



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**Percorsi formativi e competenze chiave degli
infermieri in contesti umanitari: una scoping
review**

Relatore:

**Prof. Domenico
Lombardi Fortino**

Tesi di Laurea di:

**Rosa Maria Vittoria
D'Auria**

A.A. 2024/2025

“A chiunque sceglierà di non stare fermo ma di agire.

A chi sceglierà di salvare una vita.

A chi sceglierà di portare un sorriso dove si sono dimenticati cos'è.”

INDICE

ABSTRACT	
ABSTRACT	
INTRODUZIONE	1
Cenni storici: Florence Nightingale e la nascita della Croce Rossa.....	1
Diritto internazionale umanitario.....	2
Attori e governance del no-profit.....	3
Tabella 1. Confronto tra le caratteristiche giuridiche di ONG, ONLUS ed ETS.....	5
L'evoluzione del soccorso: Medici Senza Frontiere ed EMERGENCY.....	6
Mappatura delle organizzazioni non governative.....	8
OBIETTIVI	15
MATERIALI E METODI	15
RISULTATI	18
Tabella 2. Summary of finding (SOF): analisi sistematica delle competenze, dei modelli formativi e delle barriere nell'infermieristica umanitaria.....	19
DISCUSSIONE	24
Le criticità della missione.....	24
Metodologie formative.....	25
Competenze cliniche.....	26
La sfida dell'assistenza pediatrica in contesti austeri.....	27
Supporto psicologico e preparazione alla missione.....	27
Infermiere come mediatore.....	28
CONCLUSIONE	30
SITOGRAFIA.....	32
BIBLIOGRAFIA.....	33
ALLEGATI.....	35
Tabella 3. Estrazione fonti bibliografiche.....	35
RINGRAZIAMENTI	37

ABSTRACT

Introduzione: Il concetto di salute globale trascende i confini nazionali, trovando nelle Organizzazioni Non Governative (ONG) un pilastro fondamentale. L'evoluzione storica dell'assistenza umanitaria — dalle origini con Florence Nightingale e la fondazione del Comitato Internazionale della Croce Rossa, fino al consolidamento di realtà come Emergency e Medici Senza Frontiere — evidenzia un impegno costante nel fornire supporto clinico e trasferimento di competenze alle popolazioni locali. Tale complessità operativa richiede tuttavia una preparazione specifica e rigorosa per garantire interventi efficaci e sostenibili.

Obiettivo: Analizzare il livello di preparazione degli infermieri impegnati in missioni umanitarie, indagando la coerenza tra i requisiti richiesti dalle ONG e le competenze (hard e soft skills) realmente necessarie per operare con efficacia in contesti di crisi.

Materiali e metodi: È stata condotta una Scoping Review seguendo il framework metodologico di Arksey e O'Malley e le linee guida PRISMA. La ricerca bibliografica è stata effettuata sui database PubMed, CINAHL e sul motore di ricerca di Google Scholar, includendo studi in lingua italiana e inglese pubblicati tra il 2010 e il 2026. La strategia di ricerca ha utilizzato termini controllati (MeSH) e parole chiave specifiche per garantire rigore e pertinenza metodologica.

Risultati: L'analisi evidenzia una significativa eterogeneità formativa e l'assenza di standard internazionali condivisi. Emerge come la formazione accademica di base e le competenze clinico-linguistiche siano condizioni necessarie ma non sufficienti. Risultano determinanti la resilienza psicologica per la gestione dello stress in contesti critici e una profonda competenza transculturale. L'infermiere si delinea, dunque, non solo come professionista sanitario, ma come mediatore interculturale capace di integrarsi con le realtà locali.

Conclusioni: Sebbene la spinta altruistica sia il motore principale dei professionisti, persiste il rischio di operare in assenza di una preparazione specifica. È auspicabile l'istituzione di una sinergia strutturata tra mondo accademico e ONG per standardizzare i protocolli formativi, promuovendo un *empowerment* che integri competenze cliniche, stabilità psicologica e consapevolezza culturale.

Parole chiave: formazione pre-dispiegamento, missioni umanitarie, formazione, ONG, infermiere.

ABSTRACT

Introduction: The concept of global health goes beyond national borders, and Non-Governmental Organizations (NGOs) are a fundamental pillar of it. The historical evolution of humanitarian aid – from its origins with Florence Nightingale and the foundation of the International Committee of Croce Rossa, to the growth of organizations like emergency and MSF – shows ongoing devotion to giving clinical support and passing on skills to local people. However, this operational complexity requires specific and rigorous training to ensure that interventions are effective and sustainable.

Objective: The study analyzes the preparedness of nurses participating in humanitarian missions. It investigates the correspondence between the requirements set by NGOs and the specific skills actually required to operate effectively in crisis settings.

Materials and methods: A scoping Review was conducted following the Arksey and O'Malley methodological framework and the PRISMA guidelines. The literature search was performed across the PubMed and CINAHL database and Google Scholar search engine, including records in English and Italian published between 2010 and 2026. The search strategy employed controlled terms (MeSh) and specific keywords to ensure methodological rigor and relevance.

Results: The analysis highlights significant educational heterogeneity and the absence of shared international standards. It emerges that basic academic training and clinical-linguistic skills are necessary but not sufficient. Psychological resilience for stress management in critical contexts and profound transcultural competence prove to be decisive. Consequently, the nurse is defined not only as a healthcare professional but as an intercultural mediator capable of integrating into local realities.

Conclusions: While altruistic motivation remains the primary driver for professionals, the risk of operating without specific training persists. It is advisable to establish a structured synergy between academic institutions and NGOs to standardize training protocols, promoting empowerment that integrates clinical skills, psychological stability, and cultural awareness

Keywords: pre-deployment training, humanitarian missions, training, NGOs, nurse.

INTRODUZIONE

Il modello di soccorso contemporaneo non nasce come semplice risposta tecnica all'emergenza, ma come evoluzione di un paradigma etico e filosofico che ha trasformato l'assistenza ai vulnerabili da atto di carità individuale a sistema professionale globale.

Storicamente il soccorso si è strutturato attorno al principio di umanità, trovando una formalizzazione moderna nel XIX secolo, periodo in cui l'inadeguatezza dei soccorsi e la complessità dei teatri critici bellici hanno spinto verso la creazione di norme universali e corpi speciali.

Cenni storici: Florence Nightingale e la nascita della Croce Rossa

Un momento di radicale trasformazione per la gestione clinica e organizzativa della sanità militare e civile avviene a metà del XIX secolo. Tale evoluzione segna il passaggio da un'assistenza estemporanea e disorganizzata a un modello basato sul rigore metodologico e sulla sanità pubblica. La figura cardine è Florence Nightingale, che durante la guerra di Crimea (1854) gettò le basi dell'infermieristica moderna, dimostrando come l'organizzazione sanitaria e l'igiene potessero drasticamente ridurre la mortalità dei feriti.

Pochi anni dopo, nel 1859, l'imprenditore svizzero Henry Dunant, sconvolto dal massacro della battaglia di Solferino, ebbe l'intuizione di creare una rete di volontari addestrati per soccorrere i feriti senza distinzione di nazionalità. Da questa visione nacque nel 1863 il Comitato Internazionale della Croce Rossa. In Italia, questa tradizione si consolidò nel 1908 con la nascita del Corpo delle Infermiere Volontarie della CRI, istituzionalizzando il ruolo delle "Crocerozzine" nelle grandi emergenze nazionali e nei conflitti mondiali.

I primi corsi per infermiere volontarie furono organizzati tra il 1906 e il 1907 a Milano, mentre la fondazione ufficiale avvenne il 9 febbraio 1908, con l'inaugurazione della prima scuola presso l'Ospedale Militare del Celio a Roma, sotto il patrocinio della regina Elena. Fin dalla sua istituzione, il Corpo è stato coinvolto in numerosi interventi di soccorso. Tra i primi esempi vi è l'assistenza prestata in occasione del Terremoto di Messina del 1908, seguita dalla partecipazione alle operazioni sanitarie durante la

Guerra Italo-Turca (1911-1912). Durante la Prima Guerra Mondiale, migliaia di infermiere volontarie prestarono servizio negli ospedali militari, nei treni ospedale e nelle strutture sanitarie vicine al fronte, contribuendo in modo significativo all'assistenza dei feriti e dei malati. Nel corso del tempo, il loro ruolo si è progressivamente ampliato, includendo attività di supporto sanitario nelle emergenze, interventi in caso di calamità naturali e partecipazione a missioni umanitarie in Italia e all'estero.

Per entrare a far parte del Corpo delle Infermiere Volontarie è necessario frequentare un percorso formativo organizzato dagli ispettorati territoriali della CRI. L'accesso ai corsi è riservato a candidate che possiedono determinati requisiti, tra cui cittadinanza italiana, diploma di scuola superiore, idoneità fisica e iscrizione alla Croce Rossa. Il percorso formativo prevede lezioni teoriche e attività pratiche, finalizzate a preparare le volontarie all'assistenza sanitaria e al supporto nelle operazioni di emergenza.

(Croce Rossa Italiana [CRI], s.d.)

Diritto internazionale umanitario

Il diritto internazionale umanitario (DIU) contemporaneo nasce ufficialmente nella seconda metà del XIX secolo, spinto dall'iniziativa di privati cittadini che ravvisarono la necessità di norme scritte e universali per proteggere le vittime dei conflitti.

Sebbene esistessero già antiche leggi e consuetudini di guerra, il DIU moderno si deve a due figure chiave:

- Henry Dunant: Nel 1862 pubblicò "Un ricordo di Solferino", proponendo la creazione di società di soccorso e un trattato internazionale per proteggere i feriti.
- Guillaume-Henri Dufour: Generale svizzero che sostenne Dunant e presiedette la Conferenza Diplomatica del 1864.

Questo impulso portò all'adozione della Prima Convenzione di Ginevra del 1864. Questo primo trattato introdusse l'obbligo di curare i feriti senza discriminazioni e il rispetto del personale e del materiale sanitario.

Il DIU non è solo un insieme di regole per gli Stati, ma fornisce il fondamento giuridico per l'azione umanitaria. Le Convenzioni di Ginevra (in particolare la IV) e i Protocolli aggiuntivi stabiliscono che gli Stati devono accettare e facilitare azioni di soccorso di

natura esclusivamente umanitaria e imparziale quando la popolazione civile soffre di gravi privazioni. Inoltre tutela il personale sanitario, le unità di soccorso e i beni indispensabili alla sopravvivenza della popolazione (come cibo e medicinali), vietando di attaccarli o distruggerli. Le ONG e le società di soccorso autorizzate possono utilizzare l'emblema (croce o mezzaluna rossa) per essere identificate e protette durante le loro operazioni.

In sintesi, il DIU "crea lo spazio" legale affinché le organizzazioni umanitarie possano operare in sicurezza anche nel pieno delle ostilità, garantendo che l'aiuto alle vittime sia un diritto e non una concessione politica. (CRI, 2021)

Attori e governance del no-profit

L'integrazione degli interventi umanitari su scala globale è affidata alla OCHA (Ufficio delle Nazioni Unite per gli affari umanitari), mentre l'Unione Europea interviene attraverso la DG ECHO (Direzione generale per la protezione civile e le operazioni di aiuto umanitario).

In questo scenario operano le Organizzazioni Non Governative (ONG), enti privati no-profit, autonomi rispetto ai governi e alle istituzioni internazionali. Il loro sostentamento deriva da contributi privati, donazioni e finanziamenti pubblici. Le loro missioni principali sono promuovere il progresso sociale ed economico nelle aree più vulnerabili del pianeta, salvare vite umane, alleviare situazioni di sofferenza e mantenere la dignità umana.

Sul campo, le associazioni locali cooperano con i partner internazionali per formare il personale sanitario, istruendo gli infermieri sulle specificità culturali e tradizioni del luogo, così da garantire un'assistenza che rispetti pienamente l'identità etnica e religiosa del paziente.

Tra le principali realtà umanitarie si distinguono:

- Croce Rossa Italiana (CRI).
- Medici Senza Frontiere, istituita nel 1971
- Emergency, organizzazione italiana fondata nel 1994.
- Save the Children, nata nel 1919.

Per quanto riguarda l'impiego degli infermieri, le modalità di collaborazione variano a seconda dell'ente: alcune organizzazioni prevedono contratti regolarmente retribuiti,

mentre altre si avvalgono esclusivamente di prestazioni di volontariato gratuito. (Silvia Benedetti et al., 2023).

Le ONG sono oggi definite come enti privati, senza fini di lucro, che operano per fini di solidarietà sociale e umanitaria. Secondo la definizione classica, esse si distinguono per:

- Indipendenza: Autonomia dagli Stati e dai partiti politici.
- Partecipazione volontaria: Coinvolgimento diretto dei cittadini.
- Status Consultivo: Molte di esse collaborano con il Consiglio Economico e Sociale delle Nazioni Unite (ECOSOC) per influenzare le politiche globali.

Il quadro normativo ha subito un cambiamento: il riconoscimento di idoneità (art.28, L.49/87) è stato superato dalla Legge 125/2014. Oggi, per accedere ai contributi e ai progetti ministeriali, le organizzazioni devono essere iscritte all'Elenco dei soggetti senza finalità di lucro gestito dall'AICS (Agenzia Italiana per la Cooperazione allo Sviluppo). Inoltre, con l'entrata in vigore del Codice del Terzo Settore (D.Lgs. 117/2017), la qualifica di ONLUS è in fase di definitivo superamento. Le ONG operanti nella cooperazione internazionale assumono oggi la qualifica di ETS (ente del terzo settore) e devono iscriversi al RUNTS (registro unico nazionale del terzo settore) per godere dei nuovi benefici fiscali, che hanno sostituito le agevolazioni del vecchio decreto 460/97.

Sotto il profilo operativo, l'azione di tali enti persegue finalità eterogenee, che spaziano dall'aiuto umanitario d'urgenza alla cooperazione, allo sviluppo e alla difesa dei diritti umani. Treccani distingue tra ONG operative (che realizzano progetti sul campo) e ONG di pressione o advocacy (che mirano a modificare politiche e comportamenti istituzionali).

Sebbene il panorama del non-profit sia estremamente eterogeneo, la Carta di Elewitt (1994) ne ha cristallizzato l'identità europea. Il documento sancisce che l'obiettivo prioritario delle ONG è la garanzia di una vita dignitosa per ogni individuo, basata su giustizia sociale ed equità globale. ("Organizzazioni non governative", s.d.)

I punti cardine dell'azione non governativa emergono chiaramente:

- Protagonismo locale: Il successo della cooperazione risiede nella partecipazione attiva delle comunità beneficiarie. Queste non sono destinatarie passive, ma attori responsabili di ogni fase del progetto, dall'ideazione alla valutazione.

- **Rispetto del contesto:** Si rifiutano i modelli di sviluppo standardizzati. L'intervento deve adattarsi alle specificità locali, evitando l'imposizione di ideologie esterne o dottrine estranee ai processi di crescita.
- **Comunicazione etica:** La raccolta fondi deve scindere dal "pietismo" e dallo sfruttamento di immagini drammatiche. La solidarietà promossa non è assistenzialismo temporaneo, ma un impegno per il cambiamento duraturo e l'autonomia delle istituzioni locali.
- **Advocacy e Sensibilizzazione:** Le ONG hanno il compito di educare l'opinione pubblica europea e influenzare le decisioni politiche internazionali, portando ai tavoli istituzionali l'esperienza maturata sul campo.
- **Trasparenza e Indipendenza:** Sul piano organizzativo, la Carta impone la massima integrità finanziaria. Le ONG devono garantire la separazione da interessi politici, diversificare le entrate e sottoporsi a rigorosi sistemi di revisione e audit per assicurare che ogni risorsa sia destinata esclusivamente ai beneficiari.

La tabella 1 illustra in modo comparativo le caratteristiche distintive di ONG, ONLUS ed ETS :

Tabella 1. Confronto tra le caratteristiche giuridiche di ONG, ONLUS ed ETS

Caratteristica	ONG (organizzazioni non governative)	ONLUS (org. non lucrative di utilità sociale)	ETS (enti del terzo settore)
Natura	Organizzazione focalizzata sulla cooperazione internazionale e aiuti umanitari.	Qualifica fiscale per enti che operano in settori specifici (assistenza, sanità, istruzione, tutela di beni/ambiente/diritti)	Nuova categoria giuridica unitaria che raggruppa quasi tutto il mondo non-profit.
Rif. normativo	Legge 125/2014 (ex L. 49/1987).	D.Lgs. 460/1997.	D.Lgs. 117/2017 (Codice del Terzo Settore).
Ambito d'azione	Prevalentemente internazionale (paesi in via di sviluppo).	Nazionale, rivolto a soggetti svantaggiati.	Nazionale e internazionale, per attività di interesse generale.
Stato attuale	Molte ONG sono diventate	In via di estinzione. Dal	Regime definitivo. È il

	ETS mantenendo la specializzazione in cooperazione.	1° gennaio 2026 la qualifica cessa di esistere.	modello attuale a cui tutte le organizzazioni devono tendere.
Fonti di finanziamento	Fondi istituzionali (UE, ONU, MAECI), bandi per la cooperazione, donazioni private, 5x1000.	Donazioni liberali, quote associative, 5x1000, proventi da attività connesse.	Convenzioni pubbliche, bandi nazionali/europei, raccolte fondi, 5x1000, attività commerciali secondarie.
Riconoscimento	Ministero degli Affari Esteri (MAECI) tramite l'iscrizione all'elenco delle OSC presso l'AICS.	Agenzia delle Entrate (tramite l'Anagrafe delle ONLUS, ora in fase di dismissione).	Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali tramite l'iscrizione al RUNTS (Registro Unico Nazionale del Terzo Settore)

Dati adottati da: UNEBA (2021), "ONG" (s.d.), "ONLUS" (s.d.), "Terzo settore" (s.d.), MAECI (s.d.), Agenzia delle Entrate (1997), Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2017).

L'evoluzione del soccorso: Medici Senza Frontiere ed EMERGENCY

Nel secondo dopoguerra, il paradigma umanitario della Croce Rossa è stato integrato dall'emergere di organizzazioni orientate alla testimonianza politica e alla critica sociale. In questo contesto si inserisce la nascita di Medici Senza Frontiere (MSF), fondata nel 1971 da medici e giornalisti reduci dal conflitto in Biafra. L'organizzazione ha introdotto l'innovativo principio del "témoignage", postulando che l'intervento clinico debba necessariamente coniugarsi alla denuncia pubblica delle violazioni dei diritti umani. Tale operatività è sostenuta da una solida indipendenza finanziaria, derivante quasi esclusivamente da donazioni private, che permette a MSF di agire in autonomia anche in contesti governativi ostili. Per il suo impegno pionieristico, l'organizzazione è stata insignita del Premio Nobel per la Pace nel 1999.

Attualmente, MSF opera in oltre 70 nazioni, intervenendo non solo in scenari di conflitto, epidemie e catastrofi naturali, ma anche in contesti di malnutrizione acuta o dove l'accesso ai sistemi sanitari è strutturalmente carente. All'interno di questi scenari, la figura dell'infermiere assume un ruolo cardine: egli non rappresenta solo il principale punto di contatto e assistenza per il paziente, ma riveste funzioni di coordinamento e supervisione. Le responsabilità infermieristiche spaziano dalla gestione della qualità

delle cure alla supervisione dei processi di igiene e sterilizzazione, includendo la formazione e la guida del personale locale in sinergia con il dipartimento di Risorse Umane. L'efficacia degli interventi è garantita dal rigoroso monitoraggio dei dati e dall'applicazione dei protocolli internazionali propri dell'organizzazione.

Sotto il profilo del reclutamento, ai candidati è richiesta una disponibilità minima di 6-12 mesi per garantire la continuità assistenziale, con deroghe previste solo per figure iperspecialistiche o emergenze improvvise. Il profilo professionale ideale possiede un'esperienza biennale, preferibilmente maturata in Paesi in via di sviluppo, e spiccate doti di adattamento a contesti multiculturali e ad alta pressione psicosociale. A supporto degli operatori, MSF predispone specifici programmi di stress management. L'iter di inserimento prevede un percorso formativo propedeutico (Welcome to MSF) volto a consolidare l'identità istituzionale, seguito da un briefing operativo e di sicurezza curato dal Career Manager. Data la criticità dei contesti d'intervento, è inoltre vincolante l'idoneità clinica e vaccinale del personale. Il processo selettivo, basato sulla valutazione di competenze tecniche e attitudinali, culmina nell'inserimento del professionista in un pool di operatori pronti al dispiegamento in base alle necessità progettuali globali. (Medici Senza Frontiere, s.d.)

Qualche anno dopo la fondazione di MSF, nel 1994, Gino Strada e Teresa Sarti fondarono EMERGENCY, un'organizzazione che rappresenta un modello di riferimento nel panorama dell'associazionismo umanitario internazionale, avendo celebrato nel 2024 trent'anni di attività. L'azione dell'organizzazione si fonda sul paradigma EQS (Eguaglianza, Qualità, Responsabilità Sociale), che mira a garantire il diritto universale a una medicina di eccellenza, gratuita e accessibile per le vittime dei conflitti e della povertà. Con una presenza consolidata in oltre 10 Paesi, inclusi contesti di crisi acuta come Sudan, Gaza e Ucraina, l'ente impiega una forza lavoro superiore ai 3.500 operatori, intervenendo sia in scenari internazionali (Africa, Medio Oriente, America Latina) sia nel contesto nazionale italiano per rispondere a bisogni sanitari emergenti.

Il reclutamento del personale sanitario riflette il rigore clinico e l'orientamento etico dell'organizzazione. Ai candidati è richiesta una solida esperienza professionale (generalmente di area ospedaliera) unita alla condivisione dei valori umanitari. I criteri standard prevedono:

- Esperienza e formazione: competenze tecniche avanzate, attitudine al training on the job per il personale locale e padronanza delle lingue inglese o francese (livello B1/B2 a seconda del ruolo).
- Soft Skills: flessibilità operativa, resistenza allo stress e capacità di integrazione in team multiculturali, nel rigoroso rispetto dei protocolli clinici e di sicurezza.
- Impegno minimo: una disponibilità continuativa di almeno sei mesi sul campo.

L'iter selettivo è strutturato in fasi sequenziali: valutazione del profilo e delle motivazioni, test tecnici specifici, colloqui conoscitivi e prove linguistiche (Milano/Roma). L'inserimento nel database degli idonei precede la proposta di missione, a sua volta anticipata da un briefing tecnico-logistico.

All'interno delle strutture di EMERGENCY, il personale infermieristico assume responsabilità non solo cliniche ma anche gestionali e di supervisione. Tra i profili di maggiore rilievo si distinguono (Emergency, s.d.):

- Infermiere Pediatrico: Operativo in ambiti neonatali e pediatrici (inclusa la gestione di patologie neonatali di II livello in contesti come l'Afghanistan), coordina il triage e l'assistenza a pazienti critici, spesso affetti da malnutrizione o cardiopatie. Richiede 5 anni di esperienza specifica.
- Infermiere di Area Critica e Pronto Soccorso: Responsabile della gestione dell'emergenza-urgenza e dell'attuazione dei Mass Casualty Plan in caso di maxiemergenze. È richiesta un'esperienza quinquennale in chirurgia d'urgenza o rianimazione.
- Infermiere di Cardiochirurgia: Inserito in centri di eccellenza, gestisce il percorso pre e post-operatorio complesso, inclusa la ventilazione meccanica e le terapie sostitutive renali.
- Infermiere di Sala (Strumentista): Specializzato nella gestione del blocco operatorio e dei processi di sterilizzazione, supervisiona le figure di scrub e running nurse con un'esperienza minima triennale in area chirurgica.

Mappatura delle organizzazioni non governative

1. Save the Children nasce nel 1919 per iniziativa di Eglantyne Jebb, pioniera di una visione allora rivoluzionaria: il riconoscimento dei bambini come titolari di diritti propri. In un contesto privo di tutele legali per l'infanzia, Jebb promosse la

causa con campagne audaci e metodi di raccolta fondi innovativi, arrivando a redigere nel 1923 la prima Carta dei Diritti del Bambino, successivamente adottata dalle Nazioni Unite. Da oltre un secolo, l'organizzazione opera globalmente per garantire un futuro alle nuove generazioni, agendo secondo i valori di trasparenza, ambizione, collaborazione, creatività e integrità. In Italia, l'organizzazione è attiva dal 1998; inizialmente costituita come Onlus e riconosciuta come Ong dal Ministero degli Affari Esteri, dal 2023 ha assunto la veste giuridica di "Save the Children Italia – ETS". Questa ONG pone gli infermieri e gli operatori sanitari al centro della tutela dei minori, specialmente in contesti di emergenza e povertà. L'organizzazione lotta contro la carenza globale di personale sanitario, evidenziando che nel 2024 quasi un bambino su cinque nasceva senza assistenza qualificata. L'organizzazione lavora attivamente per garantire che i bambini abbiano accesso a cure adeguate e personale qualificato in tutto il mondo e denuncia come la carenza di infermieri e ostetriche metta a rischio la vita di milioni di bambini a causa di conflitti e cambiamenti climatici. (Save the Children, s.d.)

2. Emergenza Sorrisi ETS si configura come un'Organizzazione Non Governativa (ONG) di rilievo internazionale che, a partire dal 2007, ha consolidato la propria presenza operativa in 31 nazioni. L'azione dell'Ente è finalizzata alla tutela del diritto alla salute e al ripristino della dignità bio-psicosociale dei minori in condizioni di vulnerabilità, operando sia attraverso missioni chirurgiche programmate, sia mediante interventi in contesti di crisi umanitaria. L'orientamento strategico dell'organizzazione trascende la mera assistenza clinica, focalizzandosi sul rafforzamento dei sistemi sanitari locali (capacity building). Tale obiettivo viene perseguito attraverso il trasferimento di competenze scientifiche e la promozione di modelli operativi sostenibili, atti a garantire l'autonomia sanitaria delle comunità ospitanti e la resilienza delle infrastrutture preesistenti. L'integrità dell'azione è garantita dall'adesione a principi cardine quali la neutralità, l'accessibilità universale alle cure e il volontariato professionale. Sotto il profilo delle risorse umane, l'Ente dispone di un corpo volontario altamente qualificato che conta circa 1.800 professionisti. Il team multidisciplinare comprende specialisti in Chirurgia Plastica e

Ricostruttiva, Maxillo-Facciale, Anestesia e Rianimazione, oltre a personale infermieristico d'area critica. Un pilastro fondamentale del modello d'intervento è rappresentato dalla formazione sanitaria continua, articolata in modalità in loco e attraverso strumenti di telemedicina e formazione a distanza. Questa sinergia didattica mira alla creazione di centri di eccellenza locali e all'integrazione di giovani medici specializzandi italiani nei circuiti della cooperazione internazionale. L'attività clinica si concentra prevalentemente sulla correzione di malformazioni cranio-facciali, esiti di gravi ustioni e traumi, operando in contesti caratterizzati da un limitato accesso alle cure specialistiche. (Emergenza Sorrisi, s.d.)

3. Oxfam si configura come un network internazionale che mobilita circa un milione di individui nella lotta strutturale alle disuguaglianze, operando capillarmente sia sul territorio nazionale sia in contesti transnazionali. Il sodalizio trae origine nel 1942 nel Regno Unito, con la missione originaria di fornire assistenza alimentare alla popolazione civile greca durante il secondo conflitto mondiale. L'evoluzione della branca italiana ha inizio nel 1972 con la costituzione di UCODEP, organizzazione inizialmente focalizzata sulla pedagogia interculturale. In virtù del significativo impatto socio-economico prodotto nel contrasto alla povertà, nel 1992 l'organizzazione ha ricevuto la candidatura al Premio Nobel per la Pace. Attualmente, le diverse affiliate Oxfam operano in 77 Paesi, promuovendo l'empowerment dei segmenti sociali più vulnerabili affinché possano agire sulle proprie condizioni di vita e influenzare i processi decisionali. Il contributo del volontariato risulta essenziale: attraverso attività di advocacy, sensibilizzazione e fundraising, i volontari promuovono una visione del mondo equitaria. L'ente garantisce inoltre percorsi di formazione continua presso le sedi di Milano, Roma e Firenze. Principali ambiti di intervento e collaborazione:
 - a. Formazione e Supporto: Oxfam forma attivamente infermieri e paramedici negli ospedali e nei centri di salute in situazioni di emergenza.
 - b. Distribuzione aiuti: Distribuisce kit igienico-sanitari e presidi medici, garantendo acqua pulita negli ospedali.

- c. Advocacy per la Salute Pubblica: Campagne per la cancellazione del debito dei paesi poveri per permettere l'assunzione di milioni di nuovi infermieri e operatori sanitari.
 - d. Rapporto sulle Disuguaglianze: Oxfam denuncia come un infermiere debba lavorare 1.200 anni per guadagnare quanto un amministratore delegato delle più grandi aziende al mondo.
 - e. Appelli: Sostiene lettere aperte scritte da professionisti sanitari per chiedere il rafforzamento dei sistemi sanitari e la protezione degli operatori.
 - f. Oxfam lavora per garantire che il personale sanitario, inclusi gli infermieri, possa operare in sicurezza e con risorse adeguate, specialmente durante crisi sanitarie. (Oxfam Italia, s.d.)
4. ActionAid è un'organizzazione internazionale indipendente, operante in 71 contesti geografici con l'obiettivo di contrastare la povertà e le ingiustizie sociali attraverso il coinvolgimento diretto delle comunità marginalizzate. L'azione dell'ente si articola nella tutela dei diritti umani e nel contrasto alle disuguaglianze strutturali, garantendo al contempo interventi tempestivi in risposta a emergenze umanitarie quali crisi epidemiche, eventi climatici estremi, conflitti e catastrofi sismiche. Tali interventi spaziano dal primo soccorso alla fornitura di beni essenziali, includendo il supporto psicologico e la predisposizione di spazi sicuri per le popolazioni colpite. Fondata nel 1972 nel Regno Unito per iniziativa di un gruppo di sostenitori dediti al supporto dell'istruzione infantile in India e Kenya, l'organizzazione ha successivamente strutturato e ampliato il modello del sostegno a distanza su scala globale. Sotto il profilo giuridico, nel 2022 ActionAid ha assunto la qualifica di Ente del Terzo Settore (ETS). L'identità dell'organizzazione si fonda su pilastri etici quali la trasparenza, l'indipendenza, l'equità e la solidarietà operativa. Un tratto distintivo del modello operativo è la valorizzazione del capitale umano locale: ActionAid rinuncia all'impiego di personale espatriato in favore di partnership con realtà radicate nei territori d'intervento, promuovendo così uno sviluppo autonomo e sostenibile delle comunità. L'accesso alle posizioni lavorative avviene tramite il portale dedicato, previa presentazione di curriculum vitae,

referenze e lettera motivazionale. Il processo selettivo prevede uno screening iniziale e successivi colloqui tecnico-attitudinali volti a valutare le competenze pregresse. Una volta integrati, i collaboratori intraprendono percorsi di onboarding e formazione continua, finalizzati all'allineamento con la missione istituzionale e alla crescita professionale interna. (ActionAid Italia, s.d.)

5. INTERSOS è un'organizzazione umanitaria internazionale di origine italiana, fondata nel 1992, che opera da oltre trent'anni in contesti caratterizzati da conflitti armati, violenza, povertà estrema e disastri naturali. L'azione dell'ente si fonda sulla centralità dell'essere umano e sul diritto universale al soccorso e alla protezione, operando nel rigoroso rispetto dei principi di neutralità, imparzialità e indipendenza. Tale approccio garantisce l'erogazione di assistenza a prescindere da appartenenze politiche, religiose o sociali, promuovendo i valori di uguaglianza, giustizia e solidarietà. Dall'avvio del primo progetto in Somalia nel 1992, l'organizzazione ha vissuto una significativa evoluzione, trasformandosi da realtà nazionale a player internazionale specializzato in interventi rapidi e sminamento. Nel corso dei decenni, la presenza di INTERSOS si è consolidata in Medio Oriente e in Italia, rispondendo a crisi sistemiche come il terremoto in Haiti o il conflitto siriano, fino a raggiungere un'operatività attuale in oltre 20 Paesi. Gli ambiti di intervento tecnico spaziano dalla protezione alla sicurezza alimentare, con un focus rilevante sui servizi idrico-sanitari (WASH) e sull'istruzione in contesti emergenziali. Un pilastro strategico dell'organizzazione è rappresentato dalla formazione professionale. INTERSOS eroga programmi formativi multilivello (dai profili junior a quelli senior) caratterizzati da un approccio pragmatico e basato sull'esperienza operativa diretta. L'offerta didattica, che integra modalità e-learning e sessioni in presenza, mira a trasferire competenze tecniche e consapevolezza etica, elementi imprescindibili per operare in scenari di sicurezza altamente volatili. In ambito sanitario, l'azione si declina nel supporto ai sistemi locali e nella gestione di cliniche mobili, con un'attenzione specifica alla salute materno-infantile e al contrasto della malnutrizione. INTERSOS impiega infermieri in contesti di emergenza, conflitti e crisi, sia all'estero che in Italia, per fornire assistenza a

popolazioni vulnerabili, inclusi migranti e braccianti agricoli. Ecco i punti chiave riguardanti il ruolo degli infermieri in INTERSOS:

- a. Contesto Operativo: L'organizzazione lavora in zone di crisi (es. Siria, Ucraina) e in Italia, in particolare in Puglia, Sicilia e Piemonte.
- b. Mansioni Principali: Gli infermieri si occupano di assistenza diretta, trattamento, follow-up dei pazienti, educazione sanitaria e applicazione di protocolli igienici.
- c. Cliniche Mobili: INTERSOS utilizza unità mobili per raggiungere persone in contesti difficili, come baraccopoli e insediamenti informali.
- d. Ruolo nel Team: Gli infermieri operano spesso in collaborazione con medici e altri operatori sanitari.
- e. Opportunità di Lavoro: INTERSOS pubblica periodicamente posizioni per infermieri professionisti.

In sintesi, la collaborazione tra INTERSOS e infermieri mira a portare cure mediche essenziali a chi ne è privo, agendo in situazioni di alta vulnerabilità. (INTERSOS, s.d.)

6. L'UNICEF (Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia) opera su scala globale con il mandato di garantire la sopravvivenza, la protezione e lo sviluppo del potenziale di ogni minore, orientando la propria azione ai principi della Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza. In Italia, tale missione è perseguita dal Comitato Italiano per l'UNICEF Fondazione ETS. Istituito nel 1974, il Comitato agisce come ponte tra la pianificazione internazionale e il contesto nazionale, focalizzandosi sulla raccolta fondi e sulla sensibilizzazione dell'opinione pubblica riguardo alle sfide globali, quali i cambiamenti climatici, le crescenti disuguaglianze e le emergenze umanitarie. L'architettura operativa dell'organizzazione si fonda in modo significativo sul capitale umano, rappresentato da una rete di oltre 5.000 volontari. Tale risorsa è fondamentale per radicare i programmi dell'UNICEF nel tessuto sociale, favorendo il dialogo con enti locali, imprese e società civile. Un pilastro strategico dell'azione dell'UNICEF è la collaborazione con le professioni sanitarie, con particolare riferimento all'area infermieristica e ostetrica. L'organizzazione riconosce negli infermieri, specialmente pediatrici e di

comunità, figure cardine per la tutela della salute materno-infantile. Tale sinergia si declina in diverse direttrici:

- a. **Formazione e Certificazione:** Attraverso l'iniziativa Baby-Friendly Initiatives (BFI), l'UNICEF Italia promuove l'accreditamento di Corsi di Laurea "Amici dell'Allattamento", garantendo che i futuri professionisti acquisiscano competenze d'eccellenza basate sugli standard OMS/UNICEF.
- b. **Operatività Territoriale:** Sia in contesti di emergenza sia in programmi di sviluppo rurale (come nei casi di assistenza e vaccinazione in comunità remote), la figura infermieristica garantisce la continuità assistenziale e la prevenzione primaria.
- c. **Promozione della Salute:** Il programma "Insieme per l'allattamento" vede il personale infermieristico protagonista nell'attuazione di buone pratiche cliniche, fondamentali per la riduzione della mortalità neonatale e il supporto alla genitorialità consapevole.

In sintesi, l'infermieristica pediatrica non è intesa dall'UNICEF solo come una funzione tecnica, ma come una professionalità indispensabile per la prevenzione e la promozione del diritto alla salute, integrando la competenza clinica con l'impegno umanitario. (UNICEF Italia, s.d.)

OBIETTIVI

Il presente studio, condotto secondo la metodologia della scoping review, si propone di esplorare e mappare in modo sistematico la letteratura esistente relativa alla preparazione professionale dell'infermiere operante in contesti di crisi umanitaria. In particolare, gli obiettivi sono: (i) identificare e sintetizzare le competenze richieste per garantire un'assistenza infermieristica efficace e resiliente in contesti a elevata vulnerabilità; (ii) analizzare e descrivere l'offerta formativa disponibile, con specifico riferimento ai percorsi dedicati alla medicina transculturale e alla gestione delle emergenze umanitarie; (iii) esaminare le principali evidenze presenti in letteratura in merito alle sfide assistenziali, organizzative ed etiche affrontate dagli infermieri in tali contesti, al fine di delineare lo stato dell'arte e individuare eventuali lacune conoscitive.

MATERIALI E METODI

Metodo: Il presente studio è stato condotto in conformità al framework metodologico per le scoping review proposto da Arksey and O'Malley, ampiamente riconosciuto a livello internazionale per la mappatura sistematica della letteratura in ambiti complessi o ancora non pienamente delineati. L'adozione di tale approccio ha consentito un'esplorazione estensiva e strutturata delle evidenze disponibili relative alla formazione infermieristica in contesti umanitari.

Al fine di garantire trasparenza metodologica e riproducibilità, il processo di reporting è stato condotto secondo le linee guida PRISMA-ScR. L'applicazione di questo metodo ha assicurato la tracciabilità dell'intero processo di revisione, dalla fase di identificazione delle fonti bibliografiche fino alla selezione finale degli studi inclusi.

Il processo di ricerca si è articolato nelle seguenti fasi sequenziali:

Fase 1: Identificazione del quesito di ricerca

In linea con l'obiettivo della revisione, volto a mappare le evidenze disponibili relative alla preparazione accademica e professionale dell'infermiere operante in contesti umanitari, l'indagine è stata guidata dai seguenti quesiti di ricerca:

- Qual è il livello formativo richiesto al personale infermieristico per la partecipazione a missioni umanitarie?

- Tale preparazione è considerata adeguata e sufficiente per rispondere alle sfide del contesto operativo?

Al fine di strutturare tali quesiti in modo sistematico e facilitare l'estrazione dei termini controllati MeSH (Medical Subject Headings) per l'interrogazione dei database, è stato applicato il framework PIO (Population, Intervention, Outcome), così articolato:

- Population (P): Infermiere che desidera partire in missione (infermiere volontario).
- Intervention (I): Missioni umanitarie.
- Outcome (O): Conoscere il livello formativo.

Fase 2: Identificazione degli studi rilevanti

La strategia di ricerca è stata applicata ai principali database biomedici e accademici: PubMed e CINAHL. Inoltre, è stato utilizzato Google Scholar come motore di ricerca accademico complementare, al fine di intercettare eventuali studi rilevanti non indicizzati nei database primari o appartenenti alla cosiddetta letteratura grigia. Sono stati applicati filtri temporali differenziati per massimizzare la pertinenza dei risultati: per PubMed la ricerca, con la prima stringa, ha coperto l'arco temporale 2010-2025, mentre per Google Scholar è stato selezionato un periodo che va dal 2016 al 2026. La ricerca è stata limitata a contributi in lingua italiana e inglese.

Fase 3: Selezione degli studi

Il processo di screening è stato orientato dall'obiettivo di delineare un quadro esaustivo della preparazione degli infermieri volontari. I criteri di inclusione hanno privilegiato studi che affrontassero esplicitamente le competenze e il percorso formativo necessario per l'intervento in aree di crisi.

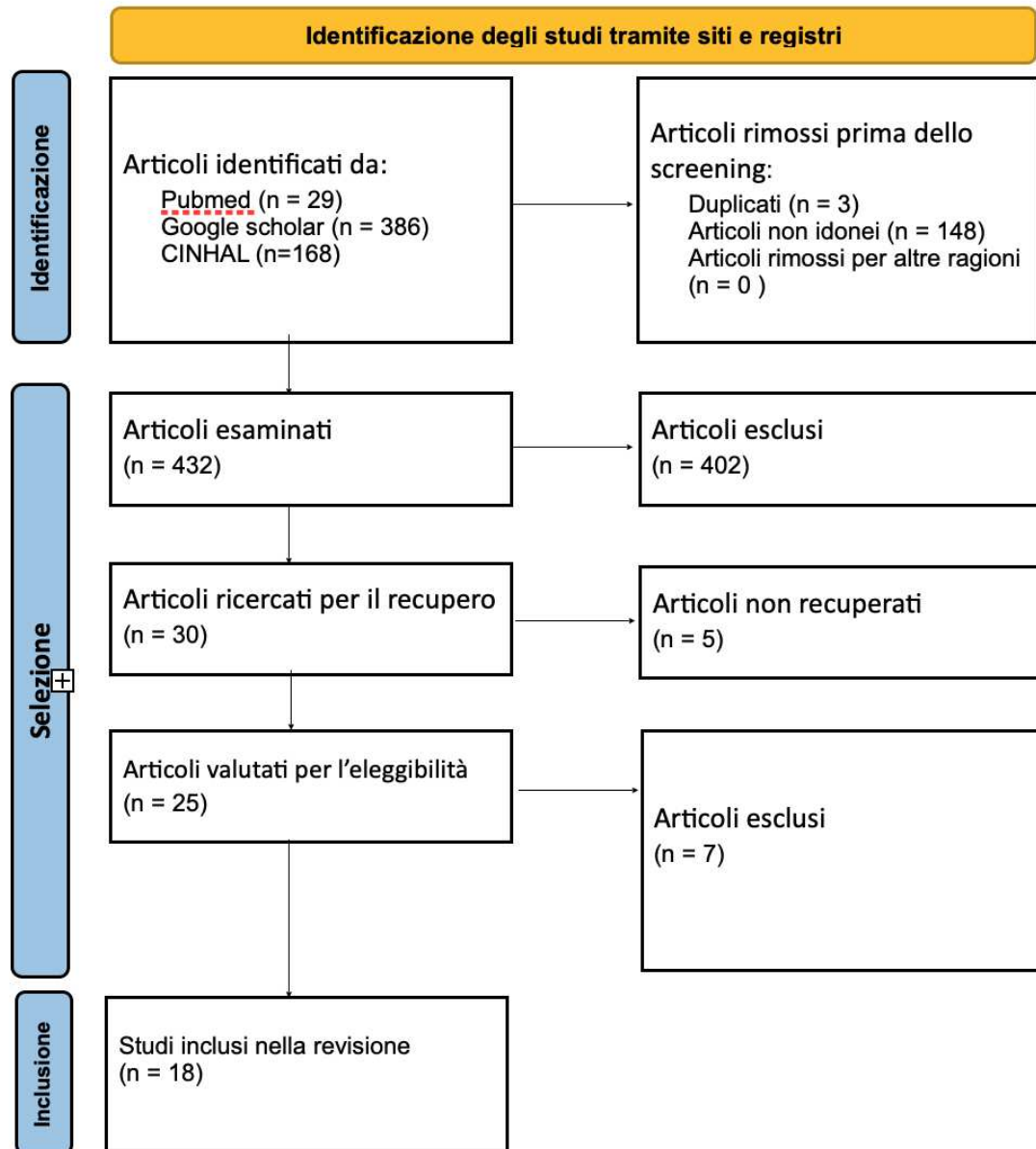
Fase 4: Estrazione e mappatura dei dati

L'estrazione dei dati è stata effettuata mediante l'analisi del full-text delle fonti selezionate. Tale attività è stata condotta in modo indipendente da un singolo revisore, il quale ha provveduto alla catalogazione sistematica delle informazioni rilevanti per rispondere ai quesiti di ricerca.

Fase 5: Sintesi e presentazione dei risultati

La revisione ha integrato una pluralità di fonti per garantire una visione multidisciplinare: sono stati inclusi studi primari (qualitativi e quantitativi), revisioni sistematiche, articoli scientifici.

Diagramma di flusso PRISMA 2020 per nuove revisioni sistematiche che includevano solo ricerche di database



Source: Page MJ, et al. BMJ 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71.

RISULTATI

Lo studio ha identificato un totale di 18 fonti, pubblicate tra il 2010 e il 2026, provenienti da database scientifici e da siti istituzionali. Dopo la verifica dei criteri di eleggibilità e la rimozione degli articoli che non erano pertinenti o che non erano coerenti con l'obiettivo dello studio, sono stati inclusi:

- 4 studi quantitativi (Mithun R Suresh et al., 2021; Frederike JC Haverkamp et al., 2018; Norihito Noguchi et al., 2016; Frederike JC Haverkamp et al., 2022)
- 9 studi qualitativi (M. Roshanravan et al., 2025; Christa L. Remington, 2025; Thomas Berends, 2025; Lea Ohana Sarna Cahan MD, 2025; Annette Hearn et al., 2007; Di Lamb, 2018; ZhengJia Ren et al., 2017; Robyn Gershon et al., 2016; Sara Albuquerque et al., 2018)
- 1 revisione della letteratura (Holly Williams e Elizabeth Downes, 2017)
- 2 scoping review (Nikolaos Markou-Pappas, 2025; N. Mwaura J., 2026)
- 1 studio pilota (A. Ripoll-Gallardo et al., 2020)
- 1 case series (Tytti H. Mäkinen, 2015)

Tabella 2. Summary of finding (SOF): analisi sistematica delle competenze, dei modelli formativi e delle barriere nell'infermieristica umanitaria.

Titolo	Autore e affiliazione	Metodo e campione	Obiettivo	Competenze fondamentali e fattori facilitanti	Barriere formative e gap di competenze
“Self-perceived preparedness and training needs of healthcare personnel on humanitarian mission: a pre- and post-deployment survey”	Frederike JC Haverkamp et al. Dipartimento di chirurgia, Paesi Bassi	Studio quantitativo (survey pre e post-deployment) Professionisti CICR (2018-2020)	Valutare la percezione del livello di preparazione, dei requisiti di formazione e delle esigenze di supporto psicologico	-Standard minimi OMS per EMT. -Training specifico per emergenze. -Chirurgia di guerra	-Preparazione percepita insufficiente. - Mancanza di training su conflitti. - Gap tra teoria e necessità operative.
“The rite of passage of becoming a humanitarian health worker: experiences of retention in Sweden”	Sara Albuquerque et al. Dip. di Scienze della Sanità Pubblica, Karolinska Institutet, Stoccolma, Svezia	Studio qualitativo (Interviste semi-strutturate) 10 infermieri esperti (MSF Svezia).	Comprendere il percorso per diventare operatori umanitari; identificare fattori che favoriscono permanenza nel settore	-Percorso formativo progressivo. -Mentorship e supporto organizzativo. - Esperienza clinica solida. -Preparazione psicologica.	-Mancanza di percorsi di inserimento strutturati per neofiti.
“Factors Associated with Nursing Activities in Humanitarian Aid and Disaster Relief”	Norihito Noguchi et al. Università di Saga, Giappone	Studio quantitativo (Questionario autosomministrato). 147 inf. (disaster relief).	Orientare i programmi di formazione e certificazione dei professionisti sanitari in caso di catastrofi	-Abilitazione professionale-Training in medicina dei disastri. -Alfabetizzazione religiosa, culturale e linguistica.	-Svolgimento di attività avanzate oltre il proprio ambito di competenza (senza specializzazione).
“Experiences and	Robyn Gershon et	Studio	Migliorare la	-Disaster nursing e gestione	-Carenza su contesto

Psychosocial Impact of West Africa Ebola Deployment on US Health Care Volunteers”	al. School of Medicine, University of California, San Francisco, USA	qualitativo (Interviste semi-strutturate) Operatori USA post-Ebola.	comprensione dell’impatto della missione sanitaria in caso di epidemia ad alto rischio.	emergenze. -Protocolli di biocontenimento. -Corsi pre-deployment (ONG). -Formazione sulle malattie infettive	socio-culturale. -Scarsa preparazione sui rischi biosanitari reali.
“Prepared for Mission? A Survey of Medical Personnel Training Needs Within the International Committee of the Red Cross”	Frederike J C Haverkamp et al., Department of Surgery, The Netherlands, Paesi Bassi	Studio quantitativo (Questionario digitale). Personale medico CICR (2017).	Valutare la preparazione autopercepita, le esperienze di impegno e le esigenze di apprendimento relative alla preparazione medica.	-Training in pediatria e traumatologia (fratture/ustioni). -Gestione in contesti a risorse limitate. -Formazione specifica pre-missione organizzata dall’associazione.	-Insufficiente training per scenari di conflitto. -Infermieri: minore preparazione percepita nel trauma rispetto ai medici.
“Experiences in disaster- related mental health relief work: An exploratory model for the interprofessional training of psychological relief workers.”	ZhengJia Ren et al., Mental Health Center, West China School of Medicine, Chengdu, China	Studio qualitativo. 20 operatori (psichiatri, infermieri, consulenti) post-terremoto Sichuan.	Esplorare le esperienze formative degli operatori e sviluppare un modello per la formazione interprofessionale in contesti di disastro	-Formazione interprofessionale strutturata. -Training sui bisogni reali del territorio. -Regolamentazione e standardizzazione dei programmi formativi. -Empowerment culturale -Adattamento al contesto locale	-Training frammentati. -Mancanza di supporto psicologico agli operatori. -Necessità di programmi pre-deployment strutturati.
“Development of a Course on Complex Humanitarian Emergencies: Preparation for the Impact of Climate Change”	Holly Williams et al. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Atlanta, USA.	Revisione della letteratura e descrizione sviluppo corso. Studenti di infermieristica (CHE).	Preparare la forza lavoro infermieristica a rispondere ai grandi movimenti di popolazioni causati da disastri naturali o conflitti legati al	-Utilizzo del Progetto Sphere (gold standard). -Triage, gestione rifugiati, epidemiologia. -Apprendimento basato sui problemi (simulazioni)	-Mancanza di nozioni base di sanità pubblica applicata alle crisi umanitarie negli studenti.

			cambiamento climatico		
“Factors affecting the delivery of healthcare on a humanitarian operation in West Africa: A qualitative study”	Di Lamb et al. Academic Department of Military Nursing, United Kingdom	Studio qualitativo (Grounded Theory). 14 membri dello staff multidisciplinar e post-Ebola.	Determinare i fattori che influenzano l'erogazione dell'assistenza sanitaria in tali missioni e identificare le sfide associate.	-Esercitazioni in ambienti simulati realistici. -Investimento in corsi basati su simulazioni.	-Barriera linguistica. -Bassa preparazione alla dimensione transculturale dell'assist.
“The Value of Support for Aid Workers in Complex Emergencies: A Phenomenological Study”	Annette Hearn et al. United Nations Office for Coordination of Humanitarian Affairs, Garden City, Buri, Sudan.	Studio qualitativo 6 operatori volontari di ONG internazionali.	Percezione del concetto di supporto.	-Competenze relazionali. -Resilienza e teamwork.	-Preparazione personale alla gestione dello stress migliorabile. -Gap tra teoria e realtà sul campo.
“Are we prepared to care for the children? An assessment of pediatric- specific pre-deployment training provided by non- governmental organizations operating in disaster zones”	Lea Ohana Sarna Cahan et al. Disaster Medicine Fellowship, Department of Emergency Medicine, USA	Studio qualitativo. 23 ONG (post-terremoto Turchia-Siria 2023).	Valutare la formazione pediatrica pre-intervento, fornita dalle ONG.	-Certificati salvavita. -Protocolli IMCI e IMNCI (risorse limitate). -Primo soccorso psicologico pediatrico. -Disponibilità di corsi gratuiti (CDC, AAP, FEMA, pediatric pandemic network) e di linee guida offerte dall'OMS	-Mancanza di standardizzazione. -Solo 1 ONG su 12 richiede formazione pediatrica obbligatoria. -Difficoltà nel reperire requisiti formativi chiari -Molte ONG non forniscono formazione pre- deployment
“An Assessment of Pre- deployment Training for Army	Mithun R. Suresh et al. United States Army Institute of	Studio quantitativo (Sondaggio	Descrivere l'addestramento pre-dispiegamento.	-Corsi clinici: ACLS, TCCC, TNCC, ATCN. -Controllo emorragie e cura dei	-Insufficiente addestramento nell'assistenza sul campo prolungata (PFC).

Nurses and Medics”	Surgical Research, USA	online). Infermieri e medici dell’esercito USA (dal 2001).		traumi. -Consapevolezza culturale	-Carenza di simulazioni realistiche e lavoro di squadra pre-teatro.
“Health professional training for war settings”	N. Mwaura J. School of Natural and Applied Sciences Kampala International University, Uganda	Scoping review. Letteratura scientifica e quadri di competenze.	Identificare gli argomenti e le competenze fondamentali per contesti di guerra	-Medicina austera e improvvisata -Triage di massa, protezione CBRN e IPC. -Etica e neutralità.	-Inadeguatezza dei curricula convenzionali. -Vincoli burocratici, logistici e di sicurezza. -Barriere culturali e linguistiche.
“Effects of preparation and support on the psychological resilience of aid relief workers in complex humanitarian emergencies”	Thomas Berends et al. Department of Theology, Uppsala University	Studio qualitativo (Fenomenologic o ermeneutico)5 operatori (medici, infermieri, psicologi).	Impatto del gap formativo sulla resilienza.	-Decision-making in situazioni critiche. -Briefing psicologici pre-partenza. -Workshop sulla resilienza (improvvisazione).	-Tabù organizzativo nel cercare aiuto. -Scarsa attenzione alla salute mentale. -Mancanza di formazione per lo staff locale.
“Residents working with Médecins Sans Frontières: training and pilot evaluation”	A.Ripoll-Gallardo et al. Università del Piemonte Orientale, Novara, Italy	Studio pilota (Prospettico osservazionale). 8 medici specializzandi.	Valutare l'efficacia di un curriculum basato su competenze.	-Triage START. -Gestione risorse scarse. -Blended learning (3 mesi online + 1 settimana pratica).	-Alti costi logistici per la parte pratica. -Carenza accademica in leadership in contesti ostili.
“Acquiring Cultural Competence in Crisis: Barriers and Best Practices from International NGO	Christa L. Remington Assistant Professor of Public	Studio qualitativo (Interviste semi-strutturate)	Strategie di acquisizione competenza culturale.	-Immersione comunitaria e mentoring. -Abilità comunicative ed emotive.	-Protocolli di sicurezza restrittivi che limitano l'interazione. -Formazione pre-partenza troppo teorica.

Workers”	Administration, University of South Florida	50 operatori ONG (Haiti post-terremoto).			-Mancanza di enfasi sulla lingua locale
“Navigating challenges, solutions and requirements in the provision of trauma care in conflict settings by humanitarian actors: a scoping literature review”	Nikolaos Markou-Pappas et al. Center for Research and Training in Disaster Medicine, Novara, Italy	Scoping review. 11 record (1975-2023).	Analizzare sfide nella cura del trauma in guerra.	-Triage nazionale, etica umanitaria, -Diritto Internazionale Umanitario (IHL) e consapevolezza del panorama socio-culturale locale. -Uso di checklist pre-partenza e materiali standard.	-"Fuga di cervelli" di personale esperto. -Assenza di protocolli chiari per triage in eventi di massa.
“Mental Well-being Considerations in Preparation for Disaster Health Care: Learning From Deployment”	Tytti H. Mäkinen et al. Disaster Healthcare, University of South Wales, United Kingdom	Case series qualitativo (Fenomenologic o). 6 volontari (inclusi infermieri).	Adeguatezza preparazione benessere mentale.	-Aspettative realistiche (tramite simulazioni e storie personali). -Team building -Reti di supporto post-missione; -Abilità pratiche e problem solving. -Valori e credenze condivise. -Sicurezza e protezione.	-Carenze nella gestione dei conflitti e tecniche specifiche di self-care. -Scarsa preparazione alla sicurezza personale.
“Empowerment of volunteer nursing service providers during disasters: A qualitative study”	M.Roshanravan et al. University of Medical Sciences, Tehran, Iran	Studio qualitativo. 25 partecipanti (manager, infermieri, docenti).	Componenti necessari per l’empowerment dei volontari infermieri durante i disastri	-Teamwork -Coordinamento inter-organizzativo. -Database centrale per i volontari. -Resilienza psicologica.	-Assenza di leggi protettive (assicurazioni). -Carenza formazione per rischi chimici/radiologici.

DISCUSSIONE

Dall'analisi dei 18 articoli selezionati emerge il profilo di un professionista infermiere - o volontario sanitario - mosso prevalentemente da istanze altruistiche, ma spesso gravato da una preparazione insufficiente. Tale lacuna formativa si rivela deleteria su un doppio fronte: da un lato, compromette l'efficacia dell'intervento e la creazione di un legame terapeutico con la popolazione locale; dall'altro, espone il volontario a una perdita di controllo sulla situazione e a un elevato carico di stress. In questo contesto, l'infermiere umanitario non deve essere considerato un mero esecutore tecnico, bensì un leader resiliente capace di adattarsi a scenari estremi. Per raggiungere tale obiettivo, è tuttavia indispensabile colmare il divario esistente tra le responsabilità richieste sul campo e la formazione effettiva.

Le criticità della missione

L'infermiere percepisce spesso un livello di preparazione inferiore rispetto alla componente medica, trovandosi a gestire attività assistenziali avanzate che travalicano il proprio ambito di competenza ordinario (Haverkamp, 2022). Questo percorso evolutivo può essere interpretato attraverso il concetto di "rito di passaggio" di Van Gennep, che suddivide l'esperienza in tre fasi: la fase pre-partenza, dominata dall'entusiasmo per l'esperienza imminente; la missione vera e propria, in cui l'impatto con la complessità del contesto genera vulnerabilità e calo dell'autostima; infine il rientro, caratterizzato da un carico emotivo che, se non adeguatamente elaborato, può sfociare in sindromi da stress post-traumatico (Albuquerque, 2018).

La causa principale di tali criticità risiede in una preparazione pre-dispiegamento lacunosa. La letteratura analizzata evidenzia la necessità di standardizzare i programmi formativi per tutelare il benessere dei professionisti. Tale preparazione non deve limitarsi alla sfera clinica, ma deve abbracciare una dimensione a 360 gradi: dal supporto psicologico alla competenza linguistica e interculturale, essenziale per l'integrazione con le comunità locali. La formazione, dunque, non va intesa come un corso tecnico isolato, ma come un processo continuo di acquisizione di autonomia. Come sottolineato da Roshanravan (2025), l'empowerment dei volontari deve articolarsi su tre livelli: fisico, mentale e accademico.

Un esempio emblematico è offerto dal contesto giapponese: nonostante l'integrazione della medicina dei disastri nei programmi sin dal 2009, la disciplina è ancora scarsamente rappresentata nei percorsi universitari. Da qui l'urgenza di implementare protocolli formativi basati sull'evidenza (EBP), garantire un'istruzione specifica e continua sui disastri per tutto il personale infermieristico e includere il supporto alla salute mentale come competenza core del curriculum professionale (Noguchi, 2016).

Metodologie formative

Il panorama letterario attuale converge sulla necessità di superare la didattica frontale tradizionale, giudicata anacronistica per la preparazione nei contesti emergenziali (Di Lamb, 2018; Ripoll-Gallardo, 2020; H. Williams, 2017; Mwaura, 2026). In questo ambito, le simulazioni emergono come uno strumento "inestimabile" per la trasposizione della teoria in pratica (Ohana, 2025). Esse permettono di replicare scenari reali in ambienti controllati, favorendo il decision-making e il coordinamento del team anche in contesti austeri, dove la scarsità di risorse e lo stress nelle interazioni con i familiari rappresentano sfide critiche. L'efficacia di tali metodi è massimizzata dal feedback immediato fornito durante le sessioni di debriefing, essenziali per l'autoanalisi e il miglioramento continuo.

Parallelamente alla formazione sul campo, Ohana (2025) sottolinea l'importanza dell'aggiornamento costante tramite risorse digitali autorevoli (CDC, AAP e Pediatric Pandemic Network) e la partecipazione a webinar e workshop per l'allineamento ai protocolli internazionali più recenti.

Un modello virtuoso di integrazione tra accademia e operatività è rappresentato dal programma "Humanitarian Medic", nato dalla collaborazione tra l'Università del Piemonte Orientale e Medici Senza Frontiere (Ripoll-Gallardo, 2020). Questo percorso adotta una metodologia di blended-learning, combinando tre mesi di e-learning con una settimana di formazione residenziale intensiva basata su simulazioni ad alta fedeltà. Il curriculum, che spazia dalla medicina dei disastri all'etica e alla leadership, dimostra come la sinergia tra università e ONG possa preparare i giovani medici a operare in contesti critici mantenendo elevati standard qualitativi.

L'enfasi sulla formazione universitaria è centrale anche nel lavoro di Williams (2017), che descrive un corso sviluppato dalla Emory University e dal CDC per colmare il gap

formativo infermieristico nella gestione delle Emergenze Umanitarie Complesse (CHE). Il programma trasforma la propensione al volontariato in competenza tecnico-scientifica attraverso il modello della flipped classroom. Durante le 24 ore di formazione intensiva, vengono affrontate tematiche cruciali: dalla logistica operativa (gestione di unità di isolamento) alla salute pubblica (interventi nutrizionali e salute mentale post-conflitto), fino alla leadership etica necessaria per la prioritizzazione dei pazienti in regimi di risorse limitate.

Infine, Roshanravan (2025) ribadisce che, per garantire l'acquisizione di abilità specifiche come l'uso dei DPI in scenari CBRNE o la gestione di dispositivi salvavita, è indispensabile investire in esercitazioni pratiche e corsi modulari a breve termine. Nonostante i costi e l'impegno temporale richiesti, l'impiego di manichini avanzati e tecnologie di simulazione resta il fattore determinante per garantire che i soccorritori acquisiscano una reale familiarità con i sistemi di allarme e i protocolli di comando prima dell'impiego effettivo sul campo.

Competenze cliniche

Per le missioni, oltre al possesso dei titoli accademici e dell'abilitazione professionale, è richiesto un consolidato bagaglio di esperienza clinica (tra i 2 e i 5 anni).

Un pilastro della preparazione è rappresentato dalle certificazioni internazionali: il corso ATLS (Advanced Trauma Life Support), frequentato dal 62,2% degli operatori, e l'ETC (European Trauma Course) costituiscono lo standard *sine qua non* per chirurghi e anestesisti. Questi protocolli garantiscono un linguaggio comune e una gestione sistematica del politrauma nelle prime fasi dell'emergenza (Gershon, 2016).

L'analisi di Suresh (2021) introduce un elemento di riflessione sulla validazione delle competenze: sebbene corsi come il TCCC (Tactical Combat Casualty Care) e l'ACLS garantiscano una percezione di adeguatezza, meno del 70% degli operatori viene sottoposto a una valutazione clinica formale pre-partenza. Ciò sottolinea la necessità di spostare il focus dalla semplice "partecipazione ai corsi" alla "verifica delle competenze".

In sintonia con le direttrici di Ngugi Mwaura (2026), il profilo del professionista moderno in ambienti austeri deve evolversi verso la Medicina di Riduzione del Danno. Questo implica:

- Capacità Adattiva: Saper fornire cure essenziali e tecniche di chirurgia d'urgenza utilizzando materiali di fortuna quando le risorse standard sono indisponibili.
- Gestione del Caos: Padronanza degli algoritmi di triage avanzato (START e SALVAGE), fondamentali per ottimizzare la sopravvivenza in scenari con vittime di massa e risorse limitate.

La sfida dell'assistenza pediatrica in contesti austeri

Una delle lacune più critiche e ricorrenti riguarda la gestione del trauma pediatrico. Nonostante la popolazione infantile sia spesso la più colpita nelle zone di conflitto e di disastro, l'evidenza clinica mostra un'asimmetria nella preparazione. Il personale dichiara una maggiore confidenza nel trattamento dei traumi sull'adulto, manifestando invece insicurezza nella gestione dei pazienti in età evolutiva.

Il dato più critico riguarda la formazione APLS/EPALS (Pediatric Advanced Life Support): nonostante l'incidenza dei pazienti pediatrici nei teatri di conflitto o in aree di crisi, solo il 21,1% degli operatori dispone di tale certificazione (Haverkamp, 2018). Questa carenza si riflette nella richiesta esplicita di addestramento specifico non solo in pediatria d'urgenza, ma anche in chirurgia delle fratture e nel trattamento delle ustioni, aree dove l'esperienza civile spesso non coincide con le necessità del campo.

Supporto psicologico e preparazione alla missione

Spesso le organizzazioni umanitarie non possiedono una conoscenza approfondita del profilo psicologico dei volontari, ignorando le loro reali capacità di gestione dello stress. Come analizzato da Hearn (2007), molti operatori riferiscono una mancanza di supporto adeguato in tutte le fasi della missione (pre-partenza, dispiegamento e post-missione), carenza che genera rabbia verso l'organizzazione, calo dell'autostima e senso di fallimento professionale.

Per ovviare a queste criticità, la letteratura suggerisce diverse strategie operative:

- Gestione delle aspettative e screening: È fondamentale discutere apertamente le aspettative reciproche tra individuo e ONG già in fase di selezione per evitare disillusioni. Parallelamente, lo screening preventivo permette di identificare fattori di rischio individuali prima dell'invio in contesti critici.

- Formazione al coping e resilienza: Secondo Berends (2025), la formazione pre-missione è spesso carente sotto il profilo psicologico. Una preparazione efficace deve mirare allo sviluppo della resilienza, intesa sia come capacità di mantenere il benessere sotto pressione (robust resilience), sia come capacità di recupero post-traumatica (rebound resilience). In quest'ottica, workshop sulla gestione dello stress, sul burnout e sul PTSD risultano essenziali.
- Preparazione tecnica e simulativa: La scoping review di Ngugi Mwaura (2026) sottolinea l'importanza della Simulation-Based Medical Education (SBME) e degli esami OSCE adattati. L'uso di scenari realistici e dilemmi etici aiuta a prevenire il declino delle abilità cliniche e prepara i professionisti alla complessità dei contesti di crisi.
- Consapevolezza culturale e supporto tra pari: La comprensione antropologica del contesto locale funge da fattore protettivo per la salute mentale. Inoltre, come evidenziato da Makinen (2015), la condivisione di esperienze con reduci dal campo e la costruzione di un team basato sulla fiducia reciproca sono pilastri fondamentali per il mantenimento dell'equilibrio psichico.

Dunque, il supporto non può limitarsi alla sicurezza fisica o alla formazione tecnica: è indispensabile implementare briefing individuali obbligatori con psicologi per valutare la prontezza emotiva degli operatori e fornire loro strumenti di autoconsapevolezza per riconoscere i propri limiti sotto stress.

Infermiere come mediatore

Il ruolo dell'infermiere come mediatore emerge con forza nell'analisi delle missioni umanitarie, dove la competenza culturale si rivela un fattore critico per l'efficacia dell'intervento. Remington (2025), esaminando il contesto post-terremoto ad Haiti, evidenzia una preoccupante lacuna formativa: il 42% degli operatori non aveva ricevuto alcuna preparazione interculturale pre-missione. Dallo studio emerge come la padronanza linguistica sia considerata, sia dai professionisti che dai beneficiari, lo strumento pratico più prezioso, spingendo le ONG a privilegiare corsi di lingua intensivi e dinamici rispetto ai modelli didattici statici.

Parallelamente, l'esperienza del personale sanitario britannico durante l'epidemia di Ebola in Africa Occidentale (2014-2015) ha portato alla definizione di modelli di

resilienza basati su una preparazione più strutturata. Secondo Di Lamb (2018), il miglioramento degli interventi futuri deve passare attraverso flussi informativi coerenti, l'uso di simulazioni immersive (VR) e l'integrazione di solide componenti etiche e transculturali nell'addestramento.

In questo scenario, la preparazione pre-partenza non può limitarsi a un mero trasferimento di nozioni tecniche. Come sostenuto da ZhengJia Ren (2017), deve configurarsi come un processo strategico e interprofessionale incentrato sulla sensibilità culturale e sulla cura di sé. È necessaria una formazione regolamentata che promuova la cooperazione e l'empowerment di pratiche culturalmente informate, evitando l'applicazione meccanica di metodologie straniere che, oltre a risultare inefficaci a livello locale, rischiano di generare esiti controproducenti.

CONCLUSIONE

Il presente studio ha permesso di delineare il profilo complesso dell'infermiere impegnato in ambito umanitario: un professionista mosso da profonde istanze altruistiche, ma troppo spesso costretto a operare in un pericoloso divario tra le elevate responsabilità del campo e una preparazione pre-partenza ancora frammentaria. L'analisi condotta evidenzia come il superamento di una visione puramente tecnica sia ormai imprescindibile: l'infermiere moderno deve configurarsi come un leader resiliente, capace di integrare competenze cliniche avanzate con una profonda sensibilità interculturale.

Le ricadute assistenziali di una formazione più strutturata sono immediate e tangibili. Standardizzare i programmi formativi non significa solo tutelare il benessere psicofisico del professionista, prevenendo sindromi da stress post-traumatico e burnout, ma soprattutto garantire la sicurezza del paziente in contesti estremi. Colmare lacune critiche, come quella relativa alla gestione del trauma pediatrico (certificata solo per il 21,1% degli operatori), e adottare approcci basati sulla "Medicina di Riduzione del Danno", permette di trasformare la propensione al volontariato in un intervento tecnico-scientifico efficace, capace di adattarsi con successo anche alla scarsità di risorse.

In un'ottica di sviluppo futuro, la ricerca dovrà concentrarsi sempre più sulla validazione oggettiva delle competenze. È necessario spostare il focus dalla semplice partecipazione ai corsi alla verifica effettiva delle abilità cliniche attraverso strumenti come le simulazioni ad alta fedeltà e gli esami OSCE adattati. Inoltre, l'integrazione della medicina dei disastri nei curricula universitari e l'uso di tecnologie immersive rappresentano le nuove frontiere per preparare i professionisti a scenari complessi come quelli CBRNE o le grandi emergenze sanitarie internazionali.

Per evitare in futuro i punti di debolezza riscontrati, sia nel supporto agli operatori che nell'efficacia dei programmi, è fondamentale che la sinergia tra mondo accademico e organizzazioni non governative diventi strutturale. Modelli virtuosi di blended learning e la standardizzazione dei protocolli basati sull'evidenza (EBP) devono diventare la norma, affiancati da uno screening psicologico preventivo e da un supporto costante in tutte le fasi della missione. Solo attraverso questo percorso di empowerment fisico, mentale e accademico sarà possibile garantire che l'intervento umanitario non sia una

risposta estemporanea all'emergenza, ma un sistema di cura d'eccellenza, eticamente solido e culturalmente consapevole.

SITOGRAFIA

1. ActionAid Italia. (s.d.). Home page. <https://www.actionaid.it/>
2. Agenzia delle Entrate. (1997, 4 dicembre). Decreto Legislativo 4 dicembre 1997, n. 460: Riordino della disciplina tributaria degli enti non commerciali e delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale [PDF]. Agenzia Entrate
3. Croce Rossa Italiana. (2021). Diritto Internazionale Umanitario. Risposte alle vostre domande [File PDF].
https://cri.it/wp-content/uploads/2021/01/Diritto_Internazionale_Umanitario_Risposte_alle_vostre_domande.pdf
4. Croce Rossa Italiana. (s.d.). Corpo delle Infermiere Volontarie CRI – Storia.
<https://cri.it/cosa-facciamo/volontariato/corpo-infermiere-volontarie-cri/storia/>
5. Emergenza Sorrisi. (s.d.). Home page. <https://www.emergenzasorrisi.it/>
6. Emergency. (s.d.). La nostra storia. <https://www.emergency.it/chi-siamo/storia/>
7. Emergency. (s.d.). Requisiti e condizioni.
<https://www.emergency.it/lavora-con-noi/requisiti-e-condizioni/>
8. Fnopi. (2023). L'infermiere nelle organizzazioni umanitarie: la mia prima missione umanitaria. L'Infermiere, 60(1), e10–e14.
<https://www.infermiereonline.org/wp-content/uploads/2023/05/Linfermiere-nelle-organizzazioni-umanitarie-la-mia-prima-missione-umanitaria-e10-e14.pdf>
9. INTERSOS. (s.d.). Home page. <https://www.intersos.org/>
10. Medici Senza Frontiere. (s.d.). La nostra storia.
<https://www.medicisenzafrontiere.it/chi-siamo/storia/>
11. Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale. (s.d.). Disciplina della cooperazione italiana allo sviluppo. [Esteri.it](https://www.esteri.it)
12. Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. (2017, 3 luglio). Entra in vigore oggi il Codice del Terzo settore (Decreto Legislativo 3 luglio 2017, n. 117).
[Lavoro.gov.it](https://www.lavoro.gov.it)
13. ONG. (s.d.). In Enciclopedia on line. Treccani
14. ONLUS. (s.d.). In Enciclopedia on line. Treccani
15. Organizzazioni non governative. In Enciclopedia Italiana.
[https://www.treccani.it/enciclopedia/organizzazioni-non-governative_\(Enciclopedia-Italiana\)/](https://www.treccani.it/enciclopedia/organizzazioni-non-governative_(Enciclopedia-Italiana)/)

16. Oxfam Italia. (s.d.). Home page. <https://www.oxfamitalia.org/>
17. Save the Children. (s.d.). Home page. <https://www.savethechildren.it/>
18. Terzo settore. (s.d.). In *Lessico del XXI Secolo*. Treccani
19. UNICEF Italia. (s.d.). Home page. <https://www.unicef.it/>
20. Unione Nazionale Istituzioni e Iniziative di Assistenza Sociale. (2021, 15 febbraio). *Onlus, ETS, Impresa Sociale: le scadenze per la riforma del Terzo Settore*. UNEBA

BIBLIOGRAFIA

1. Albuquerque, S., Eriksson, A., & Alvesson, H. M. (2018). The rite of passage of becoming a humanitarian health worker: Experiences of retention in Sweden. *Global Health Action*, 11(1), Articolo 1417522. doi.org
2. Berends, T. (2021). *The effects of preparation and support on the psychological resilience of aid relief workers in complex humanitarian emergencies: A phenomenological study reviewing the needs for and availability of preparation and support and the effects on mental health* (Tesi di Master, Uppsala University).
3. Haverkamp, F. J. C., Veen, H., Hoencamp, R., Muhrbeck, M., von Schreeb, J., Wladis, A., & Tan, E. C. T. H. (2018). Prepared for mission? A survey of medical personnel training needs within the International Committee of the Red Cross. *World Journal of Surgery*, 42(11), 3493–3500. doi.org
4. Haverkamp, F. J. C., van Leest, T. A. J., Muhrbeck, M., Hoencamp, R., Wladis, A., & Tan, E. C. T. H. (2022). Self-perceived preparedness and training needs of healthcare personnel on humanitarian mission: A pre- and post-deployment survey. *World Journal of Emergency Surgery*, 17, Articolo 14. doi.org
5. Hearn, A., & Deeny, P. (2007). The value of support for aid workers in complex emergencies: A phenomenological study. *Disaster Management & Response*, 5(2), 28–35. doi.org
6. Labrague, L. J., & Hammad, K. (2024). Disaster preparedness among nurses in disaster-prone countries: A systematic review. *Australasian Emergency Care*, 27(2), 88–96. doi.org
7. Lamb, D. (2018). Factors affecting the delivery of healthcare on a humanitarian operation in West Africa: A qualitative study. *Applied Nursing Research*, 40, 129–136. doi.org
8. Mäkinen, T. H., Miettinen, S. M., & Kernohan, G. W. (2015). Mental well-being considerations in preparation for disaster health care: Learning from deployment. *Prehospital and Disaster Medicine*, 30(4), 327–336. doi.org
9. Markou-Pappas, N., Ragazzoni, L., Truppa, C., Salio, F., Barone-Adesi, F., & Lamine, H. (2025). Navigating challenges, solutions and requirements in the

- provision of trauma care in conflict settings by humanitarian actors: A scoping literature review. *Conflict and Health*, 19, Articolo 3. doi.org
10. Ngugi Mwaura, J. (2026). Health professional training for war settings. *IDOSR Journal of Applied Sciences*, 11(1), 26–34. doi.org
 11. Noguchi, N., Inoue, S., Shimano, C., Shibayama, K., & Shintani, K. (2016). Factors associated with nursing activities in humanitarian aid and disaster relief. *PLoS ONE*, 11(3), e0151170. doi.org
 12. Ohana Sarna Cahan, L., Tin, D., Rizek, J., Weiner, D. L., & Ciottone, G. R. (2025). Are we prepared to care for the children? An assessment of pediatric-specific pre-deployment training provided by non-governmental organizations operating in disaster zones. *American Journal of Emergency Medicine*, 91, 25–28. doi.org
 13. Remington, C. L. (2026). Acquiring cultural competence in crisis: Barriers and best practices from international NGO workers (Preprint). SSRN. doi.org
 14. Ren, Z., Wang, H., & Zhang, W. (2017). Experiences in disaster-related mental health relief work: An exploratory model for the interprofessional training of psychological relief workers. *Journal of Interprofessional Care*, 31(1), 35–42. doi.org
 15. Ripoll-Gallardo, A., Ragazzoni, L., Mazzanti, E., Meneghetti, G., Franc, J. M., Costa, A., & della Corte, F. (2020). Residents working with Médecins Sans Frontières: training and pilot evaluation. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 28, Articolo 86. doi.org
 16. Roshanravan, M., Moslehi, S., & Seyedin, H. (2025). Empowerment of volunteer nursing service providers during disasters: A qualitative study. *BMC Emergency Medicine*, 25, Articolo 15. doi.org
 17. Suresh, M. R., Valdez-Delgado, K. K., Staudt, A. M., Trevino, J. D., Mann-Salinas, E. A., & VanFosson, C. A. (2021). An assessment of pre-deployment training for Army nurses and medics. *Military Medicine*, 186(1/2), 203–211. doi.org
 18. Williams, H., & Downes, E. (2017). Development of a course on complex humanitarian emergencies: Preparation for the impact of climate change. *Journal of Nursing Scholarship*, 49(6), 661–669. doi.org

ALLEGATI

Tabella 3. Estrazione fonti bibliografiche

Data base	Stringa di ricerca	N° art. selezionati	N° art. pertinenti	Records
PubMed	((nurs*AND(2010:2026[pdat])))AND(h humanitarian mission AND (2010:2025[pdat]))AND(trainingAND(2010:2026[pdat]))	26	5	- Frederike JC Haverkamp et al. World Journal of Emergency Surgery, 2022 - Sara Albuquerque et al. Glob Health Action, 2018 - Norihito Noguchi et al. PLoS One. 2016 - Robyn Gershon et al. PLoS Cura. 2016 - Frederike JC Haverkamp et al. World J. Surg. 2018
PubMed	((nurs*) AND (humanitarian mission)) AND (pre-deployment training)	3	2	-Di Lamb Applied Nursing Research, 2018 -Annette Hearn et al. Disaster Management & Response, 2007
CINAHL	(nurses or healthcare professionals)AND(humanitarian aid or humanitarian assistance or humanitarian relief)AND(training or education or development or learning)	44	1	- Holly Williams et al. Journal of Nursing Scholarship, 2017
CINAHL	(nurs*OR nursing)AND no-govermental organization AND(training OR education)	124	1	-ZhengJia Ren et al. Journal of Interprofessional Care, 2017

Google Scholar	pre-deployment training AND nurses AND humanitarian mission AND organizations OR ong Dal 2020 al 2026	386	9	<ul style="list-style-type: none"> - Lea Ohana Sarna Cahan et al. The American Journal of Emergency Medicine 91, 2025 -Mithun R Suresh et al. Military Medicine, 2021 -N. Mwaura J. et al. Idosr journal of applied sciences, 2026 - Thomas Berends Uppsala University, 2025 -Alba Ripoll-Gallardo et al. Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine, 2020 -Christa L. Remington SSRN, 2025 -Nikolaos Markou-Pappas et al. Confl Health 19, 2025 -Tytti H. Mäkinen et al. Prehospital Disaster Medicine, 2015 -Mostafa Roshanravan et al. BMC Emergency Medicine 25, 2025
----------------	---	-----	---	--

RINGRAZIAMENTI

Strano scrivere le seguenti parole, eppure è arrivato il momento di fare un resoconto di ciò che sono stati questi anni.

Quattro anni in cui ho incontrato persone nuove, diventate casa. Quattro mura diverse da quelle che mi hanno visto nascere, ma che mi hanno visto cambiare. Strade su cui ho corso e sono caduta.

A tutto questo non posso che dire grazie.

Desidero ringraziare i tutor e il mio relatore che, con pazienza e dedizione, mi hanno guidato in questo percorso, trasmettendomi la passione per l'infermieristica e facendone scoprire la profonda bellezza.

Grazie Michele. C'è una grande differenza nel modo in cui siamo cresciuti: io ho avuto te. Non so se riuscirò mai a farti sentire al sicuro come tu fai con me, ma sappi che è una delle cose che più desidero riuscire a fare per te.

Daniela, Giada e Martina come riassumere tutto ciò che abbiamo vissuto? Di sicuro non si può tradurre in poche righe e non basterebbe limitarsi ad un grazie. Ciò che è certo, però, è che senza di voi non avrei iniziato a mettermi in discussione e tutta questa esperienza non sarebbe stata la stessa.

Sara, sei entrata nella mia vita da poco e lo hai fatto portando con te tutta la tua energia travolgente. Da te ho appreso che è giusto dare spazio a tutte le emozioni perché, belle o brutte che siano, ti fanno sentire vivo.

Poi vuoi mettere quanto è divertente prenderti in giro insieme a Giulia! Una delle persone più buone e piene che questa università mi ha dato l'onore di conoscere.

Grazie Giulia. Dal primo giorno (letteralmente) siamo state vicine in questo viaggio: ci siamo supportate a ogni esame, abbiamo fatto mille chiamate di ripasso, abbiamo festeggiato, pianto e ci siamo gasate per aver visto e toccato un fegato.

Ma sai qual è la cosa più bella? Capire che non sei semplicemente l'amica dell'università.

Valentina, Simona e Cinzia abbiamo trascorso metà della nostra breve vita insieme e aver mantenuto il vostro affetto è il regalo più bello.

Con te Vale spero di continuare a fare le nostre chiamate mensili per aggiornarci sulla vita.

Con Simona e Cinzia spero di continuare a ridere delle nostre sventure.

Ci sono altre persone che negli anni mi hanno lasciato un tassello essenziale per creare la mia persona: dai miei cugini, alla mia amica “secolare” Martina, a Pierangelo, ad Aurora, Alessandro e Leonardo, fino a Federica, compagna di intensi giorni di ripasso con la quale ho concluso, emozionandoci, questo percorso.

Oggi alcune persone non sono qui fisicamente: alcune perché lontane, altre perché continuano ad accompagnarmi sotto altre vesti.

Voi siete le fondamenta dei miei ricordi.

Ovviamente all'appello non può mancare l'esserino con il culetto più bello del mondo, arrivata al momento giusto stravolgendo la mia vita...Tokyo.

Ho deciso di lasciarvi per ultimi perché è sempre difficile trovare le parole giuste per le persone che ti hanno messa al mondo. Però, alla fine, forse non è importante ciò che dico, ma ciò che spero di dimostrare ogni giorno.

Mamma, di sicuro senza di te non sarei la ragazza che sono oggi. Può sembrare una frase scontata, ma crescere con una donna che mi ha ricordato ogni giorno quanto sia essenziale la mia indipendenza è l'insegnamento più prezioso.

Papà, che con pazienza ci sei sempre per me, mi hai insegnato quanto sia importante la dedizione e avere passione nel proprio lavoro, ma anche l'importanza del saper essere decisi e sicuri.

Vi ringrazio!

A me stessa, invece, oltre a ringraziarmi per il rispetto e l'amore che sono riuscita a regalarmi, voglio fare un augurio: sorridere.

Grazie a questo prossimo lavoro ho capito che ogni attimo è essenziale e che dipende da noi se viverlo stringendo i denti o sorridendo. Io scelgo la seconda.

Daje.