15).

In seconda battuta abbiamo ipotizzato che gli operatori possano essere preoccupati per eventuali ripercussioni legali. Abbiamo riscontrato che solo un operatore su tre riporta preoccupazioni di questo tipo e ciò a prescindere dalla loro unità di appartenenza.

Abbiamo ipotizzato, inoltre, che gli operatori sanitari possano avere paura di essere giudicati dai familiari per il loro operato. Un tale timore è più diffuso rispetto alla preoccupazione circa le ripercussioni legali in quanto è stato riportato da quasi la metà degli operatori. Inoltre questo tipo di timore si differenzia in base all'unità operativa di appartenenza. Il contesto nel quale si interviene, se pensiamo al reparto intraospedaliero o all'abitazione del paziente, e la frequenza con la quale gli operatori si trovano a interagire con i familiari spiega la maggiore preoccupazione per il giudizio dei partecipanti del 118 rispetto agli operatori di terapia intensiva e pronto soccorso.

Circa la metà degli operatori intervistati ritiene che la presenza dei familiari durante l'intervento sanitario possa essere utile per evitare che si creino idee distorte sul loro operato e che, quindi, possa favorire l'apprezzamento per gli sforzi compiuti. Questo risultato si differenzia in modo importante rispetto a quanto emerso da uno studio statunitense nel quale si riporta che il 93% del personale sanitario ritiene che la presenza dei familiari sia utile per far comprendere la bontà dell'operato (15). Tuttavia se si considera un recente studio effettuato fra operatori sanitari della Turchia, i risultati sembrano essere comparabili: solo il 43% dei partecipanti ha riportato che la presenza dei familiari possa essere utile per mostrare quanto gli operatori abbiano fatto tutto il possibile (25).

La presenza dei familiari, quindi, non può essere vista solamente come una fonte di problemi ma anche come un mezzo per facilitare l'interazione con l'utenza. Infatti, due partecipanti su tre ritengono che la presenza dei familiari sia utile per facilitare gli operatori nell'interazione con l'utenza aumentando la loro collaborazione. Ne possiamo dedurre che gli operatori sanitari, siano essi operanti in terapia intensiva piuttosto che nel 118, percepiscono aspetti positivi legati alla presenza dei familiari. Questo contrasto fra consuetudini volte ad allontanare il familiare e percezione di aspetti positivi associati alla loro presenza è tanto più evidente fra gli operatori della terapia intensiva e del pronto soccorso.

La ricerca porta in superficie aspetti presenti nell'humus lavorativo sanitario che se non considerati possono creare a lungo termine minore gratificazione da parte del personale e maggiori rivendicazioni da parte dell'utenza e familiari con inevitabili situazioni di sfiducia e conflittualità.

In primis comprendiamo come, comunque, sia volontà dei cari degli assistiti di essere al loro fianco per confortarli, per essere una *trait d'union*, "un mediatore" tra l'utenza e sanitari (26).

Così gradualmente, impercettibilmente, questa esigenza viene compresa, metabolizzata dalle figure sanitarie, osservando le richieste e i comportamenti delle persone assistite o facendo tesoro delle proprie personali vicissitudini. Chi si trova in prima linea, come il personale dell'emergenza territoriale-118, ha appreso suo malgrado che generalmente la presenza dei familiari anche nelle circostanze più drammatiche, non solo non crea ulteriori complicanze sulla scena, ma facilita l'elaborazione dell'evento e la maggiore gratificazione reciproca. Queste conoscenze possono essere utili per promuovere le competenze non tecniche, ossia quelle abilità che esulano dall'*expertise* specifico della professione, come le abilità comunicative o di presa di decisione in situazioni di emergenza (27, 28, 29, 30).

Difficile invece, per coloro che operano all'interno delle Terapie Intensive, modificare il loro punto di vista nei confronti dei parenti, atteggiamento che col passare del tempo si cristallizza, diventa indiscutibile: non esiste quella possibilità di confronto capace di mettere alla prova le proprie convinzioni.

Notiamo inoltre come vi sia un considerevole scollamento tra le consuetudini presenti nelle varie Unità Operative di Area Critica e ciò che la maggior parte dei dipendenti crede giusto. Se con maggior enfasi si vorrebbero coinvolgere i familiari, le consuetudini presenti lo vietano, si procede per inerzia, perché così si è sempre fatto e così bisogna continuare a fare. Inoltre pochissime Unità Operative hanno prodotto Protocolli Operativi sull'argomento, questo significa che non si è sentita l'esigenza da parte dei dirigenti di riunire il proprio personale per capire come sia meglio agire in modo univoco, a livello relazionale verso i familiari degli utenti. Non può di conseguenza risultare una sorpresa l'aumento di lamentele da parte della cittadinanza assistita quando non si degna loro di sufficiente attenzione e non si spende neppure un attimo per comprendere le loro richieste e normare le salienti forme relazionali.

Lavorare in Area Critica obbliga ad agire in situazioni complesse difficili e a volte drammatiche, ma spesso la gratificazione ottenuta in particolari frangenti ripaga di ogni sforzo. Allo stesso tempo interagire con l'utenza e i loro cari eliminando steccati, bastioni e barriere rende inizialmente maggiormente dispendioso lo svolgimento della propria professione ma a lungo termine la gratificazione aumenta quando si comprende che il familiare è un alleato e non un nemico.

Fra le strategie vincenti in grado di produrre nel tempo maggiore qualità, gratificazione e drastica diminuzione di situazioni conflittuali possiamo menzionare una formazione specifica sugli aspetti relazionali di fronte a situazioni assistenziali particolari, riunioni tra il personale delle Unità di Area Critica per produrre un protocollo condiviso, il monitoraggio delle esigenze degli operatori e della cittadinanza per modificare linee d'azione standardizzate e per correggere quelle variabili organizzative capaci di ostacolare una efficiente assistenza.

---

## Ringraziamenti

Si ringraziano per la collaborazione: Samantha Calligari, Nadia Bartolini, Marcella Gentili, Lombardi Rudy, Sabrina Tellini, Roberto Del Buono, Anna Marini, Daniela Capitoni, Filippo Pesando.

---

## Bibliografia

- 1) Imbasciati A. La mente medica: Che significa "Umanizzazione" della Medicina? Milano: Springer Italia, 2008.
- 2) Harvey MA, Ninos NP, Adler DC, Goodnough-Hanneman SK, Kaye WE, Nikas DL. Results of the consensus conference on fostering more humane critical care: creating a healing environment. Society of Critical Care Medicine. AACN. Clin Issues Crit Care Nurs 1993; 4: 484-549.
- 3) Burchardi H. Let's open the door! Intensive Care Med 2002; 8: 1371-2.
- 4) Doyle CJ, Post H, Burney RE, et al. Family participation during resuscitation: an option. Ann Emerg Med 1987; 16: 673-675.
- 5) Hanson C, Strawser D. Family presence during cardiopulmonary resuscitation: Foote Hospital emergency department's nine year perspective. J Emerg Nurs 1992; 18: 104-6.
- 6) Barratt F, Wallis DN. Relatives in the resuscitation room: their point of view. J Accident Emerg Med 1998; 15: 109-11.
- 7) Meyers TA, Eichhorn DJ, Guzzetta CE. Do families want to be present during CPR? A retrospective survey. J Emerg Nurs 1998; 24: 400-5.
- 8) Robinson S, Mackenzie-Ross S, Campbell Hewson G, Egleston C, Prevost A. Psychological effect of witnessed resuscitation on bereaved relatives. Lancet 1998; 352: 614-7.
- 9) Eichhorn D, Meyers T, Guzzetta C, Clark A, Klein J, Calvin A. Family presence during invasive procedures and resuscitation: hearing the voice of the patient. Am J Nurs 2001; 101: 48-55.
- 10) Mazer MA, Cox LA, Capon A. The public's attitude and perception concerning witnessed cardiopulmonary resuscitation. Crit Care Med 2006; 34: 2925-2928.
- 11) Redley B, Hood K. Staff attitudes towards family presence during resuscitation. Accident Emerg Nurs 1997; 4: 145-51.
- 12) Helmer SD, Shapiro WM, Dors JM, Karan BS. Family presence during trauma resuscitation: a survey of AAST and ENA members. J Trauma Injunct Infect Crit Care 2000; 48: 1015-20.
- 13) Sacchetti A, Carraccio C, Leva E, Harris R, Lichenstein R. Acceptance of family members presence during pediatric resuscitation in the emergency department. Pediatr Emerg Care 2000; 16: 85-7.
- 14) Eichhorn D, Meyers T, Guzzetta C, Clark A, Klein J, Calvin A. Family presence during invasive procedures and resuscitation: hearing the voice of the patient. Am J Nurs 2001; 101: 48-55.
- 15) Meyers TA, Eichhorn DJ, Guzzetta CE, Clark A, Klein J, Taliaferro E, et al. Family presence during invasive procedures and resuscitation. Am J Nurs 2000; 100: 32-43.
- 16) Boyd R, White S. Does witnessed cardiopulmonary resuscitation alter perceived stress in accident and emergency staff? Eur J Emerg Med 2000; 7: 51-3.
- 17) MacLean SL, White C, Guzzetta CE, Fontaine D, Eichhorn D, Meyers T. Family presence during cardiopulmonary resuscitation and invasive procedures: practices of critical care and emergency nurses. J Emerg Nurs 2003; 29: 208-21.
- 18) Emergency Nurses Association. Emergency Nurses Association Position Statement. Family presence at the bedside during invasive procedure and/or resuscitation. J Emerg Nurs 1995; 21: 26A.
- 19) Bauchner H, Waring C, Vinci R. Parental presence during procedures in an emergency room: results from 50 observations. Pediatrics 1991; 87: 544-8.
- 20) Fullbrook P, Albarran JW, Latour JM. A European survey of critical care nurses' attitudes and experiences of having family members present during cardiopulmonary resuscitation. Int J Nurs Stud 2005; 42: 557-568.
- 21) Axelsson AB, Fridlund B, Moons P, et al. European cardiovascular nurses attitudes and experiences of having family members present in the resuscitation room. Eur J Cardiovasc Nurs 2008; 7(suppl): S44.
- 22) MacClean SL, Guzzetta CE, White C, Fontaine D, Eichhorn DJ, Meyers T, Desy P. Family presence during cardiopulmonary resuscitation and invasive procedures: practices of critical care and emergency nurses. Journal of Emergency Nursing 2003; 29: 208-221.
- 23) Giannini A, Miccinesi G, Leoncino S. Visiting policies in Italian intensive care units: a nationwide survey. Intensive Care Med 2008; 34: 1256-1262.
- 24) O'Brien M, Creamer K, Hill E, Welham J. Tolerance of family presence during pediatric cardiopulmonary resuscitation: a snapshot of military and civilian pediatricians, nurses, and residents. Pediatr Emerg Care 2002; 18: 409-13.
- 25) Badir A, Sepit D. Family presence during CPR: a study of the experience and opinions of Turkish critical care nurses. International Journal of Nursing Studies 2007; 44: 83-92.
- 26) Trabucco G, Buonocore F. Pronto Soccorso-Triage: accoglienza, rassicurazione, cura, aspettative, vissuti psicologici, bisogni. Verona: Edizioni Libreria Cortina, 2007.
- 27) Pietrantoni L, Prati G. Psicologia dell'emergenza, Bologna: Il Mulino, 2009.
- 28) Monti M. Rianimazione Cardiopolmonare e risvolti psicologici. Emergency Oggi 2003; 4: 18-20.
- 29) Magrin ME. Dalla resistenza alla resilienza: promuovere benessere nei luoghi di lavoro. G Ital Med Lav Ergon 2008 Jan-Mar; 30(1 Suppl A): A11-19.
- 30) Pasetti C. Bioetica e caregiving: una interazione non trascurabile negli odierni scenari del prendersi cura. G Ital Med Lav Ergon 2008 Jul-Sep; 30(3 Suppl B): B10-4.

**Richiesta estratti:** Gabriele Prati, Facoltà di Psicologia, Viale Europa 115, 47521 Cesena (FC), Italy, Tel.: 0547-338507, Fax: 0547-338503, E-mail: gabriele.prati@unibo.it