

rianimazione cardiopolmonare e risvolti psicologici

Massimo Monti

La Rianimazione Cardiopolmonare è una tecnica utilizzata dagli operatori sanitari e laici da tempo ormai. Molto è stato scritto su questa procedura, di come risulti necessario eseguirla per tentare di riportare in vita coloro che sono in arresto cardiaco. In Italia possiamo trovare abbondante documentazione, periodicamente aggiornata su come risulti necessario utilizzare un determinato protocollo operativo, come devono essere eseguiti determinati skills (tecniche di valutazione, ventilazione, massaggio cardiaco ec); quali presidi elettromedicali utilizzare per rendere più efficace questo compito, come respiratori automatici, defibrillatori; quali farmaci eseguire per una rianimazione avanzata. È facile trovare anche articoli che evidenzino l'efficacia della RCP, soprattutto con l'ausilio di presidi quali il defibrillatore. Al contrario non risulta facile procurarsi informazioni riguardanti le implicazioni psicologiche della rianimazione cardiopolmonare (RCP).

Le problematiche di tipo psicologico legate alla RCP sono le seguenti:

- 1. l'ansia che si può riscontrare in alcuni operatori durante l'esecuzione di una RCP soprattutto in contesti particolari.**
- 2. il senso di colpa dovuti alla decisione di eseguire o non eseguire una RCP in uno specifico pz.**
- 3. il comportamento degli operatori nei confronti di parenti o amici presenti sulla scena dell'evento.**

1. È assolutamente necessario premettere che ogni RCP eseguita viene vissuta dagli operatori in modo diverso (tab. n°1).

Tab. n° 1 livello solitamente riscontrabile di coinvolgimento emotivo di fronte a pazienti con differenti età e patologie.

Caratteristiche del paziente e del contesto	Livello di coinvolgimento emotivo
Persona anziana , allettata da tempo affetta da gravi patologie : Alzheimer, tumore ecc.	☞
Persona giovane o relativamente giovane, allettata da tempo affetta da gravi patologie : tumore ad esempio.	☞☞
Persona anziana , in condizioni di salute prima dell'arresto cardiaco discrete.	☞☞☞
Persona giovane o relativamente giovane, in condizioni di salute prima dell'arresto cardiaco discreta o molto buona	☞☞☞☞
Bambino con arresto cardiaco dovuto a patologie congenite o ereditarie .	☞☞☞☞☞
Bambino con arresto cardiaco dovuto a cause sconosciute o trauma .	☞☞☞☞☞☞

Il livello d'ansia riscontrabile durante le manovre rianimatorie dagli operatori è dovuto a molteplici fattori:

?? L'età e le condizioni di vita della persona fino a quel momento.

Sarà riscontrabile un minor coinvolgimento emotivo se il paziente è una persona molto anziana che soffre da molti anni di gravi patologie come Alzheimer che lo hanno portato a vivere allettato e con continue complicanze come infezioni urinarie, piaghe da decubito, rispetto alle stesse manovre eseguite su un ragazzo o ancor peggio un bambino in buone condizioni di vita fino a quel momento.

?? Alla conoscenza dei protocolli operativi e al possesso di automatismi comportamentali e skills.

Se l'operatore conosce perfettamente i protocolli operativi stipulati dal proprio servizio (BLS; ACLS;), se sa eseguire con precisione le necessarie skills (valutazione dei parametri vitali, ventilazione con ambu, intubazione, massaggio cardiaco ecc.); se ha eseguito frequenti simulazioni da rendere facili e automatiche tutte le procedure necessarie per assistere il paziente, si avrà un livello di ansia di certo nettamente inferiore rispetto alle situazioni dove una o più variabili sopraccitate non viene soddisfatta.

?? Coesione all'interno dell' Equipes .

Solitamente le pratiche rianimatorie, sia in ambito intraospedaliero, sia nel contesto territoriale, vengono eseguite da un equipes formata da differenti figure quali volontari del soccorso, medici, infermieri, autisti soccorritori ecc. Non sempre tutti gli operatori hanno ricevuto purtroppo la stessa formazione per molteplici motivi: alcuni operatori non hanno eseguito per nulla un determinato corso formativo, oppure quel corso, quel protocollo acquisito è stato modificato e solo una parte del personale è stato aggiornato. Tutto questo può creare sulla scena dell'intervento notevoli incongruenze e disagio psicologico negli operatori. La stessa situazione particolarmente problematica e che può generare incongruenze e conflitti si può riscontrare anche e soprattutto quando sulla scena si ritrovano ad operare personale appartenente a enti o aziende sanitarie differenti tra loro. Volendo fare un esempio che può rendere maggiormente comprensibile questa affermazione potremmo considerare un ipotetico intervento sanitario per soccorrere persone coinvolte in un incidente sanitario. Potrebbe accadere che il personale di elisoccorso Rianimatore, infermieri utilizzino protocolli operativi e modalità di intervento per la gestione della scena che si differenziano considerevolmente dai protocolli operative o consuetudini utilizzate dai volontari del soccorso già arrivati in ambulanza.

?? Caratteristiche del leader

È sufficiente confrontarsi con coloro che lavorano o svolgono attività di volontariato per comprendere come la figura de leader giochi un ruolo determinante per l'esecuzione di una buona assistenza al paziente. Va da sé un intervento particolarmente complesso, fuori dalla routine e con un paziente in giovane età in arresto cardiaco risulti fondamentale saper gestire l'evento in modo appropriato. Un leader che riesca a dirigere gli operatori mantenendo la calma, impartendo ordini chiari, comprensibili, non offendendo o denigrando coloro che non hanno compreso il compito che gli è stato impartito o che ha eseguito una determinata in modo errato eviterà una escalation di tensione che può procurare gravi conseguenze per il paziente in primis ma anche i presupposti per future situazioni conflittuali tra operatori. La bravura del leader la si può verificare inoltre osservando la sua capacità di gestire sempre con la

necessaria calma gli eventuali inconvenienti che si possono verificare durante tutte le fasi dell'intervento sanitario.

?? Esperienza e livello di autostima dell'operatore.

Coloro che nel tempo hanno già eseguito numerose RCP in contesti diversi (ospedale, in casa di pazienti, sulla strada), in ubicazioni particolarmente disagiati, in situazioni complesse, pericolose (in luogo aperto sotto la pioggia con pz. in fibrillazione ventricolare, in spiaggia, in abitazioni all'interno di un ambiente angusto, sul ciglio della strada percorsa ancora da autoveicoli) eseguendo procedure corrette, avrà maturato una esperienza che gli permetterà di affrontare con maggiore sicurezza le future circostanze che si presenteranno discostanti da quelle antecedenti, con la consapevolezza che ogni missione può nascondere insidie, circostanze da valutare con assoluta attenzione. La capacità di calcolare e prevenire eventuali inconvenienti durante tutto il processo assistenziale aumenterà col tempo il proprio livello di autostima, indispensabile per affrontare con la giusta determinazione qualunque missione.

2. altra variabile da considerare attentamente riguarda l'**esigenza di dover decidere**, da parte del medico, **quando eseguire o non eseguire le tecniche rianimatorie**. Esistono situazioni in cui è definibile come ingiustificato accanimento terapeutico l'esecuzione di manovre rianimatorie, quando come descritto prima si interviene su una persona molto anziana e con patologie estremamente gravi, invalidanti e irreversibili. Eppure questo argomento comporta, quando affrontato incomprensioni, accanite discussioni e linee non univoche di comportamento tra professionisti. Particolarmente esplicativo il caso sollevato dall'articolo scritto da Ebrahim S.¹, che ha provocato un'accesa discussione all'interno del mondo accademico. Ebrahim, medico inglese, rese pubblica la presenza in alcune cartelle di pazienti defunti in ambito ospedaliero della scritta DNR (Do Not Resuscitation). L'autore dello scritto definisce inaccettabile una tale scelta da parte di un medico. Per Ebrahim è possibile non eseguire l'RCP solamente se questo è il volere del paziente, espresso in modo categorico e in pieno possesso delle proprie volontà, oppure voluto dai propri parenti in caso il pz. non sia in grado di intendere e di volere. Numerose sono state le contestazioni da parte di operatori sanitari appartenenti a differenti realtà lavorative², che ribadiscono il dovere di assistere la persona sofferente ma di non voler vedere la morte come una sfida da vincere costi quel che costi. Eppure, ripeto le scelte non risultano mai facili. Alcuni medici hanno deciso ad esempio di eseguire senza tregua la rianimazione cardiopolmonare, intubare e fare farmaci a persone decedute da più di un'ora (tempo

¹ Ebrahim S. Do not resuscitate decision: flogging dead horses or dignified death? BMJ 2000; 320: 1155-56

² vedi sito: <http://bmj.com/cgi/eletters/320/7243/1155#7561>

documentato). Da considerare è anche l'influenza, forse maggiore di quanto si pensi dei media (esempio eclatante è data dalla serie televisiva E.R medici in prima linea), che portano l'utenza, ma a volte anche alcuni operatori ad aspettative non riscontrabili nella realtà. Bisogna rendersi conto che le tecniche rianimatorie sono nate e hanno probabilità di un risultato soddisfacente di fronte a specifiche patologie come l'arresto cardiaco dovuto a aritmie ipercinetiche in presenza di una ischemia coronaria. In questo specifico contesto, con tempi d'intervento rapidi e con i necessari presidi elettromedicali si possono ottenere ottimi risultati. Ma le stesse tecniche rianimatorie hanno probabilità di successo vicino allo zero se eseguito su pazienti con patologie differenti, quali pz. con tumori metastatizzati, setticemie e altri gravi quadri clinici³. Forse, come hanno sottolineato diversi operatori sanitari bisognerebbe chiedersi quante delle RCP praticate sono state eseguite per il reale bene del paziente e quante per soddisfare le necessità del medico, per mascherare la propria ansia, per l'impossibilità di accettare la morte. Non di rado comunque si assistono scene in cui, considerando solo le esigenze del paziente e consci della necessità di rispettare l'individuo in qualunque momento della sua esistenza si accetta come operatori di non agire con pratiche interventiste capaci forse di attenuare il proprio disagio, ma consapevoli dell'ansia che si potrà provare, si decide di permettere al paziente una dipartita "dolce" supportata dai propri cari e sanitari. Pur essendo più difficile da percorrere questa strada, perché comporta una considerevole maturità psicologica da parte del personale sanitario, coloro che hanno deciso quando possibile di attuare questa condotta si sono sentiti in pace con se stessi consapevoli di avere fatto la cosa giusta, di non essere caduti nel baratro dell'accanimento terapeutico fine a se stesso.

3. Ulteriore argomento da valutare riguardo gli aspetti psicologici della Rianimazione Cardiopolmonare è l'**interazione con i parenti se presenti sulla scena**. Da sempre riscontriamo nei sanitari due differenti modi di pensare e di agire. Secondo alcuni bisogna negare ai parenti di osservare le fasi rianimatorie perché eccessivamente incruente, capaci di provocare un forte disagio psicologico in chi guarda. Disagio psicologico che può generare maggiori difficoltà nell'elaborazione del lutto. In realtà non è l'unico motivo per cui alcuni professionisti vietano di osservare ciò che si fa. Altro motivo quasi mai reso pubblico è la paura di eventuali testimoni che possano criticare il lavoro svolto. Quindi per alcuni la volontà di allontanare parenti o testimoni e da ricercarsi nella propria insicurezza. Per altri ancora è bene evitare la presenza di parenti perché potrebbero essere fisicamente di ostacolo durante l'intervento. Nell'altra categoria troviamo invece operatori che credono doveroso permettere ad un parente se lo desidera di assistere a tutto il processo assistenziale. Ricerche eseguite negli ultimi

³ Ebell M.H.,Preston P.S. The effect of the APACHE II score and selected clinical variables on survival following cardiopulmonary resuscitation. Fam Med 1993 Mar; 25 (3): 191-6.

anni ⁴⁵ hanno cercato di dare risposte certe su questo specifico argomento. Prima di eseguire manovre rianimatorie sia in ambiente intraospedaliero, sia a livello territoriale, il personale chiedeva prima ad un parente presente sulla scena se voleva osservare ciò che veniva fatto (ACLS: Advanced Cardiac Life Support). Coloro che decisero di osservare cosa stavano facendo i sanitari sul corpo del loro caro e coloro che decisero di non entrare nell'ambiente dove si trovava il parente esanime e il personale sanitario furono divisi in due differenti gruppi. Ai parenti di entrambi i gruppi furono somministrati numerosi tests entro i primi 9 mesi dall'accaduto. I risultati hanno confermato come coloro che hanno deciso di assistere alle tecniche rianimatorie non hanno riportato nessun problema psicologico rispetto a coloro che hanno deciso di non vedere. Non solo: intervistati dopo mesi, questi "testimoni" si sono detti certi di aver fatto la cosa giusta, di non essersi pentiti ad aver osservato tutto. A volte risulta maggiormente controproducente non essere presente ad fissare certe scene e immaginarsi cose ancora peggiori, oppure fantasticare su eventuali errori eseguiti dal personale.

⁴ Robinson S.M.; Mackenzie-Ross S.; Campbell Hewson G.L.; Egleston C.V.; Prevost A.T. Psychological effect of witnessed resuscitation on bereaved relatives. *The Lancet* Vol 352; August 22; 1998.

⁵ Judkins KC. Relatives can be helpful. *BMJ* 1994; 309-406.

Bibliografia

- ¹ Ebell M.H.,Preston P.S. The effect of che APACHE II score and selected clinical variables on survival following cardiopulmonary resuscitation. Fam Med 1993 Mar; 25 (3): 191-6.
- Ebrahim S. Do not resuscitate decision: flogging dead horses or dignified death?
BMJ 2000; 320: 1155-56
 - Judkins KC. Relatives can be helpful. BMJ 1994; 309-406.
 - Robinson S.M.; Mackenzie-Ross S.; Campbell Hewson G.L.; Egleston C.V.; Prevost A.T.
Psychological effect of witnessed resuscitation on bereaved relatives.
The Lancet 1998; Vol 352; August 22.