



UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE

SCUOLA DI MEDICINA
DIPARTIMENTO DI MEDICINA TRASLAZIONALE
CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN
SCIENZE INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE
Presidente: Prof. Massimiliano Panella

Tesi di Laurea

**Il ruolo del peer-to-peer support nella gestione
degli eventi critici e traumatici vissuti dagli infermieri
nelle terapie intensive neonatali e pediatriche:
una scoping review.**

Relatore

Prof.ssa Montani Doriana

Candidata

Di Gioacchino Chiara

Matr. 20007086

ANNO ACCADEMICO 2024/25



UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE

SCUOLA DI MEDICINA
DIPARTIMENTO DI MEDICINA TRASLAZIONALE
CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN
SCIENZE INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE
Presidente: Prof. Massimiliano Panella

Tesi di Laurea

**Il ruolo del peer-to-peer support nella gestione
degli eventi critici e traumatici vissuti dagli infermieri
nelle terapie intensive neonatali e pediatriche:
una scoping review.**

Relatore

Prof.ssa Montani Doriana

Candidata

Di Gioacchino Chiara

Matr. 20007086

ANNO ACCADEMICO 2024/25

ABSTRACT

Le Terapie Intensive Neonatali (TIN) e Pediatriche (TIP) costituiscono uno dei contesti assistenziali a più elevata complessità clinica ed emotiva. Gli infermieri che vi operano sono quotidianamente esposti a eventi critici e traumatici - rianimazioni, decessi, decisioni di fine vita, conflitti etici e incertezza prognostica - che possono generare distress psicologico riconducibile a costrutti quali il Secondary Traumatic Stress (STS) e Vicarious Trauma (VT). In assenza di adeguati spazi di rielaborazione, tali condizioni possono evolvere verso burnout e compromissione della qualità assistenziale. Il supporto tra pari (peer-to-peer support) emerge come strategia organizzativa potenzialmente efficace e sostenibile per intercettare precocemente il disagio professionale.

Obiettivo

Esplorare e mappare la letteratura scientifica relativa al ruolo del peer-to-peer support nella gestione degli eventi critici e traumatici vissuti dagli infermieri delle terapie intensive neonatali (TIN) e pediatriche (TIP).

Metodi

La ricerca bibliografica è stata effettuata nei database PubMed/MEDLINE e CINAHL (2015-2025) e integrata mediante handsearching. Sono stati inclusi vari studi relativi ad interventi di peer support e al vissuto emotivo degli infermieri in area intensiva neonatale e pediatrica. Il campione finale comprende 19 articoli.

Risultati

L'analisi ha individuato tre macroaree tematiche: modelli organizzativi di peer support (programmi strutturati multilivello e debriefing tra pari), impatto emotivo sugli infermieri e funzione protettiva del supporto tra colleghi, barriere e facilitatori organizzativi all'implementazione dei programmi. Il peer-to-peer support risulta associato ad una riduzione del distress emotivo, ad una maggiore sicurezza psicologica e ad un miglioramento del clima di team. Anche in assenza di modelli formalizzati, il confronto tra pari emerge come risorsa spontanea e centrale nei processi di resilienza professionale.

Conclusioni

Il peer-to-peer support si configura come strategia di intervento sostenibile e culturalmente accettabile nei setting TIN e TIP. La sua implementazione, supportata da adeguata formazione e riconoscimento organizzativo, può contribuire concretamente alla tutela del benessere infermieristico e al rafforzamento della qualità e sicurezza delle cure.

INDICE

INTRODUZIONE.....	6
BACKGROUND	7
OBIETTIVI	12
MATERIALI E METODI	13
DISEGNO DELLO STUDIO	13
DOMANDA DI RICERCA.....	13
STRATEGIA DI RICERCA	14
CRITERI DI INCLUSIONE ED ESCLUSIONE	15
SELEZIONE ED ANALISI DELLE FONTI	16
SELEZIONE DEGLI STUDI E FLOWCHART PRISMA-ScR.....	16
SINTESI DEI RISULTATI	18
RISULTATI	19
MODELLI OPERATIVI E TIPOLOGIE DI INTERVENTO DI PEER-TO-PEER SUPPORT	19
VISSUTO EMOTIVO DEGLI INFERMIERI E IMPATTO DEL SUPPORTO TRA PARI	23
BARRIERE E FACILITATORI ORGANIZZATIVI ALL'IMPLEMENTAZIONE DEL PEER SUPPORT.....	28
DISCUSSIONE	30
INTERPRETAZIONE DEI RISULTATI PRINCIPALI: STRESS TRAUMATICO SECONDARIO (STS), TRAUMA VICARIO (TV) E BURNOUT	30
RUOLO DELLE ORGANIZZAZIONI: RICONOSCERE PER FAR EMERGERE	30
PEER SUPPORT COME STRUMENTO IMMEDIATAMENTE APPLICABILE	31
SPECIFICITÀ DEL CONTESTO TIN E DIMENSIONE ETICA	31
STUDI SENZA INTERVENTI STRUTTURATI E ARTICOLI REPERITI CON RICERCA MANUALE	32
SOSTENIBILITÀ ORGANIZZATIVA ED ECONOMICA DEGLI INTERVENTI DI SUPPORTO	32
FORMAZIONE DEI PEER SUPPORTER IN UN AMBITO PECULIARE COME TIN E TIP	33
LIMITI DELLA LETTERATURA E PROSPETTIVE FUTURE	34
CONCLUSIONI	35
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI.....	37
RINGRAZIAMENTI	41

INTRODUZIONE

Le Terapie Intensive Neonatali (TIN) e Pediatriche (TIP) rappresentano uno dei contesti assistenziali più complessi e ad alta intensità emotiva della pratica infermieristica. In questi setting, caratterizzati da estrema fragilità biologica, tecnologia avanzata e una marcata componente relazionale, gli infermieri si confrontano quotidianamente con situazioni cliniche critiche, quali la gestione di neonati prematuri o gravemente compromessi, la risposta a emergenze rianimatorie, il supporto ai genitori in momenti di profonda incertezza e la presa in carico di percorsi ad elevato rischio clinico. Tali dinamiche richiedono competenze tecniche altamente specializzate, ma anche una costante capacità di adattamento psicologico e di regolazione emotiva personale.

La costante esposizione a eventi critici e a situazioni di elevata intensità emotiva può determinare, negli infermieri che operano in Terapia Intensiva Neonatale e Pediatrica, un significativo carico psicologico, frequentemente associato a stress lavoro-correlato, burnout e distress emotivo (1).

Questo carico risulta ulteriormente amplificato dalla complessità etica che caratterizza il processo decisionale assistenziale in ambito neonatale.

Tra le principali questioni etiche emergono le decisioni relative all'avvio o alla sospensione dei trattamenti di supporto vitale, il confine spesso sottile tra proporzionalità delle cure e accanimento terapeutico, nonché la gestione di percorsi di fine vita, in un contesto segnato da elevata incertezza prognostica. Sebbene non formalmente responsabili delle decisioni cliniche, gli infermieri si trovano frequentemente coinvolti in tali processi, sperimentando un intenso carico di responsabilità morale e relazionale che può tradursi in moral distress e sofferenza professionale (2).

Ulteriori elementi di complessità etica sono rappresentati dalle situazioni cliniche in cui la prosecuzione delle cure risulta influenzata dal ricorso a tecniche di procreazione medicalmente assistita o dal forte desiderio di genitorialità. In questi contesti, le aspettative delle famiglie possono incidere sulle scelte terapeutiche, collocando l'infermiere in un ruolo particolarmente delicato di mediazione e supporto tra l'equipe sanitaria e i genitori. Tale posizione espone l'operatore a vissuti di dubbio, impotenza e conflitto morale, con un impatto significativo sul benessere emotivo.

A ciò si aggiunge il crescente ricorso, sempre più discusso, a pratiche di medicina difensiva, che possono determinare il prolungamento dei trattamenti anche in assenza di chiari benefici clinici. Questo fenomeno comporta un aumento del carico assistenziale e del distress etico per gli operatori sanitari e, come evidenziato dalla letteratura, può contribuire allo sviluppo di stress lavoro-correlato e burnout, rendendo particolarmente rilevante l'adozione di strategie di supporto organizzativo e tra pari. In questo senso, le dimensioni etiche della pratica assistenziale in TIN e TIP rappresentano un elemento strutturale del carico emotivo vissuto dagli infermieri e costituiscono un solido razionale per l'adozione di strategie di supporto mirate, capaci di offrire spazi di condivisione, riflessione e rielaborazione delle esperienze più complesse (2).

BACKGROUND

La terapia intensiva neonatale (TIN) e la terapia intensiva pediatrica (TIP) rappresentano contesti assistenziali ad elevata complessità clinica ed emotiva. Gli infermieri che vi operano sono frequentemente esposti ad una vasta gamma di eventi critici e traumatici, quali: eventi clinici ad alta intensità (rianimazioni, gestione di emergenze improvvise, esiti infausti e procedure invasive d'urgenza), dilemmi etici (decisioni di fine vita, accanimento terapeutico, prosecuzione o sospensione delle cure), momenti relazionali e comunicativi intensi oltre a difficoltà di tipo organizzativo legati alla sicurezza del paziente e alla carenza di risorse che generano senso di impotenza e distress morale.

Nel contesto neonatale e pediatrico, l'impatto emotivo di tali esperienze risulta ulteriormente amplificato dalla vulnerabilità dei pazienti, dalla complessità delle decisioni cliniche e dall'intensità del rapporto con le famiglie.

L'impatto degli eventi critici in area intensiva è tale che, come dimostrato in una recente metanalisi condotta su operatori di terapia intensiva, lo stress psicologico derivante può persistere per periodi lunghi, con tempi di rielaborazione che in circa un quinto dei casi supera l'anno, compromettendo la salute a lungo termine del professionista (3).

Nel contesto neonatale e pediatrico, tale carico emotivo può risultare particolarmente intenso proprio a causa dell'esposizione ripetuta ad eventi critici e traumatici intrinseci alla pratica assistenziale.

Per inquadrare correttamente la sofferenza derivante da eventi critici e traumatici nell'assistenza routinaria, la letteratura scientifica più recente suggerisce di adottare il costrutto dello Stress Traumatico Secondario (STS).

A differenza dello stress occupazionale generico, l'STS scaturisce dal contatto diretto con il trauma vissuto dai piccoli pazienti e dalle loro famiglie. L'esposizione ripetuta a decessi perinatali, sofferenza familiare e alla costante incertezza prognostica può determinare nei professionisti sanitari una sintomatologia sovrapponibile a quella del Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD). Nello specifico, l'STS si manifesta attraverso tre caratteristiche principali: l'intrusività, ovvero l'irruzione di pensieri e ricordi angoscianti legati al turno di lavoro, l'evitamento che si traduce nel tentativo di distaccarsi dalla realtà, e un costante stato di allerta, caratterizzato da nervosismo e irritabilità permanente oltre a disturbi del sonno che impediscono il recupero delle energie.

L'impatto dello Stress Traumatico Secondario (STS) nel contesto neonatale è confermato da un importante studio mixed-methods condotto su 175 operatori di TIN. I risultati mostrano che quasi la metà del campione (49%) presenta livelli di STS da moderati a severi (4). L'analisi qualitativa dello stesso studio ha permesso di identificare i temi cardine del trauma per l'infermiere in ambito neonatale e pediatrico: il senso di impotenza di fronte alla sofferenza del neonato, il coinvolgimento emotivo con i genitori e il peso delle decisioni etiche. Tali dati evidenziano inoltre una correlazione diretta tra l'aggravarsi dello stress traumatico secondario e l'insorgenza di burnout, confermando come il trauma non riconosciuto e non elaborato logori progressivamente la salute del professionista.

Accanto all'STS, il concetto di trauma vicario (TV) rappresenta un'ulteriore chiave interpretativa per comprendere l'impatto cumulativo in contesti ad alta intensità emotiva. Il trauma vicario si riferisce a un processo di trasformazione progressiva della visione di sé, degli altri e del mondo, che può verificarsi negli operatori sanitari esposti ripetutamente alla sofferenza, alla morte e al lutto, con potenziali ripercussioni sull'identità professionale e sul significato attribuito al proprio ruolo (5).

Nel contesto italiano, la rilevanza di tali fenomeni è documentata da tempo. Già nel 2012, Pillot et al. sottolineavano come l'accompagnamento al fine vita pediatrico generasse un dolore profondo e trasversale negli operatori sanitari, individuando nel confronto tra colleghi la strategia elettiva per la rielaborazione del lutto professionale. Lo studio italiano, condotto tra infermieri della TIN, evidenzia come il 68,9% riporti dolore durante l'accompagnamento al fine vita e il 37,9% frustrazione, mentre il 73% riferisce di confrontarsi frequentemente coi colleghi e il 74% di trovare conforto in tale scambio. Tali dati confermano il ruolo centrale del confronto tra pari come meccanismo spontaneo di compensazione dello stress professionale (6).

Nonostante questa consapevolezza, il supporto tra pari in Italia è rimasto a lungo confinato a una dimensione prevalentemente informale.

Le nuove sfide assistenziali, incluse le barriere fisiche imposte dai moderni layout dei reparti a stanze singole (single-Family Rooms), che possono aumentare l'isolamento dell'infermiere, rendono oggi necessario il passaggio verso modelli di peer support più strutturati e basati su competenze validate (7).

Il peer-to-peer support formale e informale

Nel contesto sanitario, il supporto tra pari (peer-to-peer support) rappresenta una modalità di sostegno professionale basata sulla condivisione dell'esperienza lavorativa tra colleghi che operano nello stesso contesto assistenziale. Questo tipo di supporto si fonda su relazioni di fiducia, reciprocità e comprensione del contesto clinico, elementi che favoriscono la rielaborazione dell'evento (8,9).

In letteratura è possibile distinguere tra forme informali di supporto tra pari e programmi strutturati o formali di peer support.

Le forme informali emergono spontaneamente nella pratica clinica quotidiana attraverso momenti di confronto tra colleghi dopo eventi particolarmente complessi dal punto di vista emotivo come decessi, rianimazioni o situazioni ad elevata criticità assistenziale. Queste interazioni, che avvengono spesso durante il cambio turno o in momenti di debriefing spontaneo, favoriscono la validazione e la normalizzazione delle reazioni emotive (8). Tuttavia, pur essendo una risorsa immediata e preziosa, il supporto informale può talvolta risentire della mancanza di una cornice metodologica e di spazi protetti che garantiscano la piena riservatezza.

Accanto a queste pratiche spontanee, negli ultimi anni sono stati sviluppati modelli organizzativi strutturati di peer support, caratterizzati dalla presenza di infermieri appositamente formati (peer supporter), procedure di attivazione definite e integrazione all'interno delle politiche di benessere organizzativo. Questi programmi prevedono generalmente interventi di supporto attivati dopo eventi critici o situazioni ad elevato impatto emotivo e possono includere momenti di ascolto individuale, debriefing di gruppo tra pari e l'eventuale invio a servizi di supporto specialistico (10). La distinzione tra forme informali e modelli strutturati di peer support risulta particolarmente rilevante nei contesti di terapia intensiva neonatale e pediatrica: se il supporto informale rappresenta la prima rete di salvataggio, il modello strutturato garantisce la sostenibilità a lungo termine della salute degli operatori, trasformando il confronto tra colleghi in una vera e propria strategia di resilienza.

Il supporto tra pari come strategia di resilienza

Alla luce di tali considerazioni, emerge la necessità di adottare strategie strutturate di supporto psicologico e professionale in grado di mitigare l'impatto emotivo degli eventi critici e traumatici sugli infermieri. Tra queste, il peer-to-peer support rappresenta un intervento particolarmente rilevante, uno strumento promettente e sostenibile (11).

Basato su una relazione di fiducia, reciprocità, e condivisione del contesto professionale, il peer-to-peer support offre all'infermiere uno spazio sicuro, non giudicante e immediatamente accessibile, in cui condividere il proprio vissuto emotivo, riconoscere e legittimare le proprie emozioni provate, elaborare l'esperienza e riacquisire fiducia nelle proprie competenze. Il confronto con un collega formato, che opera nello stesso setting e ha vissuto esperienze analoghe, contribuisce a ridurre il senso di isolamento, favorisce una rielaborazione autentica degli eventi e promuove processi di resilienza individuale e collettiva (12).

Le esperienze internazionali documentano l'efficacia di diversi programmi strutturati di peer support. Tra i modelli di riferimento si distinguono il RISE (Resilience In Stressful Events) Program del Johns Hopkins Hospital (13) e il programma YOU Matter dell'University of Missouri Healthcare, entrambi basati su una risposta rapida e standardizzata post-evento critico.

Altre strategie consolidate includono il Critical Incident Stress Management (CISM) (14), focalizzato sulla gestione dello stress acuto, e gli Schwartz Center Rounds (15) che offrono spazi interdisciplinari di riflessione sugli aspetti emotivi e sociali dell'assistenza. Tali interventi hanno dimostrato benefici in termini di riduzione del distress emotivo, prevenzione del burnout, facilitazione del recupero psicologico e miglioramento del clima organizzativo.

Nonostante il crescente interesse per questi modelli, la letteratura specificamente riferita al contesto della terapia intensiva neonatale e pediatrica rimane limitata e frammentaria. La maggior parte degli studi si concentra infatti su contesti di terapia intensiva per adulti o su reparti ad alta intensità non neonatali, trascurando le peculiari esigenze emotive, relazionali e organizzative degli infermieri che operano in TIN e TIP. Tale lacuna suggerisce un ritardo nel pieno riconoscimento del carico psicologico che caratterizza questo setting e sottolinea la necessità di sviluppare interventi di supporto realmente mirati e contestualizzati (8,16).

Parallelamente, le principali istituzioni sanitarie, tra cui la World Health Organization, il National Academies of Sciences, Engineering and Medicine e la Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI), richiamano l'attenzione sull'urgenza di promuovere modelli organizzativi centrati sul benessere degli operatori e sulla sicurezza psicologica dei team assistenziali.

In questo quadro, l'implementazione di programmi di supporto tra pari nelle TIN e TIP rappresenta una strategia promettente, sostenibile e coerente con gli obiettivi di qualità, sicurezza e umanizzazione delle cure.

La presente tesi, attraverso una scoping review, si propone di esplorare e sintetizzare la letteratura disponibile sul ruolo del supporto peer-to-peer tra gli infermieri delle TIN e TIP nella gestione degli effetti di eventi critici e traumatici, analizzandone modelli, benefici, criticità, barriere e prospettive future.

OBIETTIVI

Alla luce di quanto esposto, il presente elaborato si propone di perseguire i seguenti obiettivi:

- Mappare e analizzare criticamente la letteratura relativa agli interventi di supporto tra pari rivolti ad infermieri operanti in terapia intensiva neonatale (TIN) e in terapia intensiva pediatrica (TIP), contesti accomunati da un'elevata intensità emotiva, decisionale e relazionale.
- Descrivere i principali modelli organizzativi e formativi di peer-to-peer support, con particolare riferimento alle evidenze disponibili in merito alla gestione dello stress e del carico emotivo associato all'esposizione ripetuta ad eventi critici e traumatici.
- Esaminare i benefici e gli esiti riportati in termini di benessere psicologico, resilienza professionale, miglioramento del clima lavorativo, valutando l'impatto di tali programmi sulla riduzione dei sintomi di distress e burnout.
- Identificare le principali barriere e i facilitatori (culturali, organizzativi e formativi) che influenzano l'implementazione e l'adesione ai programmi di supporto tra pari nei contesti intensivi.
- Evidenziare le lacune presenti nell'attuale panorama scientifico e delineare prospettive future di ricerca e applicazione pratica per promuovere la salute occupazionale e la qualità dell'assistenza in ambito neonatale e pediatrico.

MATERIALI E METODI

La revisione della letteratura alla base di questa tesi è stata condotta adottando un approccio di scoping review, finalizzato ad esplorare, sintetizzare e analizzare criticamente le evidenze esistenti sull'efficacia dei programmi di peer support rivolti agli infermieri che operano nelle terapie intensive neonatali e pediatriche per la gestione di eventi critici e traumatici.

La scoping review rappresenta un metodo di revisione particolarmente indicato per esplorare aree di ricerca complesse o ancora poco investigate. Essa consente di mappare la letteratura scientifica disponibile, individuare concetti chiave emergenti e identificare eventuali lacune conoscitive che possano orientare futuri approfondimenti. In questo contesto metodologico si inserisce il seguente disegno di studio, che descrive le fasi operative e i riferimenti teorici adottati per garantire rigore e trasparenza nel processo.

Disegno dello studio

Il disegno di studio adottato segue l'impostazione metodologica proposta da Arksey e O'Malley (2005) e gli standard del Joanna Briggs Institute (JBI) (17).

Domanda di ricerca

Il quesito di ricerca è stato formulato secondo il modello PIO (Population, Intervention, Outcome) in assenza di un termine di paragone (Comparator). Tale modello consente di strutturare in modo chiaro e mirato l'obiettivo della revisione, definendo la popolazione di riferimento, l'intervento analizzato e gli esiti d'interesse.

P (Population): infermieri operanti in terapia intensiva neonatale (TIN) e pediatrica (TIP)

I (Intervention): interventi di peer-to-peer support (formali o informali) per la gestione dell'impatto emotivo associato all'esposizione ad eventi critici o traumatici in ambito professionale

O (outcome): benessere psicologico, resilienza, percezione del supporto, gestione del distress emotivo e, tra gli esiti correlati, riduzione del burnout, miglioramento del clima di team e sicurezza delle cure

A partire da tali elementi, il quesito di ricerca alla base della presente tesi può essere così esplicitato: “Il peer-to-peer support è una strategia efficace per la gestione degli eventi traumatici e critici vissuti dagli infermieri delle TIN e TIP?”

Strategia di ricerca

La ricerca bibliografica è stata condotta da agosto a dicembre 2025 attraverso i principali database biomedici e infermieristici: PubMed/MEDLINE e CINAHL (EBSCO).

Per la costruzione della stringa di ricerca sono state utilizzate parole chiave libere (text word) e descrittori controllati (MeSH terms ed Emtree terms) combinati mediante gli operatori booleani AND/OR secondo il modello PIO precedentemente definito.

Ambito PIO	Parole chiave
Population	nurse, nursing staff, registered nurse, neonatal intensive care unit, pediatric intensive care unit, NICU, PICU.
Intervention	peer support, peer-to-peer, peer mentoring, peer support program, collegial support, coworker support, psychological first aid, peer debriefing, peer counseling
Outcome	burnout, stress, adverse events, occupational stress, reliance, second victim, second victim syndrome, emotional distress, organizational climate, job satisfaction, wellbeing, emotional wellbeing, secondary traumatic stress, trauma

Sono stati applicati i seguenti filtri: periodo 2015-2025, lingua inglese o italiana, studi originali (qualitativi, quantitativi o misti) e revisioni che coinvolgessero personale infermieristico o scoping che coinvolgessero professionisti sanitari in contesti di alta intensità neonatale o pediatrica al fine di non escludere studi con campioni misti. L'obiettivo della ricerca è stato quello di identificare, analizzare e sintetizzare le evidenze relative al peer-to-peer support come strategia di sostegno psicologico e organizzativo per gli infermieri delle TIN e TIP, con particolare attenzione alla gestione degli eventi critici o traumatici e al potenziamento della resilienza professionale.

Criteri di inclusione ed esclusione

Per garantire la coerenza metodologica e pertinenza rispetto all'obiettivo della revisione, sono stati stabiliti criteri di inclusione ed esclusione applicati in fase di selezione degli studi.

Criteri di inclusione

Sono stati inclusi gli studi che soddisfacevano le seguenti condizioni:

- pubblicazione in lingua inglese o italiana, nel periodo dal 2015 al 2025;
- studi riguardanti programmi di supporto tra pari rivolti a infermieri/operatori sanitari in contesti di terapia intensiva neonatale o in contesti pediatrici critici;
- disegni di studio qualitativi, quantitativi, misti, con focus sul benessere psicologico, resilienza, gestione del trauma o risposta a eventi critici e traumatici.

Nota metodologica: è stato incluso tramite ricerca manuale (handsearching) lo studio di Pillot et al. (2012) (18), sebbene antecedente al periodo temporale prefissato, in quanto contributo rilevante per l'inquadramento del vissuto infermieristico nel fine vita neonatale e per la comprensione delle dinamiche di supporto tra colleghi nel contesto italiano.

Criteri di esclusione

Sono stati esclusi dalla revisione:

- editoriali, lettere e protocolli di studio privi di dati empirici

- interventi condotti esclusivamente da professionisti non pari (es. soli psicologi o psichiatri).
- studi focalizzati su studenti, tirocinanti, genitori, operatori in contesti extra-ospedalieri o non intensivi.

Selezione ed analisi delle fonti

La selezione delle fonti è stata condotta in due fasi successive.

Nella prima fase è stato effettuato lo screening dei titoli e degli abstract, al fine di valutare la pertinenza degli studi rispetto al quesito di ricerca e ai criteri di inclusione ed esclusione precedentemente definiti.

Nella seconda fase sono stati analizzati i testi completi (free full text) degli articoli selezionati, al fine di confermare l'idoneità e la coerenza con gli obiettivi della revisione.

Da ciascun articolo sono stati estratte le seguenti informazioni: anno di pubblicazione, paese di provenienza, contesto assistenziale, disegno di studio, caratteristiche del campione, tipologia di intervento o programma di peer support, outcome analizzati e principali risultati.

I dati sono stati organizzati in tavole sinottiche e successivamente analizzati mediante un approccio descrittivo e tematico al fine di identificare pattern ricorrenti e aree concettuali emergenti.

Selezione degli studi e Flowchart PRISMA-ScR

Il processo di selezione del materiale bibliografico è stato condotto in due fasi distinte per garantire la massima esaustività dei contributi.

Inizialmente, la ricerca sistematica attraverso banche dati PubMed/MEDLINE e CINAHL (EBSCO) ha permesso di identificare complessivamente 164 record.

Dopo la rimozione di 4 duplicati, 160 articoli sono stati sottoposti a screening per titoli ed abstract.

In questa fase, 143 studi sono stati esclusi in quanto non pertinenti all'intervento di peer-to-peer support, per tipologia di pubblicazione (editoriali, contributi teorici o letteratura grigia), per assenza di dati empirici o per mancata coerenza con il quesito PIO.

Al termine dello screening 17 articoli sono risultati idonei per l'inclusione.

Successivamente, è stata condotta una ricerca manuale mediante tecnica di backward e forward snowballing, consistente nell'analisi delle citazioni bibliografiche degli studi inclusi e dei contributi successivamente citati, al fine di individuare ulteriori articoli pertinenti.

Attraverso questo metodo, sono stati identificati ulteriori 6 articoli, di cui 2 inclusi dopo aver letto i relativi full text, portando il campione finale della scoping review a 19 articoli.

Gli studi inclusi nella scoping review comprendono studi qualitativi, quantitativi e mixed-methods, condotti in contesti di terapia intensiva neonatale (TIN) e pediatrica (TIP).

Il processo complessivo di identificazione, selezione e inclusione degli studi è rappresentato graficamente nel diagramma di flusso secondo le linee guida PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR), come illustrato nella Figura 1.

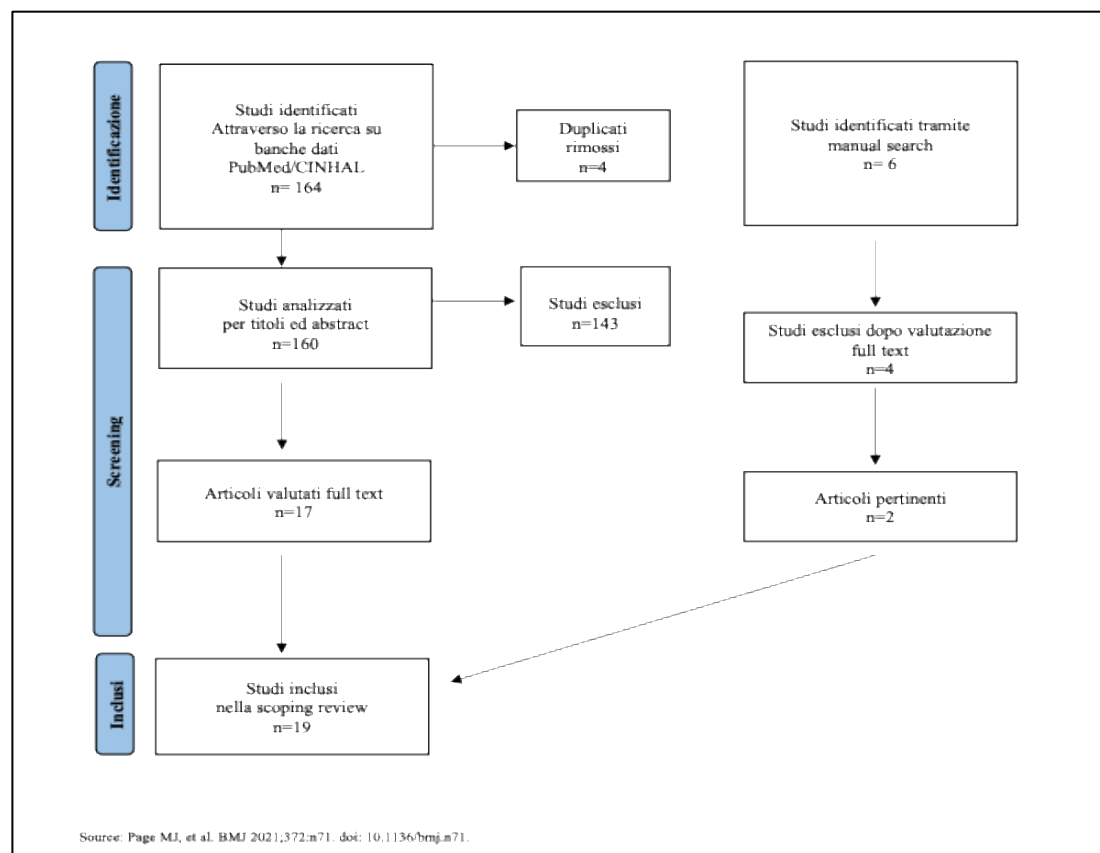


Figura 1 – Diagramma di flusso PRISMA-ScR del processo di selezione degli studi

Sintesi dei risultati

La sintesi dei risultati è stata condotta secondo un approccio descrittivo e tematico, in linea con la metodologia delle scoping review.

L'obiettivo di questa fase è stato quello di mappare le evidenze disponibili e fornire una panoramica strutturata e integrata delle conoscenze esistenti sul peer-to-peer support tra infermieri che operano in terapia intensiva neonatale (TIN) e in contesti pediatrici ad alta intensità (TIP).

I dati estratti sono stati inizialmente organizzati in tabelle sinottiche volte a riassumere le caratteristiche principali degli studi (autore, anno, paese, disegno di studio, campione, tipologia di intervento e risultati principali).

Successivamente, i risultati sono stati analizzati e sintetizzati in modo narrativo, individuando aree concettuali ricorrenti che descrivono come i programmi di supporto tra pari vengono implementati, percepiti e valutati.

L'analisi ha permesso di identificare tre macroaree tematiche principali che riflettono i pattern emergenti della letteratura selezionata:

- Modelli operativi e tipologie di intervento: analisi dei programmi strutturati di supporto (es. RISE, YOU Matter) e delle modalità di attivazione del peer support
- Vissuto emotivo e impatto sugli operatori: valutazione degli effetti del supporto in termini di benessere psicologico, resilienza, riduzione del burnout e gestione del trauma secondario.
- Barriere, facilitatori e clima organizzativo: identificazione dei fattori che ostacolano o promuovono l'integrazione sostenibile del supporto tra pari nella pratica clinica.

RISULTATI

La presente scoping review ha incluso 19 articoli, selezionati attraverso ricerca sistematica nei database PubMed e CINAHL e successiva valutazione di eleggibilità secondo i criteri definiti. Gli studi inclusi comprendono disegni qualitativi, quantitativi e mixed-methods, condotti prevalentemente in contesti di terapia intensiva neonatale (TIN) e terapia intensiva pediatrica (TIP).

L'analisi dei risultati è stata condotta secondo un approccio descrittivo e tematico, in linea con la metodologia delle scoping review, con l'obiettivo di mappare le evidenze disponibili sul peer-to-peer support rivolto agli infermieri esposti a eventi critici e traumatici.

Dall'analisi sono emerse tre macroaree tematiche principali:

- Modelli operativi e tipologie di intervento di peer-to-peer support, che descrivono la modalità di implementazione del supporto tra pari nei contesti di TIN e TIP.
- Vissuto emotivo degli infermieri e ruolo del supporto tra pari, con particolare riferimento alla gestione del distress emotivo associato all'esposizione a eventi critici e traumatici.
- Barriere e facilitatori organizzativi, che influenzano l'accessibilità, l'efficacia e la sostenibilità dei programmi di peer support nei contesti di area critica.

Modelli operativi e tipologie di intervento di peer-to-peer support

La prima macroarea tematica riguarda i modelli organizzativi e le modalità di intervento attraverso cui il supporto tra pari viene implementato nei contesti di area critica neonatale e pediatrica. Gli studi inclusi mostrano una prevalenza di modelli sviluppati in ambito nordamericano, caratterizzati da un elevato grado di strutturazione e formalizzazione (19,20).

Diversi contributi descrivono programmi di peer support organizzati secondo una struttura multilivello, che integra supporto informale tra colleghi, interventi di pari appositamente formati e, nei casi più complessi, l'invio del caso a professionisti della salute mentale. In tali modelli, il peer-to-peer support si configura come intervento tempestivo, accessibile e non giudicante, finalizzato a intercettare precocemente il distress emotivo associato a eventi critici e traumatici.

Ad esempio, il programma “YOU Matter” ha dimostrato come una struttura formale possa ridurre significativamente lo stigma nella richiesta di aiuto, rendendo il supporto più accessibile (19).

Alcuni studi evidenziano come l’implementazione di programmi strutturati di peer support sia associata ad una riduzione dello stress percepito, ad un miglioramento del clima di sicurezza e ad una maggiore propensione degli operatori a richiedere supporto dopo eventi emotivamente impattanti. In particolare, i programmi basati sulla scelta autonoma del “compagno di supporto” (Programma Buddy Study), soddisfano bisogni chiave come l’ascolto e il riconoscimento professionale (21).

Altri approcci, come il “Reflective Peer Consultation”, mostrano come gruppi riflessivi guidati tra pari migliorino la regolazione emotiva e la coesione del team in TIN (22).

Accanto ai programmi strutturati a lungo termine, la letteratura include anche interventi di debriefing tra pari attivati dopo eventi critici (rianimazioni o decessi). Il modello R3 (Rapid Review of Resuscitation), ad esempio, si è dimostrato efficace nel ridurre l’accumulo di distress morale e l’affaticamento emotivo, aumentando al contempo la soddisfazione tra gli infermieri (23).

Interventi mirati, come le conferenze strutturate sulle cure palliative, contribuiscono a ridurre il moral distress e a migliorare la comunicazione interdisciplinare (24).

Tali interventi, quando condotti in modo sistematico e supportati dall’organizzazione, favoriscono la condivisione dell’esperienza, la normalizzazione delle reazioni emotive e la prevenzione dell’accumulo di distress nel tempo.

Nel complesso i risultati suggeriscono che, il peer-to-peer support, risulta più efficace quando inserito all’interno di una cornice organizzativa chiara, supportata dalla leadership e integrata nei processi assistenziali routinari (20).

Tavola sinottica 1						
Autore (anno)	Paese	Contesto	Disegno di studio	Interventi-Modello	Outcome valutati	Risultati principali
Merandi et al. (2017) (19)	USA	Ospedale pediatrico inclusa TIP	Studio di implementazione	Programma strutturato "YOU Matter"	Numero attivazioni, miglioramento, stato emotivo	Riduzione dello stigma nella richiesta di aiuto e maggiore accessibilità al supporto, programma fattibile, elevata accettazione, benessere post evento percepito
Nerovich et al. (2023) (23)	USA	TIP	Studio pre-post	Debriefing strutturato tra pari post evento critico Modello R3 (Rapid Review of Resuscitation)	ProQOL (burnout, STS, compassion satisfaction)	Riduzione accumulo di distress morale e affaticamento emotivo, aumento compassion satisfaction, elevata percezione di utilità

Arbios et al. (2022) (20)	USA	TIP	Quality improvement (pre-post)	Cumulative stress debriefing (incontri mensili facilitati)	Compassion fatigue, job satisfaction	Riduzione compassion fatigue, aumento soddisfazione lavorativa
Devireddy et al. (2025) (24)	USA	TIP	Quality improvement	Palliative care conference strutturata	Morale distress	Riduzione moral distress e miglioramento comunicazione interdisciplinare
Lorrain et al. (2016) (22)	USA	TIN	Studio descrittivo-interventistico	Reflective peer consultation (gruppi riflessivi facilitati)	Stress percepito, coesione team	Riduzione stress, miglior regolazione emotiva maggiore supporto tra pari
Schroder et al. (2023) (21)	Danimarca	Setting ospedaliero pediatrico intensivo (programma Buddy Study)	Studio qualitativo	Peer support strutturato con self-selected buddy	Bisogni emotivi post evento	Identificati bisogni chiave (ascolto, riconoscimento, comprensione); replicabilità del modello

Vissuto emotivo degli infermieri e impatto del supporto tra pari

La seconda macroarea tematica esplora il vissuto emotivo degli infermieri in TIN e TIP e il ruolo peer-to-peer support nella gestione delle conseguenze emotive associate a eventi critici e traumatici.

Gli studi inclusi evidenziano in modo consistente come gli infermieri di terapia intensiva neonatale e pediatrica sperimentino un carico emotivo significativo legato alla gestione di eventi critici e traumatici, quali rianimazioni neonatali, decessi, cure di fine vita, comunicazioni difficili con le famiglie e situazioni ad elevata complessità assistenziale. La letteratura documenta tassi importanti di sofferenza psicologica: uno studio multicentrico italiano ha rilevato che, dopo la morte neonatale, il 34% degli infermieri presenta livelli di stress moderati e il 35% livelli severi, con una correlazione diretta tra il numero di perdite vissute e l'insorgenza del burnout (25).

L'esposizione ripetuta al dolore non genera solo stress acuto, ma può evolvere in trauma vicario e alterazioni emotive profonde (5). Questo quadro è aggravato dallo stress cumulativo e dalla necessità di una costante regolazione emotiva, fattori chiave per la salute mentale del professionista (26,27).

I sentimenti prevalenti riportati sono impotenza, tristezza, forte senso di responsabilità emotiva, che rendono difficile il distacco emotivo dal paziente e dalla famiglia (28).

In questo contesto, il supporto tra pari, svolto anche in modo informale, emerge come una strategia centrale di coping ed elaborazione dell'esperienza emotiva (29).

Un ambito di particolare criticità è rappresentato dalle cure di fine vita e dalle decisioni etiche. Gli infermieri riportano elevati livelli di distress morale e frustrazione professionale legati ai conflitti etici e alla complessità delle cure palliative (30,31). In questi contesti, la mancanza di spazi strutturati di confronto aggrava la percezione del carico emotivo, portando fenomeni di compassion fatigue (32,33).

In questo scenario, il supporto tra pari emerge come una strategia centrale di coping. Gli studi di Arbios et al. (20) e Anguis Carreno et al. (34) descrivono come il confronto tra colleghi e i momenti di debriefing informale dopo eventi critici favoriscano la condivisione dell'esperienza, la normalizzazione delle reazioni emotive e la riduzione del senso di isolamento professionale. In particolare, il peer support è percepito come una risorsa immediatamente accessibile, più efficace rispetto al supporto esterno

formale, grazie alla comprensione condivisa del contesto clinico e delle sue implicazioni etiche e relazionali.

Tali evidenze confermano che, anche in assenza di programmi strutturati, il supporto tra pari rappresenta una pratica spontanea ma significativa nella gestione del distress emotivo, contribuendo al mantenimento della resilienza professionale e alla continuità dell'impegno professionale.

Il supporto dei colleghi più esperti risulta inoltre determinante per i professionisti neoassunti o neo-inseriti, specialmente in occasione dei primi decessi, agendo come un fattore protettivo che facilita il sense-making dell'esperienza vissuta (28,32,34).

Nel complesso, gli studi indicano che il peer support contribuisce a migliorare il benessere psicologico, a rafforzare la resilienza individuale e a sostenere la continuità professionale in contesti assistenziali ad alta intensità (23).

Tavola sinottica 2

Autore (anno)	Paese	Contesto	Disegno di studio	Fenomeno studiato	Strumenti	Risultati principali
Ravaldi et al. (2023) (25)	Italia	TIN	Studio multicentrico quantitativo	PTSD, burnout dopo morte neonatale	IES-R, MBI	34% stress moderato, 35% severo; associazione tra numero di perdite e burnout
Dombrecht et al. (2019) (32)	Belgio	TIN	Studio qualitativo	Impatto emotivo EOL	interviste	Gli infermieri riportano carenza di spazi strutturati di confronto, elevato carico emotivo, necessità di supporto strutturato.
Anguis Carreno et al. (2023) (34)	Spagna	TIP	Studio qualitativo	Coping dopo morte pediatrica	interviste	Emozioni intense, strategie di coping individuali, il peer support informale è una risorsa chiave dopo eventi critici
Elsharkawy et al. (2023) (29)	Egitto	TIN	Studio quantitativo	Resilienza dopo perdita infantile	Scale di resilienza	Resilienza moderata; bisogno di supporto organizzativo
Albrecht et al. (2025)	Germania	TIP	Studio qualitativo	Gestione emozioni area critica	intervista	Stress cumulativo, regolazione emotiva come fattore chiave

(26)						
Isobel et al. (2022) (5)	Australia	Vari setting pediatrici intensivi	Integrative review	Vicarious trauma	revisione	Esposizione ripetuta, alterazioni emotive, necessita di supporto
Ramadan et al. (2025) (33)	Medio Oriente	TIN	Studio qualitativo	Compassion in EOL neonatale	intervista	Distress morale e compassion fatigue, necessità di condivisione emotiva e supporto professionale
Miranda et al. (2024) (30)	Spagna	Contesti pediatrici intensivi	Studio qualitativo	Moral distress	interviste	Conflitti etici, frustrazione professionale
Beltran et al. (2021) (31)	USA	TIN	Studio qualitativo	Esperienze in cure palliative neonatali	interviste	Carico emotivo elevato, bisogno di debriefing

Muskat et al. (2020) (28)	Canada	Area acuti pediatrica	Studio qualitativo	Esperienze EOL pediatrico	interviste	Stress relazionale, impatto sulla qualità di vita professionale
Shaw et al. (2022) (27)	UK	TIN	Studio qualitativo	Stress e carico emotivo (COVID)	interviste	Stress cumulativo, isolamento professionale

Barriere e facilitatori organizzativi all'implementazione del peer support

La terza macroarea tematica analizza i fattori organizzativi che influenzano l'implementazione, l'accessibilità e l'efficacia dei programmi di peer-to-peer support nei contesti di terapia intensiva neonatale e pediatrica.

Sebbene lo studio di Nefale et al. (12) sia l'unico ad aver analizzato specificamente queste variabili nel contesto neonatale, le medesime criticità emergono in modo trasversale anche nelle indagini qualitative sul vissuto emotivo degli operatori.

Tra le principali barriere identificate, gli studi riportano la mancanza di tempo, l'elevato carico di lavoro, l'assenza di spazi fisici dedicati al confronto tra colleghi e la persistenza di una cultura organizzativa orientata alla performance piuttosto che al benessere degli operatori. In alcuni contesti, la paura del giudizio o di conseguenze disciplinari rappresenta un ulteriore ostacolo alla richiesta di supporto.

Alcuni studi evidenziano inoltre come specifiche scelte organizzative e architettoniche, quali i modelli di assistenza basati su stanze singole per le famiglie, possono ridurre le occasioni di supporto informale e aumentare il senso di isolamento degli infermieri durante l'attività assistenziale (7).

Tra i fattori facilitanti, emerge il ruolo cruciale di una leadership positiva nel promuovere una cultura di sicurezza psicologica e nel legittimare il ricorso al supporto tra pari. Ambienti di lavoro percepiti come supportivi risultano associati a livelli più elevati di soddisfazione professionale, resilienza e intenzione di permanenza nel ruolo. Nel complesso, i risultati indicano che il peer-to-peer support non può essere considerato un intervento esclusivamente individuale, ma richiede considerazioni organizzative favorevoli per essere efficace e sostenibile nel tempo.

Sebbene formalmente solo uno studio abbia analizzato in modo specifico le barriere e i facilitatori, le medesime criticità emergono trasversalmente anche negli studi sul vissuto emotivo (tavola sinottica 2), confermando l'influenza del contesto organizzativo nella gestione degli eventi critici e traumatici. I risultati della presente scoping review evidenziano come il peer-to-peer support rappresenti una strategia rilevante e promettente per sostenere gli infermieri di TIN e TIP.

Le evidenze disponibili sottolineano tuttavia la necessità di modelli strutturati, supportati dalla cornice organizzativa e adattati alle specificità del contesto neonatale e pediatrico.

Tavola sinottica 3					
Autore (anno)	Paese	Contesto	Disegno di studio	Barriere	Facilitatori
Nefale et al. (2023) (12)	Sudafrica	TIN	Studio qualitativo trasversale	Carico di lavoro, mancanza di tempo, carenza di personale, percezione di scarso supporto manageriale	Supporto tra colleghi, leadership positiva, cultura inclusiva e collaborativa
Implicazioni per il peer support La presenza di supporto percepito tra pari rappresenta un fattore protettivo contro il distress, l'implementazione di programmi strutturati di peer support può rafforzare il clima organizzativo e ridurre l'impatto degli eventi critici e traumatici.					

DISCUSSIONE

Interpretazione dei risultati principali: Stress Traumatico Secondario (STS), Trauma Vicario (TV) e burnout

La presente scoping review evidenzia come gli infermieri di terapia intensiva neonatale e pediatrica siano esposti a un ampio spettro di reazioni psicologiche conseguenti all'esposizione ripetuta a eventi critici e traumatici. La letteratura analizzata richiama costrutti quali lo Stress Traumatico Secondario (STS) e il Trauma Vicario (TV) per descrivere l'impatto emotivo derivante dal contatto continuo con la sofferenza, il dolore e il lutto dei pazienti e delle loro famiglie (1,5,35).

In particolare, nel contesto della TIN e della TIP, l'intensità delle decisioni cliniche e la ripetitività degli eventi critici favoriscono l'accumulo di stress emotivo che può manifestarsi attraverso sintomi di intrusività emotiva (flashback, pensieri ricorrenti sull'evento, disturbi del sonno), evitamento (distacco emotivo dai pazienti o riluttanza a occuparsi di casi simili a quello traumatico), senso di impotenza e ridotta capacità empatica. Tali condizioni, se non riconosciute precocemente, rischiano di evolvere in burnout, caratterizzato da esaurimento emotivo e depersonalizzazione, con gravi ricadute sul benessere dell'operatore, sulla qualità dell'assistenza erogata, sulla stabilità del team e sulla sicurezza delle cure.

Ruolo delle organizzazioni: riconoscere per far emergere

La letteratura sottolinea come il riconoscimento di queste condizioni non possa essere demandato esclusivamente alla consapevolezza individuale degli infermieri, ma richiede un coinvolgimento attivo delle strutture organizzative (16). L'assenza di strumenti di rilevazione, spazi di confronto strutturati e una cultura orientata alla sicurezza psicologica contribuisce infatti alla sottostima del fenomeno e alla normalizzazione della sofferenza come parte integrante del ruolo professionale: il dolore viene percepito come componente ineludibile e "privata" del ruolo professionale.

In questo senso, l'adozione di indagini organizzative, programmi di monitoraggio del benessere e strategie di supporto post-intervento risultano fondamentali per rendere visibile il disagio e intercettare precocemente situazioni a rischio. I risultati della

presente scoping review suggeriscono come il peer-to-peer support possa rappresentare uno strumento efficace per facilitare tale processo di emersione, favorendo un clima di fiducia e legittimazione dell'esperienza emotiva.

Peer support come strumento immediatamente applicabile

Il peer-to-peer support emerge dalla letteratura come una strategia immediatamente applicabile, a basso costo e ad elevata accettabilità da parte degli operatori sanitari. La possibilità di confrontarsi con colleghi formati, appartenenti allo stesso contesto assistenziale, consente una comprensione condivisa dell'evento critico e delle sue implicazioni emotive, riducendo il senso di isolamento e il rischio di evoluzione verso forme più strutturate di distress psicologico.

In particolare, il peer support si configura come uno strumento trasversale, potenzialmente efficace nel contenimento del STS e del trauma vicario, offrendo uno spazio di ascolto non giudicante e orientato alla normalizzazione delle reazioni emotive. La letteratura evidenzia come tali interventi risultino più efficaci se attivati precocemente e integrati all'interno di una strategia organizzativa più ampia di promozione del benessere professionale (13).

I programmi strutturati descritti in letteratura includono modelli quali il RISE (Resilience In Stressful Events) Program del Johns Hopkins Hospital (13) e il "YOU Matter" (University of Missouri) (19), caratterizzati da una struttura multilivello che integra supporto informale tra pari, incontri strutturati e, se necessario, l'intervento di professionisti della salute mentale. Il programma "YOU Matter" in particolare ha dimostrato una buona accettabilità e una riduzione dello stigma nella richiesta di supporto, evidenziando come modelli strutturati e multilivello possano essere integrati con successo nei contesti neonatali e pediatrici intensivi.

Tali modelli si differenziano dagli approcci più tradizionali, come il CISM (Critical Incident Stress Management), per una maggiore flessibilità e integrazione nella cultura organizzativa ospedaliera.

Specificità del contesto TIN e dimensione etica

I risultati sottolineano come il contesto della terapia intensiva neonatale presenti caratteristiche peculiari che amplificano l'impatto degli eventi critici sugli infermieri.

La fragilità estrema del paziente, la presenza costante dei genitori, il peso delle decisioni etiche legate al fine vita e alle cure proporzionate, nonché il confronto con il lutto perinatale, rendono l'esperienza assistenziale particolarmente densa dal punto di vista emotivo.

In questo ambito, le decisioni cliniche risultano spesso intrecciate a considerazioni etiche complesse come: il rischio di accanimento terapeutico, il condizionamento legato al desiderio di genitorialità (ad esempio in contesti di PMA-procreazione medicalmente assistita) e il timore di conseguenze medico-legali. La letteratura evidenzia come tali fattori possano alimentare fenomeni di medicina difensiva, con ricadute sia sul benessere degli operatori sia sulla qualità dell'assistenza (2). Il peer-to-peer support, se adeguatamente contestualizzato, può offrire uno spazio di elaborazione condivisa anche di queste dimensioni, contribuendo a ridurre il distress morale associato alle scelte di fine vita.

Studi senza interventi strutturati e articoli reperiti con ricerca manuale

Sebbene alcuni studi inclusi non descrivano interventi formalizzati di peer support, la loro presenza risulta rilevante ai fini della presente scoping review. Tali contributi permettono infatti di delineare il bisogno latente di supporto emotivo tra gli infermieri, le modalità di coping adottate dagli operatori e le conseguenze del mancato riconoscimento istituzionale del disagio professionale.

In particolare, gli studi sul lutto e la morte perinatale mettono in evidenza come l'assenza di spazi di confronto strutturati favorisca l'interiorizzazione del dolore e la sua normalizzazione come parte inevitabile del ruolo professionale. Anche contributi individuati attraverso la ricerca manuale, seppur al di fuori del filtro temporale prefissato, sono stati considerati rilevanti in quanto fondativi sul piano concettuale e utili a comprendere l'evoluzione storica tra pari in ambito neonatale (6).

Sostenibilità organizzativa ed economica degli interventi di supporto

La letteratura evidenzia come l'implementazione di figure specialistiche dedicate al supporto psicologico, sia per le famiglie sia per il personale sanitario, rappresenti un obiettivo auspicabile ma non sempre concretamente realizzabile nei contesti

assistenziali ad alta intensità di cura. I vincoli di natura economica e organizzativa, unitamente alla limitata disponibilità di risorse dedicate, determinano spesso un divario tra le raccomandazioni e l'effettiva garanzia di una presenza continuativa di professionisti della salute mentale nell'area critica neonatale e pediatrica (12).

A tali criticità si aggiunge una documentata scarsa propensione degli operatori sanitari a rivolgersi spontaneamente a figure psicologiche per il supporto emotivo legato a eventi critici e traumatici, spesso per timore di stigmatizzazione, percezione di debolezza professionale o mancanza di tempo. In questo contesto, il peer-to-peer support emerge come strategia sostenibile e immediatamente attuabile, capace di intercettare il disagio in modo precoce e informale.

L'identificazione di peer supporters all'interno del reparto, selezionati tra professionisti senior con consolidata esperienza clinica e spiccate competenze empatiche e relazionali, consente di integrare il supporto emotivo nella quotidianità assistenziale. Tale modello favorisce non solo una maggiore accettabilità dell'intervento da parte degli operatori, ma anche un riconoscimento professionale del ruolo del peer supporter come figura di riferimento e guida. Inoltre, la prossimità contestuale e relazionale permette un'efficacia immediata dell'intervento, riducendo il rischio di cronicizzazione del distress e fungendo da ponte verso eventuali percorsi di supporto specialistico quando necessari.

Formazione dei peer supporter in un ambito peculiare come TIN e TIP

Un elemento centrale emerso dalla letteratura riguarda la necessità di una formazione specifica dei peer supporters, soprattutto in ambiti peculiari come la terapia intensiva neonatale e pediatrica (19). La complessità clinica, la dimensione etica delle decisioni di fine vita, il confronto con la morte e il lutto perinatale e il rischio di medicina difensiva richiedono competenze relazionali e comunicative avanzate, nonché una conoscenza approfondita dei fenomeni di distress emotivo professionale.

La formazione dei peer supporters dovrebbe pertanto includere contenuti relativi al riconoscimento del STS, del trauma vicario e del burnout, oltre a strumenti di ascolto attivo, gestione delle emozioni e inclusione di servizi di supporto specialistico quando necessario. In tale prospettiva, il peer-to-peer support non si configura come un

intervento sostitutivo di altre forme di sostegno, ma come una risorsa integrativa, capace di rafforzare la resilienza individuale e collettiva all'interno delle organizzazioni sanitarie.

Limiti della letteratura e prospettive future

La scoping review ha evidenziato diversi limiti nella letteratura disponibile, tra cui l'eterogeneità dei disegni di studio, la prevalenza di studi osservazionali e qualitativi, la scarsa specificità per il contesto TIN e TIP rispetto ad altre aree intensive e l'uso frequente di outcome auto riportati, misurati attraverso strumenti soggettivi di valutazione del benessere psicologico, che possono essere influenzati da bias individuali e non sempre riflettono indicatori oggettivi di cambiamento organizzativo. Nonostante ciò, la convergenza dei risultati supporta l'ipotesi che il peer-to-peer possa costituire una strategia promettente per la gestione degli eventi critici e traumatici vissuti dagli infermieri di terapia intensiva neonatale e pediatrica.

Ulteriori studi, in particolare interventistici e contestualizzati specificamente nella TIN, appaiono necessari per valutare l'impatto a lungo termine di tali programmi sul benessere degli operatori e sugli esiti organizzativi.

CONCLUSIONI

La presente scoping review ha consentito di mappare le evidenze disponibili sul ruolo del peer-to-peer support nella gestione degli eventi critici e traumatici vissuti dagli infermieri impegnati in terapia intensiva neonatale e pediatrica. Dall'analisi emerge come tali eventi rappresentino una componente strutturale dell'esperienza assistenziale in questi contesti, con un impatto significativo sul benessere emotivo e professionale degli operatori.

Le reazioni descritte risultano riconducibili a differenti costrutti teorici (tra cui STS e trauma vicario) che, pur presentando specificità concettuali, condividono manifestazioni comuni di distress emotivo e vulnerabilità professionale. Il loro riconoscimento appare essenziale per prevenire esiti più complessi tra cui il burnout.

La loro coesistenza all'interno della letteratura analizzata sottolinea la complessità del fenomeno e la necessità di un riconoscimento strutturato da parte delle organizzazioni sanitarie.

Il peer-to-peer si configura come una strategia sostenibile e contestualizzabile, in grado di intercettare precocemente il disagio e favorire processi di normalizzazione e rielaborazione dell'esperienza. La possibilità di confrontarsi con colleghi appartenenti alla stessa realtà assistenziale, formati e riconosciuti nel ruolo del peer supporter, si configura come un elemento chiave per aumentare l'accettabilità dell'intervento, la sua efficacia tempestiva e la crescita professionale. Il peer supporter non si propone come alternativa al supporto specialistico ma come risorsa integrativa e peculiare capace di facilitare l'elaborazione di situazioni critiche e agevolare l'accesso a percorsi di sostegno più strutturati.

La specificità dei contesti come la TIN e la TIP, caratterizzati da elevata complessità clinica e fragilità del paziente, forte coinvolgimento relazionale e frequente esposizione a situazioni di perdita e lutto, rende evidente la necessità di interventi dedicati e contestualizzati. I risultati di questo lavoro suggeriscono come l'implementazione di programmi di peer-to-peer support, con formazione mirata del peer supporter, possa rappresentare una strategia concreta e sostenibile nel lungo periodo per promuovere il benessere degli infermieri, migliorare la gestione degli eventi critici e traumatici, favorire un clima di team trasparente e valorizzare, inoltre, la figura specialistica infermieristica.

Nonostante i limiti della letteratura disponibile, si nota la necessità di sviluppare ulteriori studi e protocolli dedicati, al fine di valutare in modo sistematico l'efficacia e la sostenibilità del peer support nel lungo periodo.

In conclusione, il peer support si configura come una risorsa rilevante e potenzialmente efficace per la gestione di eventi critici e traumatici in ambito intensivo neonatale e pediatrico, ponendo le basi per future strategie organizzative orientate al riconoscimento e alla tutela del benessere infermieristico.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Butcher I, Morrison R, Balogun O, Duncan H, St Louis K, Webb S, et al. Burnout and Coping Strategies in Pediatric and Neonatal Intensive Care Staff. *Clin Pract Pediatr Psychol*. 20 aprile 2023;12(1):16–30. doi:10.1037/cpp0000474
2. Monterosso L, Kristjanson L, Sly PD, Mulcahy M, Holland BG, Grimwood S, et al. The role of the neonatal intensive care nurse in decision-making: Advocacy, involvement in ethical decisions and communication. *Int J Nurs Pract*. 25 giugno 2005;11(3):108–17. doi:10.1111/j.1440-172X.2005.00512.x
3. Naya K, Aikawa G, Ouchi A, Ikeda M, Fukushima A, Yamada S, et al. Second victim syndrome in intensive care unit healthcare workers: A systematic review and meta-analysis on types, prevalence, risk factors, and recovery time. *PLoS One*. 1 ottobre 2023;18(10 October). doi:10.1371/journal.pone.0292108 PubMed PMID: 37788270.
4. Beck CT, Cusson RM, Gable RK. Secondary Traumatic Stress in NICU Nurses. *Advances in Neonatal Care*. dicembre 2017;17(6):478–88. doi:10.1097/ANC.0000000000000428
5. Isobel S, Thomas M. Vicarious trauma and nursing: An integrative review. *International Journal of Mental Health Nursing*. John Wiley and Sons Inc; 2022. pag. 247–59. doi:10.1111/inm.12953 PubMed PMID: 34799962.
6. Pillot G, Benetton M. Accompagnamento del neonato e della sua famiglia al momento di fine vita. *Children’s Nurses: Italian Journal of Pediatric Nursing Science / Infermieri dei Bambini: Giornale Italiano di Scienze Infermieristiche Pediatriche*. 2012;4(2):53–53–5. PubMed PMID: 78404578.
7. Lyngstad LT, Le Marechal F, Ekeberg BL, Hochnowski K, Hval M, Tandberg BS. Ten Years of Neonatal Intensive Care Adaption to the Infants’ Needs: Implementation of a Family-Centered Care Model with Single-Family Rooms in Norway. *Int J Environ Res Public Health*. 1 maggio 2022;19(10). doi:10.3390/ijerph19105917 PubMed PMID: 35627454.
8. Carbone R, Ferrari S, Callegarin S, Casotti F, Turina L, Artioli G, et al. Peer support between healthcare workers in hospital and out-of-hospital settings: a scoping review. *Acta Biomedica*. Mattioli 1885; 2022. doi:10.23750/abm.v93i5.13729 PubMed PMID: 36300208.
9. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall LW. The natural history of recovery for the healthcare provider «second victim» after adverse patient events. *Qual Saf Health Care*. ottobre 2009;18(5):325–30. doi:10.1136/qshc.2009.032870 PubMed PMID: 19812092.
10. Connors C, Norvell M, Wu A. The RISE (Resilience in Stressful Events) Peer Support Program: Creating a Virtuous Cycle of Healthcare Leadership Support for Staff Resilience and Well-Being. *J Healthc Leadersh*. dicembre 2024;Volume 16:537–42. doi:10.2147/JHL.S487709
11. van Pelt F. Peer support: healthcare professionals supporting each other after adverse medical events. *Qual Saf Health Care*. 1 agosto 2008;17(4):249. doi:10.1136/qshc.2007.025536
12. Nefale F, Sepeng N V., Ngunyulu R. Work-related support needs of registered nurses in a neonatal intensive care unit in the Tshwane District. *Health SA Gesondheid*. 2023;28. doi:10.4102/hsag.v28i0.1764

13. Edrees H, Connors C, Paine L, Norvell M, Taylor H, Wu AW. Implementing the RISE second victim support programme at the Johns Hopkins Hospital: A case study. *BMJ Open*. 1 settembre 2016;6(9). doi:10.1136/bmjopen-2016-011708 PubMed PMID: 27694486.
14. Everly GS, Flannery RB, Mitchell JT. CRITICAL INCIDENT STRESS MANAGEMENT (CISM): A REVIEW OF THE LITERATURE. *Aggression and Violent Behavior*. 2000. Report.
15. Taylor C, Xyrichis A, Leamy MC, Reynolds E, Maben J. Can Schwartz Center Rounds support healthcare staff with emotional challenges at work, and how do they compare with other interventions aimed at providing similar support? A systematic review and scoping reviews. *BMJ Open*. BMJ Publishing Group; 2018. doi:10.1136/bmjopen-2018-024254 PubMed PMID: 30341142.
16. Kappes M, Delgado-Hito P, Contreras VR, Romero-García M. Prevalence of the second victim phenomenon among intensive care unit nurses and the support provided by their organizations. *Nurs Crit Care*. 1 novembre 2023;28(6):1022–30. doi:10.1111/nicc.12967 PubMed PMID: 37614030.
17. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol*. febbraio 2005;8(1):19–32. doi:10.1080/1364557032000119616
18. Pillot GM. Accompagnamento del neonato e della sua famiglia al momento di fine vita. *Children's Nurses: Italian Journal of Pediatric Nursing Science / Infermieri dei Bambini: Giornale Italiano di Scienze Infermieristiche Pediatriche*. 2012;4(2):53–5.
19. Merandi J, Liao N, Lewe D, Morvay S, Stewart B, Catt C, et al. Deployment of a Second Victim Peer Support Program: A Replication Study. *Pediatr Qual Saf*. luglio 2017;2(4):e031. doi:10.1097/pq9.000000000000031 PubMed PMID: 30229168.
20. Arbios D, Srivastava J, Gray E, Murray P, Ward J. CUMULATIVE STRESS DEBRIEFINGS TO COMBAT COMPASSION FATIGUE IN A PEDIATRIC INTENSIVE CARE UNIT. *American Journal of Critical Care*. 1 marzo 2022;31(2):111–8. doi:10.4037/ajcc2022560 PubMed PMID: 35229152.
21. Schrøder K, Assing Hvidt E. Emotional Responses and Support Needs of Healthcare Professionals after Adverse or Traumatic Experiences in Healthcare—Evidence from Seminars on Peer Support. *Int J Environ Res Public Health*. 1 maggio 2023;20(9). doi:10.3390/ijerph20095749
22. Lorrain B. Reflective Peer Consultation as an Intervention for Staff Support in the NICU. *Newborn and Infant Nursing Reviews*. 1 dicembre 2016;16(4):289–92. doi:10.1053/j.nainr.2016.09.022
23. Nerovich C, Derrington SF, Lauren HC, Sorce R, Pc CA/, Manzardo J, et al. Debriefing After Critical Events Is Feasible and Associated With Increased Compassion Satisfaction in the Pediatric Intensive Care Unit. *www.ccnonline.org CriticalCareNurse*. 2023;43(3). doi:10.4037/ccn2023
24. Devireddy K, Shukla R, Boren R, Slaven JE, Baker RA, Allen JD, et al. Reducing moral distress through interdisciplinary collaboration: the impact of a weekly palliative care and neonatology conference. *BMC Palliat Care*. 1

- dicembre 2025;24(1). doi:10.1186/s12904-025-01915-y PubMed PMID: 41219806.
25. Ravaldi C, Mosconi L, Mannetti L, Checconi M, Bonaiuti R, Ricca V, et al. Post-traumatic stress symptoms and burnout in healthcare professionals working in neonatal intensive care units: Results from the STRONG study. *Front Psychiatry*. 3 febbraio 2023;14. doi:10.3389/fpsy.2023.1050236
 26. Albrecht L, Ryan MJ, Ta E, Foster JR, Buckley L, Ferguson H, et al. Making sense of pediatric death: An exploratory qualitative study of emotion management strategies applied by the pediatric intensive care unit interprofessional team. *Palliat Care Soc Pract*. 1 gennaio 2025;19. doi:10.1177/26323524251393267
 27. Shaw C, Gallagher K, Petty J, Mancini A, Boyle B. Neonatal nursing during the COVID-19 global pandemic: A thematic analysis of personal reflections. *Journal of Neonatal Nursing*. 1 giugno 2021;27(3):165–71. doi:10.1016/j.jnn.2021.03.011
 28. Muskat B, Greenblatt A, Anthony S, Beaune L, Hubley P, Newman C, et al. The experiences of physicians, nurses, and social workers providing end-of-life care in a pediatric acute-care hospital. *Death Stud*. 1 febbraio 2020;44(2):105–16. doi:10.1080/07481187.2018.1526829 PubMed PMID: 30832553.
 29. Elsharkawy NB, Ramadan OME, Hafiz AH, Katooa NE, Abunar A, Attallah DMA, et al. Resilience in the shadows of loss: a hermeneutic phenomenological study of neonatal intensive care nurses' coping after infant loss in Saudi Arabia. *BMC Nurs*. 1 dicembre 2025;24(1). doi:10.1186/s12912-025-03509-8
 30. Miranda ACR, Fernandes SD, Ramos S, Nunes E, Fabri J, Caldeira S. *Moral Distress of Nurses Working in Paediatric Healthcare Settings*. Healthcare (Switzerland). Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI); 2024. doi:10.3390/healthcare12131364
 31. Beltran SJ, Hamel MN. *Caring for Dying Infants: A Systematic Review of Healthcare Providers' Perspectives of Neonatal Palliative Care*. American Journal of Hospice and Palliative Medicine. SAGE Publications Inc.; 2021. pag. 1013–27. doi:10.1177/1049909120965949 PubMed PMID: 33054317.
 32. Dombrecht L, Cohen J, Cools F, Deliens L, Goossens L, Naulaers G, et al. Psychological support in end-of-life decision-making in neonatal intensive care units: Full population survey among neonatologists and neonatal nurses. *Palliat Med*. 1 marzo 2020;34(3):430–4. doi:10.1177/0269216319888986 PubMed PMID: 31739740.
 33. Ramadan OME, Hafiz AH, Katooa NE, Alghamdi NM, Elsharkawy NB, Abdelaziz EM, et al. Nurturing compassion in neonatal end-of-life care: a qualitative exploration of palliative care nurses' roles and experiences. *BMC Nurs*. 1 dicembre 2025;24(1). doi:10.1186/s12912-025-03104-x
 34. Anguis Carreño M, Marín Yago A, Jurado Bellón J, Baeza-Mirete M, Muñoz-Rubio GM, Rojo Rojo A. An Exploratory Study of ICU Pediatric Nurses' Feelings and Coping Strategies after Experiencing Children Death. *Healthcare (Switzerland)*. 1 maggio 2023;11(10). doi:10.3390/healthcare11101460

35. Scott Z, O'Curry S, Mastroyannopoulou K. Factors associated with secondary traumatic stress and burnout in neonatal care staff: A cross-sectional survey study. *Infant Ment Health J.* 1 marzo 2021;42(2):299–309. doi:10.1002/imhj.21907 PubMed PMID: 33449411.

Ringraziamenti

Desidero esprimere la mia più sincera gratitudine alla Prof.ssa Montani per la disponibilità, la guida attenta e la competenza con cui mi ha accompagnata durante tutto il percorso di realizzazione di questo lavoro, rappresentando un punto di riferimento prezioso.

Desidero inoltre ringraziare tutti i docenti di questo percorso di studi che con la loro professionalità, passione e capacità di trasmettere conoscenze hanno contribuito in modo significativo alla mia crescita personale e professionale.

Un sentito ringraziamento alla Dott.ssa Federica Marzola, coordinatrice della Terapia Intensiva Neonatale, a tutte le infermiere e a tutto il personale della S.C. di Terapia Intensiva Neonatale dell'AOU Maggiore della Carità di Novara, per avermi accompagnata durante il tirocinio e per aver rappresentato una fonte di ispirazione fondamentale per la realizzazione di questo lavoro e per la mia crescita professionale.

Un ringraziamento speciale va ai miei genitori e a mio fratello, per il loro sostegno incondizionato, per aver sempre creduto sempre in me e per avermi trasmesso i valori che mi hanno accompagnata fino a questo traguardo.

Al mio compagno Mauro, per la pazienza, la comprensione e la presenza costante, soprattutto nei momenti più impegnativi di questo percorso.

Al mio piccolo Simone, che ha accompagnato ogni pagina di questa tesi sin dall'inizio. Questo traguardo è anche suo: mentre cresceva, io imparavo a non fermarmi, trovando in lui ogni giorno la forza e il senso di questo percorso. Il fatto che il suo primo compleanno coincida con la mia discussione rende questo momento ancora più speciale e indimenticabile.

Un grazie sincero ai colleghi, ai compagni di studi, agli amici che hanno creduto in me e mi hanno sostenuta lungo questo percorso.

Infine, grazie a me stessa, per non aver mai mollato, per aver scelto di rimettermi in gioco intraprendendo un percorso magistrale accanto al lavoro e alla vita, e per aver avuto la determinazione di portarlo fino in fondo, con la consapevolezza che questo traguardo non rappresenta un punto di arrivo, ma una tappa di un percorso che desidero continuare a costruire e far crescere nel tempo.