

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI FIRENZE

FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA

CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

(abilitante alla professione sanitaria di infermiere classe SNT\1)

**LA COMPETENZA CULTURALE
NELL'ASSISTENZA ALLE VITTIME DI
DISASTRI O INCIDENTI MAGGIORI**

Relatore Prof: Enrico Lumini

Candidato: Ester Baldi

A.A: 2011/12

INDICE

INTRODUZIONE	2
BACKGROUND	4
1.1 IL PANORAMA INTERNAZIONALE	4
1.2 IL PANORAMA EUROPEO.....	6
1.3 RIPERCUSSIONI DEL DISASTRO SULLA SOCIETA'	7
1.4 L'INFERMIERE NELLE MAXIEMERGENZE. QUALI RUOLI?.....	8
LA MEDICINA DELLE CATASTROFI	13
2.1 GLI SVILUPPI	13
2.2 DISASTER PREPAREDNESS – FORMAZIONE E MEDICINA DELLE CATASTROFI.....	14
DISASTER MANAGEMENT CONTINUUM	16
3.1 FASI DI UN DISASTRO	16
3.2 PREVENZIONE / MITIGAZIONE	18
3.3 PREPARAZIONE.....	19
3.4 RISPOSTA	20
3.5 RIPRESA / RIABILITAZIONE	21
COMPETENZE INFERMIERISTICHE NELLE MAXIEMERGENZE	23
4.1 COMPETENZE DI BASE.....	23
COMPETENZE CULTURALI NEI DISASTRI E NEGLI INCIDENTI MAGGIORI	34
5.1 PRINCIPI DI INFERMIERISTICA TRANSCULTURALE: ASSISTENZA INFERMIERISTICA CULTURALMENTE COMPETENTE.....	34
5.2 COMPETENZE CULTURALI NELL'ASSISTENZA A VITTIME DI DISASTRI O INCIDENTI MAGGIORI	36
CONCLUSIONI	39
ALLEGATI.....	42
BIBLIOGRAFIA	64

INTRODUZIONE

Ogni giorno in qualche parte del mondo accadono disastri o incidenti maggiori.

La loro incidenza è notevolmente aumentata con il passare degli anni a causa di fattori come il cambiamento climatico, l'aumento della costruzione in aree soggette a disastri, la crescita urbana incontrollata, la perdita di barriere naturali e la mancanza di sistemi di allarme e di sistemi per spostare le popolazioni in aree di sicurezza.

I rischi sono intensificati per le popolazioni più povere che tendono a vivere in zone maggiormente a rischio di catastrofe, in cui oltre all'ambiente, che presenta maggiori pericoli legati allo sviluppo di catastrofi (es. zone a rischio sismico, alluvionale), vi sono anche infrastrutture ed edifici che non garantiscono una protezione efficace da un disastro. Nei paesi più sviluppati si registra invece una frequenza maggiore di catastrofi tecnologiche in parte a causa di regolamenti poveri, mancanza di controllo, infrastrutture vecchie, rapida crescita e mancanza di formazione.

Indipendentemente dal livello di sviluppo dei vari paesi, i disastri hanno portato in tutto il mondo ad una crescita esponenziale del numero di persone e comunità coinvolte e i danni che ne sono derivati hanno messo in ginocchio i paesi e tutto il loro sistema.

Qualunque sia il paese colpito, e siano le catastrofi naturali o tecnologiche, l'impatto del disastro sulla sanità pubblica è drammatico in termini di vittime, feriti oltre che danni ingenti alle infrastrutture e agli impianti, e per poterlo limitare sono essenziali tutte quelle attività di preparazione e mitigazione ai disastri, che devono mettere in atto le popolazioni e tutti i professionisti coinvolti nella gestione della maxiemergenza.

I professionisti sanitari, e in particolar modo gli infermieri, in virtù del loro ruolo, sono spesso i primi ad interfacciarsi con il disastro, dai quali ci si aspetta di saper fronteggiare la maxiemergenza, assistendo le popolazioni coinvolte.

Con lo sviluppo della professione infermieristica, l'infermiere ha visto sempre di più implementate le sue conoscenze e competenze da cui sono derivate responsabilità e il riconoscimento del proprio ruolo da parte della popolazione e dell'opinione pubblica.

Gli infermieri, in quanto professionisti sanitari, possiedono conoscenze e capacità tecniche adeguate a risolvere i problemi di assistenza e di tutela delle persone che hanno bisogni di natura sanitaria con la capacità di gestirli in autonomia; un'autonomia che deriva dalle norme giuridiche, dal codice deontologico e dall'ordinamento universitario e a cui è intimamente connessa la responsabilità delle sue attività assistenziali che si esplicano attraverso il processo infermieristico per partire dalla pianificazione fino ad arrivare alla valutazione dei risultati raggiunti.

Tutto ciò rende evidente che gli infermieri, debbano essere in grado di rispondere ai bisogni assistenziali delle persone anche durante la situazione di crisi.

La professionalità degli infermieri è necessaria alla comunità per rispondere all'incidente maggiore ed essi devono operare sfruttando la propria potenzialità a 360 gradi, rispettando il proprio ruolo e applicando tutte le fasi del processo infermieristico anche durante un disastro.

Dal ruolo e dalla responsabilità correlata derivano tutte le competenze infermieristiche e un corpus di conoscenze, che spazia attraverso i diversi ambiti scientifici, che verranno trattate in questa tesi spostando il focus non tanto sulle competenze di base, quelle normalmente richieste e utilizzate per la quotidianità, quanto su quelle che gli infermieri sono e devono essere in grado di mettere in atto durante il disastro.

Verranno disaminate tutte quelle competenze fondamentali e indispensabili relative all'assistenza infermieristica nel corso di una maxiemergenza, ponendo una particolare attenzione su quelle che sono le competenze culturali dell'infermieristica nell'ambito del disaster management.

Essendo sempre più frequenti i disastri, maggiori le necessità assistenziali a livello internazionale e quindi aumentati i bisogni di persone appartenenti a diverse culture, gli infermieri devono essere in grado di operare garantendo ad ogni assistito la possibilità di ricevere un'assistenza culturalmente competente, quell'assistenza di natura educativa, riabilitativa e preventiva che pone risposta efficace ai bisogni assistenziali.

BACKGROUND

1.1 IL PANORAMA INTERNAZIONALE

Catastrofi e Maxiemergenze accadono ogni giorno in qualche parte del mondo con un impatto drammatico sulle sanità pubblica in termini di morti, feriti, danni alle infrastrutture e agli impianti. Che la catastrofe sia un incendio di un'abitazione oppure uno tsunami che devasta un'intera comunità, è la qualità della vita ad essere minacciata.

Il World Disaster Report del 2007 evidenzia un aumento del 60% di disastri o incidenti maggiori nel decennio 1997–2006 rispetto al precedente e il numero di decessi è cresciuto da 600.000 unità a più di 1,2 milioni.

Il numero di persone interessate da disastri o incidenti maggiori è cresciuto da 230 milioni a 270 milioni con un aumento del 17% (1).

“Secondo l'United Nation's Bureau of Crisis Prevention and Recovery, circa il 75% della popolazione mondiale vive in area che sono state colpite almeno una volta da un terremoto, un ciclone tropicale, un'alluvione o dalla siccità tra il 1980 ed il 2000” (2).

I disastri naturali sono aumentati negli ultimi 50 anni, con la più grande crescita e picco negli ultimi 10 anni (3). Analizzando i dati elaborati dall'Università di Louvain in Belgio^I si nota che nel periodo preso in esame i decessi sono in calo ma il numero di disastri e il numero di persone colpite sono in aumento arrivando rispettivamente a più di 400 disastri e a quasi 250 milioni di persone coinvolte (vedi Figura 1). Più fluttuante l'andamento dei disastri di natura tecnologica riportato nella figura 2 che presenta dei picchi, nel periodo di osservazione di 300 disastri per anno, 10.000 deceduti ed un numero di persone coinvolte tra le 100.000 e le 300.000 unità.

Dal 1998 al 2008, circa 1 milione di persone hanno perso la vita in caso di catastrofi, 3,3 milioni sono rimaste ferite e 2 miliardi sono stati colpiti. I sistemi sanitari, comprese le risorse umane e le infrastrutture fisiche anche se essenziali per la sopravvivenza della popolazione sono molto vulnerabili alle gravi emergenze e calamità.

^I Dal 1988 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) collabora con il Centro per la Ricerca sull'Epidemiologia dei Disastri (CRED) che aggiorna e mantiene un database sulle grandi emergenze e le catastrofi denominato EM-DAT. EM-DAT è stato creato con il sostegno iniziale della OMS e del governo belga

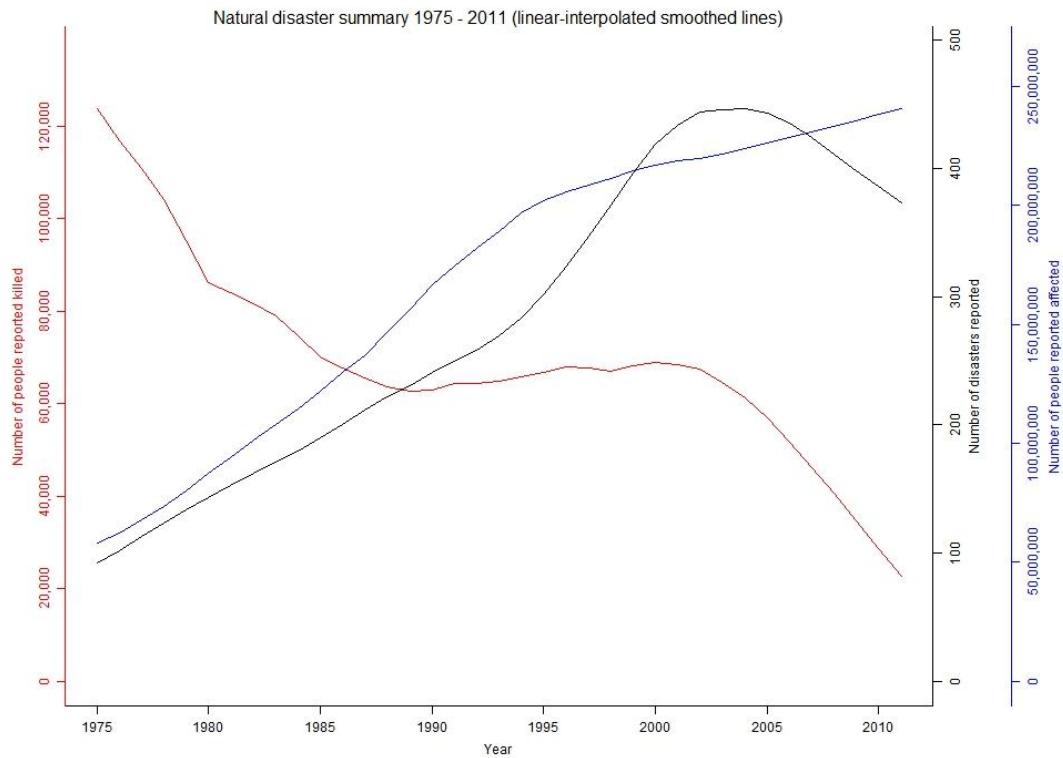


Figura 1: Trend disastri naturali nel periodo 1975 -2011. Fonte EM-DAT: The OFDA/CRED International Disaster Database – www.emdat.be – Université Catholique de Louvain, Brussels – Belgium

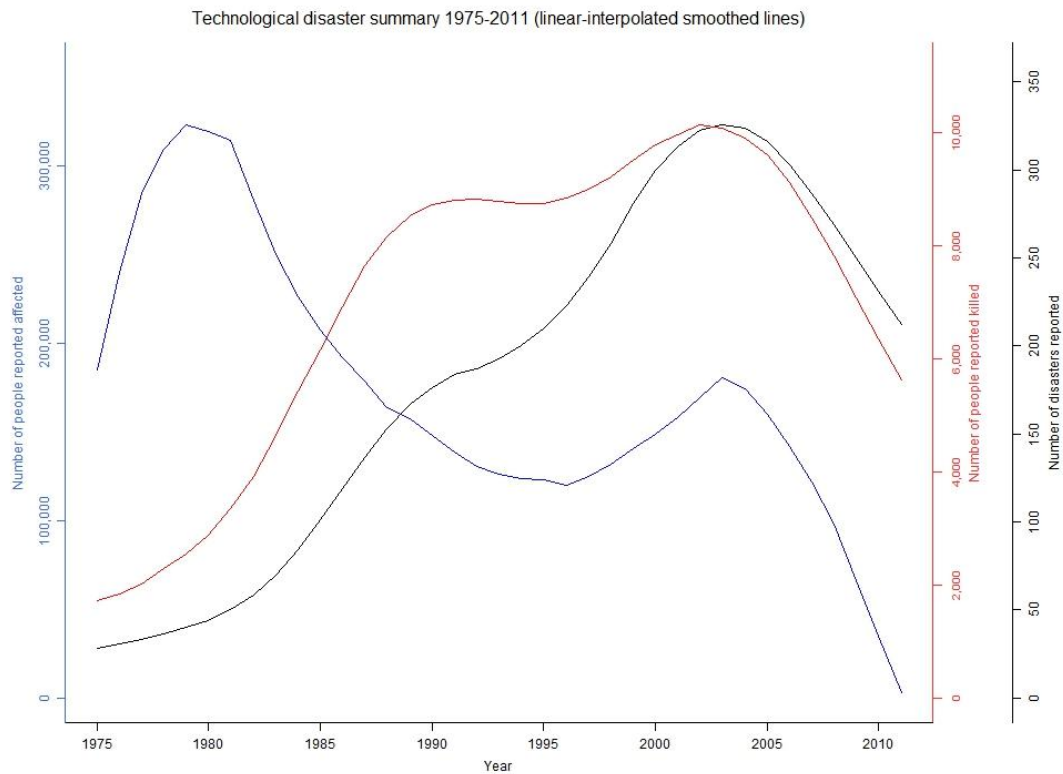


Figura 2: Trend disastri tecnologici nel periodo 1975 -2011. Fonte EM-DAT: The OFDA/CRED International Disaster Database – www.emdat.be – Université Catholique de Louvain, Brussels – Belgium

Dopo lo tsunami del 2004 nell'Oceano Indiano nel solo Sri Lanka molti sono stati i feriti, traumatizzati o sfollati, ma anche molti i professionisti sanitari, tra cui medici, infermieri, ostetriche e personale di supporto dispersi, che non erano quindi in grado di assistere le comunità colpite e le popolazioni(4).

In media tra il 2000 e il 2006 sono stati colpiti da disastri 116.3 paesi ogni anno e nel 2007 la media è stata di 133(5).

Si prevede che la situazione continuerà a peggiorare. Fattori come il cambiamento climatico, l'aumento della costruzione in aree soggette a disastri, la crescita urbana incontrollata, la perdita di barriere naturali, la mancanza di sistemi di allarme e di sistemi per spostare le popolazioni in aree di sicurezza contribuisce ad aumentare il rischio. I rischi sono intensificati per le popolazioni più povere che tendono a vivere in zone più a rischio di catastrofe, in cui oltre all'ambiente, che presenta maggiori pericoli legati allo sviluppo di catastrofi (es. zone a rischio sismico, alluvionale, ecc.), anche le infrastrutture e gli edifici in generale non sono in grado di fornire una protezione da un disastro. Le catastrofi tecnologiche si verificano più frequentemente in parte a causa di regolamenti inadeguati, mancanza di controllo, infrastrutture vecchie, rapida crescita e mancanza di formazione.

Gli esperti concordano sul fatto che le attività di preparazione e di mitigazione sono essenziali per ridurre l'impatto delle catastrofi.

1.2 IL PANORAMA EUROPEO

Le gravi catastrofi che hanno colpito in questi ultimi anni l'Europa hanno rafforzato sempre di più l'idea fra gli Stati facenti parte dell'Unione Europea che servisse una risposta comune alle varie emergenze. La frequenza e la tipologia dei disastri si differenzia da paese a paese: gli Stati collocati nell'area mediterranea, per esempio, sono più soggetti a terremoti o a incendi boschivi, mentre in quelli settentrionali sono più probabili gli incidenti tecnologici, quali esplosioni in impianti industriali o fuoriuscite di sostanze chimiche, oppure idrogeologici, come le alluvioni.

Molti disastri, però, sono comuni a diversi paesi, per questo è stato necessario definire modalità comuni d'intervento per far sì che tutti i paesi della Comunità Europea potessero intervenire, se necessario con i medesimi schemi, nel paese colpito.

Fra le ultime catastrofi che hanno colpito l'Europa vanno ricordati il terremoto del 1999 in Grecia e Turchia, che ha provocato oltre 17.000 vittime, le inondazioni degli anni 2000, 2001, 2002 che

hanno coinvolto la Francia, la Germania, il Regno Unito, la Repubblica Ceca, l'Ungheria, la Polonia, la Romania, l'Italia e la Spagna, gli incendi boschivi del 2003 in Italia, costa azzurra, Corsica, Slovenia, Portogallo e Francia, nel 2005 in Italia e Spagna e nel 2007 in Italia, Albania, Cipro e Grecia (6). In Italia la memoria corre agli eventi sismici dell'Abruzzo nel 2009 e dell'Emilia Romagna nel 2012 oppure alle inondazioni di Genova, della Lunigiana e delle Cinque Terre del 2011.

1.3 RIPERCUSSIONI DEL DISASTRO SULLA SOCIETA'

L'impatto del disastro sulla collettività, indipendentemente dalla sua causa ed evoluzione, è impressionante con ripercussioni e danni a tutti i livelli della società.

L'economia del paese perde stabilità, non solo per i danni a infrastrutture, acquedotti, trasporti, elettricità, comunicazioni, sistema sanitario, ma anche per il ribaltarsi di quella che era la quotidianità della popolazione che può ristabilirsi dopo anni dal disastro o addirittura non risollevarsi, come può succedere in paesi in via di sviluppo con risorse finanziarie limitate.

I paesi in via di sviluppo sono particolarmente vulnerabili alle catastrofi per la mancanza di fondi per campagne alla popolazione e ai sanitari per la preparazione ai disastri oltre che, ovviamente, per l'impatto vero e proprio della catastrofe sul sistema sanitario, sull'economia e le infrastrutture sociali, come detto in precedenza (7).

A differenza di quanto avviene nelle nazioni economicamente potenti, le quali sono sicuramente avvantaggiate e più capaci di riprendersi velocemente e ripristinare l'economia e le infrastrutture, le catastrofi possono in pochi secondi cambiare l'aspetto di una nazione in via di sviluppo nella sua totalità e annientare così tutti gli anni impiegati nello sviluppo. Comunque, non importa dove avvenga il disastro, l'impatto sulla popolazione e sulla comunità può essere devastante andando a colpire qualsiasi nazione, regione o comunità.

I disastri hanno un forte impatto sulla sfera fisica e psicologica dell'individuo.

L'esperienza ha dimostrato che il rapido intervento è necessario per garantire la ripresa fisica e psicologica. Il fallimento nel recupero e nella gestione della sfera emotiva della persona può portare ad alterazioni delle condizioni fisiche e allo sviluppo di problemi mentali nel lungo termine.

Alcuni individui - persone con preesistenti problemi di salute, disabilità, patologie mediche, problemi mentali o psicologici come anche anziani fragili, donne, anziani, adolescenti e bambini - sono più vulnerabili e maggiormente a rischio.

Per di più, la capacità di adattamento (coping) e di ripresa dopo un disastro è influenzata direttamente dalla cultura dell'individuo, dal supporto disponibile del sistema, dall'esperienza di disastri precedenti e dallo stato mentale e fisico della persona. Gli interventi da attuare per gestire al meglio le popolazioni colpite da catastrofi sono complessi e a volte difficili perché richiedono un bilancio delicato di assistenza ed incoraggiamento nell'affrontare le perdite, e quindi un'elevata competenza del personale impiegato nelle situazioni di maxiemergenza.

La carenza a livello numerico del personale sanitario e, soprattutto, di persone formate alla gestione durante l'intero ciclo di un disastro, rende critica la ripresa di una nazione che necessita alla base della ripresa delle persone sopravvissute che devono ricostruire la loro vita.

1.4 L'INFERMIERE NELLE MAXIEMERGENZE. QUALI RUOLI?

Da quando Florence Nightingale ha dimostrato al mondo l'importanza del ruolo che l'infermiere riveste in prima linea nella risposta ai disastri, il campo dell'infermieristica in sanità pubblica e della medicina delle catastrofi ha continuato ad espandere il suo scopo e a definire il suo sviluppo, è quindi innegabile la rilevanza durante una catastrofe della presenza degli infermieri a livello capillare e durante tutte le fasi del disastro, specialmente per quanto riguarda la figura dell'infermiere di sanità pubblica^{II} (8).

Gli infermieri esperti di sanità pubblica possono e dovrebbero essere "usati" durante tutte le fasi del ciclo della catastrofe: mitigazione, preparazione, risposta e ripresa .

Innanzitutto gli infermieri, in virtù delle loro conoscenze teoriche e pratiche e del loro campo d'azione, rivestono un ruolo chiave nelle emergenze e situazioni di crisi.

Nelle emergenze, in passato, gli infermieri sono stati chiamati a rispondere alle necessità e ai bisogni degli individui, dei gruppi e delle comunità.

Tutto ciò è avvenuto grazie alla capacità dell'infermiere di intervenire, anche nelle situazioni di maxiemergenza, sfruttando a 360 gradi la potenzialità della sua figura professionale, in grado di gestire in maniera olistica, e quindi completa, l'individuo come la comunità; questo ha portato a riconoscere a livello dell'opinione pubblica l'importanza del reclutamento di infermieri durante le catastrofi.

^{II} La figura dell'infermiere in sanità pubblica (Public Health Nurse) in Italia è rappresentata dalla formazione specialistica del Master in assistenza e cure primarie.

L'immagine dell'infermiere è quella di un professionista sanitario con un ampio ventaglio di abilità e competenze assistenziali, un professionista che eroga cure assistenziali, si occupa di prevenire le malattie e che nello svolgimento della sua attività professionale può occupare anche posizioni di leadership, cosa trasferibile nella realtà del setting di un disastro.

L'ICN afferma, evidenziando quanto detto in precedenza, che “gli infermieri con le loro abilità tecniche e la conoscenza dell'epidemiologia, fisiologia, farmacologia, della struttura culturale e familiare e dei problemi fisiologici della persona possono assistere nei programmi di preparazione alle catastrofi egregiamente come durante una catastrofe. Gli infermieri in quanto membri di un team giocano un ruolo strategico andando a interfacciarsi con altre discipline sanitarie e sociali, organizzazioni governative, gruppi di comunità e agenzie non governative, incluse le organizzazioni umanitarie” (9).

Dalle numerose competenze che l'infermiere possiede, anche nella gestione delle maxiemergenze, derivano numerosi ruoli che si esplicano durante tutta la gestione in continuum del disastro, la quale si compone di diverse fasi (Figura 3), anche se quelle in cui l'attività dell'infermiere e il suo ruolo è maggiormente associato al disaster nursing (infermieristica delle catastrofi) come disciplina, è quello osservabile e attuato durante la fase di risposta, ovvero nell'emergenza vera e propria susseguente al disastro, dove il fine ultimo è quello di preservare la vita e mantenere la salute.

Quanto detto in precedenza riflette certamente l'importanza dell'infermiere nella risposta alla crisi, ma è fondamentale avere una visione completa di quella che è l'attività dell'infermiere, che partecipa a tutte le fasi della catastrofe, dal “pre-incident” al “post-incident”, andando ad intervenire in qualità di soccorritore, project manager e revisore di qualità, ruoli per cui si occupa rispettivamente della fase operativa nella catena dei soccorsi, della gestione, organizzazione e integrazione delle risorse e verifica gli outcomes (risultati) implementando le conoscenze e competenze professionali.

Indipendentemente dalla fase della catastrofe risulta quindi indubbia l'indispensabilità della presenza degli infermieri non solo durante la fase di risposta e mitigazione, che sono quelle iniziali e rappresentano la parte critica dell'emergenza, ma anche nella preparazione all'incidente maggiore e nella risposta alla ripresa nel lungo termine al fine di fronteggiare le conseguenze sulla salute determinate dall'evento disastroso (10); inoltre “gli infermieri sono spesso i primi sanitari a intervenire dopo un disastro e in queste situazioni in cui le risorse sono scarse, gli infermieri sono

chiamati ad assumere ruoli di primo intervento, erogare e coordinare l'assistenza, fornire informazioni ed educare, agire da consulente per la salute mentale e operatore di triage»^{III}.

Il disaster nursing richiede l'applicazione di conoscenze infermieristiche di base e abilità tecniche in ambienti ostili con scarse risorse e condizioni in continua evoluzione.

Gli infermieri devono essere capaci di adattare la pratica infermieristica alla situazione specifica del disastro lavorando al fine di limitare al minimo i rischi e i danni per la salute(11, 12).

Una capacità importante per gli infermieri, che si aggiunge alle suddette, è quella di lavorare spostando il focus dell'assistenza dal solo individuo verso un grande numero di pazienti parallelamente allo spostamento del focus delle operazioni durante la fasi del disastro dall'emergenza vera e propria alla cura della sanità pubblica, capacità definite in dettaglio, per esempio, per l'infermiere di sanità pubblica^{IV} (13).

L'infermiere di sanità pubblica, specialmente per quanto riguarda il panorama anglosassone e statunitense, ha competenze delineate specificatamente per l'ambito delle maxiemergenze. Il suo ruolo è definito in maniera più approfondita rispetto agli infermieri in possesso di altre specializzazioni. Sulla base della letteratura riguardante le competenze dell'infermiere di sanità pubblica nel disaster management si sono in seguito sviluppate competenze anche per le altre specializzazioni dell'infermieristica. Il ruolo dell'infermiere di sanità pubblica (PHN – Public Health Nurse) spazia dall'iniziale attività di soccorritore nella catastrofe a formatore con la creazione di interventi educativi per la popolazione e la comunità. Il focus della sua attività è rappresentato dalla popolazione.

Tra le attività di competenza propria del PHN, rientrano lo sviluppo di politiche e piani globali per condurre e valutare la risposta delle comunità alle catastrofi. Quanto detto in precedenza si realizza attraverso l'organizzazione di training guidati, addestramento, corsi di formazione rivolti alla popolazione ma anche agli altri professionisti sanitari facenti parte del team multidisciplinare che interviene nelle maxiemergenze (MCI – Mass Casualties Incident) e sviluppo di piani di emergenza.

E' necessaria inoltre la presenza di infermieri in grado di rivestire ruoli di leadership (in Italia, per questo genere di ruolo la figura maggiormente impiegata è quella dell'infermiere in possesso del Master in coordinamento).

^{III} cit. Dr. Eric Laroche, WHO Assistant Director General for Health Action in Crises (WHO, 2008).

^{IV} L'infermieristica di sanità pubblica è definita come “la pratica del promuovere e proteggere la salute delle popolazioni usando le conoscenze dell'infermieristica, della sociologia e delle scienze di sanità pubblica.

Specialmente durante tutte le fasi di un disastro è fondamentale per l'infermiere la collaborazione con altri esperti, ambientalisti compresi, epidemiologi, tecnici di laboratorio, biostatistici, medici e molti altri, al fine di migliorare la risposta delle infrastrutture di emergenza a livello locale, regionale, statale e mondiale.

La presenza di infrastrutture resistenti e piani di risposta alle catastrofi che siano efficienti è necessaria per massimizzare i servizi di primo intervento e quindi favorire l'attività di operatori sanitari e volontari.

L'ausilio dei volontari è molto importante in tutte le fasi del disaster management: prevenzione, pianificazione, risposta, recupero, ripresa e riabilitazione.

Per ogni fase del disastro dovrebbero comunque essere declinate le competenze relative alle diverse specialistiche dell'infermieristica, in quanto anche durante una catastrofe la popolazione presenta diversi ma specifici bisogni di assistenza sanitaria. Questi bisogni possono essere soddisfatti attraverso interventi infermieristici adeguati e coerenti con i differenti problemi di salute.

Per esempio può esservi la necessità, anche all'interno di un rifugio durante la fase di risposta al MCI, di specifiche attività infermieristiche quali la somministrazione di fluidi per via endovenosa, la gestione di sondini naso-gastrici, la preparazione e ricostituzione di determinati farmaci, la somministrazione di nutrizione enterale o parenterale, la cura della stomia e altre ancora.

Tuttavia, la circostanza della catastrofe o emergenza può non sempre garantire la migliore corrispondenza tra il livello di esigenze di assistenza sanitaria delle vittime e il livello di competenze degli infermieri disponibili a rispondere.

Durante un MCI perciò succede che i bisogni e le necessità della popolazione esulino da quelle che sono le situazioni della pratica quotidiana e quindi si rende necessario lo sviluppo di piani a livello locale, regionale e statale per identificare un pool di infermieri con le necessarie competenze e capacità di rispondere, come volontari, e non quando necessario. E' necessario per garantire un'adeguata assistenza infermieristica che le attività suddette, come altre rispondenti a specifici bisogni assistenziali, siano attuate da personale infermieristico formato.

Perché ciò sia possibile è determinante la presenza dell'infermiere a livello capillare nel luogo dove è avvenuto il disastro e più che altro che ogni infermiere specializzato in una determinata area sia indirizzato verso di essa, in modo da poter espletare tutte le sue competenze specifiche, con l'obiettivo di garantire la miglior assistenza possibile anche durante una situazione di crisi, dove la scarsità delle risorse, l'ambiente ostile e altri fattori determinanti rendono il sistema sanitario più debole.

Ad oggi, in Italia, l'unico infermiere a cui sono riconosciute delle competenze specifiche nell'ambito delle maxiemergenze è l'infermiere specialista nell'assistenza intensiva e nell'emergenza urgenza, definito come il responsabile del governo assistenziale del percorso clinico dell'assistito in criticità e instabilità vitale, delle risposte assistenziali in situazioni di emergenza urgenza e della loro valutazione. Tra le competenze specifiche in relazione alle maxiemergenze vi sono: la definizione con l'equipe multiprofessionale del percorso clinico assistenziale della persona in criticità vitale, in stabilità clinica e in situazioni di emergenza urgenza e nelle maxi emergenze e la gestione, in modo coordinato delle attività di soccorso (15).

Non sono riconosciute competenze specifiche per l'ambito delle maxiemergenze agli altri infermieri in possesso di titoli diversi da quello suddetto, anche se per ogni specializzazione dell'infermieristica è ipotizzabile la declinazione delle proprie competenze (vedi allegato) anche nel campo del disaster nursing in quanto i diversi professionisti acquisiscono abilità e conoscenze, proprie dell'esercizio professionale "specialistico", utili in toto, per poter soddisfare i diversi bisogni assistenziali a cui bisogna rispondere durante una catastrofe.

Pertanto, i piani di emergenza dovrebbero prevedere un'adeguata formazione, da erogare tempestivamente, per istruire il personale, sia professionista che volontario, per aggiornare e apprendere la cure specifiche e le competenze necessarie per ogni situazione.

Inoltre si rende necessaria, in quanto di fondamentale importanza, la collaborazione tra gli infermieri in possesso di diversi titoli di studio, così da poter unire gli sforzi ed ottenere in tal modo un corpus di abilità, conoscenze e competenze infermieristiche attraverso le quali diventa possibile gestire a tutto tondo, e con assoluta efficienza, le necessità della popolazione e della comunità al momento di un disastro, sia nel breve che nel lungo termine.

LA MEDICINA DELLE CATASTROFI

2.1 GLI SVILUPPI

La frequenza di catastrofi naturali e tecnologiche è in aumento in tutto il mondo; questo ha portato alla necessità di espandere e di implementare programmi formativi per la preparazione ai disastri rivolti a professionisti sanitari. Non esiste attualmente alcun metodo accurato di predire dove e quando una catastrofe si verificherà. Quando il disastro inevitabilmente avviene, la popolazione ha il diritto di aspettarsi una risposta rapida ed efficace da parte delle autorità competenti, tra cui i professionisti del settore sanitario.

Le catastrofi negli ultimi anni hanno evidenziato: lacune nella capacità di risposta e nell'effettiva preparazione alle maxiemergenze, necessità di volontari adeguatamente formati, utilizzo errato dei sistemi di comunicazione, ridotta collaborazione tra operatori, organizzazioni governative e non e popolazione oltre che assenza di piani per educare la popolazione alla risposta ad eventuali catastrofi.

La capacità di una nazione di rispondere efficacemente ad una catastrofe dipende in parte dalle abilità dei professionisti sanitari nella valutazione e accertamento, nella comunicazione e nella gestione efficace di un evento catastrofico(16).

La medicina delle catastrofi ad oggi è basata maggiormente sulla pratica piuttosto che sulle evidenze, disciplina riconosciuta anche in ambito infermieristico, ha acquisito solo di recente una rilevanza nel panorama internazionale e nazionale con uno sviluppo della letteratura e di siti internet di settore negli ultimi 10 – 15 anni (17).

La carenza di personale qualificato, compresi i professionisti sanitari, insieme alla scarsità delle risorse e una pianificazione inadeguata, ha ostacolato fortemente la risposta iniziale ai disastri.

È di vitale importanza per gli operatori sanitari mantenere un costante stato di preparazione, raggiungibile attraverso l'aggiornamento continuo in medicina, per rispondere efficacemente in caso di un MCI. Ciò richiede un'adeguata formazione e un alto livello di competenza nel disaster management (18).

Gli infermieri svolgono un ruolo fondamentale all'interno del team multidisciplinare che opera nella risposta al disastro ma nonostante ciò essi tendono ad essere mal preparati per tale attività e a far fronte ai danni in termini di perdite di vite connesse con le grandi catastrofi (19).

Tutto ciò ha evidenziato la necessità di implementare lo sviluppo nelle aree del disaster planning (pianificazione in risposta al disastro) e nel disaster management (gestione del disastro) per ridurre le perdite dovute ad una catastrofe, attraverso studi di ricerca qualitativi e quantitativi che valutino la preparazione degli infermieri nell'ambito dell'infermieristica delle catastrofi in toto.

2.2 DISASTER PREPAREDNESS – FORMAZIONE E MEDICINA DELLE CATASTROFI

In tutto il continuum di gestione delle catastrofi, gli infermieri ricoprono un ventaglio di ruoli. I ruoli più spesso associati (in quanto maggiormente visibili) all'assistenza infermieristica nei disastri sono quelli durante la fase di emergenza quando la conservazione della vita e il mantenimento della salute rappresentano la priorità. E' importante sottolineare che gli infermieri sono indispensabili non solo durante la risposta immediata al disastro, ma anche nella fase di preparazione alle catastrofi e durante la risposta a medio e lungo termine al fine di affrontare efficacemente le conseguenze per la salute determinate dall'evento catastrofico (20).

Gli infermieri hanno dimostrato il loro valore in caso di numerose situazioni di catastrofe perché possiedono le conoscenze, competenze e abilità che supportano gli sforzi umanitari e contribuiscono positivamente ad una risposta efficace.

Tuttavia, le sfide da affrontare nel trattare la complessità dei disastri richiedono che "... ogni infermiere acquisisca una base di conoscenze e un insieme minimo di competenze che gli consenta di pianificare e rispondere a una catastrofe in modo tempestivo e appropriato". Anche se un solo paziente non può accedere alle cure, perché un infermiere non è competente per rispondere in modo efficace, è uno di troppo (21).

Risulta comunque difficile prepararsi per le emergenze e i disastri, siano essi naturali o tecnologici. Per esempio, l'attacco terroristico dell'11 Settembre a New York, Pennsylvania e Washington DC e i seguenti attacchi terroristici con armi biologiche quali l'antrace lo hanno evidenziato chiaramente negli USA. Nonostante gli infermieri siano d'accordo sulla necessità di possedere competenze di base nella preparazione e risposta alle catastrofi in aggiunta alle competenze cliniche riconosciute, l'insegnamento della medicina delle catastrofi non è riconosciuto nel curriculum universitario nelle scuole infermieristiche statunitensi (come anche in quelle italiane) e la letteratura riguardante il ruolo degli infermieri in tale ambito è sorprendentemente scarsa.

E' quindi un imperativo identificare cosa gli infermieri debbano effettivamente sapere e conoscere in qualità di membri di un team nella risposta alle emergenze e ai disastri (22) per poter garantire la sicurezza della popolazione e la risposta ai suoi bisogni (in questo caso assistenziali) anche durante una maxiemergenza.

La preparazione degli infermieri e degli altri professionisti sanitari deve essere una priorità. Gli infermieri sono spesso i primi tra il personale sanitario ad essere allertati per rispondere all'immediato intervento durante un MCI.

I ruoli che possono ricoprire e le attività svolte, in funzione delle proprie competenze e abilità, spaziano dall'esecuzione di prestazioni assistenziali, al triage, attività di coordinamento, educazione e informazione alla popolazione e alla comunità colpita dalla catastrofe, attività di counseling in ambito di salute mentale, a molto altro (23). Allo stato attuale, la mancanza di competenze riconosciute e le lacune in materia di istruzione rendono difficile reclutare infermieri preparati a rispondere a un disastro e fornire assistenza in modo efficace (24).

Tali competenze aiutano a chiarire il ruolo degli infermieri in caso di catastrofi, così come a guidare lo sviluppo della formazione e dell'istruzione rispetto alla medicina delle catastrofi con l'obiettivo di dotare gli infermieri di competenze simili in tutto il mondo, ovviamente rispettando i regolamenti e le norme locali, nonché i diversi profili professionali e codici deontologici di ogni paese.

Un esempio di studio sul curriculum universitario degli infermieri, per quanto riguarda la preparazione in medicina delle catastrofi, è stato condotto da membri della facoltà di Hong Kong (Polytechnic University) e di Sichuan dopo il terremoto del 2008 a Wenchuan (25), con lo scopo di identificare le competenze e più che altro le abilità tecniche richieste nel disaster management e valutare la preparazione degli studenti universitari nell'ambito suddetto. I risultati dello studio hanno portato alla conclusione che il core dell'addestramento nella gestione delle catastrofi deve includere il trasporto delle vittime, la gestione delle emergenze, l'emostasi, le tecniche di bendaggio, fissaggio e movimentazione manuale, l'osservazione e il monitoraggio degli assistiti, il triage delle maxiemergenze, il controllo delle infezioni attraverso misure igieniche di profilassi e interventi educativi rivolti alla popolazione riguardanti la prevenzione primaria, la gestione dell'aspetto psicologico delle vittime (stress post-traumatico), la rianimazione cardiopolmonare, la cura delle lesioni, la gestione di accessi venosi e la registrazione dei dati relativi alla cura degli assistiti. Questo e altri studi (26, 27) fanno capire che è necessario adattare il contenuto della formazione universitaria in modo da acquisire la preparazione necessaria per poter rispondere anche agli incidenti maggiori.

La medicina delle catastrofi e di conseguenza il disaster nursing devono ancora essere inclusi come parte integrante del curriculum universitario infermieristico.

In un'analisi Usa del 2005 si rileva che il 75% di 378 Nursing Schools offrono conoscenze limitate (4 ore) in medicina delle catastrofi e, nonostante non esistono studi analoghi in Italia è facile immaginare che la situazione sia la stessa (28).

Uno studio rispetto alla preparazione ai disastri è rappresentato da un Survey in 100 ospedali italiani al quale rispondono in 32; solo il 55,6% di essi sono al di sopra della soglia minima di compliance e l'area più debole è quella del training degli operatori sanitari con il 37% di aderenza (maggiore negli ospedali che hanno affrontato maxiemergenze nel passato) (29).

La situazione odierna in Italia è la seguente: l'ordinamento universitario e anche il profilo dell'infermiere (DM 739/2004) non prevedono competenze specifiche in questo ambito in quanto la Laurea di Primo Livello (o "laurea triennale") non include la medicina delle catastrofi nei curricula (non è presente come insegnamento a sé stante e la Laurea Magistrale ha un indirizzo prevalentemente non clinico. La nuova bozza proposta al tavolo della Conferenza Stato - Regioni per lo sviluppo delle competenze avanzate dell'infermiere menziona la medicina delle catastrofi esclusivamente per lo specialista dell'emergenza/urgenza (vedi allegato 2). Al fine di implementare la preparazione degli infermieri anche in campo del disaster management e quindi per inserire la medicina delle catastrofi come parte integrante del curriculum è necessario garantire un approccio interprofessionale per la formazione e l'addestramento e soprattutto realizzare un curriculum basato su competenze definite e riconosciute a livello normativo e universitario.

DISASTER MANAGEMENT CONTINUUM

3.1 FASI DI UN DISASTRO

Quando pensiamo ad un disastro dobbiamo immaginare un evento che non si realizza in un unico momento nel tempo, ma bensì un insieme di fasi che lo compongono e si succedono in ordine nel tempo e nelle quali variano le risposte e gli interventi da attuare. Le fasi del disastro sono tre e sono riassunte nella figura 3: pre-incident, incident e post-incident come descritte nel modello di disaster management su cui è basato il framework sviluppato dall'ICN (International Council of Nurses) e dall'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità).

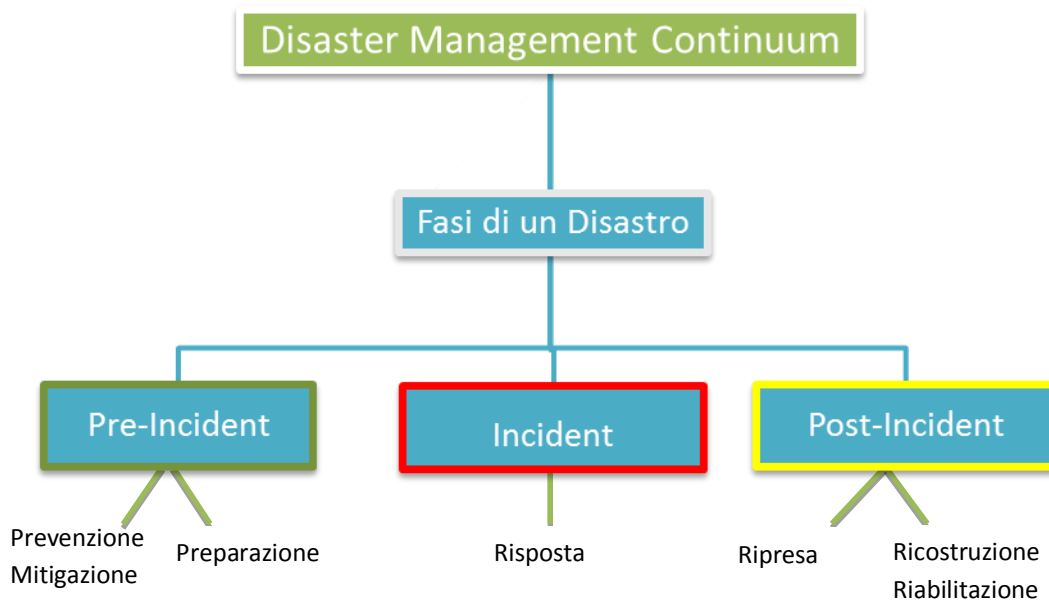


Figura 3: Fasi del Disaster Management

La fase del pre-incident, quella iniziale, si compone di tutte quelle attività rivolte alla prevenzione e alla mitigazione del disastro al fine di ridurre l'impatto sulle popolazioni e le comunità (un esempio di attività inerente questa fase è l'educazione della comunità alla preparazione ad una catastrofe o maxiemergenza).

La fase dell'incident è invece rappresentata come la fase della risposta, in cui si attuano gli interventi atti a proteggere la popolazione. La fase del post-incident, è quella che segue il disastro, dove la gestione dell'emergenza si concretizza nella risposta al MCI nel lungo termine, i cui interventi sono atti alla ripresa e alla riabilitazione dell'individuo, della famiglia e della comunità (29).

Il continuum del disaster management può essere assimilato ad una catena di attività, che sono quelle descritte in precedenza: prevenzione / mitigazione, preparazione, risposta e ripresa / riabilitazione.

Shoaf e Rottman (30), oltre alle quattro aree di intervento di preparazione, mitigazione, risposta e recupero, identificarono un quinto settore, la valutazione.

Lo scopo dell'identificare le diverse aree è quello di proporre agli infermieri un percorso da seguire nel rispondere ad una situazione d'emergenza (31).

Nonostante la letteratura infermieristica in materia sia piuttosto scarna, negli ultimi trenta anni c'è stato uno sviluppo e una ridefinizione del disaster management.

In letteratura esistono diversi modelli di disaster management, tutti comunque usano una terminologia comune e riconoscono diverse fasi nel disastro che si susseguono in linea temporale e inizialmente sono stati creati come strumenti operativi indirizzati principalmente ai professionisti operanti nell'ambito della sanità pubblica.

Qualunque sia il metodo utilizzato, l'importante è capire che il processo è continuo, è rappresentato da eventi concatenati ed è pensato per ridurre il danno alle popolazioni, alle infrastrutture e alle comunità.

Il processo del disaster management continuo richiede il coinvolgimento di varie figure come professionisti sanitari, leader di governo ma anche organizzazioni governative e non, governi, ecc.

Tutta la letteratura in materia di gestione di maxiemergenze si trova d'accordo sull'importanza del ruolo dell'infermiere che opera durante tutte le fasi del disastro passando dal salvare vite umane nella fase di crisi immediatamente dopo il MCI al prestare assistenza ai sopravvissuti e alle comunità andando incontro ai loro bisogni.

3.2 PREVENZIONE / MITIGAZIONE

Le attività relative alla prevenzione e alla mitigazione sono tutte quelle che mirano a prevenire o ridurre il rischio correlato ad un evento disastroso e che includono una varietà di azioni per limitare le perdite della comunità, in termini di vittime ma anche economiche.

L'identificare il rischio e il prendere precauzioni possono prevenire infatti un disastro o, comunque, limitarne notevolmente gli effetti.

Tra le attività di mitigazione e prevenzione rientrano tutti gli interventi sull'ambiente come per esempio la creazione di dighe artificiali per controllare i flussi d'acqua, utilizzo di materiali ignifughi o ritardanti di fiamma in campo edile, dotazione di estintori in case e infrastrutture, ecc.

Mitigazione e prevenzione possono interessare anche la legislazione e le pubbliche amministrazioni che si impegnano a sviluppare regolamenti per permettere la costruzione di edifici e case che rispettino dei requisiti di sicurezza, a proibire la costruzione di case in aree soggette ad alluvioni, ad implementare le politiche vaccinali, ad educare la popolazione, ecc.

In alcune aree sono distribuiti dei kit da usare nelle emergenze contenenti oggetti di prima necessità, acqua, cibo, vestiti, coperte, farmaci.

Inoltre rientra tra le attività di mitigazione lo sviluppo di piani d'emergenza che descrivono quali azioni intraprendere per ridurre o eliminare il rischio nel lungo termine sulle persone e salvaguardare la comunità.

Come detto inizialmente l'infermiere prende parte a tutte le fasi del disastro, in cui ricopre diversi ruoli. Per quanto riguarda le attività di prevenzione e mitigazione, l'infermiere si occupa in prima istanza dell'identificazione del rischio, sia a livello della comunità che individuale.

Essendo l'infermiere parte integrante di un team multidisciplinare insieme ad altri professionisti sanitari, si occupa di sanità pubblica e misure igieniche, andando, innanzitutto, a valutare la prevalenza delle malattie precedentemente al MCI, la capacità di risposta delle strutture sanitarie e successivamente a determinare i rischi relativi allo scoppio di epidemie, sviluppando sistemi di sorveglianza relativi alle malattie infettive e collaborando allo sviluppo di piani per ridurre i rischi identificati.

Da aggiungere alle attività sopra menzionate c'è la collaborazione allo sviluppo di piani per l'evacuazione di strutture sanitarie, il trasferimento dei pazienti e la sistemazione in edifici alternativi che possano fungere da ospedali temporanei o strutture di accoglienza (32).

L'infermiere inoltre identifica le popolazioni vulnerabili, come le persone con disabilità, malattie croniche, mentali ma anche donne incinte e bambini al fine di assisterle al meglio secondo i bisogni specifici (33) e garantirgli un'adeguata sistemazione.

Un'altra area dove il ruolo e l'esperienza dell'infermiere è assai rilevante è quella dell'educazione alle popolazioni e alle comunità, collaborando con altri professionisti e con le amministrazioni locali infatti l'infermiere svolge un'attività preventiva fondamentale, preparando i soggetti suddetti ad identificare ed eliminare i rischi per la salute e per la sicurezza in casa e non solo.

3.3 PREPARAZIONE

La preparazione rappresenta forse la fase più critica del disaster management. Le passate esperienze di catastrofi, ma anche esercitazioni e addestramenti, hanno evidenziato scarsa preparazione in diversi frangenti ed messo in evidenza quindi la necessità di un'approfondita educazione riguardo al disaster management (34).

La fase della preparazione è quella in cui le priorità sono rappresentate dalla pianificazione e la prontezza nel reagire ad un MCI. Lo scopo è quello di raggiungere un livello soddisfacente di risposta a qualsiasi situazione di emergenza (35).

La preparazione è definita come “le attività e le misure adottate in anticipo per garantire una risposta efficace per i potenziali rischi, come il dare dei preallarmi puntuali ed efficaci e l'evacuazione temporanea di persone e di proprietà da località a rischio " (36).

La preparazione include il reclutare volontari, pianificare, organizzare training, garantire l'equipaggiamento necessario, educazione alla popolazione, esercitazioni e valutazioni.

In tutte le attività suddette è fondamentale la presenza dell'infermiere che ha un ruolo chiave. E' necessario, al fine di rispondere efficacemente ad un MCI, creare un corpus di conoscenze infermieristiche e competenze nell'ambito del disaster management, ma anche avere infermieri con una formazione riconosciuta e capaci di agire svolgendo la propria attività durante tutte le fasi del disastro. Per fare ciò è necessario lo sviluppo di nuove offerte formative negli atenei, per permettere così un aumento della professionalizzazione in ambito dell'infermieristica delle catastrofi.

Quanto detto precedentemente è auspicabile in quanto tra i ruoli che l'infermiere si trova a ricoprire vi sono quelli di pianificazione, valutazione e leadership, che l'infermiere può ricoprire, in quanto professionista sanitario. Fondamentale per sviluppare dei piani efficaci di preparazione è la collaborazione tra professionisti sanitari, governi ed organizzazioni coinvolte nel MCI.

3.4 RISPOSTA

La fase di risposta è corrispondente al momento di massima crisi, immediatamente susseguente alla catastrofe, in cui si mettono in atto tutti gli interventi volti a proteggere la popolazione, a salvare più vite possibile, a rispondere alle esigenze e ai bisogni immediati delle vittime e anche a ridurre i danni sulla salute nel lungo termine.

Questa è la fase in cui iniziano ad affluire i soccorritori e gli altri soggetti coinvolti negli interventi durante il disastro verso l'area colpita dalla catastrofe.

Al fine di garantire una risposta efficace al MCI è necessario effettuare una valutazione in termini di popolazione colpita, natura e portata.

Questa fase può durare da qualche giorno a diverse settimane, a seconda dell'entità dei danni causati dalla catastrofe.

Come per le precedenti fasi anche in questa è fondamentale la figura dell'infermiere che si trova a dover svolgere l'assistenza in un contesto totalmente diverso da quello in cui opera nella quotidianità, dove le risorse scarseggiano, la comunicazione diviene difficoltosa e gli standard di cura devono essere adattati alle possibilità della situazione.

Tra le attività svolte dall'infermiere rientrano: triage, somministrazione di farmaci e vaccini, controllo e sorveglianza delle malattie infettive, identificazione dei bisogni assistenziali degli individui, delle famiglie e delle comunità (inclusi anche i soccorritori), identificazione di malattie croniche, mentali e di situazioni di emergenza, ecc.

Al disastro è spesso correlato lo sviluppo di disturbi quali il disturbo post-traumatico da stress, depressione e ansia, e nella fase di risposta l'infermiere deve quindi impegnarsi a riconoscere e monitorare questi disturbi mentali e se necessario provvedere alla cura in collaborazione con gli specialisti del caso; la stessa cosa vale per le malattie infettive che il professionista, grazie alle conoscenze in materia di igiene ed epidemiologia, deve saper identificare.

Da non trascurare in questa fase è la raccolta dati (per esempio epidemiologici), il passaggio di informazioni e la gestione delle comunicazioni.

3.5 RIPRESA / RIABILITAZIONE

Quest'ultima fase di ripresa e della riabilitazione si realizza quando possiamo definire sotto controllo l'emergenza e la popolazione interessata dal MCI è in grado di effettuare un numero crescente di attività volte al ripristino della vita quotidiana; è una fase particolarmente lunga perché si pone degli obiettivi a lungo termine il cui raggiungimento implica uno spiegamento di forze non inferiore a quello necessario a sostenere le fasi critiche del disastro.

Non vi è un confine ben preciso tra la fase di risposta e quella del recupero, dove inizia lo sviluppo di obiettivi per il lungo termine che riguardano la riabilitazione e la ricostruzione delle comunità a tutti i livelli.

Le attività di recupero continueranno fino a quando tutti i sistemi non saranno tornati alla normalità o migliorati e comprendono il ripristino dei servizi essenziali, la ricostruzione delle infrastrutture e delle abitazioni, alloggi per i sopravvissuti, recupero dell'infrastruttura sanitaria con creazione di ospedali permanenti, programmi di educazione alla salute e alla sicurezza, studi economico-finanziari, ecc.

Per quanto concerne l'attività dell'infermiere anche in questo caso è variegata e va dal fornire assistenza e sostegno a coloro che hanno determinati bisogni (con particolare riferimento alla gestione della cronicità) al ridurre le complicità derivate da malattie infettive (mettendo in atto misure igieniche preventive e di cura per i malati) ma include anche attività di informazione, educazione e responsabilizzazione delle comunità sui problemi di salute.

Infine, per prevenire gli effetti dei disastri futuri, l'infermiere si occupa di revisionare i piani di emergenza, documentare e valutare i processi che si sono succeduti nel disastro e partecipa attivamente ad attività di follow-up che comprendono la pianificazione di piani per lo sviluppo della comunità.

COMPETENZE INFERMIERISTICHE NELLE MAXIEMERGENZE

4.1 COMPETENZE DI BASE

Gli infermieri di tutto il mondo, in quanto coinvolti nei piani di preparazione agli incidenti maggiori, devono avere un livello minimo di conoscenze e competenze per rispondere appropriatamente ad essi, che siano di natura chimica, biologica, radiologica, nucleare od esplosiva (NBCRE).

Non tutti gli infermieri possono o devono essere preparati come primi soccorritori. Ad ogni modo, ogni infermiere deve possedere le conoscenze sufficienti e le abilità per riconoscere la presenza di rischio per un MCI, identificando quando questo potrebbe accadere e conoscendo come proteggersi, come provvedere immediatamente all'assistenza per quegli individui coinvolti, riconoscendo il proprio ruolo e i propri limiti ed essendo in grado di reperire informazioni e risorse laddove necessario.

Gli infermieri devono inoltre avere conoscenze sufficienti per sapere quando la propria salute e benessere può essere in pericolo e hanno il dovere di proteggere sia loro stessi che la popolazione.

I ruoli potenziali ricoperti dagli infermieri in un MCI possono variare notevolmente a seconda dei diversi background culturali e formativi, delle esperienze, del sistema sanitario e delle comunità dove si interviene.

Questi ruoli includono l'identificazione del MCI, la tempestività del soccorso sullo scenario dell'incidente, il lavoro in ospedali locali od ospedali da campo d'emergenza dove trattare le vittime colpite dal disastro o accogliere gli infermieri impegnati nelle attività di soccorso.

Le competenze individuali dell'infermiere, diverse a seconda dell'esperienza e del setting assistenziale, saranno applicate nella pratica a seconda del ruolo e delle responsabilità ricoperte a seconda dei piani di emergenza di una comunità o una nazione piuttosto che un'altra.

La maggior parte delle conoscenze e delle esperienze che stanno dietro alle competenze correlate ad un'appropriata e tempestiva risposta ad un MCI sono alla base della pratica infermieristica e lo sviluppo di queste competenze, attraverso i principi e le informazioni necessarie, è incluso in tutti i programmi formativi di base dell'infermieristica.

Tutti gli infermieri, dai neofiti a quelli esperto dovrebbero avere la conoscenza di base e le competenze tecniche, abilità, per rispondere ad un MCI (37).

La complessità degli interventi durante un MCI richiede che gli infermieri abbiano un insieme di competenze comuni nel disaster nursing e che siano in grado di lavorare in un contesto internazionale in una varietà di setting con altri infermieri e professionisti sanitari provenienti da tutto il mondo. Per assicurare la presenza a livello capillare di infermieri in grado di rispondere efficacemente ad una maxiemergenza è fondamentale lo sviluppo di competenze. Dal punto di vista degli enti regolatori e del management, dell'associazionismo infermieristico e non solo e delle autorità coinvolte è necessario contribuire a creare le condizioni affinché le competenze possano essere adeguatamente messe a frutto durante disastri o maxi emergenze e quindi:

- facilitare l'impiego di infermieri a livello mondiale;
- valorizzare l'abilità degli infermieri nel lavorare efficacemente dentro le strutture organizzative;
- assistere gli infermieri nell'operare efficacemente, in quanto membri, all'interno di un team multidisciplinare.

Le competenze essenziali che dovrebbero essere patrimonio di base di ogni infermiere neolaureato e neodiplomato sono:

- garantire l'uniformità nell'assistenza prestata;
- facilitare la comunicazione;
- lavorare in sicurezza;
- agevolare un approccio più professionale;
- promuovere scopi condivisi;
- permettere un approccio comune.

Le competenze supportano l'apprendimento e la valutazione, servono come guida e come risorsa per lo sviluppo del curriculum, l'educazione continua e i programmi di addestramento.

Le competenze condivise incoraggiano la coerenza delle conoscenze e delle abilità tecniche richieste sul lavoro, e permettono la valutazione dell'eventualità di ulteriore addestramento (38).

Durante il disastro infatti è più difficile identificare le carenze e non è praticamente possibile provvedere ad un addestramento mirato in relazione alle carenze specifiche del professionista. L'applicazione sistematica delle competenze riduce al minimo il rischio correlato alla risposta ad un MCI.

Le competenze rappresentano una risorsa in quanto fondamentali per lo sviluppo della ricerca, dell'evidence based nursing (infermieristica basata sulle evidenze) e di standard assistenziali; sono inoltre uno strumento importante nella redazione di job description e programmi formativi.

Infine, comprendere e riconoscere i propri limiti permette al professionista di compiere scelte adeguate rispetto alla necessità di bisogni formativi supplementari.

4.2 COMPETENZE NEL DISASTER NURSING

L'insieme delle competenze che verranno riportate in questo capitolo è tratto dal framework elaborato dall'ICN (International Council of Nurses) e dall'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), che hanno revisionato a fondo la letteratura di settore presente a livello internazionale.

Le competenze sono organizzate in quattro aree (Figura 4):

- Prevenzione e mitigazione;
- Anticipazione;
- Risposta;
- Ricostruzione e riabilitazione.

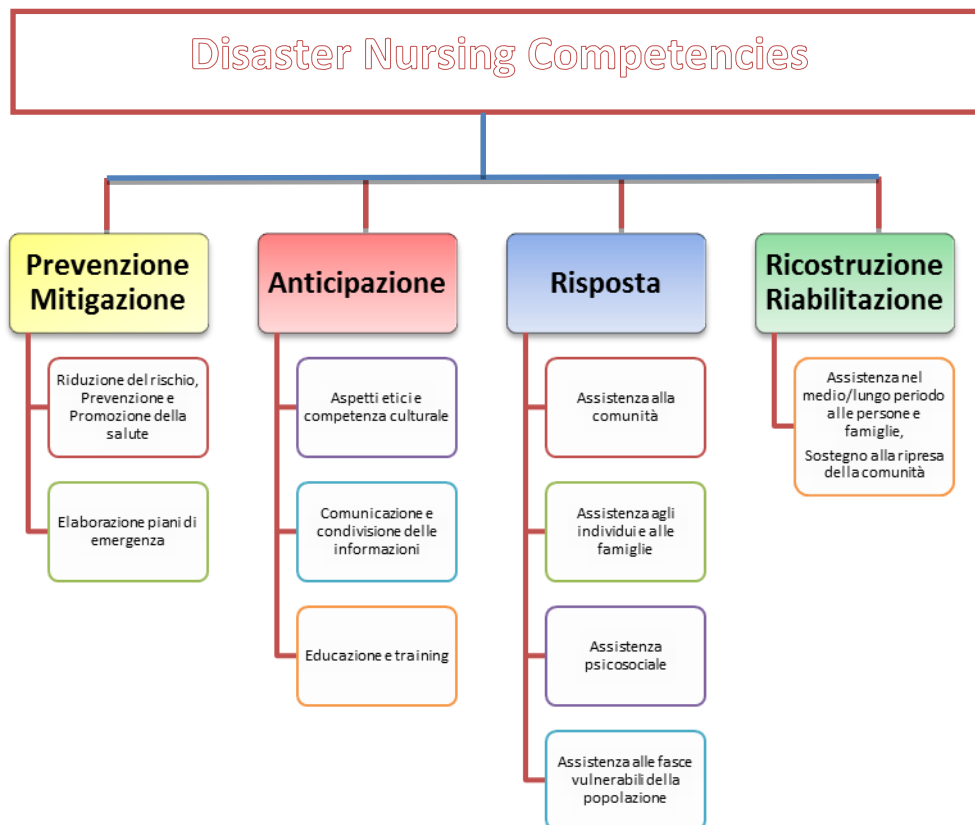


Figura 4: ICN Framework of Disaster Nursing Competencies, COE: Center of Excellence; ICN: International Council of Nurses; NEPEC: Nursing Emergency Preparedness Education Coalition

All'interno delle quattro aree sono stati identificati dieci domini: (1) riduzione del rischio, prevenzione e promozione della salute; (2) elaborazione piani di emergenza; (3) aspetti etici e competenze culturali; (4) comunicazione e condivisione delle informazioni; (5) educazione e training; (6) assistenza alla comunità; (7) assistenza agli individui e alle famiglie; (8) assistenza

psicosociale; (9) assistenza alle fasce vulnerabili della popolazione; (10) assistenza nel medio/lungo periodo alle persone e alle famiglie, sostegno alla ripresa della comunità.

1) Riduzione del rischio, Prevenzione delle malattie e Promozione della Salute

1.1 Riduzione del rischio e prevenzione delle malattie

- Utilizzare i dati epidemiologici al fine di valutare i rischi e gli effetti dei disastri sulla comunità e la popolazione e determinare le implicazioni per l'assistenza infermieristica.
- Collaborare con altri professionisti sanitari, organizzazioni sanitarie, governi e politici per sviluppare le misure di riduzione del rischio e diminuire di conseguenza la vulnerabilità delle popolazioni.
- Partecipare alla pianificazione per soddisfare i bisogni assistenziali durante un disastro.
- Individuare gli obiettivi del sistema sanitario e lavorare in un team multidisciplinare.
- Identificare le popolazioni vulnerabili e coordinare le attività per la riduzione del rischio.
- Capire i principi di isolamento, quarantena, contenimento, e decontaminazione e assistere nello sviluppo di piani operativi delle comunità .
- Collaborare con organizzazioni e governi per creare e implementare la capacità di una comunità di prepararsi a rispondere ad un disastro.

1.2 Promozione della salute

- Partecipare alle attività di educazione alla popolazione correlate alla preparazione ai disastri.
- Valutare la comunità per determinare la presenza di problemi di salute, prevalenza delle malattie acute, croniche e disabilità e le risorse sanitarie.
- Collaborare con altri professionisti per attuare le misure igieniche in grado di ridurre i rischi di trasmissione delle malattie infettive, e malattie a trasmissione alimentare.
- Partecipare alla pianificazione per soddisfare i bisogni assistenziali della comunità come: le campagne di vaccinazione e i programmi di somministrazione di farmaci.
- Lavorare con le comunità per rafforzare l'abilità del sistema sanitario a rispondere ad un disastro.

2) Elaborazione piani di emergenza

- Dimostrare e capire la terminologia maggiormente utilizzata in medicina delle catastrofi.

- Descrivere le fasi del continuum del disaster management: prevenzione/mitigazione, anticipazione, risposta, ricostruzione e riabilitazione.
- Descrivere il ruolo dei governi e delle organizzazioni nella pianificazione e nella risposta ai disastri.
- Capire i piani di emergenza della comunità e il loro rapporto con quelli nazionali e internazionali
- Riconoscere i piani di emergenza sul posto di lavoro e la differenza dei ruoli durante un disastro o un MCI
- Partecipare all'elaborazione di piani di emergenza.
- Contribuire allo sviluppo, valutazione e modifica dei piani di emergenza della comunità.
- Assicurare che i bisogni delle popolazioni vulnerabili siano inclusi nei piani di emergenza della comunità (compresi bambini, donne, donne gravide, individui con disabilità fisica o mentale, anziani, indigenti e altri).
- Interpretare i ruoli degli infermieri in relazione agli altri membri del team.
- Partecipare allo sviluppo di politiche in materia di preparazione e risposta alle catastrofi.
- Descrivere il ruolo della sanità pubblica nei disastri e come è correlata al ruolo degli infermieri.

3) Aspetti etici e competenze culturali, legislazione e responsabilità

3.1 aspetti etici e competenze culturali

- Identificare e affrontare le problematiche di natura etica.
- Applicare un piano etico nazionale per supportare il processo di decision- making.
- Proteggere diritti, valori e dignità degli individui e della comunità.
- Agire in conformità con i principi culturali sociali e spirituali degli individui e della comunità.
- Mantenere la riservatezza nella comunicazione e documentazione dell'assistenza erogata.
- Capire i valori e principi delle persone e come essi influenzano la persona nella fase di risposta ad un disastro.

3.2 Legislazione

- Agire in conformità con le leggi locali, nazionali ed internazionali.
- Capire come le leggi e i regolamenti interagiscono con la pratica infermieristica.
- Riconoscere il ruolo legale della sanità pubblica nel proteggere la comunità durante un disastro.
- Capire le implicazioni legali durante un'emergenza (sicurezza, evidenza di prove e riservatezza).
- Descrive le questioni giuridiche e normative relative a situazioni quali:

- lavorare come volontari;

- ruoli e responsabilità dei volontari;
- abbandono dei pazienti;
- adattamento standard di cura;
- ruoli e responsabilità del datore di lavoro;
- delega.

3.3 Responsabilità

- Assumere le proprie responsabilità
- Delegare ad altri in conformità con il ruolo professionale, le leggi e i regolamenti applicabili alle situazioni di emergenza.
- Identificare e intervenire secondo i limiti delle proprie conoscenze, competenze e abilità nell'emergenza.
- Lavorare secondo leggi e regolamenti riguardanti la professione infermieristica.
- Garantire un'assistenza sicura e appropriata.

4) Comunicazione e condivisione delle informazioni

- Descrivere la catena di comando e il ruolo degli infermieri all'interno del sistema.
- Comunicare sensibilmente alla diversità delle popolazioni.
- Descrivere i principi della comunicazione in situazione di emergenza e di gestione del rischio.
- Identificare e comunicare le informazioni fondamentali immediatamente alle autorità preposte.
- Utilizzare diversi strumenti di comunicazione al fine di ridurre le eventuali barriere linguistiche.
- Coordinare scambi di informazione con gli altri membri del team multidisciplinare.
- Provvedere alla diffusione di informazioni aggiornate al team per quanto riguarda i problemi di salute e la necessità di risorse.
- Lavorare con il team di risposta al disastro per determinare il ruolo degli infermieri nel lavorare con i media e gli altri coinvolti nel disastro.
- Capire il processo di gestione delle informazioni sanitarie durante un disastro.
- Usare apparecchiature avanzate di comunicazione.
- Conservare registri, documentazione e fornire report.
- Comunicare rischi ambientali e relativi alla salute alle autorità preposte .

5) Educazione e training

- Aggiornare le conoscenze nelle aree relative al disaster nursing.
- Partecipare a esercitazioni sul luogo del lavoro e nella comunità.
- Acquisire nuove conoscenze e competenze sul disaster nursing.
- Facilitare la ricerca.
- Valutare la necessità di ulteriore training.
- Descrivere i ruoli infermieristici nelle diverse postazioni assegnate(rifugi, posto medico avanzato – PMA, postazioni di assistenza sanitaria temporanee, unità di gestione e coordinamento dei disastri).
- Possedere un kit di pronto soccorso personale
- Implementare le attività di training all'interno del team multidisciplinare.
- Assumere un ruolo di leadership nello sviluppo di programmi di training per infermieri e altri professionisti sanitari.
- Valutare la capacità di risposta al disastro della comunità ed intervenire con attività di formazione laddove necessario.

6) Assistenza alla comunità

- Descrivere le fasi della risposta al disastro della comunità e come queste influenzino gli interventi infermieristici.
- Raccogliere dati riguardanti gli infortuni e le malattie.
- Valutare i bisogni di assistenza sanitaria e le risorse disponibili nell'area colpita dal disastro per soddisfare i bisogni della popolazione.
- Capire le priorità assistenziali.
- Partecipare a strategie di prevenzione, come le campagne vaccinali.
- Collaborare con gli enti preposti per soddisfare le esigenze di base della popolazione (cibo, acqua, cure sanitarie, rifugi).
- Valutare gli interventi infermieristici sulle diverse popolazioni e culture e compiere decisioni basate sulle evidenze.
- Gestire le risorse e le forniture necessarie per fornire assistenza alla comunità.

7) Assistenza agli individui e alle famiglie

7.1 Valutazione

- Assicurare una rapida valutazione dello scenario del disastro e dell'assistenza infermieristica necessaria.
- Riconoscere i sintomi delle malattie infettive e attuare misure igieniche per ridurre l'esposizione dei sopravvissuti.
- Descrivere i segni e sintomi dell'esposizione ad agenti chimici, biologici, radiologici, nucleari ed esplosivi.
- Identificare quadri atipici di sintomatologie che possono indicare l'esposizione ad agenti biologici o ad altre sostanze correlate al disastro.
- Determina la necessità di decontaminazione, isolamento o quarantena e agire di conseguenza.
- Riconoscere i bisogni di salute fisica e mentale .

7.2 Attuazione

- Mettere in atto interventi infermieristici appropriate compresi i protocolli di emergenza e del trauma.
- Identificare i bisogni di assistenza della persona derivanti dal disastro.
- Eseguire il triage secondo le risorse disponibili.
- Adattare gli standard della pratica infermieristica a seconda delle risorse disponibili e dei bisogni degli assistiti.
- Operare in sicurezza (altri e personale).
- Preparare i pazienti per il trasporto e garantirne la sicurezza.
- Gestire in sicurezza farmaci e vaccini.
- Attuare strategie preventive di controllo della diffusione delle malattie infettive.
- Valutare i risultati dell'attività infermieristica.
- Fornire assistenza senza pregiudizi.
- Documentare l'assistenza secondo le procedure utilizzate in situazioni di emergenza.
- Fornire un'assistenza che tenga conto dei diversi background culturali, sociali e spirituali dell'individuo.
- Gestire la cura dei defunti rispettando i principi culturali e sociali e le credenze spirituali della popolazione quando la situazione lo permette.
- Lavorare con le agenzie che permettono i contatti tra i sopravvissuti e i loro cari.

8) Assistenza psicosociale

- Descrivere le fasi della risposta psicologica al disastro e i comportamenti attesi.
- Capire l'impatto del disastro a livello psicologico su adulti, bambini, famiglie, popolazioni vulnerabili e comunità.
- Provvedere ad un supporto psicologico adeguato per i sopravvissuti.
- Instaurare una relazione terapeutica nella situazione di crisi.
- Identificare le risposte comportamentali individuali al disastro e garantire interventi appropriati quando richiesto.
- Distinguere una strategia di coping positivo da uno non efficace.
- Identifica i sopravvissuti che necessitano di un ulteriore supporto infermieristico in ambito di salute mentale.

9) Assistenza alle fasce vulnerabili della popolazione.

- Descrivere le popolazioni vulnerabili a rischio e identificare gli interventi infermieristici necessari.
- Creare ambienti di vita che permettano alle popolazioni vulnerabili di essere quanto più indipendenti possibile.
- Sostenere le necessità delle popolazioni vulnerabili.
- Identificare risorse disponibili e servizi dedicati per sostenere le popolazioni vulnerabili.
- Realizzare un'assistenza infermieristica che rispecchi le necessità delle popolazioni vulnerabili colpite dal disastro.
- Consultarsi tra membri del team assistenziale per assicurare una cura continua per soddisfare determinati bisogni.

10) Assistenza nel medio/lungo termine

10.1 Ripresa della persona e della famiglia

- Sviluppare piani per affrontare i bisogni di assistenza infermieristica dei sopravvissuti nel breve e nel lungo termine.

- Identificare il cambiamento delle necessità dei sopravvissuti e modifica i piani di cura ove richiesto.
- Rivolgersi ad organizzazioni appropriate o specialisti per vittime con bisogni particolari.
- Insegnare alle vittime strategie di prevenzione delle malattie.
- Collaborare con le comunità di assistenza sanitaria per il mantenimento della salute.
- Sostenere le vittime nell'affrontare le necessità nel lungo termine.

10.2 Ripresa della comunità

- Raccogliere dati sulla risposta al disastro e partecipare alla loro analisi
- Valutare la risposta e la pratica infermieristica durante il disastro e collaborare con organizzazioni infermieristiche per risolvere problemi e migliorare la risposta al disastro.
- Identificare le aree dov'è necessario un miglioramento e comunicare queste aree al personale addetto.
- Assistere la comunità nel passaggio dalla fase di risposta del disastro/emergenza a quella di ripresa e riabilitazione alle normali attività.
- Condividere informazioni sulle fonti di riferimento e le risorse usate nel disastro.
- Assistere nello sviluppo di strategie di ripresa che migliorino la qualità di vita della comunità.
- Collaborare con agenzie e gruppo dedicati per ristabilire i servizi sanitari all'interno della comunità.

COMPETENZE CULTURALI NEI DISASTRI E NEGLI INCIDENTI MAGGIORI

5.1 PRINCIPI DI INFERMIERISTICA TRANSCULTURALE: ASSISTENZA INFERMIERISTICA CULTURALMENTE COMPETENTE

Nel sistema di erogazione dell'assistenza sanitaria, come nella società, gli infermieri interagiscono con persone con background culturali simili o diversi. Le persone possono avere modelli di riferimento simili o diversi, oltre a varie preferenze sulla loro salute e sui loro bisogni di assistenza sanitaria.

Gli infermieri devono spesso praticare l'assistenza transculturale, offrendo assistenza a persone e famiglie con culture diverse.

E' fondamentale per l'assistenza infermieristica, riconoscere i bisogni culturali degli assistiti e dei loro cari ed adattare la pianificazione e gli interventi anche in considerazione di queste esigenze.

Inoltre, facilitare l'accesso a un'assistenza sanitaria culturalmente appropriata è un fattore cruciale se si vuole erogare assistenza infermieristica olistica. Per pianificare ed erogare un'assistenza infermieristica culturalmente efficace, l'infermiere deve comprendere la definizione di cultura, le competenze culturali ed i vari aspetti della cultura che dovrebbero essere esplorati in ogni assistito.

Il concetto di cultura e le sue relazioni con le credenze e le pratiche di assistenza sanitaria dei malati e dei loro familiari e/o persone significative costituiscono i fondamenti dell'infermieristica transculturale. In letteratura questa consapevolezza della cultura nell'erogazione dell'assistenza sanitaria è stata definita in diversi modi, includendo il rispetto per la diversità culturale, un'assistenza culturalmente completa o sensibile, un'assistenza infermieristica culturalmente competente o appropriata (29), o un'assistenza infermieristica culturalmente congruente (42). Ritornano in entrambi i modelli, i temi della diversità culturale e dell'assistenza competente.

Il termine cultura è stato definito nel 1871 dall'antropologo britannico Sir Edward Tylor, come comprensivo di conoscenze, credenze, arte, morale, leggi, costumi e di qualsiasi altra capacità ed abitudine acquisita dagli uomini come membri della società (43). Negli ultimi decenni la definizione di cultura si è evoluta, andando ad integrare concetti quali la disabilità, il sesso, le classi sociali, l'aspetto fisico, le ideologie (visioni politiche), l'orientamento sessuale, oltre che la nazionalità, la religione, la lingua e la geografia. Secondo la fondatrice dell'infermieristica transculturale, Madeleine Leininger, la cultura coinvolge le conoscenze apprese e trasmesse sui

valori, le credenze, le regole di comportamento e le pratiche relative allo stile di vita che orientano verso modelli precostituiti i pensieri e le azioni di gruppi definiti di persone.

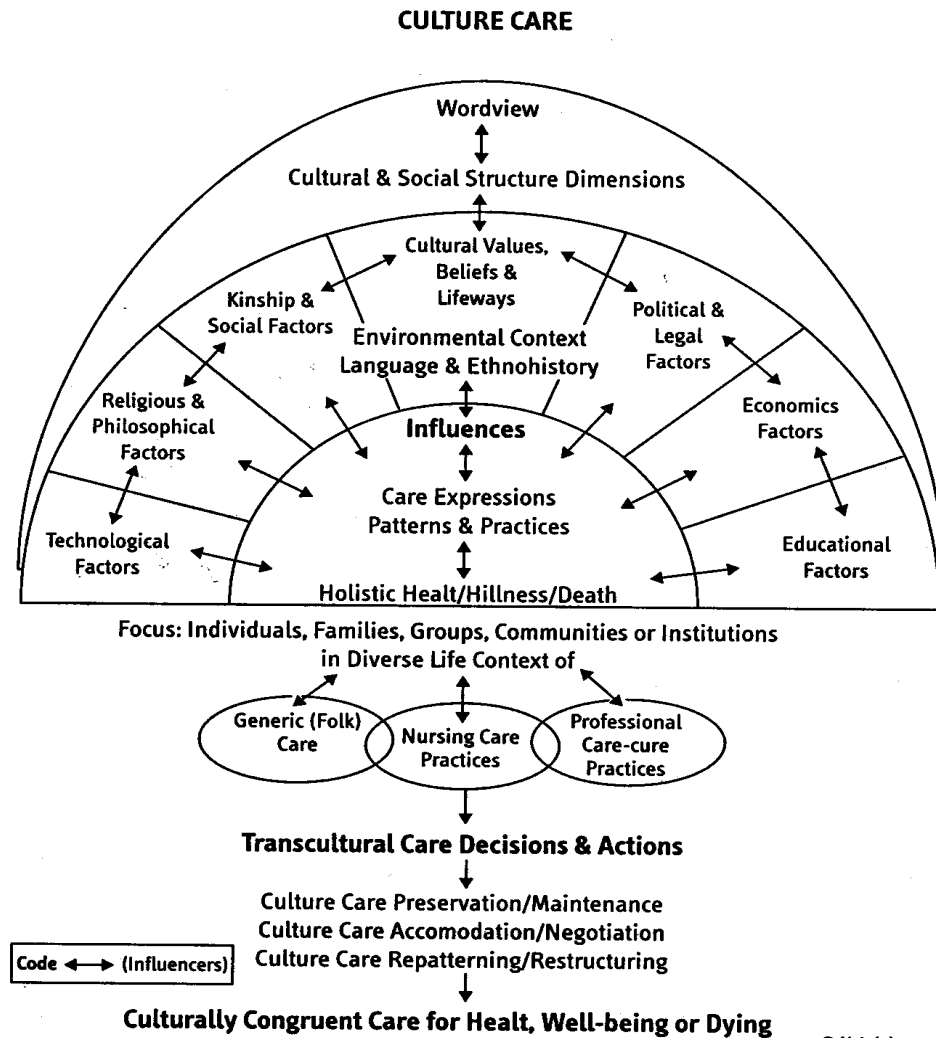


Figura 5: Modello assistenza infermieristica transculturale, detto “del sole nascente” di Madeleine Leininger

Lo scopo dell’infermieristica transculturale è quello di scoprire e stabilire un corpo di conoscenze e abilità concentrate sull’assistenza transculturale, la salute (o benessere) e la malattia, in modo da aiutare gli infermieri a fornire un’assistenza culturalmente competente, sicura e congruente a persone di diverse culture in tutto il mondo (44).

L’infermieristica transculturale sottolinea le differenze e le similitudini tra culture in relazione alla salute, all’assistenza sanitaria e alla malattia, considerando i valori dell’assistito ma anche le credenze e le pratiche.

Un’assistenza infermieristica culturalmente competente è stata definita come un’assistenza personalizzata ed efficace, che dimostra rispetto per la dignità, i diritti personali, le preferenze, le

credenze e le pratiche dell'assistito mentre riconosce i pregiudizi dei caregiver e cerca di prevenire le loro interferenze mentre si eroga assistenza sanitaria. E' un processo dinamico che richiede conoscenze complete di informazioni culturali specifiche e sensibilità agli effetti che le diverse culture hanno verso situazioni assistenziali.

Questa assistenza presuppone da parte dell'infermiere un'integrazione tra le proprie conoscenze e competenze con le conoscenze culturali dell'assistito. Al fine di diventare culturalmente competenti e di facilitare l'accesso a risorse appropriate (esempio religiosi), è necessario esplorare le proprie credenze culturali e come queste possono entrare in conflitto con quelle dell'assistito.

5.2 COMPETENZE CULTURALI NELL'ASSISTENZA A VITTIME DI DISASTRI O INCIDENTI MAGGIORI

Ogni disastro o catastrofe con molti feriti può riguardare e coinvolgere appartenenti a contesti religiosi o etnici diversi. Gli operatori sanitari considerano ugualmente gli appartenenti a qualsiasi religione o cultura e devono tenere presente che le vittime possono avere: difficoltà di linguaggio che aumentano timori e frustrazioni, specifiche pratiche religiose correlate a trattamenti medici, igienici o dieta, specifici luoghi/tempi per la preghiera, rituali circa il modo di affrontare la morte, tempi per la funzione funeraria.

Essere compassionevoli ed empatici è una responsabilità fondamentale degli operatori sanitari che rispondono ai disastri. La compassione è un linguaggio comprensibile in tutte le culture, religioni e nazioni, ma, unitamente all'empatia, non può essere utilizzata a meno che chi la fornisca si dimostri culturalmente competente, con rispetto di principi etici nello svolgimento della propria attività professionale. Oltre ad accettare culture diverse dalla propria, i professionisti sanitari che prestano la loro assistenza durante un MCI devono informarsi e familiarizzare con le culture predominanti della popolazione colpita. La cura spirituale è una dimensione importante della salute totale, e quindi il riconoscimento e la risoluzione dei bisogni spirituali delle vittime di catastrofi è un ruolo essenziale degli operatori sanitari.

Gestire una catastrofe significa lavoro di squadra e pertanto è necessario che gli operatori sanitari si avvalgano delle competenze e del sostegno di altri membri del team, degli sforzi di coordinamento di religiosi locali, organizzazioni sociali, governative e non, al fine prevenire un ulteriore impatto sulla dimensione psicologica della comunità colpita. Per poter mitigare gli effetti devastanti di una

calamità è necessaria la preparazione alle catastrofi e la collaborazione tra team multidisciplinare, popolazione, organizzazioni governative e non, volontariato e tutti gli altri soggetti che prendono parte alla risposta al MCI.

Il Codice Etico ICN del 2006 sottolinea il rispetto dei diritti umani, sensibilità ai valori e costumi, la dignità, equità e giustizia. Gli infermieri dovrebbero prestare la propria assistenza in conformità con questi principi in caso di catastrofi e modificare loro pratica come richiesto per soddisfare le esigenze dell'ambiente disastro (45), facendo attenzione ai costumi e alla cultura, garantendo il rispetto della dignità individuale e la riservatezza per ogni individuo. Tutto ciò è reso difficile in una situazione di crisi correlata ad un'emergenza in quanto il focus dell'assistenza si sposta dall'individuo verso la collettività e c'è il rischio che vengano trascurate delle pratiche che nella quotidianità vengono attuate con naturalezza.

Gli infermieri dovrebbero essere consapevoli che gli assistiti agiscono e si comportano in vari modi, per l'influenza della cultura sui comportamenti e le attitudini; tuttavia, sebbene alcuni di essi siano spesso associati a particolari gruppi culturali, è importante ricordare che non tutte le persone con lo stesso background culturale condividono gli stessi comportamenti e visioni (46).

Per evitare gli stereotipi, bisogna avere una visione della persona come individuo a sé stante e cercare quali sono le sue preferenze culturali.

Un attento accertamento culturale che usa uno strumento di accertamento o un questionario, è un esempio utile di attuazione dell'assistenza infermieristica culturalmente competente.

L'accertamento culturale infermieristico si riferisce alla valutazione o all'esame di individui, famiglie, gruppi e comunità in termini di credenze, valori e pratiche culturali e il suo scopo è quello di offrire un'assistenza culturalmente competente.

Nello sforzo di stabilire un database per determinare il background dell'assistito, gli infermieri devono sviluppare uno strumento di accertamento culturale o modificare gli strumenti di accertamento già esistenti, per assicurare che nel piano di assistenza siano incluse le considerazioni transculturali.

Un esempio per fare un accertamento che rispetti le credenze culturali della persona, è la somministrazione di un questionario mirato oppure lo svolgimento di un'intervista, che includa tutti i seguenti punti come riportato di seguito:

- Qual è il paese di origine dell'assistito? Per quanto tempo è vissuto in questo Paese? Qual è la lingua madre ed il livello di istruzione?

- Qual è il background etnico dell'assistito? Si identifica fortemente con altre persone con lo stesso background etnico?
- Qual è la religione dell'assistito, quanto è importante nella sua quotidianità?
- Partecipa alle attività culturali come indossare gli abiti tradizionali e osservare le feste e le ricorrenze tipiche?
- Ha preferenze o restrizioni alimentari?
- Quali sono i suoi modelli di comunicazione? Evita il contatto con gli occhi? Quanta distanza fisica è mantenuta? E' aperto e parla dei suoi sintomi?
- Chi è il capofamiglia? E' coinvolto nelle decisioni sulla persona assistita?
- Cosa fa per mantenere la sua salute?
- Cosa pensa abbia causato il suo problema di salute?
- Ha seguito il consiglio di qualche guaritore tradizionale?
- Quali terapie complementari ha utilizzato?
- Quale tipo di trattamento pensa lo aiuterà? Quali sono i risultati più importanti in cui spera da questo trattamento?
- Ci sono dei rituali culturali e religiosi correlati alla salute, alla malattia o alla morte che l'assistito osserva? (43)

Come vale per l'accertamento, è possibile svolgere in modo culturalmente competente anche le altre fasi del processo infermieristico (pianificazione, attuazione, valutazione), applicando e seguendo come guida il modello dell'infermieristica transculturale della Leininger.

Tra le altre azioni che l'infermiere può compiere, per portare avanti un processo infermieristico basato su un'assistenza culturalmente competente o congruente vi sono: seguire corsi di diritto umanitario, rispettare il proprio codice deontologico ma anche le leggi in materia di assistenza e salute dello stato in cui si interviene, diffondere materiale informativo multilingue, traduzione di materiale già presente in letteratura in lingue diverse, sviluppare materiali (ad esempio opuscoli informativi) culturalmente specifici, imparare come sviluppare e indirizzare servizi di cura spirituale e religiosa durante una catastrofe o un MCI (47).

Quando si lavora a livello internazionale, cosa che spesso accade nell'intervenire in una catastrofe, gli infermieri si trovano ad affrontare problemi derivanti da un divario culturale esistente tra professionisti stessi, la popolazione e la comunità, e possono non essere in grado di accettare la cultura e i valori della comunità. Gli infermieri sono tenuti a mostrare rispetto verso la dignità delle norme culturali dell'individuo, del gruppo e della comunità coinvolta da MCI.

Gli infermieri che si trovano così ad essere coinvolti in una situazione di totale crisi, e specialmente quelli impegnati nelle attività di soccorso alla popolazione, possono facilmente ignorare il rispetto, la dignità e norme culturali dei loro assistiti oppure agire, ed è la situazione più frequente, secondo i propri modelli culturali ma devono sforzarsi di essere culturalmente competente per fornire la necessaria cura e l'assistenza nel modo più efficace possibile per quanto riguarda la circostanza del disastro.

L'auto-esame dell'infermiere e il riconoscimento dei propri pregiudizi culturali aiuterà l'infermiere a risolvere conflitti culturali ed etici.

Gli infermieri devono inoltre promuovere un dialogo aperto e lavorare insieme agli assistiti, alle famiglie e agli altri professionisti sanitari per raggiungere la soluzione culturalmente appropriata specialmente nell'ambito della risposta per le vittime di disastri o incidenti maggiori.

CONCLUSIONI

Con l'aumentare dell'incidenza di disastri ed incidenti maggiori e conseguentemente con un maggiore interessamento dei paesi colpiti da disastri e delle popolazioni coinvolte, i danni a livello mondiale sui sistemi economici, finanziari e sanitari sono enormi.

Perché la situazione venga affrontata con esito positivo, ovvero, limitando al minimo l'impatto del disastro sul paese, è necessario che, in risposta alla crisi del sistema, tutti i professionisti dei diversi settori coinvolti durante un incidente maggiore, siano in grado di rispondervi in termini di efficacia ed efficienza, ognuno cosciente del proprio ruolo e delle relative responsabilità, collaborando all'interno di un team multidisciplinare che operi durante le fasi di preparazione, mitigazione, risposta, ripresa, e recupero di un disastro.

Il fine ultimo del disaster management ha come obiettivo quello di ridurre le vittime e i disagi della popolazione e della comunità, perseguibile solamente attraverso la collaborazione dei professionisti tra di essi e con la popolazione.

Quanto detto in precedenza si realizza attraverso un'adeguata formazione e preparazione dei professionisti nel disaster management, per poter attuare tutte le operazioni necessarie nei momenti del pre-incident, incident e post-incident; le attività correlate a queste fasi sono tutte quelle che mirano rispettivamente alla preparazione ed alla mitigazione del disastro, alla risposta durante la "fase acuta", e alla ripresa e al recupero della popolazione e della comunità per risollevarsi dopo la distruzione dell'economia, dell'ambiente e delle infrastrutture.

Il settore di recente sviluppo della medicina delle catastrofi però rappresenta una disciplina non ancora rilevante dal punto di vista della letteratura presente e del peso esercitato a livello formativo nei curriculum universitari.

Per quanto riguarda il panorama italiano, essa è assente come insegnamento nel curriculum universitario dell'infermiere (non è presente né nella laurea di Primo Livello né nella Laurea Magistrale, ma solo nel Master dell'emergenza-urgenza) nonostante la crescente, nonché impellente, necessità di sviluppare conoscenze innovative e competenze di natura tecnica e relazionali nel suddetto settore.

E' necessario avere competenze specifiche e riconosciute anche in questo settore per permettere l'avanzamento delle competenze dell'infermiere al fine di favorire lo sviluppo di ulteriori funzioni in correlazione con gli obiettivi di prevenzione, cura, assistenza e riabilitazione.

Di conseguenza emerge la necessità, di creare un sistema sanitario, universale e solidaristico che abbia al centro il protagonismo attivo e positivo del personale quale risorsa fondamentale per adeguare l'organizzazione del lavoro all'evoluzione scientifica e tecnologica nonché all'evoluzione formativa ed ordinamentale rendendola funzionale agli attuali ed ai nuovi bisogni di salute.

Calando lo scenario del disastro in ambito sanitario la gestione si fa complessa in quanto i bisogni assistenziali delle vittime sono notevolmente aumentati rispetto a quelli precedenti alla maxiemergenza. Comunque sia, la popolazione chiede ed ha necessità di vedere soddisfatti i propri bisogni assistenziali dai professionisti sanitari competenti.

A differenza di quanto concerne la realtà di tutti i giorni, durante un incidente maggiore, si rendono necessarie tutte quelle attività (che normalmente un professionista non attua in quanto al di fuori delle proprie competenze o non necessarie nella quotidianità), che riguardano anche la pianificazione (creazione di piani di emergenza) e la prevenzione attuabile a livello dell'ambiente e delle infrastrutture nonché attraverso l'educazione delle comunità.

Tutto ciò vede l'infermiere impiegato nello sfruttare tutta la sua potenzialità derivante dal suo ruolo e dalle competenze relative, che gli derivano dalle norme giuridiche, dal codice deontologico e dall'ordinamento universitario.

Le competenze nell'ambito dell'infermieristica delle catastrofi sono rappresentate quindi da tutte quelle di base, a cui si aggiungono altre che l'infermiere può espletare solo attraverso un'adeguata formazione che tuttora non è sviluppata completamente.

Fondamentale nella situazione attuale, in un contesto poliedrico dal punto di vista etnico, è il possesso di competenze relazionali ed educative che siano culturalmente competenti e quindi di competenze culturali che permettano al professionista sanitario infermiere di saper dare una risposta ai bisogni di persone di culture diverse che, specialmente durante una maxi emergenza necessitano di cure assistenziali (tecniche ma anche di sostegno psicologico e quindi relazionali).

L'infermiere, attraverso le sue competenze di natura tecnica, relazionale, educativa e riabilitativa, può seguire come guida al suo "operato" il modello dell'infermieristica transculturale che si basa su un'assistenza culturalmente competente o congruente così da riuscire a gestire veramente il disastro in toto, nel breve come nel lungo termine.

Per vedere riconosciute e per poter mettere in atto tutte le competenze trattate in questa tesi, è necessario ridefinire gli ambiti di attività con modalità multiprofessionali e l'ampliamento delle competenze/responsabilità acquisite nel percorso formativo - laurea triennale, laurea magistrale, dottorato di ricerca, master di primo e secondo livello e percorsi formativi modulari strutturati dalle Regioni in base a specifiche esigenze.

Questo è l'unico modo, nonché spazio istituzionale, in cui proporre le modifiche necessarie; rappresenta quindi la sfida del futuro investire nella professione infermieristica ponendo le basi per una definizione delle competenze specialistiche dell'infermiere nei diversi ambiti di intervento, ottenendo così un sistema professionale capace di supportare e soddisfare le esigenze dei servizi e della popolazione con i diversi bisogni assistenziali.

ALLEGATO 1

Tabella 1. Fasi del disastro correlate al processo infermieristico

si del Disastro	Definizione	accertamento	Pianificazione	Attuazione	valutazione
Mitigazione	re una catastrofe; zzare tti sastro	e la capacità di re un colpo di n un gruppo di	pare un piano vo per la comunità zione del colpo di	e la comunità re il colpo di calore	re il livello vo della tà venire il colpo re
Preparazione	re la capacità di ere efficacemente nze	e le popolazioni bili un disastro	pare piani assistenziali olazioni vulnerabili un disastro	re attività di ione ed zioni alla cura di zioni vulnerabili	re i piani per e zioni bili
Risposta	supporto a e e tà colpite strofi	inare i bisogni ziali dei issuti ad un o. delle vittime	pare piani per ruotare le del soccorso per re lo stress e out	uire il personale nei n uragano, in o i piani di nza locali e/o statali	pare a ing utare la qualità sanitari forniti
Ripresa	nanare il sistema a unzionali	e ziale di recupero omunità n'alluvione	brare con i leader della tà a sviluppare recupero a lungo	pare al ripristino dei per la comunità vione	re to a lungo sugli dopo vione

La tabella mostra la relazione tra la pratica infermieristica e le fasi di un disastro, per ogni fase del processo di nursing è indicato un esempio legato ad un preciso momento dell'emergenza. ogni fase del processo di nursing è praticata in ogni fase di emergenza.
Jakeway et al, 2008, Role of public health nurses in emergency preparedness and response, Public Health Nursing Vol. 25(4):355

ALLEGATO 2

DA: TAVOLO DI LAVORO REGIONI-MINISTERO, 14 APRILE 2012, EVOLUZIONE DELLE COMPETENZE INFERMIERISTICHE: AREE DI COMPETENZA-RESPONSABILITÀ NEI NUOVI SCENARI SANITARI E SOCIO SANITARI.

Ridefinizione e innovazione delle competenze e responsabilità infermieristiche nell'esercizio professionale "specialistico" :

- Infermiere specialista in assistenza e cure primarie (infermieristica orientata alla famiglia/comunità, alla fragilità/cronicità, alla sanità pubblica);
- Infermiere specialista nell'assistenza intensiva e nell'emergenza-urgenza (infermieristica orientata alla intensività assistenziale, criticità/instabilità vitale e alle situazioni di emergenza - urgenza in ambito ospedaliero e territoriale);
- Infermiere specialista nell'assistenza chirurgica (infermieristica orientata ai percorsi di pre-ospedalizzazione, ai processi pre, intra e post-operatori, al follow up);
- Infermiere specialista nell'assistenza internistica (infermieristica orientata ai percorsi internistici nelle unità organizzative ospedaliere e di post acuzie dalla presa in carico, alla dimissione, al follow up);
- Infermiere specialista nell'assistenza pediatrica (infermieristica orientata al neonato/bambino/adolescente in interrelazione con i genitori e la rete parentale sia in ambito ospedaliero che territoriale);
- Infermiere specialista nell'assistenza in salute mentale e dipendenze (infermieristica orientata al sostegno della persona anche in stato di dipendenza e alla conduzione di progetti relazionali e di aiuto allargati alla rete dei soggetti significativi atti a favorire l'alleanza terapeutica e la compliance con gli interventi di cura).

A partire dalle funzioni definite dal profilo professionale DM 739/94 l'infermiere specialista utilizza le conoscenze ed abilità avanzate acquisite nell'area di specializzazione scelta, attraverso percorsi formativi che si declinano:

- a) in ambito universitario quando ineriscono competenze relazionali, comportamentali, modelli cognitivi e i quadri concettuali e metodologici sottesi all' esercizio professionale specialistico;
- b) anche nell'ambito regionale/aziendale, quando intendono mantenere , aggiornare o implementare specifiche capacità o abilità tecnico operative dell'esercizio professionale specialistico;

Le competenze riportate nell'allegato - parte integrante del presente documento - rappresentano quindi l'evoluzione "specialistica" (legge 43/06 art.6 comma: 1, lettera a) delle competenze dell'infermiere "generalista" (DM 739/94) e sono comprensive dell'espressione di capacità e abilità tecnico operative.

Infatti anche le competenze specialistiche trovano il loro costrutto nella disciplina infermieristica, nelle norme deontologiche, nei percorsi formativi e nel quadro normativo che già oggi connota la figura dell'infermiere e ne delinea l'ambito di esercizio professionale e di diretta assunzione di responsabilità.

Lo sviluppo delle competenze specialistiche individuate fa riferimento al modello Tuning Nursing Educational (Tuning Education Nursing 2005), contestualizzato al quadro di riferimento normativa italiano in linea con quanto definito dalla comunità europea e alle politiche di indirizzo formativo stabilite nel Processo di Bologna.

Infermiere specialista in Assistenza chirurgica

L'infermiere specialista in Assistenza chirurgica è responsabile del governo assistenziale del percorso chirurgico del paziente complesso. L'infermiere specialista in Assistenza chirurgica si rende garante della continuità assistenziale intra ospedaliera della persona che necessita di una risposta sanitaria di tipo chirurgico, dall'accoglienza alla presa in carico, alla dimissione, al follow up. L'infermiere specialista in Assistenza chirurgica è responsabile, oltre che delle funzioni definite dal profilo professionale DM 739/94, dell'esercizio di competenze specialistiche nel campo della:

1) Valutazione dei bisogni di assistenza infermieristica

- Identifica criteri e strumenti per la valutazione della complessità assistenziale della persona assistita in ambito chirurgico
- Identifica criteri e strumenti per la definizione della priorità dei bisogni di assistenza infermieristica chirurgica
- Identifica il livello di autonomia, di compliance, i bisogni informativi, relazionali ed educativi della persona ad elevata complessità assistenziale e della sua famiglia
- Identifica le risorse disponibili in ambito familiare, sociale e sanitario necessarie alla gestione della dimissione di persone con elevata complessità, assistite in ambito chirurgico
- Identifica con l'équipe assistenziale, indicatori, standard e interventi per prevenire, ridurre il rischio clinico nel percorso di cura e per contenere gli effetti degli eventi avversi.
- Identifica criteri e strumenti per la definizione delle priorità dei bisogni di assistenza in situazioni contestuali sociosanitarie e familiari complesse

- Identifica con l'équipe multi professionale i criteri di ammissione dai e nei diversi livelli di intensità di cura e complessità dell'assistenza nell'ambito dell'assistenza chirurgica
- Valuta con l'equipe i dilemmi etici correlati a specifiche situazioni assistenziali e contribuisce alla definizione dei comportamenti da assumere richiamandosi ai principi etici, ai valori ed alla deontologia professionale.

2) Progettazione e organizzazione clinico assistenziale

- Definisce, con l'equipe multiprofessionale, i percorsi clinico-assistenziali della persona che afferisce alle unità organizzative chirurgiche
- Definisce le modalità di monitoraggio per garantire la continuità del percorso e del processo assistenziale chirurgico
- Progetta il percorso di monitoraggio degli indicatori di rischio specifico per l'assistito nel percorso peri-operatorio e chirurgico in generale
- Progetta interventi personalizzati di informazione ed educazione agli assistiti con problemi complessi di tipo chirurgico e alle loro persone di riferimento
- Progetta in collaborazione con èquipe multidisciplinari e associazioni di assistiti programmi di autogestione delle malattie e di educazione terapeutica a categorie di assistiti e loro persone di riferimento
- Progetta, sulla base dei livelli di complessità assistenziale, sistemi e strategie per l'appropriata presa in carico degli assistiti
- Collabora alla corretta distribuzione delle risorse umane e materiali nelle unità organizzative in relazione alla complessità e al fabbisogno assistenziale e alla tipologia di competenze richieste
- Progetta il sistema informativo per i reporting dei risultati dell'attività assistenziale in ambito chirurgico
- Pianifica, le strategie da adottare per elevare la qualità e la sicurezza della persona assistita in ambito chirurgico
- Progetta piani di miglioramento per la prevenzione di eventi avversi
- Elabora, in collaborazione con altri professionisti, progetti di miglioramento della qualità assistenziale
- Organizza la dimissione delle persone con elevata complessità che necessitano di continuità assistenziale post ospedaliera
- Pianifica il percorso di follow up delle persone con dimissione difficile.

3) Realizzazione coordinata di interventi

- Facilita la presa in carico della persona con bisogni complessi

- Orienta l'assistito e le sue persone di riferimento verso un appropriato utilizzo dei servizi sanitari e sociosanitari
 - Prescrive i presidi medico chirurgici, presidi sanitari e gli ausili correlati all'assistenza infermieristica
 - Utilizza ed orienta all'uso appropriato dei presidi medico chirurgici e sanitari, degli ausili e della tecnologia correlata alla realizzazione del processo assistenziale
 - Orienta e supervisiona il processo di assistenza nei pazienti complessi
 - Effettua prestazioni assistenziali che richiedono competenze specialistiche anche di tipo tecnico operativo
 - Facilita l'introduzione di linee guida, di nuove tecnologie e nuove procedure assistenziali
 - Realizza interventi di addestramento, supervisione e verifica, conseguenti all'introduzione di nuove tecnologie.
 - Attua il processo di segnalazione degli eventi avversi in ambito chirurgico
 - Realizza piani di educazione terapeutica rivolti alle persone con problemi complessi di tipo chirurgico
 - Collabora con l'équipe multidisciplinare nell' attuazione di processi di comunicazione difficile in ambito chirurgico
 - Supporta ed effettua gli interventi infermieristici correlati a bisogni complessi
 - Attiva consulenze e servizi necessari alla valutazione multidimensionale della persona con elevata complessità assistenziale
 - Orienta l'équipe nell'applicazione di strategie comunicative adattate al grado di responsività della persona assistita, sue persone di riferimento, famiglia.
 - Supporta gli interventi clinico assistenziali programmati in situazioni ad alta complessità
 - Supporta gli interventi assistenziali su persone assistite che richiedono competenze specialistiche anche di tipo tecnico operativo
 - Realizza piani di educazione terapeutica rivolti alle persone con bisogni complessi e loro persone di riferimento in fase di dimissione
 - Effettua e collabora all'effettuazione di prestazioni connesse all'atto chirurgico e al processo anestesiologicalo ed analgesico
 - Gestisce ed orienta all'utilizzo di presidi medico chirurgici e sanitari, ausili e tecnologie, anche vicarianti le funzioni vitali, correlate all'atto chirurgico e al processo anestesiologicalo ed analgesico.
- 4) Valutazione clinico assistenziale
- Valuta l'assistenza infermieristica effettuata, utilizzando indicatori di efficacia ed efficienza, di struttura, processo ed esito

- Valuta e documenta l'efficacia e l'appropriatezza di utilizzo dei presidi medico chirurgici, sanitari e degli ausili prescritti
- Valuta e documenta gli esiti dei trattamenti assistenziali rivolti a specifici gruppi di pazienti.
- Valuta in collaborazione con l'équipe multiprofessionale, il raggiungimento degli obiettivi della struttura di riferimento
- Valuta, in collaborazione con l'equipe multi professionale, l'aderenza dei percorsi clinico assistenziali a standard definiti
- Valuta l'aderenza alle linee guida, procedure e protocolli adottati in ambito chirurgico
- Valuta l'attuazione dei piani di miglioramento per la prevenzione e gestione degli eventi avversi in ambito chirurgico
- Valuta i risultati degli interventi educativi attuati per gli assistiti con problemi complessi di tipo chirurgico e le loro persone di riferimento
- Valuta i risultati del percorso assistenziale attuato in favore delle persone assistite con elevata complessità
- Conduce le attività di auditing.

5) Formazione, consulenza e ricerca

- Effettua consulenza su casistica, processi e percorsi ad elevata complessità assistenziale.
- Progetta in autonomia e in collaborazione studi di ricerca nell'ambito dell'assistenza chirurgica.
- Effettua attività di docenza, programmazione e supervisione del tutorato di studenti e personale neoassunto e neo inserito.
- Aggiorna ed innova le sue competenze.

Infermiere specialista in Assistenza e cure primarie

L'infermiere specialista in Assistenza e cure primarie è responsabile del governo assistenziale dei percorsi di presa in carico della persona, della famiglia e della comunità. L'infermiere specialista in Assistenza e cure primarie si rende garante della continuità assistenziale tra ospedale e territorio e tra i servizi e le strutture territoriali, in risposta ai bisogni assistenziali, sanitari e socio sanitari delle persone, famiglie e comunità assistite. L'infermiere specialista in Assistenza e cure primarie è responsabile, oltre che delle funzioni definite dal profilo professionale DM 739/94, dell'esercizio di competenze specialistiche nel campo della:

1) Valutazione dei bisogni di assistenza infermieristica

- Identifica criteri e strumenti per la valutazione della complessità assistenziale della persona e della famiglia nei loro contesti di vita

- Identifica criteri e strumenti per la definizione della priorità dei bisogni di assistenza infermieristica in situazioni di instabilità della rete familiare e di difficoltà socio assistenziali
- Identifica all'interno di specifiche équipe di valutazione multidisciplinare il livello di autonomia, di compliance ed i bisogni relazionali ed educativi dell'assistito, delle sue persone di riferimento e della famiglia
- Valuta con l'equipe i dilemmi etici correlati a specifiche situazioni assistenziali e contribuisce alla definizione dei comportamenti da assumere richiamandosi ai principi etici, ai valori ed alla deontologia professionale.

2) Progettazione e organizzazione clinico assistenziale

- Definisce, con l'equipe multiprofessionale, il percorso clinico assistenziale della persona che affrisce ai servizi territoriali, domiciliari e residenziali
- Definisce le modalità di monitoraggio degli interventi per garantire la continuità del percorso e del processo assistenziale
- Pianifica con l'equipe multiprofessionale gli interventi a carattere relazionale, educativo e preventivo sanitario e socio-sanitario
- Organizza e attua, in collaborazione con l'equipe multiprofessionale, programmi di sorveglianza, prevenzione e controllo dei rischi nella comunità
- Progetta in collaborazione con équipe multidisciplinari e associazioni di assistiti programmi di autogestione delle malattie e di educazione terapeutica a categorie di assistiti e loro persone di riferimento
- Progetta, sulla base dei livelli di complessità assistenziale, sistemi e strategie per l'appropriata presa in carico degli assistiti
- Progetta il sistema informativo per i reporting dei risultati dell'attività assistenziale
- Pianifica le strategie da adottare per elevare la qualità e la sicurezza dell'assistito
- Progetta piani di miglioramento per la prevenzione di eventi avversi
- Elabora, in collaborazione con altri professionisti, progetti di miglioramento della qualità assistenziale.

3) Realizzazione coordinata di interventi

- Facilita la presa in carico della persona con bisogni complessi in particolare nelle dimissioni difficili, nelle fasi di riacutizzazione clinico assistenziale e nel follow up, anche utilizzando la rete dei servizi di assistenza territoriale
- Orienta l'assistito e le sue persone di riferimento verso un appropriato utilizzo dei servizi sanitari e sociosanitari
- Prescrive i presidi medico chirurgici, sanitari e gli ausili correlati all'assistenza infermieristica

- Utilizza ed orienta all' uso appropriato dei presidi medico chirurgici, sanitari, degli ausili e della tecnologia correlata alla realizzazione del processo assistenziale
- Facilita l'introduzione di linee guida, di nuove tecnologie e nuove procedure assistenziali.
- Realizza interventi di addestramento, supervisione e verifica conseguenti all'introduzione di nuove tecnologie
- Attua il processo di segnalazione degli eventi avversi
- Orienta l'équipe ad una comunicazione adatta al grado di responsività dell'assistito, delle sue persone di riferimento, della famiglia e comunità.

4) Valutazione clinico assistenziale

- Valuta l'assistenza infermieristica effettuata, utilizzando indicatori di efficacia ed efficienza, di struttura, processo ed esito
- Valuta e documenta l'efficacia e l'appropriatezza di utilizzo dei presidi, medico chirurgici, sanitari e degli ausili prescritti
- Valuta e documenta gli esiti dei trattamenti assistenziali rivolti a specifici gruppi di pazienti.
- Valuta in collaborazione con l'équipe, il raggiungimento degli obiettivi della struttura di riferimento
- Valuta l'attuazione dei piani di miglioramento per la prevenzione e gestione degli eventi avversi
- Conduce le attività di auditing.

5) Formazione, consulenza e ricerca

- Effettua consulenza su casistica, processi e percorsi ad elevata complessità assistenziale.
- Progetta in autonomia o in collaborazione, studi di ricerca nell'ambito dell'assistenza e delle cure primarie.
- Promuove ed effettua, in collaborazione con altri professionisti, studi epidemiologici in ambienti di vita e di lavoro.
- Effettua attività di docenza, programmazione e supervisione del tutorato di studenti e personale neoassunto e neo inserito.
- Aggiorna ed innova le sue competenze.

Infermiere specialista nell'Assistenza internistica

L'infermiere specialista in Assistenza internistica è responsabile del governo assistenziale del percorso del paziente complesso in unità organizzative di tipo internistico e di post acuzie. L'infermiere specialista in Assistenza internistica si rende garante della continuità assistenziale in ambito ospedaliero e della post acuzie del paziente che necessita di una risposta sanitaria di tipo internistico dalla sua presa in carico, alla dimissione, al follow-up. L'infermiere specialista in

Assistenza internistica è responsabile, oltre che delle funzioni definite dal profilo professionale DM 739/94, dell'esercizio di competenze specialistiche nel campo della:

1) Valutazione dei bisogni di assistenza infermieristica

- Identifica criteri e strumenti per la valutazione della complessità assistenziale della persona assistita in ambito internistico e della post acuzie.
- Identifica criteri e strumenti per la definizione della priorità dei bisogni di assistenza infermieristica internistica
- Identifica il livello di autonomia, di compliance, i bisogni informativi, relazionali ed educativi della persona ad elevata complessità assistenziale e della sua famiglia
- Identifica le risorse disponibili in ambito familiare, sociale e sanitario necessarie alla gestione della dimissione di persone con elevata complessità, assistite in unità organizzative internistiche e della post acuzie.
- Identifica con l'équipe assistenziale, indicatori, standard e interventi per prevenire/ridurre il rischio clinico nel percorso di cura e per contenere gli effetti degli eventi avversi.
- Identifica criteri e strumenti per la definizione delle priorità dei bisogni di assistenza in situazioni contestuali sociosanitarie e familiari complesse.
- Identifica con l'équipe multiprofessionale i criteri di ammissione dai e nei diversi livelli di intensità di cura e complessità dell'assistenza nell'ambito dell'assistenza internistica
- Valuta con l'équipe i dilemmi etici correlati a specifiche situazioni assistenziali e contribuisce alla definizioni dei comportamenti da assumere richiamandosi ai principi etici, ai valori ed alla deontologia professionale.

2) Progettazione e organizzazione clinico assistenziale

- Definisce, con l'équipe multiprofessionale ospedale territorio, il percorso clinico assistenziale della persona assistita in unità organizzative internistiche e di post acuzie
- Definisce le modalità di monitoraggio per garantire la continuità del percorso e del processo assistenziale internistico
- Progetta il percorso di monitoraggio degli indicatori di rischio specifico per l'assistito nel percorso internistico
- Progetta interventi personalizzati di informazione ed educazione agli assistiti con problemi complessi di tipo internistico e alle loro persone di riferimento
- Progetta in collaborazione con équipe multidisciplinari e associazioni di assistiti programmi di autogestione delle malattie e di educazione terapeutica a categorie di assistiti e loro persone di riferimento

- Progetta, sulla base dei livelli di complessità assistenziale, sistemi e strategie per l'appropriata presa in carico degli assistiti
- Collabora alla corretta distribuzione delle risorse umane e materiali nelle unità organizzative di degenza in relazione alla complessità e al fabbisogno assistenziale e alla tipologia di competenze richieste
- Progetta il sistema informativo per i reporting dei risultati dell'attività assistenziale internistica
- Pianifica le strategie da adottare per elevare la qualità e la sicurezza della persona assistita in unità organizzative internistiche e di post acuzie
- Progetta piani di miglioramento per la prevenzione di eventi avversi
- Elabora, in collaborazione con altri professionisti, progetti di miglioramento della qualità assistenziale
- Organizza la dimissione delle persone con elevata complessità che necessitano di continuità assistenziale post ospedaliera
- Pianifica e gestisce il percorso di follow-up delle persone con dimissione difficile.

3) Realizzazione coordinata di interventi

- Facilita la presa in carico della persona con bisogni complessi
- Orienta l'assistito e le sue persone di riferimento verso un appropriato utilizzo dei servizi sanitari e socio-sanitari
- Prescrive i presidi medico chirurgici, sanitari e gli ausili correlati all'assistenza infermieristica
- Utilizza ed orienta all'uso appropriato dei presidi medico chirurgici, sanitari, degli ausili e della tecnologia correlata alla realizzazione del processo assistenziale
- Orienta e supervisiona il processo di assistenza nei pazienti complessi
- Effettua prestazioni assistenziali che richiedono competenze specialistiche anche di tipo tecnico operativo
- Facilita l'introduzione di linee guida, di nuove tecnologie e nuove procedure assistenziali
- Realizza interventi di addestramento, supervisione e verifica conseguenti all'introduzione di nuove tecnologie
- Attua il processo di segnalazione degli eventi avversi in unità organizzative internistiche e di post acuzie
- Realizza piani di educazione terapeutica rivolti alle persone con problemi complessi di tipo internistico
- Collabora con l'équipe multidisciplinare nell'attuazione di processi di comunicazione difficile in ambito internistico e di post acuzie
- Supporta e/o effettua gli interventi infermieristici correlati a bisogni complessi

- Attiva consulenze e servizi necessari alla valutazione multidimensionale della persona con elevata complessità assistenziale
- Orienta l'équipe nell'applicazione di strategie comunicative adattate al grado di responsività della persona assistita, persona di riferimento, famiglia
- Supporta gli interventi clinico-assistenziali programmati in situazioni ad alta complessità
- Collabora con l'équipe multidisciplinare nell'attuazione di processi di comunicazione difficile
- Supporta gli interventi assistenziali su persone assistite che richiedono competenze specialistiche anche di tipo tecnico operativo
- Realizza piani di educazione terapeutica rivolti alle persone con bisogni complessi e loro persone di riferimento in fase di dimissione.

4) Valutazione clinico assistenziale

- Valuta l'assistenza infermieristica effettuata, utilizzando indicatori di efficacia ed efficienza, di struttura, processo ed esito
- Valuta e documenta l'efficacia e l'appropriatezza di utilizzo dei presidi medico chirurgici, sanitari e degli ausili prescritti
- Valuta e documenta gli esiti dei trattamenti assistenziali rivolti a specifici gruppi di pazienti
- Valuta in collaborazione con l'équipe, il raggiungimento degli obiettivi della struttura di riferimento.
- Valuta, in collaborazione con l'équipe multi professionale, l'aderenza dei percorsi clinico assistenziali a standard definiti
- Valuta l'aderenza alle linee guida, procedure e protocolli adottati in unità organizzative internistiche e di post acuzie
- Valuta l'attuazione dei piani di miglioramento inerenti alla gestione degli eventi avversi in unità organizzative internistiche e di post acuzie
- Valuta i risultati degli interventi educativi attuati per gli assistiti con problemi complessi di tipo internistico e le loro persone di riferimento.
- Valuta i risultati del percorso assistenziale attuato in favore delle persone assistite con elevata complessità
- Conduce le attività di auditing.

5) Formazione, consulenza e ricerca

- Effettua consulenza su casistica, processi e percorsi ad elevata complessità assistenziale
- Progetta in autonomia e in collaborazione studi di ricerca nell'ambito dell'assistenza internistica e della post acuzie

- Effettua attività di docenza, programmazione e supervisione del tutorato di studenti e personale neoassunto e neo inserito
- Aggiorna ed innova le sue competenze.

Infermiere specialista nell'Assistenza in salute mentale e dipendenze

L'infermiere specialista nell'assistenza in salute mentale e dipendenze è responsabile del governo assistenziale del percorso di presa in carico delle persone che presentano problemi di salute mentale e si trovano in condizioni di disagio, disturbo mentale e dipendenza. L' infermiere specialista in Assistenza nella salute mentale e dipendenze si rende garante della continuità assistenziale tra ospedale e territorio e tra i servizi e le strutture territoriali dedicate alla salute mentale e dipendenze. L'infermiere specialista in salute mentale è responsabile oltre che delle funzioni definite dal profilo professionale DM 739/94, dell'esercizio di competenze specialistiche nel campo della:

1) Valutazione dei bisogni di assistenza infermieristica

- Identifica criteri e strumenti per la valutazione della complessità assistenziale della persona assistita con disagio psichico o con dipendenza patologica
- Identifica criteri e strumenti per la definizione della priorità dei bisogni di assistenza infermieristica nella salute mentale e dipendenza patologica
- Identifica il livello di autonomia, di compliance, i bisogni informativi, relazionali ed educativi della persona ad elevata complessità assistenziale e della sua famiglia
- Identifica le risorse disponibili in ambito familiare, sociale e sanitario necessarie alla gestione della dimissione di persone con elevata complessità, assistite nell'ambito della salute mentale e dipendenza patologica
- Identifica con l'équipe assistenziale, indicatori, standard e interventi per prevenire/ridurre il rischio clinico nel percorso di cura e per contenere gli effetti degli eventi avversi
- Identifica criteri e strumenti per la definizione delle priorità dei bisogni di assistenza in situazioni contestuali sociosanitarie e familiari complesse
- Identifica con l'équipe multi professionale i criteri di ammissione dai e nei diversi livelli di intensità di cura e complessità dell'assistenza nell'ambito della salute mentale e dipendenza patologica
- Identifica strumenti appropriati per la valutazione dello stato di salute mentale
- Identifica le capacità e le abilità reali e potenziali della persona con una complessità assistenziale elevata
- Identifica precocemente gli effetti socio- familiari conseguenti alle problematiche correlate al disagio della persona

- Valuta con l'equipe i dilemmi etici correlati a specifiche situazioni assistenziali e contribuisce alla definizione dei comportamenti da assumere richiamandosi ai principi etici, ai valori ed alla deontologia professionale.

2) Progettazione e organizzazione clinico assistenziale

- Definisce con l'equipe multiprofessionale, il percorso clinico-assistenziale della persona con disagio e disturbo mentale o dipendenza patologica
- Definisce le modalità di monitoraggio degli interventi per garantire la continuità dei percorsi e del processo assistenziale nella salute mentale e dipendenza patologica
- Progetta il percorso di monitoraggio degli indicatori di rischio specifico per l'assistito nell'ambito della salute mentale o dipendenza patologica
- Progetta interventi personalizzati di informazione ed educazione agli assistiti con problemi complessi connessi alla salute mentale e alla dipendenza patologica e alle loro persone di riferimento
- Progetta in collaborazione con èquipe multidisciplinari e associazioni di assistiti programmi di autogestione delle malattie e di educazione terapeutica a categorie di assistiti e loro persone di riferimento
- Progetta, sulla base dei livelli di complessità assistenziale, sistemi e strategie per l'appropriata presa in carico degli assistiti
- Progetta il sistema informativo per i reporting dei risultati dell'attività assistenziale nella salute mentale e dipendenza patologica
- Pianifica, le strategie da adottare per elevare la qualità e la sicurezza della persona assistita nell'ambito della salute mentale e dipendenza patologica
- Progetta piani di miglioramento per la prevenzione di eventi avversi
- Elabora, in collaborazione con altri professionisti, progetti di miglioramento della qualità assistenziale
- Organizza la dimissione delle persone con elevata complessità che necessitano di continuità assistenziale
- Pianifica e gestisce il percorso di follow-up delle persone con dimissione difficile
- Progetta, in collaborazione con altri professionisti, programmi di contrasto allo stigma, programmi di prevenzione e screening per le popolazioni a rischio di disagio mentale e dipendenza patologica.

3) Realizzazione coordinata di interventi

- Facilita la presa in carico della persona con bisogni complessi
- Orienta l'assistito e le sue persone di riferimento verso un appropriato utilizzo dei servizi sanitari e sociosanitari

- Prescrive i presidi medico chirurgici, sanitari e gli ausili correlati all'assistenza infermieristica
- Utilizza ed orienta all' uso appropriato dei presidi medico chirurgici, sanitari, degli ausili e della tecnologia correlata alla realizzazione del processo assistenziale
- Orienta e supervisiona il processo di assistenza nei pazienti complessi
- Effettua prestazioni assistenziali che richiedono competenze specialistiche anche di tipo tecnico operativo
- Facilita l'introduzione di linee guida, di nuove tecnologie e nuove procedure assistenziali
- Realizza interventi di addestramento, supervisione e verifica conseguenti all'introduzione di nuove tecnologie
- Attua il processo di segnalazione degli eventi avversi nell'ambito della salute mentale e dipendenza patologica
- Realizza piani di educazione terapeutica rivolti alle persone con problemi complessi nell'ambito della salute mentale e dipendenza patologica
- Collabora con l'équipe multidisciplinare nella attuazione di processi di comunicazione difficile nella salute mentale e dipendenza patologica
- Supporta e effettua gli interventi infermieristici correlati a bisogni complessi
- Attiva consulenze e servizi necessari alla valutazione multidimensionale della persona con elevata complessità assistenziale
- Orienta l'équipe nell'applicazione di strategie comunicative adattate al grado di responsività della persona assistita, persona di riferimento, famiglia
- Supporta gli interventi clinico-assistenziali programmati in situazioni ad alta complessità
- Collabora con l'équipe multidisciplinare nella attuazione di processi di comunicazione difficile
- Supporta gli interventi assistenziali su persone assistite che richiedono competenze specialistiche anche di tipo tecnico operativo
- Realizza piani di educazione terapeutica rivolti agli assistiti con bisogni complessi e loro persone di riferimento in fase di dimissione
- Gestisce l'attuazione di trattamenti psico-socio terapeutici individuali o di gruppo
- Attua strategie di counselling e di educazione terapeutica a promozione e sostegno dell'autonomia della persona con problemi di salute mentale, della famiglia e delle persone significative di riferimento
- Realizza programmi specifici di educazione alla salute rivolti ai giovani per l'informazione dei fattori di rischio della salute mentale e delle dipendenze
- Attua e implementa strategie di comunicazione efficaci e tecniche di negoziazione e mediazione innovative

- Promuove con l'équipe multidisciplinare progetti di abilitazione, riabilitazione nella comunità.

4) Valutazione clinico assistenziale

- Valuta l'assistenza infermieristica effettuata, utilizzando indicatori di efficacia ed efficienza, di struttura, processo ed esito
- Valuta e documenta l'efficacia e l'appropriatezza di utilizzo dei presidi medico chirurgici, sanitari e degli ausili prescritti
- Valuta e documenta gli esiti dei trattamenti assistenziali rivolti a specifici gruppi di pazienti
- Valuta in collaborazione con l'équipe multiprofessionale, il raggiungimento degli obiettivi della struttura di riferimento
- Valuta, in collaborazione con l'equipe multiprofessionale, l'aderenza dei percorsi clinico assistenziali a standard definiti
- Valuta l'aderenza alle linee guida, procedure e protocolli adottati nella salute mentale e dipendenze patologiche
- Valuta l'attuazione dei piani di miglioramento inerenti alla gestione degli eventi avversi nella salute mentale e dipendenze
- Valuta i risultati degli interventi educativi attuati per gli assistiti con problemi complessi inerenti la salute mentale e le dipendenze e le loro persone di riferimento
- Valuta i risultati del percorso assistenziale attuato in favore degli assistiti con elevata complessità
- Conduce le attività di auditing
- Valuta le fasi del reinserimento lavorativo e sociale delle persone con disagio e disturbo mentale o dipendenza.

5) Formazione, consulenza e ricerca

- Effettua consulenza su casistica, processi e percorsi ad elevata complessità assistenziale
- Effettua studi di ricerca nell'ambito dell'assistenza a persone con disagio mentale e dipendenza
- Effettua attività di docenza, programmazione e supervisione del tutorato di studenti e personale neoassunto e neoinserto
- Aggiorna ed innova le sue competenze.

Infermiere specialista nell'Assistenza intensiva e nell'emergenza urgenza

L'infermiere specialista nell'assistenza intensiva e nell'emergenza urgenza è responsabile del governo assistenziale del percorso clinico dell'assistito in criticità e instabilità vitale, delle risposte assistenziali in situazioni di emergenza urgenza e della loro valutazione. L'infermiere specialista nell'Assistenza intensiva e nell'emergenza urgenza si rende garante della continuità assistenziale intra ospedaliera e tra l'ospedale e le strutture di emergenza urgenza dislocate nel territorio.

L'infermiere specialista nell'Assistenza intensiva e nell'emergenza urgenza è responsabile oltre che delle funzioni definite dal profilo professionale DM 739/94, dell'esercizio di competenze specialistiche nel campo della:

1) Valutazione dei bisogni di assistenza infermieristica

- Identifica, in collaborazione con l'équipe multiprofessionale, criteri e strumenti per la valutazione delle priorità assistenziali della persona in criticità vitale e in condizioni di instabilità clinica
- Identifica criteri e strumenti per la definizione della priorità dei bisogni di assistenza infermieristica nella criticità vitale ed instabilità clinica e nelle situazioni di emergenza urgenza
- Identifica il livello di autonomia, di compliance, i bisogni informativi, relazionali ed educativi della persona ad elevata complessità assistenziale e della sua famiglia
- Identifica con l'équipe assistenziale, indicatori, standard e interventi per prevenire/ridurre il rischio clinico nel percorso di cura e per contenere gli effetti degli eventi avversi
- Identifica con l'équipe multi professionale i criteri di ammissione dai e nei diversi livelli di intensità di cura e complessità dell'assistenza nell'ambito delle unità organizzative di tipo intensivo/semi intensivo.
- Identifica il livello di complessità assistenziale al trasferimento della persona assistita
- Valuta con l'équipe i dilemmi etici correlati a specifiche situazioni assistenziali e contribuisce alla definizioni dei comportamenti da assumere richiamandosi ai principi etici, ai valori ed alla deontologia professionale.

2) Progettazione e organizzazione clinico assistenziale

- Definisce con l'équipe multiprofessionale il percorso clinico assistenziale della persona in criticità vitale, in stabilità clinica e in situazioni di emergenza urgenza e nelle maxi emergenze.
- Definisce le modalità di monitoraggio per garantire la continuità del percorso e del processo assistenziale alla persona in criticità e instabilità vitale e nell'emergenza urgenza
- Progetta il percorso di monitoraggio degli indicatori di rischio specifico per l'assistito in criticità vitale o instabilità clinica
- Progetta interventi personalizzati di informazione ed educazione agli assistiti con problemi complessi in unità organizzative intensive o di emergenza urgenza
- Progetta, sulla base dei livelli di complessità assistenziale, sistemi e strategie per l'appropriata presa in carico degli assistiti
- Progetta il sistema informativo per i reporting dei risultati dell'attività assistenziale in unità organizzative intensive o di emergenza urgenza
- Pianifica, le migliori strategie da adottare per elevare la qualità e la sicurezza della persona assistita in unità organizzative intensive o di emergenza urgenza

- Progetta piani di miglioramento per la prevenzione di eventi avversi
- Elabora, in collaborazione con altri professionisti, progetti di miglioramento della qualità assistenziale

- Organizza il trasferimento delle persone con elevata complessità.

3) Realizzazione coordinata di interventi

- Facilita la presa in carico della persona con bisogni complessi
- Prescrive i presidi medico chirurgici, sanitari e gli ausili correlati all'assistenza infermieristica
- Utilizza ed orienta all' uso appropriato dei presidi medico chirurgici, sanitari, degli ausili e della tecnologia correlata alla realizzazione del processo assistenziale
- Orienta e supervisiona il processo di assistenza nei pazienti complessi
- Effettua prestazioni assistenziali che richiedono competenze specialistiche anche di tipo tecnico operativo
- Facilita l'introduzione di linee guida, di nuove tecnologie e nuove procedure assistenziali.
- Realizza interventi di addestramento, supervisione e verifica conseguenti all'introduzione di nuove tecnologie
- Attua il processo di segnalazione degli eventi avversi in unità organizzative intensive o di emergenza urgenza
- Realizza piani di educazione terapeutica rivolti agli assistiti con problemi complessi e alle loro persone di riferimento nelle unità organizzative intensive o di emergenza urgenza
- Collabora con l'équipe multidisciplinare nell' attuazione di processi di comunicazione difficile in unità organizzative intensive o di emergenza urgenza
- Supporta e/o effettua gli interventi infermieristici correlati a bisogni complessi
- Attiva consulenze e servizi necessari alla valutazione multidimensionale dell'assistito con elevata complessità assistenziale
- Orienta l'équipe nell'applicazione di strategie comunicative adattate al grado di responsabilità dell'assistito, sua persona di riferimento, famiglia
- Supporta gli interventi clinico-assistenziali programmati in situazioni ad alta complessità
- Collabora con l'équipe multidisciplinare nella attuazione di processi di comunicazione difficile
- Supporta gli interventi assistenziali su assistiti che richiedono competenze specialistiche anche di tipo tecnico operativo
- Realizza piani di educazione terapeutica rivolti alle persone con bisogni complessi e loro persone di riferimento in fase di trasferimento
- Supporta l'équipe multi professionale nella realizzazione dell'assistenza alla persona che richiede monitoraggio avanzato delle funzioni vitali in unità organizzative intensive o di emergenza urgenza

- Effettua e collabora all'effettuazione di prestazioni connesse al processo anestesiológico ed analgesico
- Gestisce ed orienta all'utilizzo di presidi medico chirurgici, sanitari, ausili e tecnologie, anche vicarianti le funzioni vitali, correlate ai processi di assistenza nelle unità organizzative intensive o di emergenza urgenza
- Gestisce, in modo coordinato le attività di soccorso nelle maxiemergenze.

4) Valutazione clinico assistenziale

- Valuta l'assistenza infermieristica effettuata, utilizzando indicatori di efficacia ed efficienza, di struttura, processo ed esito
- Valuta e documenta l'efficacia e l'appropriatezza di utilizzo dei presidi medico chirurgici, sanitari e degli ausili prescritti
- Valuta e documenta gli esiti dei trattamenti assistenziali rivolti a specifici gruppi di pazienti
- Valuta in collaborazione con l'équipe, il raggiungimento degli obiettivi della struttura di riferimento
- Valuta, in collaborazione con l'equipe multi professionale, l'aderenza dei percorsi clinico assistenziali a standard definiti
- Valuta l'aderenza alle linee guida , procedure e protocolli adottati nelle unità organizzative intensive e di emergenza urgenza
- Valuta l'attuazione dei piani di miglioramento inerenti alla gestione degli eventi avversi in ambito intensivo e dell'emergenza urgenza
- Valuta i risultati degli interventi educativi attuati per gli assistiti con problemi complessi in ambito intensivo e dell'emergenza urgenza e le loro personale di riferimento
- Valuta i risultati del percorso assistenziale attuato in favore delle persone assistite con elevata complessità
- Conduce le attività di auditing.

5) Formazione, consulenza e ricerca

- Effettua consulenza su casistica, processi e percorsi ad elevata complessità assistenziale
- Progetta in autonomia e in collaborazione studi di ricerca nell'ambito dell'assistenza intensive e nell'emergenza urgenza
- Effettua attività di docenza programmazione e supervisione del tutorato di studenti e personale neoassunto e neo inserito
- Aggiorna ed innova le sue competenze.

Infermiere specialista in Assistenza pediatrica

L'infermiere specialista in Assistenza pediatrica è responsabile del governo assistenziale del percorso del paziente pediatrico, in condizioni vitali critiche o di instabilità clinica o di cronicità o di fragilità, dalla sua presa in carico, alla dimissione, al follow-up. L'infermiere specialista in Assistenza pediatrica si rende garante della continuità assistenziale tra ospedale e territorio e tra i servizi e le strutture territoriali. L'infermiere specialista in Assistenza pediatrica è responsabile oltre che delle funzioni definite dal profilo professionale DM 73~/94 e 70/97 dell'esercizio di competenze specialistiche nel campo della:

1) Valutazione dei bisogni di assistenza infermieristica

- Identifica criteri e strumenti per la valutazione della complessità assistenziale del pz pediatrico
- Identifica il livello di autonomia, di compliance, i bisogni informativi, relazionali ed educativi del pz. pediatrico ad elevata complessità assistenziale e della sua famiglia
- Identifica le risorse disponibili in ambito familiare, sociale e sanitario necessarie alla gestione della dimissione del pz. pediatrico in diverse fasce di età con elevata complessità assistenziale
- Identifica con l'équipe assistenziale, indicatori, standard e interventi per prevenire, ridurre il rischio clinico nel percorso di cura e per contenere gli effetti degli eventi avversi
- Identifica criteri e strumenti per la definizione delle priorità dei bisogni di assistenza in situazioni contestuali sociosanitarie e familiari complesse
- Identifica con l'équipe multi professionale i criteri di ammissione del paziente pediatrico nei diversi livelli di intensità di cura
- Identifica il livello di complessità assistenziale alla dimissione e trasferimento del pz. pediatrico
- Valuta con l'equipe i dilemmi etici correlati a specifiche situazioni assistenziali e contribuisce alla definizioni dei comportamenti da assumere richiamandosi ai principi etici, ai valori ed alla deontologia professionale.

2) Progettazione e organizzazione clinico assistenziale

- Definisce, con l'equipe multiprofessionale integrata tra ospedale e territorio, il percorso clinico assistenziale del paziente pediatrico e della famiglia
- Definisce le modalità di monitoraggio per garantire la continuità del percorso e del processo assistenziale in ambito pediatrico
- Progetta il percorso di monitoraggio degli indicatori di rischio specifico per l'assistito nel percorso pediatrico
- Progetta interventi personalizzati di informazione ed educazione al paziente pediatrico con problemi complessi e alle famiglie

- Progetta in collaborazione con équipe multidisciplinari e associazioni di assistiti programmi di autogestione delle malattie e di educazione terapeutica a categorie di assistiti e loro persone di riferimento
- Progetta, sulla base dei livelli di complessità assistenziale, sistemi e strategie per l'appropriata presa in carico del paziente pediatrico
- Collabora alla distribuzione delle risorse umane e materiali nelle aree di degenza in relazione alla complessità e al fabbisogno assistenziale e alla tipologia di competenze richieste
- Progetta il sistema informativo per i reporting dei risultati dell'attività assistenziale in ambito pediatrico
- Pianifica, le migliori strategie da adottare per elevare la qualità e la sicurezza del paziente pediatrico
- Progetta piani di miglioramento per la prevenzione di eventi avversi
- Elabora, in collaborazione con altri professionisti, progetti di miglioramento della qualità assistenziale
- Organizza la dimissione del paziente pediatrico con elevata complessità
- Pianifica e gestisce il percorso di follow-up del paziente pediatrico con dimissione difficile.

3) Realizzazione coordinata di interventi

- Facilita la presa in carico del paziente pediatrico con bisogni complessi
- Orienta la famiglia del paziente pediatrico verso un appropriato utilizzo dei servizi sanitari e socio-sanitari
- Prescrive i presidi medico chirurgici, sanitari e gli ausili correlati all'assistenza pediatrica
- Utilizza ed orienta all' uso appropriato dei presidi medico chirurgici, sanitari, degli ausili e della tecnologia correlata alla realizzazione del processo assistenziale
- Orienta e supervisiona il processo di assistenza nei pazienti complessi
- Effettua prestazioni assistenziali che richiedono competenze specialistiche anche di tipo tecnico operativo
- Facilita l'introduzione di linee guida, di nuove tecnologie e nuove procedure assistenziali
- Realizza interventi di addestramento, supervisione e verifica conseguenti all'introduzione di nuove tecnologie
- Attua il processo di segnalazione degli eventi avversi in ambito pediatrico
- Realizza piani di educazione terapeutica rivolti ai pazienti pediatrici con problemi complessi e alle loro famiglie
- Collabora con l'équipe multidisciplinare nella attuazione di processi di comunicazione difficile in ambito pediatrico

- Supporta ed effettua gli interventi infermieristici correlati a bisogni complessi
- Attiva consulenze e servizi necessari alla valutazione dei pazienti pediatrici con elevata complessità assistenziale
- Orienta l'équipe nell'applicazione di strategie comunicative adattate al grado di responsività del paziente pediatrico e della famiglia
- Supporta gli interventi clinico-assistenziali programmati in situazioni ad alta complessità
- Collabora con l'équipe multidisciplinare nella attuazione di processi di comunicazione difficile.
- Supporta gli interventi assistenziali sui pazienti pediatrici che richiedono competenze specialistiche anche di tipo tecnico operativo
- Realizza piani di educazione terapeutica rivolti ai pazienti pediatrici con bisogni complessi in fase di dimissione e loro famiglie
- Effettua e collabora all'effettuazione di prestazioni connesse all'atto chirurgico e al processo anestesiológico ed analgesico
- Gestisce, ed orienta all'utilizzo di presidi medico chirurgici, sanitari, ausili e tecnologie, anche vicarianti le funzioni vitali, correlate all'atto chirurgico e al processo anestesiológico ed analgesico
- Supporta l'équipe multi professionale nella realizzazione dell'assistenza al paziente pediatrico che richiede monitoraggio avanzato delle funzioni vitali.

4) Valutazione clinico assistenziale

- Valuta l'assistenza infermieristica effettuata, utilizzando indicatori di efficacia ed efficienza, di struttura, processo ed esito
- Valuta e documenta l'efficacia e l'appropriatezza di utilizzo dei presidi medico chirurgici, sanitari e degli ausili prescritti
- Valuta e documenta gli esiti dei trattamenti assistenziali rivolti a specifici gruppi di pazienti pediatrici
- Valuta in collaborazione con l'équipe multiprofessionale, il raggiungimento degli obiettivi della struttura di riferimento
- Valuta, in collaborazione con l'équipe multiprofessionale, l'aderenza dei percorsi clinico assistenziali a standard definiti
- Valuta l'aderenza alle linee guida, procedure e protocolli adottati in ambito pediatrico
- Valuta l'attuazione dei piani di miglioramento inerenti la gestione degli eventi in ambito pediatrico
- Valuta i risultati degli interventi educativi attuati per pazienti pediatrici con problemi complessi e le famiglie
- Valuta i risultati del percorso assistenziale attuato in favore del paziente pediatrico con elevata complessità

- Conduce le attività di auditing.

5) Formazione, consulenza e ricerca

- Effettua consulenza su casistica, processi e percorsi ad elevata complessità assistenziale
- Progetta in autonomia e in collaborazione studi di ricerca in ambito pediatrico
- Effettua attività di docenza programmazione e supervisione del tutorato di studenti e personale neoassunto e neo inserito
- Aggiorna ed innova le sue competenze.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Klyman Y, Kouppari N, Mukhier M. World disasters report 2007: Focus on discrimination. Geneva: International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. 2007.
- 2) INCMCE Competency Committee. Educational Competencies for Registered Nurses
- 3) Responding to Mass Casualty Incidents. International Nursing Coalition for Mass Casualty Education (INCMCE), Agosto 2003. Accessibile all'indirizzo <http://www.aacn.nche.edu/leading-initiatives/education-resources/INCMCECompetencies.pdf> (ultimo accesso 15 Ottobre 2012).
- 4) Birnbaum M. L. Disaster medicine: status, roles, responsibilities, and needs. *Prehospital and Disaster Medicine*;17 (3) September 2002, pp 117-118.
- 5) Asian Development Bank, Japan Bank for International Cooperation and the World Bank. *Connecting East Asia: A New Framework for Infrastructure*, The International Bank for Reconstruction and Development, 2005.
- 6) Scheuren JM, le Polain de Waroux O, Below R, Guha-Sapir D. Annual disaster statistical review: The numbers and trends, 2007. Centre for Research on the Epidemiology of Disasters, 2008. Accessibile all'indirizzo http://www.cred.be/sites/default/files/ADSR_2007.pdf (ultimo accesso 15 Ottobre 2012).
- 7) Smelzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. *Brunner-Suddarth Infermieristica Medico-Chirurgica*, Vol.2, quarta edizione, Milano, Casa Editrice Ambrosiana, 2010.
- 8) Wisner B, Adams J., *Environmental health in emergencies and disasters: a practical guide*. Pubblicato da World Health Organization, 2002. Accessibile all'indirizzo http://www.who.int/water_sanitation_health/hygiene/emergencies/em2002intro.pdf (ultimo accesso 16 Ottobre 2012).
- 9) Federal Emergency Management Association. *State and local guide (SLG) 101: Guide for all-hazard emergency operations planning*. 1996. Accessibile all'indirizzo <http://www.fema.gov/pdf/plan/slg101.pdf>, (ultimo accesso 15 Ottobre 2012).
- 10) AA.VV. *ICN Framework of Disaster Nursing Competencies*. World Health Organization and International Council of Nurses, 2009
- 11) Davies K, Moran L. Nurses need advanced skills in disaster health care, *British Journal of Nursing*. 2005; 14(4): 190.
- 12) Gebbie K, Qureshi K. Emergency and disaster preparedness: core competencies for nurses. *American Journal of Nursing*. 2002; 102(1): 46–51.
- 13) Jennings-Sanders A, Frisch N, Wing S. Nursing students' perceptions about disaster nursing. *Disaster Management and Response*. 2005; 3(3):80–85.
- 14) Jakeway CC, LaRosa G, Cary A, Schoenfisch S. The role of public health nurses in emergency preparedness and response: a position paper of the association of state and territorial directors of nursing. *Public Health Nursing*. 2008; Vol. 25(4):353–361.
- 15) AA.VV. *United Nations Documents Related to Disaster Reduction, 2003-2005*. International Strategy for Disaster Reduction. 2006. Accessibile all'indirizzo [http://www.unisdr.org/files/3622_UNdocs3\[1\].pdf](http://www.unisdr.org/files/3622_UNdocs3[1].pdf) (ultimo accesso 22 Ottobre 2012).
- 16) Tavolo di lavoro Regioni-Ministero. *Bozza documento Evoluzione delle competenze infermieristiche: aree di competenza-responsabilità nei nuovi scenari sanitari e socio sanitari*. Aprile 2012.

- 17) Cox E., Briggs S.. Disaster nursing: new frontiers for critical care. *Critical Care Nurse*. 2004; 24(3):16–22.
- 18) Levine A.C., Becker J., Lippert S., Rosborough S, Arnold K... International Emergency Medicine: a review of the literature from 2007. *Academic Emergency Medicine*. 2008; 15(9).
- 19) Yin H., He H., Arbon P., Zhu J.. A survey of the practice of nurses' skills in Wenchuan earthquake disaster sites: implications for disaster training. *Journal of Advanced Nursing*. 2011; 67(10):2231–2238.
- 20) Stanley J. M.. Disaster competency development and integration in nursing education. *The Nursing clinics of North America*. 2005; 40(3):453-467.
- 21) Jorgensen A.M., Mendoza G.J., Henderson J.L.. Emergency preparedness and disaster response core competency set for perinatal and neonatal nurses. *Journal of obstetric, gynecologic and neonatal nursing*. 2010; 39:450-467.
- 22) Davies K., Moran L.. Nurses need advanced skills in disaster health care. *British Journal of Nursing*. 2005; 14(4):190.
- 23) Veenema T.. Essentials of disaster planning. *Disaster nursing and emergency preparedness for chemical, biological, and radiological terrorism and other hazards*, New York, Springer Publishing Company, 2007.
- 24) Gebbie K.M., Qureshi K.. Emergency and Disaster Preparedness: Core Competencies for Nurses. *The American Journal of Nursing*. 2002; 102(1):46-51.
- 25) D'Alessandro D., Fizzano M.R., Barletta C., Pietrantonio F.. State of emergency plans for massive influx of injured (PEMAF) in Italian hospitals: pilot study. *Annali di igiene: medicina preventiva e di comunità*. 2012; 24(3):229-239.
- 26) National Nursing Committee sub group. Develop nursing students' disaster competency by working with the American Red Cross. 2004. Accessibile all'indirizzo <http://www.westga.edu/~vickir/Healthcare/HC10%20Identity/Link%205%20--%20ARC%20Nursing%20Student%20Disaster%20Competency%20PDF.pdf> (ultimo accesso 10 Ottobre 2012)
- 27) Chan S.S.S. et al. Development and evaluation of an undergraduate training course for developing international council of nurses disaster nursing competencies in China. *Journal of Nursing Scholarship*. 2010; 42(4):405–413.
- 28) Weiner E. E. et al. Supporting the integration of technology into contemporary nursing education. 2008; 43(4):497-506.
- 29) Weiner E., Irwin M., Trangenstein P., Gordon J.. Emergency preparedness curriculum in nursing schools in the United States. *Nursing Education Perspectives*. 2005; 26(6):334-339.
- 30) World Health Organization e International Council of Nurses. ICN Framework of Disaster Nursing Competencies. 2009.
- 31) Shoaf K.I., Rottman S.J.. The role of public health in disaster preparedness, mitigation, response, and recovery. *Prehospital Disaster Medicine*. 2000; 15(4):144-6
- 32) Gebbie K.M., Qureshi K.. Emergency and Disaster Preparedness: Core Competencies for Nurses. *The American Journal of Nursing*. 2002; 102(1):46-51.
- 33) Jakeway C.C., LaRosa G., Cary A., Schoenfisch S.. The Role of Public Health Nurses in Emergency Preparedness and Response: A Position Paper of the Association of State and Territorial Directors of Nursing. *Public Health Nursing*. 2008; 25(4):353-361.
- 34) Jorgensen A.M., Mendoza G.J., Henderson J.L.. Emergency Preparedness and Disaster Response Core Competency Set for Perinatal and Neonatal Nurses. *JOGGN*. 2010; 39:450-467.
- 35) Chiu M., Polivka B.J., Stanley S.A.R.. Evaluation of a disaster-surge training for public health nurses. *Public Health Nursing*. 2011; 29(2):136–142.
- 36) Warfield C.. The Disaster management cycle. *Disaster Mitigation and Management*. Accessibile all'indirizzo http://www.gdrc.org/uem/disasters/1-dm_cycle.html (ultimo accesso 17 Ottobre 2012).

- 37) International Strategy for Disaster Reduction. Terminology: Basic terms of disaster risk reduction. 2004. Accessibile all'indirizzo <http://www.unisdr.org/eng/library/libterminology-eng%20home.html> (ultimo accesso 15 Ottobre 2012).
- 38) Stanley J. et al. Educational competencies for registered nurses responding to mass casualty incidents, NEPEC Competency Committee. 2003. Accessibile all'indirizzo www.incmce.org/competenciespage.html (ultimo accesso 15 Ottobre 2012).
- 39) Jakeway C.C. , LaRosa G., Cary A., Schoenfisch S. The role of public health nurses in emergency preparedness and response: a position paper of the association of state and territorial directors of nursing. *Public Health Nursing*. 2008; 25(4):353–361.
- 40) World Health Organization e International Council of Nurses. ICN Framework of Disaster Nursing Competencies. 2009.
- 41) Chiu M., Polivka B.J., Stanley S.A.R.. Evaluation of a disaster-surge training for public health nurses. *Public Health Nursing*. 2011; 29(2):136–142.
- 42) <http://www.fema.gov/plan-prepare-mitigate>, ultimo accesso 15/10/2012.
- 43) Jose M.M.. Cultural, ethical, and spiritual competencies of health care providers responding to a catastrophic event. *Critical Care Nursing Clinics of North America*. 2010; 22(4):455-64.
- 44) Education Committee of the Association of Community Health Nurse Educator. Essentials of baccalaureate nursing education for entry-level community/ public health nursing. *Public Health Nursing*. 2010; 27(4):371-382.
- 45) Leininger M., McFarland M.R.. *Infermieristica transculturale: concetti, teorie, ricerca e pratica*, Milano, Casa Editrice Ambrosiana, 2004.
- 46) Deeny P. D., Davies K., Gillespie M., Spencer W.. *Disaster nursing and emergency preparedness for chemical, biological and radiological terrorism and other hazards: Global issues in disaster relief nursing*, New York, Springer Publishing Company, 2007.
- 47) Alligood M.R., Tomey A.M.. *La teoria del nursing: utilizzazione e applicazione*, terza edizione, Milano, Mc Graw Hill, 2007.
- 48) Spector R.E.. *Cultural diversity in health and illness*, sesta edizione, New Jersey, Prentice-Hall, 2004.
- 49) National Nursing Committee sub group, , Develop nursing students' disaster competency by working with the American Red Cross. 2004. Accessibile all'indirizzo <http://www.westga.edu/~vickir/Healthcare/HC10%20Identity/Link%205%20--%20ARC%20Nursing%20Student%20Disaster%20Competency%20PDF.pdf> (ultimo accesso 10 Ottobre 2012).
- 50) Giger J.N., Davidhizar R.E.. *Transcultural nursing: assessment and intervention*, quarta edizione, sant Louis, C.V.Mosby, 2004.