Fattori protettivi dell'ansia in infermieri del servizio 118 – studio osservazionale

Antonio Capodilupo[1], Micaela De Santis[2], Francesca D'Ignazio[3]

[1]Incarico annuale-correlatore, Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive Sapienza, Roma, Italia
[2]Infermiera, Master Infermieri in area critica Sapienza, Roma, Italia
[3]Infermiera-relatrice, Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche Sapienza - sede di Latina, Italia

Corrispondenza: antoniocapodilupo@gmail.com

INTRODUZIONE

L'infermiere dell'emergenza territoriale opera in un teatro operativo caratterizzato da cospicua pressione psico-fisica, imprevedibilità e incertezza. Le missioni di soccorso richiedono decisioni rapide e autonome, spesso con una base di decisione molto limitata e in contesti in cui i fattori ambientali (come la difficoltà di accesso al paziente o minacce esterne) possono complicare ulteriormente l'intervento.

Il frequente stato di allerta e l'esposizione a stressori, acuti e cronici, espongono il personale a complicanze psico-emotive, quali il distress, i disturbi d'ansia, la depressione, la sindrome da burnout e il disturbo post-traumatico da stress (Cicchitti et al., 2014; Saragih et al., 2021; SIIET, 2021). In letteratura scientifica, rispetto al controllo e alla gestione dell'ansia, tre fattori appaiono essere protettivi: il supporto del team, gli stili di coping individuali e la formazione professionale (Bohström et al., 2014; Meneses Rêgo & Araùjo-Filho, 2023).

Nella revisione di Fasan et al. (2023) emerge che la sensazione di non essere adeguatamente supportati, sia a livello clinico (dotazione DPI, protocolli) sia emotivo (*debriefing*, supervisione), amplifica l'ansia pre-intervento; perciò, si raccomandano programmi di *peer support,* per contenere l'ansia, e il monitoraggio continuo di essa, per mantenere la qualità assistenziale nelle squadre di emergenza territoriale.

Tra gli stili di *coping*, il *problemi-focused coping* (risoluzione di problemi, ricerca di supporto) attenua l'ansia, mentre l'*emotion-focused coping* distorsivo (disimpegno, *denial*) la amplifica (Novello, 2024). L'importanza di un'adeguata formazione clinica, di capacità decisionali rapide e della collaborazione interdisciplinare è documentata da Tempesta (2024). A un'indagine multicentrica condotta tramite questionario, compilato telefonicamente o per *e-mail*, hanno risposto 89 delle 102 centrali operative 118 provinciali: in 10 province (11%) gli infermieri hanno competenze di base, in 47 (53%) eseguono procedure avanzate nella gestione delle vie aeree nell'arresto cardiaco (49%, n=28), nel trattamento delle insufficienze respiratorie (44%, n=25), nell'analgesia di pazienti traumatizzati (46%, n=26) (Imbriaco, 2010).

Il possesso di certificazioni avanzate BLSD/PBLSD e PTC avanzato possiede una correlazione inversa con i livelli di ansia in infermieri di emergenza territoriale, ancor più se rinforzato da una frequenza di *retraining* e dall'introduzione di simulazioni di interventi ad alta fedeltà (Chen & Wang, 2020; Rossi, Verdi e Neri, 2021; Smith, Brown & Lee, 2022).

OBIETTIVI

Questo studio si propone di (a) valutare la portata dell'ansia, dichiarata dagli infermieri nel servizio di emergenza pre-ospedaliero, e (b) di confermarne l'associazione con i tre fattori apprezzati come protettivi: il supporto del team, la formazione professionale e gli stili di coping individuali.

MATERIALI E METODI

Per valutare l'ansia negli infermieri coinvolti in interventi critici extraospedalieri si utilizzano, in letteratura, comunemente, lo *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI) di Spielberger (1983), il *Generalized Anxiety Disorder-7* (GAD-7) di Spitzer et al. (2006), applicabili alla popolazione generale, e l'*Impact of Event Scale* (IES) di Weiss & Marmar (1997), specifico per misurare le reazioni psicologiche a eventi traumatici.

Si è optato, qui, per una valutazione composita dell'ansia, abbinando il carico di lavoro percepito e i sintomi psico-fisici manifestati.

Lo studio, con disegno di tipo trasversale, è stato condotto nei mesi da settembre a novembre 2025. L'indagine è stata effettuata mediante somministrazione *online* di un questionario autoprodotto, i cui contenuti sono desunti da questionari diffusi e validati. L'indagine si è avvalsa della compilazione di un modulo *Google*. Il modulo è stato inviato per *e-mail* a infermieri di Servizi di Emergenza Territoriale (SET-118) del Centro Italia. Lo strumento si compone di una Sezione 0, contenente i dati socio-demografici e professionali degli intervistati e di 30 *items* valutativi, di cui 20 *items* riferiti all'ansia, raggruppati in 4 sezioni con 5 *items* ciascuna: Sezione A - Percezione del Carico di Lavoro (p.e. "Mi sento sopraffatto dalla gravità dei casi critici"), Sezione B - Sintomi Fisici (p.e. "Avverto palpitazioni o battito cardiaco accelerato durante il turno"), Sezione C - Sintomi Cognitivi ed Emotivi (p.e. "Provo un senso di inutile allarme anche in momenti di calma apparente"), Sezione D - Supporto e Dinamiche di Team (p.e. "Il lavoro di squadra riduce la mia sensazione di ansia in situazioni critiche"); 10 *items* nella Sezione E - Strategie di *coping* (p.e. "Faccio brevi pause strategiche per ristabilire la calma").

Le variabili delle sezioni valutative sono state sottoposte al test α di Cronbach, per verificarne la coerenza interna e hanno riportato buoni valori di affidabilità (Carico di lavoro: α = 0,878; Sintomi fisici: α = 0,791; Sintomi Cognitivi-emotivi: α = 0,833; Supporto e dinamiche di team α = 0,705; Totale: α = 0,928).

La sezione Strategie di *coping* è stata sottoposta ad analisi fattoriale esplorativa, con rotazione varimax e normalizzazione Kaiser, per estrarne i tipi di coping, che ha restituito tre componenti principali che possono denominarsi Rilassamento e distrazione, Supporto emotivo (Se), Orientamento al problema (Op). Si è ritenuto, qui, riferendosi ad alcuni tipi di *coping* categorizzati da Carver (1997), articolare la prima dimensione, complessa, in Ristrutturazione cognitiva o attitudine positiva (Rc), Strategie di elusione (Se) e Meditazione (Se). Dei 5 stili, i primi 3 sono considerati proficui per affrontare lo stress psicofisico, gli ultimi 2 possono essere utili per breve tempo, al fine di superare l'impatto del problema e di recuperare padronanza nell'affrontarlo.

Ciascun *item* chiede risposta su scala Likert a 5 gradini: 1. Mai, 2. Raramente, 3. Qualche volta, 4. Spesso, 5. Sempre. Nelle sezioni valutative dell'ansia, il punteggio da basso ad elevato indica il montare crescente di ansia; nella sezione relative agli stili di c*oping*, la crescita del punteggio corrisponde a un maggiore e protettivo sostegno.

Le variabili nominali, socio-demografiche e professionali, sono sintetizzate con il calcolo delle frequenze e delle percentuali.

La misura dell'ansia è espressa con le statistiche descrittive, media e deviazione standard, ottenute dai punteggi delle quattro Sezioni A – D, singole e assemblate; la Sezione E è articolata, distintamente, per tipi di *coping* rilevati.

Le variabili socio-demografiche e le attestazioni professionali sono poste in correlazione con il livello di ansia rilevato, mediante test della differenza tra le medie o tra le varianze, nell'ipotesi che a maggiore esperienza e formazione corrisponda minore ansia. Il livello di ansia è posto in correlazione anche con il Supporto ricevuto dal *team*, nell'ipotesi che il sostegno gruppale attenui il vissuto dell'ansia, e con gli Stili di *coping*, nell'ipotesi che l'ansia diminuisca ove si adottino stili costruttivi e permanga o aumenti ove si adottino stili poco efficaci. La partecipazione degli infermieri è stata ottenuta con la loro accettazione della proposta di compilazione del questionario *online*; l'anonimato delle informazioni è stato assicurato, evitando di richiedere dati identitari ai partecipanti.

RISULTATI

Il campione consiste di 150 soggetti, 54 uomini e 96 donne, la cui età si distribuisce tra le fasce 22-25 anni (n = 44), 26-29 anni (n = 53), 30-35 anni (n = 25). 36-40 anni (n = 9), > 40 anni (n = 19). I titoli di studio posseduti sono la laurea triennale (n = 101), il master (n = 37), il diploma di laurea magistrale (n = 9), un diploma equipollente (n = 3). Gli anni medi di esperienza infermieristica sono 6,6 (D.S. = 8,2) e quelli medi di esperienza in area critica sono 4,6 (D.S. = 5,8). Gli attestati di corsi di soccorso conseguiti sono riportati nella Tabella 1.

Tabella 1 – Frequenza assoluta e relativa degli attestati di soccorso.

	BLSD/PLSD	PTC Base	PTC Avanzato	ACLS	PTC Avanzato e ACLS
SI	**148**	**122**	**91**	**105**	**89**
%	*98,7*	*81,3*	*60,7*	*70,0*	*59,3*
NO	**2**	**28**	**59**	**45**	**61**
%	*1,3*	*18,7*	*39,3*	*30,0*	*40,7*

Il numero medio di codici critici trattati nell'ultimo anno è di 50 (D.S. = 88,1). La misura dell'ansia è riportata nella Tabella 2.

Tabella 2 – Valori centrali e scostamenti generali nelle dimensioni di ansia.

Dimensioni di ansia	Media	D.S.
Carico di lavoro	12,21	4,42
Sintomi Fisici	10,49	4,08
Sintomi Cognitivi-Emotivi	9,37	3,77
Supporto/Team	13,47	4,42
TOT.	11,39	3,31

Considerato che i punteggi in ciascun *item* corrispondono a 1 = mai, 2 = raramente, 3 = qualche volta, 4 = spesso, 5 = sempre e che ciascuna dimensione si distende, quindi, nel range da 5 a 25, può assumersi il valore di *cut off* 10 come limite al di sopra del quale il carico e i sintomi dell'ansia sono presenti almeno qualche volta. Pertanto, il campione esaminato ne accusa una presenza modesta nelle sue componenti, eccettuata la sporadicità nei sintomi cognitivi-emotivi. Si nota che anche il Supporto/Team, protettivo, è attuato solo occasionalmente. Quanto le variabili socio-demografiche incidano sulle dimensioni dell'ansia emerge dalle seguenti Tabelle. 3a-b, 4.

Tabella 3a – Valori centrali e scostamenti per sesso nelle dimensioni di ansia.

Dimensioni di ansia	Maschio	Femmina	TOT.
Carico di lavoro	10,14	13,36	12,21
Sintomi Fisici	8,61	11,55	10,49
Sintomi Cognitivi-Emotivi	7,63	10,35	9,37
Supporto/Team	12,63	13,94	13,47
TOT.	9,75	12,30	11,39

Pur nella modesta presenza dei sintomi, le infermiere risultano più colpite, rispetto ai collegi maschi, le cui medie sono tutte inferiori e di portata anche statisticamente significativa, tranne nel Supporto/Team. La significatività trova conferma robusta dall'applicazione del *bootstrap* a due code su 1.000 campioni, con livello 0,001 in tutte le dimensioni, tranne che per Supporto/Team (Tab. 3b).

Tabella 3b – Test campioni indipendenti di Levene, per varianze uguali non presunte, per sesso.

N = 150, gdl = 148	Maschio (N = 54)		Femmina (N = 96)			
Dimensioni di ansia	Media	D.S.	Media	D.S.	t	Sign (a due code)
Carico di lavoro	10,14	3,66	13,36	4,40	-4,795	0,000
Sintomi Fisici	8,61	3,19	11,55	4,16	-4,843	0,000
Sintomi Cognitivi-Emotivi	7,63	2,64	10,35	3,97	-5,035	0,000
Supporto/Team	12,63	4,43	13,94	4,37	-1,745	0,082
TOT.	9,75	2,43	12,30	3,39	-5,320	0,000

Il titolo di studio rileva ai fini dell'insorgenza di sintomi ansiosi nel servizio di area critica territoriale. Nella tabella 4, infatti, la cifra dei sintomi manifestati dagli infermieri in possesso della laurea triennale è più alta di quella che esibiscono i titoli di studio superiori; la misura, talora, è anche statisticamente significativa (a titolo di esempio: 3,548 è il valore t di Levene nella differenza tra le medie dei triennalisti e dei laureati magistrali, per 136 gdl e livello di significatività 0,001).

Tabella 4 – Valori centrali e scostamenti per titolo di studio.

	Diploma equipollente		Laurea Magistrale		Laurea triennale		Master	
N = 150	Media	D.S.	Media	D.S.	Media	D.S.	Media	D.S.
Carico di lavoro	10,00	6,24	9,78	4,89	13,05	4,53	10,68	3,16
Sintomi Fisici	6,67	2,08	8,67	4,18	11,20	4,18	9,32	3,37
Sintomi Cognitivi-Emotivi	8,67	5,51	7,89	3,20	10,00	3,97	8,08	2,67
Supporto/Team	11,67	2,52	11,56	3,24	13,71	4,55	13,40	4,39
TOT.	9,25	3,90	9,47	3,48	11,99	3,36	10,37	2,63

L'esperienza in numero complessivo di anni di servizio, sia infermieristico che in area critica, e in numero di codici critici, affrontati nell'anno, si dimostra essere un fattore preventivo del vissuto di ansia, poiché le correlazioni tra questi e le dimensioni del distress psichico appaiono tutte negative, segnalando una tendenza inversa: maggiore esperienza, minore ansia; si discosta di nuovo il Supporto/Team (Tabella 5).

Tabella 5 – Correlazioni di Pearson a una coda tra dimensioni dell'ansia e anni di esperienza.

	Esper_Inferm	Esper_Critica	Codici critici
Carico di Lavoro	-,251**	-,468**	-2,48**
Sintomi Fisici	-,216**	-,331**	-1,92**
Sintomi Cognitivi-Emotivi	-,166*	-,365**	-2,14*
Sostegno-Team	-0,066	0,007	0,24
Totale	-,220**	-,360**	-1,95**
Esperienza Infermieristica	1	,766**	
Esperienza Critica		1	
**. La correlazione è significativa a livello 0,01 (a una coda). *. La correlazione è significativa a livello 0,05 (a una coda).			

Quanto al possesso degli attestati di formazione in tecniche di soccorso, si omette l'analisi per i certificati BLSD/PLSD e per PTC Base, che sono conseguiti dalla quasi totalità dei partecipanti all'indagine. Per gli altri attestati, il loro possesso (SI) presenta segno negativo nei valori *t* quando la media è più bassa rispetto al loro non possesso (NO); a livello di significatività statistica, si rileva che il PTC_Av e l'ACLS, singolarmente, sono protettivi rispetto al Carico di Lavoro, ai Sintomi Cognitivi-Emotivi e al complesso ansioso e il PTC_Av e l'ACLS, congiuntamente, sono protettivi rispetto al Carico di Lavoro (Tabella 6).

Tabella 6 – Test campioni indipendenti di Levene, per varianze uguali non presunte, per attestati di formazione.

N = 150, gdl = 148	PTC_Av Avanzato (n = 91)		ACLS (n = 105)		PTC_Av e ACLS (n = 89)	
	t	Sign (a due code)	t	Sign (a due code)	t	Sign (a due code)
Carico di lavoro	-2,901	0,005	-3,593	0,000	-2,948	0,004
Sintomi Fisici	-0,783	0,435	-0,983	0,328	-0,367	0,714
Sintomi Cognitivi-Emotivi	-2,186	0,031	-2,540	0,013	-1,837	0,069
Supporto/Team	-1,094	0,276	-0,981	0,330	-0,589	0,557
TOT.	-2,177	0,031	-2,736	0,007	-1,860	0,065
	* Significatività al livello 0,05.					

Relativamente agli Stili di *coping*, considerato che i punteggi in ciascun *item* corrispondono a 1 = mai, 2 = raramente, 3 = qualche volta, 4 = spesso, 5 = sempre e che ciascuna dimensione si distende, quindi, nel *range* da 2 a 10, può assumersi il valore 6 come *cut off* come limite al di sopra del quale lo stile di *coping* è in uso almeno qualche volta e 8 come *cut off* di un tratto stabile.
Il campione intervistato si colloca in una fascia di discreta capacità gestionale delle situazioni di emergenza sia nello "stare sul pezzo" (Op) sia nel sostegno di squadra e reciproco (Ss); si pone talora anche con attitudine positiva (Rc) e si concede momentanee vie di elusione (Se), evitando invece di distaccarsi con atteggiamenti contemplativi prolungati (Me) (Tabella 7a).

Tabella 7a – Valori centrali e scostamenti negli stili di coping.

N = 150	Media	D.S.
Ristrutturazione cognitiva	5,01	2,09
Orientamento al problema	7,02	2,02
Sostegno sociale	6,85	2,10
Meditazione	3,73	2,35
Strategie di evitamento	5,25	1,88

Le differenze tra maschi e femmine sono statisticamente significative nel Sostegno sociale e nelle Strategie di evitamento, nei quali le femmine sopravanzano i maschi (Tabella 7b).

Tabella 7b – Test campioni indipendenti di Levene e Bootstrap negli stili di coping per sesso.

	Maschi		Femmine				
N = 150	Media	Deviazione std.	Media	Deviazione std.	t	Sign (a due code)	Bootstrap
Ristr_cognitiva	5,13	2,26	4,95	1,99	0,492	0,624	
Orient_Problema	6,81	2,30	7,14	1,84	-0,878	0,382	
Sost_sociale	6,26	2,10	7,19	2,03	-2,626	0,010*	0,015
Meditazione	3,28	2,37	3,98	2,32	-1,752	0,083	0,089
Strat_evitamento	4,37	1,96	5,75	1,65	-4,368	0,000**	0,001
* Significatività al livello 0,05* - Significatività al livello 0,01.							

Associati gli stili di coping con i livelli di ansia (Tab. 8), si constata, in misura statisticamente significativa, che il Carico di lavoro, i Sintomi fisici, i Sintomi cognitivi-emozionali e il totale dell'ansia si correlano positivamente con tutti

gli Stili di *coping*, come a prefigurare che, all'accrescere dell'ansia, l'impiego degli Stili di *coping* elevi la sua portata. Fa accezione l'Orientamento al problema, che, verosimilmente, può in sé proteggere dall'ansia.

Tabella 8 – Correlazioni di Pearson a due code tra stili di coping e dimensioni dell'ansia.

N = 150	Ristr_cognitiva	Orient_Problema	Sost_sociale	Meditazione	Strat_evitamento
Car_Lav	,175*	0,016	,265**	,192*	,369**
Sint_Fisici	,261**	0,083	,293**	,377**	,384**
Sint_Cogn_Emot	,183*	0,047	,281**	,299**	,456**
Sostegno_Team	-0,018	0,028	-0,001	-0,044	,205*
Totale	,185*	0,053	,258**	,251**	,440**
**. La correlazione è significativa a livello 0,01 (a due code). *. La correlazione è significativa a livello 0,05 (a due code).					

DISCUSSIONE

È stato condotto uno studio osservazionale trasversale multicentrico (studio BENE - (BEnessere degli Infermieri e staffiNg sicuro negli ospEdali) da Bagnasco et al. (2023), con una *survey online*, coinvolgendo 3.209 infermieri afferenti ai reparti di degenza di 38 Presidi Ospedalieri, per valutare le principali variabili che impattano, in generale, sul benessere degli infermieri e la sicurezza delle cure. L'indagine ha trovato che il 47,3% degli infermieri si sentiva stressato dal proprio lavoro e privo di energia e che il 40,2% evidenziava un esaurimento emotivo elevato, il 43.4% descriveva il proprio ambiente di lavoro come frenetico e caotico.

Con focale attenzione sul servizio di area critica territoriale, l'indagine SET-118, condotta con 441 infermieri, ha trovato che il 17,01% del campione è risultato ad alto rischio per PTSD e il 15,65% per depressione (SIIET, 2021). Lo studio comparativo di Cicchitti et al. (2014), ha trovato un'incidenza di sindrome da burnout (BOS) severa nel 90% degli infermieri di emergenza pre-ospedaliera (EPO), significativamente superiore al 60% riscontrato negli infermieri di pronto soccorso (EO).

Nel campione qui esaminato, i sintomi dell'ansia appaiono moderati; più incidenti nel genere femminile. A conferma dei risultati ottenuti in studi precedenti, fattori protettivi di ansia sono costituiti dagli anni di servizio, sia infermieristico e che in area critica, e dal numero degli interventi di emergenza effettuati nell'ultimo anno, nonché dal possesso di titoli di studio più elevati e dagli attestati di corsi di emergenza specializzati. Le certificazioni BLSD/PBLSD e PTC, infatti, riducono l'incertezza, consentendo all'infermiere di concentrarsi sul ragionamento clinico senza essere sopraffatto dall'ansia legata alla performance: uno studio sull'addestramento basato sulla simulazione ha dimostrato che la formazione agisce come un vero e proprio antidoto all'incertezza (Ertem et al., 2024). L'adesione agli standard professionali, mediante l'applicazione delle tecniche apprese nella formazione per l'emergenza, è un fattore cruciale per superare le sfide sul posto di lavoro (Shahamari, 2025).

Una percentuale consistente dei soggetti partecipanti all'indagine possiede attestati di formazione specialistici in emergenza e ciò costituisce barriera all'innalzamento delle componenti di ansia esaminate. Anche gli stili di *coping* contribuiscono proficuamente a gestire lo stress, promuovendo la resilienza e supportando l'autocontrollo, essenziale per mantenere la calma e prendere decisioni consapevoli durante le emergenze (Shahamari, 2025). Le tecniche di meditazione, la mindfulness, la regolazione emotiva sono altresì associate a minori livelli di ansia, depressione e burnout (Palmieri, 2024; Franzellitti, 2025).

Il campione in esame, complessivamente, manifesta discreta capacità gestionale delle situazioni di emergenza sia nello "stare sul pezzo" (Op) sia nel sostegno di squadra (Ss). Le femmine sopravanzano i maschi nel sostegno sociale, ma sono anche più propense a strategie di elusione. Una procedura particolarmente efficace è il supporto tra pari ("*peer support*"). La vicinanza dei colleghi permette di cogliere tempestivamente i primi segnali di disagio, prima che diventino ingestibili (Zuliani e De Marzi, 2006). Il confronto con i colleghi, noto come *debriefing*, è importante non solo nella revisione degli aspetti tecnici e clinici dell'intervento, ma anche per la possibilità di elaborare il lato emotivo dell'esperienza, quale processo di "*meaning-making*" (dare un senso agli eventi), onde prevenire l'accumulo di ansia e di stress (Bohström, 2015; Breda, 2015).

Una nota, che suona critica nel gruppo degli intervistati, è il ricorso solo occasionale a spazi e momenti di supporto scambiato nel *team* e/o offerto dai responsabili. L'indagine, condotta sul campione di convenienza per adesione

personale volontaria, risente di alcuni limiti da considerare per ulteriori studi: lo strumento autoprodotto impiegato non è stato sottoposto a validità concorrente e non è testata la sua fedeltà nel tempo; l'ammontare dell'ansia contiene componenti critiche (carico di lavoro e sintomi), ma anche il fattore protettivo del sostegno di squadra; nel campione prevalgono i soggetti di sesso femminile; gli scostamenti dalla media sono molto elevati sia nel numero di anni di servizio che nella quota degli interventi di emergenza frequentati nell'ultimo anno.

CONCLUSIONI

L'ansia professionale negli infermieri dell'emergenza non è un fenomeno isolato, ma il risultato di un'interazione complessa tra fattori individuali (come la resilienza e le competenze di *coping*) e fattori organizzativi (come il supporto del team, la gestione del carico di lavoro e la formazione continua). In questo studio, appaiono da attenzionare due aspetti: la maggiore vulnerabilità all'ansia del sesso femminile e l'episodicità di spazi e tempi di supporto nel *team*. Ciò induce a concepire suggestioni per le organizzazioni sanitarie e per i singoli professionisti. Per le organizzazioni, si ipotizzano taluni suggerimenti: implementare programmi di supporto strutturati e sessioni di *debriefing*, consentendo agli operatori di elaborare gli eventi ansiogeni (Bohström et al., 2015); investire sulla formazione continua, sia attraverso la certificazione di competenze tecniche sia mediante simulazioni e scenari di emergenza, migliorando l'auto-efficacia percepita (Abdullah et al., 2025); provvedere a una gestione del personale, che moderi il carico di lavoro sostenuto. Per i professionisti, le proposte depongono per l'adozione di misure riconosciute dagli studi come preventive e protettive di disturbi psico-emotivi sul lavoro in area critica territoriale: lo sviluppo di competenze non tecniche, quali le strategie di *coping* adattive (Garbin, 2018; EpiCentro, 2023), la pratica della *mindfulness* (Franzellitti, 2025) e l'allenamento della regolazione emotiva (Shahmari et al., 2025); la attivazione del supporto tra pari e sessioni di *debriefing* informale (Bohström et al., 2015; SIIET, 2021).

Conflitto di interessi

Si dichiara l'assenza di conflitto di interessi. Gli autori dichiarano di aver contribuito alla realizzazione del manoscritto e ne approvano la pubblicazione.

Finanziamenti

Gli autori dichiarano di non aver ottenuto alcun finanziamento e che lo studio non ha alcuno sponsor economico.

Ringraziamenti

Gli autori ringraziano gli infermieri, che hanno aderito all'indagine e partecipato mediante compilazione del questionario proposto.

Bibliografia

Abdullah A.E. et al. (2025). The effect of simulation practice with a live subject on the anxiety level and perceived competence level of paramedic candidates in approaching a trauma patient. Signa Vitae. 21(5);62-67.

Bagnasco A. et al. (2023). Benessere professionale dell'infermiere e sicurezza delle cure in epoca pandemica, L'Infermiere, 60:4, e164– e177 - DOI: 10.57659/SSI.2023.014.

Bohström D. et al. (2015). Managing stress in prehospital care: Strategies used by ambulance nurses. International Emergency Nursing 32(1). DOI: 10.1016/j.ienj.2016.08.004.

Breda I. (2015). Il debriefing nell'emergenza: dalla clinica alle emozioni. Tesi di laurea in Infermieristica: https://thesis.unipd.it/retrieve/cf07a437-a3e8-40f2-94b4-91d656b9bbd9/breda.ilenia.1047907.pdf.

Carver C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. International Journal of Behavioral Medicine, 4, 92-100.

Chen Y., Wang L. (2020). BLS and PTC Training Effects on Psychological Parameters in Emergency Nurses: A Randomized Controlled Trial. Resuscitation, 152:123–130.

Cicchitti C. et al. (2014). Burnout syndrome in pre-hospital and hospital emergency. Cognitive study in two cohorts of nurses. Recenti Prog Med., Jul-Aug;105(7-8):275-80. doi: 10.1701/1574.17110.

EpiCentro. COVID-19: gestione dello stress tra gli operatori sanitari. Disponibile su: https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-gestione-stress-operator.

Ertem A.A. et al. (2025). The effect of simulation practice with a live subject on the anxiety level and perceived competence level of paramedic candidates in approaching a trauma patient. Signa Vitae, 21(5);62-67. doi: 10.22514/sv.2025.067.

Fasan M. (2023). "Ansia e attacchi di panico negli infermieri dopo la pandemia SARS-CoV-2: revisione di letteratura", Unipd, 2023. Tesi di laurea in Infermieristica: https://hdl.handle.net/20.500.12608/57182.

Franzellitti V. (2025). Mindfulness per sanitari: un alleato per lavorare meglio e con meno stress. Reperibile in: https://www.consulcesi.it/club/news-approfondimenti/mindfulness-sanitari-alleato-stress-lavoro.

Garbin T. (2018). Fattori di stress per l'équipe e strategie di coping. Disponibile su: https://www.nurse24.it/specializzazioni/emergenza-urgenza/fattori-stress-infermieri-soccorso-ambulanza.html.

Imbriaco G. (2010). Analisi delle competenze infermieristiche nei servizi di emergenza preospedaliera: i risultati di un'indagine multicentrica italiana. Scenario, 36;27 (4): 35-42. https://www.researchgate.net/publication/337304846.

Meneses Rêgo A. & Araùjo-Filho I. (2023). Prehospital emergency care and professional burnout: nurses in focus. Nursing & Care Open Access Journal. DOI: 10.15406/ncoaj.2023.09.00268.

Novello S. (2024). "Ansia percepita e strategie di coping negli infermieri di terapia intensiva dopo rianimazione cardiopolmonare: uno studio osservazionale", Unipd, 2024. Tesi di laurea in Infermieristica: https://hdl.handle.net/20.500.12608/76398.

Palmieri G. (2024). Le pratiche mindfulness per il benessere e la prevenzione del burnout del personale sanitario. Disponibile su: https://www.stateofmind.it/2024/04/mindfulness-burnout-sanitari/.

Rossi B., Verdi F., Neri A. (2021). Impact of BLSD Training on Anxiety Levels in Prehospital Emergency Nurses: A Cross-Sectional Study. European Journal of Emergency Nursing, 28(4):273–279.

Saragih I.D. et al (2021). Global prevalence of mental health problems among healthcare workers during the Covid-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. Int J Nurs Stud., Sep:121:104002. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2021.104002.

Shahmari M, Dashti S, Jafari M, Belil FE. Nurses' lived experiences of self-control in emergency settings: a qualitative study. BMC Emerg Med. Mar 24;25(1):46. DOI: 10.1186/s12873-025-01205-z.

SIIET. (2021). Position Paper: Studio sugli Infermieri di Emergenza Territoriale (SET). FNOPI. https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2021/03/PositionPaper_SIIET_20.

Smith J., Brown P., Lee S. (2022). Correlation Between Basic and Advanced PTC Certification and Anxiety in Pediatric Prehospital Care. Journal of Trauma and Acute Care, 12(2):145–152.

Spielberger, C. D. (1983). Manual for the State-Trait Inventory STAI (Form Y). Palo Alto, CA: Mind Garden.

Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B (2006). A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. Archives of Internal Medicine. 166 (10): 1092–1097. DOI: 10.1001/archinte.166.10.1092.

Tempesta L. (2024). L'acquisizione ed il mantenimento della competenza infermieristica nella gestione dell'emergenza nel pre-ospedaliero. Tesi di laurea in Infermieristica: https://hdl.handle.net/20.500.12608/80801.

Weiss, D.S., & Marmar, C.R. (1997). The Impact of Event Scale-Revised. In J.P. Wilson, & T.M. Keane (Eds.), Assessing Psychological Trauma and PTSD: A Practitioner's Handbook. New York: Guilford Press, 399-411.

Zuliani A. e De Marzi K. (2006). Supporto psicologico per i soccorritori: La figura del peer supporter all'interno delle organizzazioni di soccorso. Vantaggi e limiti. Punto Sicuro, 8, 1616.