



Università degli Studi di Padova
Scuola di Medicina e Chirurgia
Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea

L’Infermiere militare: Competenze professionali in patria ed in scenari operativi all’estero. Confronto con l’Infermiere in ambito civile.

Relatore: Dottor Marcon Luigi

Laureando: Moretta Paolo

Matr. 1004820

Anno Accademico 2014-2015

INDICE

➤ **INTRODUZIONE.**

CAPITOLO 1 : FORMAZIONE PROFESSIONALE E IMPEGGO OPERATIVO

1.1 FORMAZIONE DEL SOTTUFFICIALE INFERMIERE.....pag. 1

1.2 OPERAZIONI MILITARI VIGENTI.....pag. 2

1.3 CONFRONTO TRA LE FIGURE INFEMIERISTICHE MILITARI E CIVILI
NELL'IMPIEGO PROFESSIONALE POST-LAUREA.....pag. 3

CAPITOLO 2 : ORGANIZZAZIONE SANITARIA NELLE MAXIEMERGENZE

2.1 DESCRIZIONE DEGLI OSPEDALI DA CAMPO MILITARE.....pag. 5

2.2 DESCRIZIONE DEI DIFFERENTI LIVELLI ASSISTENZIALI IN TEATRO
OPERATIVO ESTERO.....pag. 7

2.3 ORGANIZZAZIONE IN AMBITO CIVILE DELLE MAXIEMERGENZE E
CONFRONTO CON L'AMBITO MILITARE.....pag. 9

**CAPITOLO 3: COMPETENZE PROFESSIONALI A CONFRONTO NELLE
MAXIEMERGENZE.....pag. 15**

CONCLUSIONE.....pag. 21

➤ **BIBLIOGRAFIA.**

INTRODUZIONE

Il radicale mutamento del contesto strategico internazionale ha determinato negli ultimi anni profondi cambiamenti nelle strutture, nelle capacità e nelle dottrine d'impiego militari. In tale contesto, le operazioni di risposta alle crisi (*Crisis Response Operations - CRO*) dal punto di vista sanitario sono volte principalmente alla tutela sanitaria del personale impegnato nel teatro operativo ed in particolare dei feriti e dei caduti in missione, a seguito di attentati di matrice terroristica o di operazioni militari.

La sanità militare nelle operazioni “fuori area” è volta principalmente alla tutela sanitaria del personale impegnato nel teatro operativo estero ed in particolare dei feriti e dei caduti in missione, a seguito di attentati di matrice terroristica o di operazioni militari. Gli aspetti medico legali non sono trattati sotto un profilo meramente giurisprudenziale, ma i contenuti si esplicitano contestualmente al tema centrale: le attività e le responsabilità dell'infermiere in missione di pace.

In particolar modo il personale “*combat*” deve acquisire conoscenze e capacità manuali in manovre salvavita, così come il personale, che costituirà il sostegno sanitario di aderenza dell'unità (sottufficiali infermieri, medici e aiutanti di sanità), non deve limitarsi ad eseguire le procedure e le tecniche della medicina d'urgenza preospedaliera in ambiente ostile e non permissivo, ma deve anche conseguire una preparazione di base, di tipo tattico – operativo, per potersi muovere con sufficiente sicurezza ed autonomia al seguito della propria unità, senza costituire impedimento o ritardo all'azione tattica.

CAPITOLO 1

1.1 Formazione del Sottufficiale Infermiere.

La sanità militare ha una propria formazione tecnico militare e professionale: l'iter formativo è specifico a seconda della categoria cui il personale militare appartiene. I sottufficiali, nella fattispecie, provengono dall'Accademia Sottufficiali dell'Esercito di Viterbo in cui accedono previo concorso. In questa scuola acquisiscono, oltre ad una preparazione tecnico-pratica sulle materie militari, la laurea in Scienze Organizzative e Gestionali che si consegue dopo una frequenza di tre anni presso la Scuola di Sottufficiali di Viterbo. Al termine del primo iter formativo, sono inviati presso la Scuola di Sanità e Veterinaria per il successivo corso triennale di conseguimento della Laurea in Infermieristica presso l'università Tor Vergata di Roma. Dopo i suddetti cicli formativi vengono indirizzati principalmente negli ospedali militari ed in misura ridotta presso le infermerie di enti/distaccamenti/reparti. Oltre ad attenersi con disciplina e onore a tutti i doveri di carattere militare, l'Infermiere collabora con i diversi operatori sanitari e con l'Ufficiale Medico per organizzare la specifica attività, nel quadro della tutela globale della salute all'interno della propria forza armata. Il Sottufficiale Infermiere è al servizio della nazione nelle emergenze sanitarie, di protezione civile ed al servizio della comunità internazionale nel quadro delle operazioni umanitarie e di pace. Il Ministero della Difesa ha alle proprie dipendenze una complessa rete di strutture sanitarie, che va dagli ospedali militari ai poliambulatori, dai Centri Trasfusionali e Banche del Sangue a quelli di Medicina Legale, dagli ospedali da campo alle Navi-ospedali e Aeromobili di pronto soccorso, ambulanze ecc.; pertanto il sottufficiale Infermiere può operare nell'ambito delle predette realtà. L'Infermiere militare deve agire nell'ambito del proprio impiego, nel rispetto di piani di attività e di lavoro legati allo status di militare, quindi nel rispetto di percorsi assistenziali, linee guida, protocolli e procedure legati invece allo status dell'Infermiere.

Conseguire il titolo di infermiere nelle Forze Armate rappresenta l'acquisizione di un attributo di particolare prestigio e livello tecnico-culturale, tant'è che a tale professionista viene chiesto di operare e di agire in un contesto che sempre più spesso richiede capacità di

gestione e di controllo con l'obiettivo di rispondere in modo sempre più efficace ed efficiente alla domanda in continua crescita di prestazioni sanitarie di qualità. Inoltre, sia per il suo bagaglio culturale che per incarichi abbinati all'impiego, al maresciallo sono richieste oltre alle predette competenze tecnico-specialistiche, capacità comportamentali e relazionali, concettuali e perché no anche quelle manageriali e di leadership per avvalersi dell'opera di personale dipendente e/o di supporto.

1.2 Operazioni militari vigenti.

Tra le principali operazioni militari vigenti, ci sono le operazioni di sostegno alla pace (*Peace Support Operation- PSO*) comunemente definite operazioni di tipo multifunzionale condotte in aderenza al principio di imparzialità ed in ottemperanza ad un mandato stabilito, di norma, da un organizzazione internazionale. Esse vedono impiegate forze militari, rappresentanti diplomatici ed organizzazioni umanitarie e sono finalizzate a raggiungere una soluzione politica stabile a lungo termine o altre condizioni specificate nel mandato. In queste tipo di operazioni sono presenti azioni di Mantenimento della Pace (*Peace Keeping*) e azioni di Imposizione della Pace (*Peace Enforcement*), sotto l'organo direttivo dell'ONU(Organizzazione delle Nazioni Unite) e attualmente operanti in Libano, ove le operazioni di supporto sanitario sono in diminuzione dal 2009 con una stima annua di feriti tra la popolazione locale, del 22% a dispetto di percentuali nettamente superiori dagli anni 2000 al 2009. Altra tipologia di operazione militare sotto diretto controllo della NATO è rappresentata dalla Prevenzione dei conflitti, comprendente una vasta gamma di attività finalizzate a prevenire l'insorgere di conflitti. Tali attività spaziano dalle iniziative diplomatiche allo spiegamento preventivo di forze, al fine di impedire che controversie locali possono espandersi ed evolvere in confronti armati. Tra le fila di questa tipologia di azione militare, troviamo la “Resolute Support – Afghanistan”, incentrata sull'addestramento consulenza e assistenza in favore delle forze armate e istituzioni afgane ed è finalizzata a migliorarne la funzionalità e la loro capacità di autosostenersi. Di sicuro il più “problematico” dal punto di vista dell'assistenza sanitaria, tra i vari teatri

operativi, dove vede impiegato un alto numero di personale sanitario addestrato ad agire sotto fuoco nemico e dove senza dubbio il sottufficiale infermiere opera come “First Ambulance Commander”, come figura professionale responsabile del “First Responder Team” cioè l’equipaggio della prima ambulanza che arriva sulla scena.

1.3 Confronto tra le figure infermieristiche militari e civili nell’impiego professionale post-laurea.

Per un confronto reale tra la figura professionale dell’Infermiere militare e dell’Infermiere civile, bisogna prendere come riferimento il D.M. 739 del 14.09.1994 ovvero il “Regolamento concernente l’individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell’Infermiere”, punto in comune tra le due figure professionali, ma che sottolinea un diverso impiego professionale in seguito al periodo di formazione.

Secondo il comma 3 lettera e, *“l’Infermiere svolge la sua attività professionale in strutture sanitarie pubbliche o private, nel territorio e nell’assistenza domiciliare, in regime di dipendenza o libero professionista”*, si evince che, seppur avendo lo stesso profilo regolamentato per legge, l’impiego in ambito lavorativo in seguito alla formazione universitaria, è differente tra le due figure professionali infermieristiche, di fatti, l’Infermiere militare può operare solo in ambito militare, ovvero in ospedali militari in patria o in infermerie di distaccamenti/enti/reparti, e in teatri operativi all’estero all’interno di ospedali da campo. Quanto appena detto viene inoltre sancito con una circolare emanata dalla **Direzione Generale del personale militare, circolare n. 013/0004870 del 31/03/2011**, attraverso la quale si stabilisce che l’obbligo di iscrizione alla Federazione IPASVI non è da ritenersi obbligatoria. La circolare, trasmessa allo Stato maggiore Esercito ed all’Ispettorato di sanità della marina militare, diramata a tutti i comandi e ai loro enti militari dipendenti, con l’effetto che gli Infermieri militari non si sono mai iscritti alla Federazione. In base a quanto appena descritto, confrontando le due figure

infermieristiche si può dire che pur esistendo status diversi, non esistono diversità nella prestazioni professionali che essi sono chiamati a compiere. Tuttavia, proprio in virtù del suo particolare status, all'Infermiere militare viene chiesto "qualche cosa in più": oltre a possedere gli stessi requisiti, gli stessi titoli ed aver percorso lo stesso iter formativo, deve infatti avere anche i requisiti psico-attitudinali richiesti per l'idoneità al servizio militare incondizionato nonché la specifica formazione militare di base prevista. Nell'impiego in reparto (caserma) operativo, l'Infermiere militare svolge funzioni sanitarie definite di aderenza, ossia tutte quelle attività sanitarie necessarie affinché il personale militare possa essere in salute prima, durante e dopo lo svolgimento delle attività Operative in Patria o all'Estero sia in tempo di pace che di guerra.

CAPITOLO 2

2.1 Descrizione degli ospedali da campo militari: struttura e funzioni.

In scenari di crisi dove la rapidità degli interventi è importante e il soccorso e l'assistenza sanitaria hanno un ruolo primario, gli ospedali allestiti tempestivamente, per queste esigenze, sono definiti "campali" e devono possedere due importanti requisiti: rapidità di allestimento ed impiego e struttura logistica efficiente quale presupposto dell'efficienza e della qualità di tali interventi.

L'ospedale da campo è quindi la struttura deputata al soccorso e alla cura dei malati acuti ed al ricovero di quelli gravi, dove, in particolari situazioni, non esistono o risultano inadeguate le strutture sanitarie fisse. E' una struttura che offre la possibilità di effettuare interventi chirurgici d'urgenza, assistenza intensiva protratta per più ore e degenza in osservazione clinica. Sono sinonimi di Centro Medico di Evacuazione : strutture di trattamento sanitario delle vittime che in genere viene attivato in caso di catastrofi coinvolgenti un territorio particolarmente esteso.

La NATO ha stabilito il ruolo e le caratteristiche che devono avere i cosiddetti livelli di cura (ROLE/ECHOLON) al fine di avere una uniforme distribuzione di uomini e mezzi sanitari nelle Forze Armate del Patto Atlantico. I livelli di cura vengono così suddivisi:

1. **ROLE 1** : soccorso immediato, raccolta e trattamento. Il personale sanitario coinvolto in questa tipologia assistenziale, e quindi soprattutto l'infermiere militare, ha il compito di provvedere al triage, alle misure salvavita e di primo soccorso, alla prevenzione delle lesioni che sono connesse all'operazione bellica, alla raccolta e alla gestione dell'evacuazione dei feriti.
2. **ROLE 2** : Normalmente allocato in organizzazione militare superiore (Battaglione) in cui si provvede principalmente a ricevere i feriti dal **ROLE 1**, si effettuano cure e trattamenti ai feriti che devono essere evacuati, le attività assistenziali sui feriti critici, la chirurgia d'urgenza e i trattamenti per il successivo invio al livello superiore **ROLE 3**.
3. **ROLE 3**: Ricezione dei feriti evacuati dai livelli 1 e 2, somministrazione ai feriti delle terapie salvavita nel più breve tempo possibile non più tardi delle sei ore. Si effettuano attività di stabilizzazione e rianimazioni dei feriti gravi che per motivi strategici non possono essere evacuati al livello assistenziale superiore; stabilizzazione dei feriti

gravi al fine di renderli idonei per l'evacuazione a livello superiore ROLE 4. Include capacità addizionali comprese risorse diagnostiche specialistiche, capacità chirurgiche e mediche specialistiche, medicina preventiva e teams per il trattamento ed il ricovero di quei pazienti che possono ricevere un trattamento completo e ritornare alle loro attività entro la politica di sgombero stabilita per il teatro delle operazioni.

4. ROLE 4: si forniscono le cure definitive di pazienti il cui trattamento richiede tempi maggiori di quelli previsti dalla politica di sgombero in teatro o per i quali le capacità normalmente presenti nel ROLE 3 siano inadeguate. In questo livello vengono assicurati trattamenti specialistici medici e chirurgici, la ricostruzione, la riabilitazione e la convalescenza. Attualmente, per l'esercito, la funzione del ROLE 4 è assicurata dal Policlinico militare "Celio" di Roma.

Deve tener conto anche delle caratteristiche dell'area sulla quale viene ubicato a svolgere al meglio l'attività sanitaria d'urgenza, salvaguardando l'incolumità degli operatori e degli assistiti. La struttura deve facilitare e razionalizzare l'attività d'urgenza e non ostacolare l'uso funzionale e adeguato di tutte le risorse. Queste motivazioni obbligano alla scelta di una tipologia edilizia a monoblocco orizzontale per ridurre il dispendio di mezzi e delle risorse umane.

Un ospedale campale, pertanto, sarà strutturato tenendo conto dell'urgenza e del tempo a disposizione per l'allestimento, da elementi prefabbricati modulari, a tenda pneumatica o tradizionali, raccordati tra loro ma comunque in un unico corpo. L'Esercito Italiano possiede queste strutture appena descritte, ed è in grado di allestire un ospedale campale in tempi brevi e comprendente di :

- Sala operatoria;
- Terapia intensiva;
- Radiologia;
- Pronto soccorso;
- Ortopedia;
- Chirurgia;
- Medicina;
- Degenza;
- Farmacia;
- Laboratorio Analisi;

- Infettivi;
- Servizi igienici campali.

L'autonomia logistica deve essere assoluta ed il suo mantenimento a livelli sempre accettabili comporta un'attenta pianificazione delle attività logistiche, soprattutto quelle inerenti al ricovero, la cura e la disponibilità di farmaci ed attrezzature sanitarie, sulla base di una corretta ed approfondita ricognizione preventiva della zona di operazione.

Problematiche legate ai fattori ambientali hanno portato allo sviluppo di nuove strutture tecnologiche tutt'ora impiegati a pieno in tutte le operazioni estere : gli "Shelter".

Le caratteristiche degli Shelter sono le seguenti:

- Elevato grado di mobilità e rapidità d'impiego;
- Autosufficienza sanitaria, dotato di un completo strumentario chirurgico pluri-specialistico e di apparecchiature per rianimazione e per diagnosi radiografica intra-operatoria;
- Autosufficienza logistica, impianti autonomi di produzione di energia elettrica e di ossigeno per le esigenze operatorie e di terapia intensiva;
- Climatizzazione ad aria condizionata sterile e a pressione positiva, con facilità di trasporto, autonomia energetica, massima funzionalità ed efficienza delle apparecchiature, perfetta conservazione dei farmaci e dei reattivi di laboratorio, anche durante le fasi di trasferimento dell'unità in zona operativa.

2.2 Descrizione dei differenti livelli assistenziali in teatro operativo estero.

Il compito primario dei *teams* sanitari impiegati in teatro operativo estero è quello di assicurare una minor perdita di combattenti; è evidente che per superare il contrasto tra esigenze belliche e quelle terapeutiche, è necessario pianificare e programmare tali necessità in modo che i *teams* siano addestrati ad una estrema duttilità, per poter portare immediatamente soccorso, smistare, sgomberare, curare e recuperare in modo completo e precoce i feriti e i traumatizzati. Il trattamento dei feriti sul campo di battaglia è identico a quello effettuato nella quotidianità degli ospedali civili, anche se il fattore "fuoco nemico" modifica i tempi, i luoghi, le modalità, le strutture ed i mezzi di applicazione.

La NATO è costantemente impegnata a studiare e a pianificare le esigenze sanitarie nei conflitti armati, a calcolare le perdite di uomini che si possono avere con relativi calcoli percentuali in localizzazione delle lesioni prevedibili.

In operazioni fuori area, i feriti possono essere suddivisi in base alle esigenze assistenziali in 4 macro aree:

- Gruppo 1: feriti che necessitano di cure urgenti ed immediate (terapia rianimatoria e/o salvavita);
- Gruppo 2: feriti che necessitano di terapie chirurgiche importanti e prolungate che possono essere differite senza peggiorare la prognosi. Vengono somministrate solo terapie di sostegno necessarie a minimizzare gli effetti del rinvio del trattamento chirurgico. Interventi richiesti entro 4-6 ore;
- Gruppo 3: feriti relativamente “leggeri” che possono medicarsi con il kit personale di sopravvivenza, o essere soccorsi anche dal personale non sanitario (soccorritori militari);
- Gruppo 4: sono raggruppati tutti quei feriti che presentano ferite multiple e gravi, che anche con l’ausilio di terapie lunghe e complesse avrebbero poche possibilità di sopravvivenza.

Il dispositivo del sostegno sanitario dovrà rispondere a caratteristiche di responsività, continuità e flessibilità. La responsività è definita come la capacità del dispositivo di fornire il sostegno sanitario adeguato nel momento giusto e nel posto giusto. Si basa sulla capacità di prevedere le esigenze sanitarie in aderenza a quelle operative. In particolare, si dovrà:

- Identificare e predisporre gli assetti necessari allo svolgimento delle attività sanitarie, incrementandone, se necessario, la mobilità e la rapidità di dispiegamento sul territorio;
- Prevedere la disponibilità di proiettare, a ridosso delle unità di manovra, personale e strutture sanitarie di dimensioni ridotte ma, comunque, capaci di prestazioni di elevato livello.

La continuità è legata strettamente alla responsività. Il trattamento dei feriti è conseguito garantendo il trattamento dal momento del ferimento fino al ripristino dell’efficienza psico-fisica. Un’interruzione dell’assistenza è gravata da un aumento della mortalità e della morbilità.

La flessibilità è la caratteristica che consente al dispositivo di poter essere modificato ed adeguato, per rispondere efficacemente ai cambiamenti della situazione operativa.

Le attività sanitarie sono costituite dal complesso delle azioni svolte dagli organi sanitari e hanno come obiettivo l'efficienza psico-fisica del personale. Tale efficienza si persegue tramite:

- la prevenzione;
- il soccorso immediato;
- lo sgombero;
- lo smistamento;
- il trattamento.

2.3 Organizzazione in ambito civile delle Maxiemergenze e confronto con l'ambito militare.

Convenzionalmente si definisce catastrofe o maxiemergenza un avvenimento dannoso per la collettività coinvolta, che sconvolge l'ordine preconstituito e determina uno squilibrio tra i bisogni delle vittime e le risorse prontamente disponibili per far fronte alla necessità di soccorso.

Le maxiemergenze possono essere classificate in base a determinate caratteristiche:

- Fattori scatenanti: Naturali (fenomeni geologici, eventi meteorologici, idrogeologici);

Tecnologiche (incidenti industriali, incidenti inerenti ai trasporti di massa, ecc.);

Conflittuali e sociologiche (guerre, terrorismo, sommosse politiche);

- Entità dei danni: Semplici o Complessi;
- Numero delle vittime: Limitate (<100); Medie (tra 100 e 1000); Maggiori (>1000).
- In base al protrarsi nel tempo dei soccorsi: Eventi immediati (maxi incidente stradale, attentato ecc.); Eventi protratti nel tempo (alluvione, terremoto).

Di qualsiasi tipo esse siano, le maxiemergenze sono contraddistinte dalla carenza di informazioni e dalla presenza di rischi per gli operatori stessi, oltre che dalla necessità di raccogliere, classificare e smistare i feriti, ospedalizzandoli in modo mirato e con un impiego ottimale delle risorse disponibili. Per far fronte a questa tipologia complessa di emergenza, ovviamente si rende necessaria un'accurata programmazione che identifica i compiti e le modalità d'intervento per ciascuna delle diverse componenti della catena dei soccorsi :

1. Quella sanitaria (costituita da personale del servizio di emergenza extraospedaliera 118 e degli Enti di Soccorso);
2. Quella tecnica (vigili del Fuoco e gruppi locali di Protezione Civile);
3. Quella costituita dalle forze dell'Ordine.

La centrale operativa del 118 ha il compito di integrare la componente sanitaria dei soccorsi in un contesto più ampio, dove sono rappresentati tutti gli enti istituzionali coinvolti nell'attività di protezione civile, formulando e rendendo operativi piani di intervento finalizzati alla gestione di eventi calamitosi nell'abito del proprio territorio. Al verificarsi dell'evento calamitoso, per prima cosa gli operatori della C.O. 118 definiscono la criticità e la dimensione del problema in base alle notizie telefoniche ed al loro controllo incrociato con le Centrali Operative degli altri enti istituzionali di soccorso. (invece l'Infermiere militare dal campo di "battaglia" da notizie sulle condizioni). Quindi provvedono immediatamente all'invio delle équipe di soccorso più vicine alla zona della catastrofe che sono istruite per applicare in loco specifiche procedure, differenziate per tipologia mezzi di soccorso di base, di soccorso intermedio o avanzato del primo intervento. Applicano contemporaneamente un apposito protocollo organizzativo interno che prevede l'istituzione di una vera e propria Centrale nella Centrale operativa, con uno o più operatori, integrati da personale reperibile, che attivano una o più postazioni straordinarie per il coordinamento degli eventi.

La fase iniziale di attivazione dei soccorsi nello scenario di evento catastrofico è dominata da comprensibile confusione e dalla reazione emotiva delle vittime.

La seconda fase, quella del soccorso organizzato, la cui tempestività è in rapporto all'efficienza e alla prontezza operativa delle strutture, dei mezzi e degli operatori coinvolti, oltre che alle dimensioni dell'evento, deve seguire un percorso ben definito, contraddistinto da specifiche procedure:

- La ricognizione, effettuata generalmente dall'alto, con l'elicottero, che offre una prima visione di insieme dell'evento;
- La settorializzazione, che consta nella suddivisione dell'area dei soccorsi in settori suddivisi a loro volta in sottosectori al fine di razionalizzare al meglio le risorse disponibili evitando di lasciare scoperte alcune zone;
- L'integrazione tra la componente sanitaria dei soccorsi e quella tecnica, con l'istituzione di un posto di comando avanzato, dove creare un coordinamento efficace;
- Il recupero e la raccolta delle vittime, che costituisce il risultato finale delle fasi precedenti.

Vi è poi anche l'istituzione di un posto medico avanzato (P.M.A.) dove si concentra l'attività degli operatori dopo il recupero di feriti, che in caso può essere completata anche dalla funzione di un centro medico di evacuazione (C.M.E.) in cui vengono completate le cure prestate inizialmente nel P.M.A.

I soccorritori che arrivano per primi sul luogo della catastrofe devono applicare i protocolli d'intervento, differenziati in base ai ruoli e competenze. La squadra di soccorso di base che arriva sul luogo del disastro, effettua una ricognizione sulla natura e dimensione dell'evento, la viabilità, le condizioni ambientali e l'accessibilità ai feriti; effettua l'analisi dei rischi attuali ed evolutivi e una prima stima del numero e della gravità delle vittime. I principali attori coinvolti per l'assistenza sanitaria sono i soccorritori, gli autisti dei mezzi di soccorso e un capo equipaggio, che può essere sia un Medico che un Infermiere, il quale dimensiona l'evento quantificando il numero dei coinvolti, individua le lesioni prevalenti (traumi, ustioni, intossicazioni ecc), individua e segnala le possibili vie di fuga rinvenute durante la ricognizione, individua i luoghi più adatti per l'atterraggio di eventuali elicotteri ed effettua lo *sweeping triage*¹ sino all'arrivo del Medico che assumerà l'incarico di Direttore Sanitario dei Soccorsi (DSS). L'arrivo di ulteriore personale infermieristico, faciliterà il triage sul campo applicando il protocollo START (*Simple Triage and Rapid Treatment*), dove si effettua un'iniziale selezione dei feriti che sono in grado di camminare (codice verde) e quindi si rilevano le funzioni vitali nell'ordine B-C-A (*Breathing*,

¹ Sweeping triage: triage con scopo di categorizzare i feriti con codice colore verde, giallo e rosso, con lo scopo di inviare immediatamente i casi più urgenti (emorragie massive, soffocamento ecc.) verso il PMA, dove si provvederà al secondo triage, al trattamento d'urgenza e, successivamente, all'evacuazione delle vittime.

Circulation, Airway) per distinguere fra urgenze assolute, relative e decessi; dopodiché si interviene con il primo soccorso.

Il Posto medico Avanzato (PMA) è il fulcro della catena sanitaria dei soccorsi in caso di maxiemergenza, con funzione di selezione e trattamento sanitario delle vittime; deve essere localizzato ai margini esterni dell'area di sicurezza o in una zona centrale rispetto al fronte dell'evento. Il PMA è suddiviso in 4 aree:

1. Triage;
2. Trattamento;
3. Attesa;
4. Evacuazione.

In ogni settore è previsto un referente con funzioni di coordinamento. E' di fondamentale importanza il ricorso ad un sistema di comando costituito da un Direttore di Soccorsi Sanitari o *Medical Disaster Manager*, coadiuvato da personale appositamente addestrato che ricopre ruoli di responsabilità nei vari livelli della catena, con compiti distinti e facilmente identificabile da pettorine.

La medicina "di guerra" si trova ad essere molto vicina alla medicina della catastrofi in considerazione del fatto che guerra può essere considerata la peggiore delle catastrofi, per tipologia delle lesioni che coinvolge, a tal punto da rendere sottile il confine tra disastri civili e militari. Le esperienze maturate negli ultimi anni in Iraq e in Afghanistan, hanno accelerato l'introduzione di nuove tecnologie ed hanno stimolato lo sviluppo di nuovi protocolli di trattamento e linee guida pratiche ben strutturate per il trattamento dei feriti in combattimento. In ambito NATO si sta affermando il concetto di *Damage Control Resuscitation* (DCR), consistente in un approccio complessivo unitario che armonizza, in una dottrina coerente, i progressi recenti nel trattamento preospedaliero e intraospedaliero dei feriti. La *Damage Control Resuscitation* viene definita come un approccio sistematico al trauma maggiore che combina il protocollo C-ABC (*catastrophic bleeding, airway, breathing, circulation*) con una serie di interventi e procedure con tecniche particolari che vengono attuate, con continuità, dal punto di ferimento (*point of wounding*), fino al ricovero nella struttura per il trattamento definitivo in modo da minimizzare la perdita di sangue, ottimizzare l'ossigenazione dei tessuti e, in ultima analisi, migliorare la prognosi dei feriti. La DCR è espressione della visione unitaria nella quale, sebbene il trattamento

dei feriti debba essere necessariamente frazionato in tempi e luoghi diversi, viene sempre garantito il “continuum” dell’assistenza prestata ai feriti dal punto di ferimento fino alla struttura sanitaria di ricovero in patria. Negli ultimi anni, in Iraq e in Afghanistan, grazie anche all’applicazione del concetto della DCR, si è avuta una drastica riduzione della mortalità dei feriti in combattimento (pari al 9,4% del totale di feriti) che si è quasi dimezzata rispetto a quella riscontrata nel conflitto in Vietnam (15,8%). Il concetto di *Damage Control Resuscitation* comprende in successione:

1. Misure salvavita attuate immediatamente, già nel punto di ferimento, da *First Responder*, dove agisce l’Infermiere militare, come ad esempio tecniche di aperture delle vie aeree e di emostasi e quindi classificazione dei feriti in base alle condizioni fisiologiche attraverso il Triage SIEVE²;
2. L’intervento del *Treatment Team*, formati da altri Infermieri militari o dai soccorritori militari che attuano interventi di primo soccorso più complessi ed invasivi previsti dalle linee guida del *Tactical Combat Casualty Care*³;
3. Predisposizione sul terreno di un *Medevac System*⁴, che consenta il rapido trasporto dei feriti dal punto di ferimento alle strutture sanitarie con capacità chirurgica in grado di effettuare trattamenti ad elevato contenuto tecnico grazie alla presenza di personale Medico specializzato;
4. Ricovero in strutture sanitarie campali (ROLE) con potenzialità di chirurgia d’urgenza e di terapia intensiva;
5. Successivo trasporto assistito con mezzi sanitari ad elevato capacità assistenziale ed in grado di poter fornire un’assistenza di tipo intensiva, dei pazienti stabilizzati verso strutture con maggiori capacità diagnostico terapeutica oppure trasporto verso la madrepatria (ROLE 4) dove i feriti vengono sottoposti ad ulteriori interventi di chirurgia primaria per il trattamento definitivo delle lesioni e alla successiva riabilitazione.

². Triage SIEVE è la tipologia di triage codificato dalla NATO, che raggruppa i feriti in quattro categorie:T1 Intervento immediato; T2 Intervento urgente; T3 Intervento in elezione; T4 feriti molto gravi che richiedono troppe delle limitate risorse disponibili.

³. Il TCCC (Tactical Combat Casualty Care) è l’insieme delle linee guida, ormai riconosciute internazionalmente ed adottate da tutti i paesi in ambito NATO.

⁴. Il MEDEVAC (MEDical EVACuation) corrisponde alla richiesta di evacuazione dei feriti, fatta da parte del First Responder, con assistenza medica avanzata, ed in particolare è una richiesta di evacuazione non con semplici mezzi di trasporto ma con efficienti mezzi sanitari militari preposti al trasporto dei feriti gravi.

In base agli scenari che possono presentarsi in teatro operativo, è importante la pianificazione degli interventi assistenziali del *First Responder* che può essere distinto in 3 categorie:

1. Trattamento sotto il fuoco nemico: valutazione “minima” del ferito, trattamento essenziale immediato solo delle emorragie dalle estremità in quanto rappresenta la prima causa di morte prevenibile sul campo da battaglia. In questa fase bisogna spostare il ferito in luogo sicuro in maniera rapida, non si effettuano manovre BLS (*Basic Life Support*) qualora necessarie;
2. Trattamento sul campo: Assistenza ai feriti prestata quando non ci si trova più sotto il fuoco nemico, influenzata però dalla disponibilità di tempo molto variabile e considerando anche le tempistiche di evacuazione che variano dai 30 minuti a diverse ore. Si effettua in questa fase la valutazione in sequenza ABC come da linee guida e si stabilizza il ferito fino all’arrivo dei soccorsi avanzati e trasporto ai vari ROLE di competenza;
3. Trattamento durante l’evacuazione: In questa fase si effettua una rivalutazione delle vie aeree, della respirazione, ulteriori emorragie, terapie infusionali, evacuazione rapida e cure definitive. A differenza della fase di trattamento sul campo, in questa fase si può avere a disposizione assetti con personale sanitario che intervenendo sul campo completano il trattamento iniziale dei feriti e prepararli al successivo trasporto assistendoli anche durante l’evacuazione verso livelli di assistenza superiori.

Riassumendo possiamo suddividere in tre categorie i feriti sul campo di battaglia:

- Feriti che sopravvivranno indipendentemente dal trattamento che si fornisce;
- Feriti che moriranno nonostante il trattamento;
- Feriti che moriranno se non si effettuano immediatamente i trattamenti necessari (7-15%).

CAPITOLO 3

Il moderno PHTLS⁵ ha avuto origine sui campi da battaglia europei e dalla guerra civile americana. Con il trascorrere del tempo, le esigenze di guerra hanno guidato l'evoluzione dell'assistenza medica, determinando innovazioni nell'equipaggiamento, nei principi di assistenza e nell'addestramento, basate sulle necessità di migliorare la sopravvivenza in combattimento.

Rientrati alle normali occupazioni, Medici e Infermieri hanno messo in pratica le esperienze fatte in guerra, adottate per risolvere i problemi legati al numero crescente di traumi dovuti all'attività industriale nel settore civile.

Da tutto ciò si è sviluppato il sistema civile di emergenza medica (EMS), mantenendo molti concetti originali, quali la sicurezza sulla scena dell'incidente (evitare di diventare vittime, evitare di provocare ulteriori vittime), la valutazione primaria (trattamento delle lesioni potenzialmente letali, evitare ulteriori lesioni) e il trasporto (trasportare la vittima nel modo più rapido e sicuro possibile, verso le cure definitive).

Le differenze tra la gestione del trauma sul campo di battaglia e il PHTLS civile, stanno tuttavia diminuendo, a causa della crescente minaccia di attacchi terroristici a livello mondiale.

I congegni esplosivi convenzionali e le armi di distruzione di massa possono colpire la popolazione civile esponendola a situazioni di MAXIEMERGENZA, tradizionalmente affrontate solo in combattimento.

I professionisti sanitari che si trovano ad intervenire in caso di Maxiemergenza conclamata, sia essa riferita a teatri operativi esteri in missione di pace o a catastrofi ambientali/accidentali in ambito civile, posseggono grosse responsabilità e competenze professionali che caratterizza il loro operato. I ruoli che l'Infermiere in ambito civile riveste all'interno della gestione di una Maxiemergenza possono essere riassunti così:

⁵ .PHTLS: Prehospital Trauma Life Support, ovvero l'assistenza sanitaria d'urgenza prima dell'arrivo in ospedale dei pazienti.

1. Soccorritore, ovvero in quanto partecipe a tutte le fasi operative nella catena dei soccorsi;
2. Project Management: gestione, organizzazione, integrazione delle risorse;
3. Revisore di qualità: implementazione delle conoscenze e competenze professionali.

In seguito all'attivazione dei soccorsi sanitari per la maxiemergenza, gli Infermieri partecipano al soccorso extraospedaliero sull'auto medica a fianco del Medico o , in assenza di questi, sui Mezzi di Soccorso Intermedi (MSI) guidando l'équipe di soccorritori in qualità di *team leader* e, in tale veste, applicano sulla scena dell'evento gli algoritmi clinico-assistenziali validati dalla C.O. 118 ed omogenei a livello regionale.

Questi algoritmi prevedono sia l'esecuzione automatica di alcune prescrizioni prestabilite, sia la supervisione del Medico per l'esecuzione di altre; pertanto l'Infermiere del MSI deve potersi collegare telefonicamente in ogni momento, su linea registrata, con il Medico della C.O. 118 qualora sia necessario consultare ed ottenere la sua autorizzazione prima di procedere all'esecuzione di determinati interventi.

L'Infermiere che sopraggiunge sul luogo della catastrofe con la squadra MSB (mezzo di soccorso di base), assume certamente il ruolo di direttore di triage, effettuando in collaborazione con gli altri capisquadra lo *sweeping triage*, con lo scopo di inviare immediatamente i casi più urgenti verso il PMA, dove si provvederà poi al secondo triage e al trattamento d'urgenza. All'interno del Posto Medico Avanzato, gli Infermieri, come appena descritto, possono assumere il ruolo di direttore di Triage, coadiuvano il Medico nell'esecuzione del secondo triage, rivalutando per primo tutti i codici rossi e gialli e successivamente i codici verdi; inoltre in collaborazione con il Medico, stabilizzano i codici gialli e rossi all'interno della zona "trattamento".

In campo militare, l'Infermiere che si trova ad operare nella peggior situazione per quanto riguarda la maxiemergenza, ovvero in scenari di "guerra", si trova a ricoprire ruoli di primo piano, con competenze acquisite che permettono a questa figura infermieristica di agire in collaborazione con il Medico o in autonomia professionale eseguendo manovre salvavita secondo le linee guida del *Tactical Combat Casualty Care* (T.C.C.C.) facendogli assumere quindi un ruolo di "indipendenza" dalla professionalità del Medico.

Infatti è proprio nel contesto operativo del combattimento che meglio si evidenzia la figura infermieristica sanitaria militare, quale operatore professionale in possesso di adeguata preparazione professionale. In tale ambito essi:

- Sono di norma preposti ad unità operative, tecniche, logistiche, addestrative e ad uffici;
- Svolgono, in relazione alla professionalità posseduta, interventi di natura tecnica-operativa nonché compito di formazione e di indirizzo del personale subordinato;
- Espletano incarichi la cui esecuzione richiede continuità d'impiego per elevata specializzazione e capacità di utilizzazione di mezzi e strumentazioni tecnologicamente avanzate.

In ambiente ostile non permissivo, la fase pre-ospedaliera dell'intervento di soccorso è estremamente complessa e condiziona in modo determinante le probabilità di sopravvivenza dei feriti. Nel concetto di DCR la fase preospedaliera del soccorso viene attuata essenzialmente da due componenti del dispositivo di supporto sanitario:

1. I *First Responder*, cioè gli operatori sanitari (quasi sempre l'Infermiere) che attuano gli interventi di primo soccorso sul campo (misure salvavita e di iniziale stabilizzazione);
2. La *Forward Medevac*⁶, rappresentata dagli assetti ad ala rotante in configurazione sanitaria e con equipaggio con elevate capacità tecniche, che garantiscono il rapido trasporto assistito dei feriti verso le strutture di livello ROLE 2 in grado di effettuare la *Damage Control Surgery* ed il trattamento intensivo e rianimatorio.

L'approccio del T.C.C.C. si basa su un principio fondamentale legato al fattore tempo e del "corretto intervento al momento giusto", dato che un trattamento corretto effettuato nel momento sbagliato, può determinare il verificarsi di ulteriori perdite. A differenza di quanto visto per l'Infermiere in ambito civile, proprio perché le "situazioni tattiche" nelle quali un'unità di soccorso si può trovare ad operare, nel caso in cui l'Infermiere militare sia il *First Responder*, non vi è possibilità di consultare il Medico via radio o per via telefonica e pertanto l'Infermiere militare competente attua interventi salvavita seguendo i protocolli definiti dal T.C.C.C.

Le caratteristiche peculiari del *First Responder* devono necessariamente rispondere a questi parametri:

⁶. Forward Medevac: spostamento di un paziente dal luogo di ferimento (PoW) al ROLE, con veicolo/vettore dedicato all'assistenza medica a bordo. La scelta del tipo di ROLE ricade non necessariamente su quello più vicino, ma su quello più idoneo al tipo ed alle condizioni del ferito.

- Addestramento adeguato per acquisire la capacità di primo soccorso in ambiente ostile e/o non permissivo, in modo tale da saper effettuare la valutazione ed il trattamento di un ferito, inserire un accesso venoso, monitorare i parametri vitali di un ferito in emergenza, che richiede il possesso di un'adeguata preparazione tecnica ma è ben diverso attuare queste procedure nell'ambiente sicuro e protetto di una struttura sanitaria piuttosto che farlo all'aperto, esposti agli agenti atmosferici, con la minaccia incombente del nemico o immersi nell'oscurità, a bordo di un veicolo che procede fuori strada o a bordo di un elicottero. Queste capacità non si possono improvvisare ma richiedono una preparazione tecnica specifica in campo sanitario che riguardi anche gli aspetti tattico – operativi delle unità da supportare;
- Multidisciplinarietà, ovvero l'acquisizione di nozioni e capacità tecniche in campo sanitario non limitate all'esecuzione pratica di procedure e tecniche di medicina d'urgenza in ambiente ostile, ma anche la preparazione di base di tipo tattico – operativo per potersi muovere con sufficiente sicurezza ed autonomia al seguito della propria unità;
- Addestramento al lavoro di squadra, con l'intento di ottenere maggiori probabilità di successo se il soccorso viene effettuato da un Team piuttosto che da un singolo soccorritore, specie se i feriti sono gravi e numerosi. La necessità di un approccio di squadra comporta che la formazione e la qualificazione siano finalizzate a garantire la presenza, nelle unità fino ai minimi livelli ordinativi, di un numero adeguato di personale con capacità di primo soccorso per poter costituire in qualsiasi luogo e momento dei team di intervento con la necessaria tempestività e flessibilità.
- Capacità aeromobile. Anche i più recenti studi scientifici nel campo del trattamento d'emergenza dei politraumatizzati confermano l'importanza attribuita al fattore “tempo” nel determinare la probabilità di sopravvivenza dei feriti (principio della Golden Hour). E' indispensabile, pertanto, ridurre il più possibile il tempo che intercorre dal momento del ferimento al momento in cui il ferito può ricevere il trattamento chirurgico e di terapia intensiva in una struttura sanitaria di livello ROLE 2. Poiché l'impiego delle unità avviene in scenari nei quali lo sgombero dei feriti può avvenire quasi esclusivamente con assetti aeromobili, il ruolo dell'elicottero, nel dispositivo di supporto sanitario d'emergenza in operazioni, è diventato di centrale importanza sia in fase di pianificazione che di condotta. E' indispensabile pertanto che tutti i First Responder abbiano un addestramento basilico

specifico per operare in modo efficace ed in sicurezza con gli assetti aeromobili dedicati allo sgombero sanitario.

Se si considera la fase del trattamento sul campo le linee guida definiscono le azioni che possono svolgere sia i Medici che gli Infermieri e si può descrivere in questo modo:

1. Valutazione iniziale della situazione tattica; se il ferito ha riportato lesioni da scoppio o ferite penetranti e non ha segni vitali (polso e respiro assenti), non si deve iniziare la rianimazione cardiopolmonare;
2. Valutazione del livello di coscienza con il sistema AVPU;
3. Valutazione con sequenza ABC;
 - 3.1 *Airway*: sollevamento del mento e sublussazione della mandibola; se il paziente è privo di coscienza e non presenta ostruzione delle vie aeree, utilizzare cannula nasofaringea; se il paziente è privo di coscienza con ostruzione delle vie aeree, effettuare cricotiroidectomia;
 - 3.2 *Breathing*: Decomprimere l'eventuale pneumotorace iperteso con una cannula da 14 gauge in seguito a perforazione della parete toracica da colpo da arma da fuoco;
 - 3.3 *Circulation*: Assicurare un accesso venoso per terapia infusione endovena; in caso di emorragia provvedere alla compressione meccanica e in seguito somministrare soluzione Ringer Lattato (2000 ml) o Hetastarch che espande il volume intravascolare di 800 ml entro un ora e mantiene questa espansione per 8 ore circa.
4. Trattare le ferite e controllare l'eventuale presenza di altre ferite (fori d'uscita);
5. Contrastare l'eventuale ipotermia;
6. Controllo del livello di dolore tramite la somministrazione di farmaci come Meloxicam, Bilayered Tylenol e Acetaminophen se il paziente non è ferito in maniera grave ed è in grado di combattere, oppure somministrare Morfina o Fentanil se il ferito non è in grado di combattere;
7. Immobilizzare le fratture e controllare i polsi periferici, la sensibilità e la funzione motoria distalmente alla frattura, prima e dopo l'immobilizzazione.

Un confronto tra la gestione di una maxiemergenza che coinvolge l'ambito civile e quello militare, può essere sintetizzato così:

AMBITO CIVILE:

- Disponibilità adeguata di risorse mediche;
- I pazienti sono situati in aree più sicure;
- La fase pre-ospedaliera è rapida;
- I tempi di evacuazione verso le sedi di trattamento sono rapidi.

AMBITO MILITARE:

- Risorse mediche limitate e soccorritori isolati;
- I pazienti sono situati in aree non sicure;
- La fase pre-ospedaliera può essere protratta nel tempo;
- L'evacuazione può essere ritardata.
- La maggioranza dei morti in combattimento avviene nei pressi del luogo di ferimento, prima che il ferito raggiunga il posto medico avanzato.

CONCLUSIONI

Il radicale mutamento del contesto strategico internazionale ha determinato negli ultimi anni profondi cambiamenti nelle strutture, nelle capacità e nelle dottrine d'impiego militari. In tale contesto, le operazioni di risposta alle crisi (*Crisis Response Operations* - CRO) dal punto di vista sanitario sono volte principalmente alla tutela sanitaria del personale impegnato nel teatro operativo ed in particolare dei feriti e dei caduti in missione, a seguito di attentati di matrice terroristica o di operazioni militari. Le situazioni così ipotizzate hanno avuto un impatto anche sul ruolo del sostegno sanitario militare; la qualità dell'assistenza sanitaria a favore del personale militare è considerata con maggiore attenzione dall'opinione pubblica e quindi anche dalla politica. L'opinione pubblica, infatti, è molto attenta ai rischi correlati alle operazioni, anche a quelli cosiddetti "trascurabili" e in quest'ottica, un efficace ed affidabile sostegno sanitario militare, mantiene alta la fiducia e il morale del personale militare stesso ed amplia il consenso in Patria e nella Host Nation (Nazione Ospitante).

La Sanità militare nelle operazioni "*fuori area*" è volta principalmente alla tutela sanitaria del personale impegnato nel teatro operativo ed in particolare dei feriti e dei caduti in missione, a seguito di attentati di matrice terroristica o di operazioni militari. Gli aspetti medico legali non sono trattati sotto un profilo meramente giurisprudenziale, ma i contenuti si esplicitano contestualmente al tema centrale: le attività e le responsabilità dell'Infermiere in missione di pace.

Nell'ambito medico-legale la responsabilità professionale dell'infermiere ha una sua precisa collocazione e ne sono testimonianza la Legge 10 agosto 2000 n. 251, e il profilo professionale.

Il decreto ministeriale n° 739/1994 all'articolo 1 cita: "*l'Infermiere è l'operatore sanitario che è responsabile dell'assistenza generale infermieristica*" e l'articolo 3 del codice deontologico degli infermieri sancisce che "*la responsabilità dell'Infermiere consiste nel*

curare e prendersi cura della persona, nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo”.

Il patrimonio giuridico dell'infermiere si è poi arricchito con la legge 10 agosto 2000, n. 251, *"Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione di ostetrica"*

Nota per avere aperto la strada della dirigenza alle professioni sanitarie ,ma anche per aver stabilito, con l'articolo 1, che: *"Infermieri e ostetriche svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali nonché degli specifici codici deontologici ed utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza"*.

La prima parte dell'articolo citato sostanzialmente ribadisce e ripropone i contenuti della Legge 26 febbraio 1999, n. 42 e sancisce la piena autonomia della professione infermieristica.

Sulla base, quindi, della vigente normativa, è possibile individuare quali sono oggi le regole e gli obblighi ai quali deve attenersi l'Infermiere per prevedere ed evitare situazioni che potrebbero dare luogo alla sua responsabilità.

Gli scenari operativi delle CRO (Crisis Response Operations) possono essere generalmente caratterizzati da aree di responsabilità molto vaste, pertanto le unità si trovano ad operare in aliquote di ridotta entità, isolate ed in zone remote.

L'isolamento tattico e logistico delle unità e l'indeterminatezza della minaccia costituiscono gli elementi principali di cui bisogna tenere conto nella pianificazione del dispositivo di sostegno sanitario alle CRO. Infatti, laddove l'impiego delle unità è parcellizzato, gli assetti sanitari (Medici e Infermieri) non possono essere immediatamente disponibili ovunque ve ne sia la necessità oppure essere in grado di raggiungere tempestivamente tutti i punti dell'area di responsabilità.

L'Infermiere militare, a mente dell'art. 4 comma 9 legge 24 febbraio 2009 n. 12⁷, è autorizzato in operazioni fuori area, in caso di emergenza e in assenza dell'Ufficiale medico, a svolgere le “manovre salvavita” previste dai protocolli in uso. Il decreto legge 30 dicembre 2008 n. 209 recante proroga della partecipazione italiana a missioni

⁷ Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 30 dicembre 2008 n. 209

internazionali e successivamente recepito e modificato dalla legge n.12 del 2009 così cita:

Nelle aree operative in cui si svolgono le missioni internazionali, nonché sui mezzi aerei e unità navali impegnati in operazioni militari al di fuori dello spazio aereo e delle acque territoriali nazionali, in assenza di personale medico, al personale infermieristico militare specificatamente formato e addestrato è consentita, nei casi di urgenza ed emergenza, l'effettuazione di manovre per il sostegno di base ed avanzato delle funzioni vitali e per il supporto di base ed avanzato nella fase di pre-ospedalizzazione del traumatizzato.

Il *Tactical Combat Casualty Care*, rappresenta l'aspetto essenziale della Medicina Militare ed è il primo anello della catena del soccorso sanitario sul campo cui si agganciano tutti gli altri, col fine ultimo di salvare la vita dei pazienti (ridurre il picco di mortalità post-trauma), in uno spettro di situazioni operative più complesse e rischiose. Lo scopo quindi della formazione degli Infermieri militari è quello di fornire le fondamentali nozioni teorico-pratiche per gestire situazioni di emergenza-urgenza in teatri bellici; tutto ciò viene fatto integrando le nozioni di carattere sanitario ed assistenziale, con le norme di comportamento, quelle di sopravvivenza e di protezione da forze nemiche al fine di un esercizio ottimale della professione sanitaria nel soccorso dei pazienti sul campo.

La situazione d'emergenza impone tempi stretti, capacità analitica e lucidità d'azione. Questi fattori implicano soluzioni rapide e generano un problema etico professionale nonché medico legale. A livello etico per qualsiasi figura sanitaria, salvare una vita umana è priorità assoluta e questo, in situazioni estreme, rischia di urtare con i noti "limiti" delle competenze professionali.

I professionisti della salute hanno nuove responsabilità che comportano l'introduzione nella pratica professionale, di criteri di efficienza e di efficacia, di meccanismi di controllo, di valutazione delle prestazioni e dei risultati.

L'aumento delle responsabilità, si accompagna, ove dovesse rendersi necessario, anche ad un'adeguata rappresentatività nelle controversie giudiziarie attraverso figure professionali esperte in campo infermieristico. Oggi, nel contesto di una struttura sanitaria nazionale efficace e capillarmente diffusa, è necessario che la Sanità Militare evolva da un modello a largo spettro ad un modello più mirato alle specifiche esigenze operative delle Forze Armate, lasciando alla sanità civile sia gli aspetti "generalistici", sia quelli ultraspecialistici.

La Sanità Militare focalizza dunque la sua azione nei tre settori che principalmente la caratterizzano: medicina "operativa" e delle emergenze, medicina preventiva e medicina legale.

Anche se la medicina legale militare per molti decenni è stata l'unica medicina legale pubblica "*non forense*", con i mutamenti geopolitici degli scenari internazionali, sono stati innumerevoli gli impegni che la medicina legale militare è stata chiamata ad assolvere.

Possiamo affermare che l'attività svolta dal professionista sanitario militare è, nel suo complesso, caratterizzata da un elevato senso di responsabilità etica e deontologica oltre che dalla necessità di una preparazione tecnica adeguata, alla stregua di ogni altra professione sanitaria, ma essa risulta imperniata anche su modalità operative concrete che richiedono notevole pragmaticità e comporta anche non poche criticità indotte, per lo più, dagli stessi scenari operativi complessi e poco permissivi nei quali si è chiamati ad intervenire, potendosi tuttavia ritenere che le prerogative per lavorare efficacemente in un contesto come quello descritto sono fondamentalmente una capillare organizzazione, la capacità di collaborare in equipe e la continua analisi critica dell'operato mirata ad evidenziare, di volta in volta e nelle diverse fattispecie, i punti critici dell'attività al fine di affrontarli e risolverli. Il mero soccorso, in uno scenario di "guerra" è aggravato dal rischio che lo stesso personale sanitario venga a sua volta colpito e coinvolto in ulteriori attacchi. Condizioni logistico – ambientali poco favorevoli, stati d'animo e senso del dovere costituiscono, in questo scenario, le "*criticità*"; queste però per deontologia professionale devono essere soppiantate dal duplice senso di responsabilità: quella militare e quella sanitaria.

L'Infermiere addestrato per l'emergenza, fornisce assistenza sulla linea del fronte e i pazienti vengono trasportati nei vari PMA per ulteriori cure, a centri di retrovia più completi. A questi soccorritori militari viene assegnato un ambito di azione sanitaria più ampio della controparte civile. Il primo soccorso di base, come si è visto, è il punto di partenza, ma quando si applica un protocollo di base in situazioni ostili, sono indispensabili implementazioni coerenti con la situazione in atto. Le restrizioni imposte dal campo di battaglia influenzano in modo significativo le decisioni da prendere per l'assistenza al paziente. L'espletamento della missione può avere una priorità maggiore dell'evacuazione immediata, in evidente conflitto con l'assistenza standard di un paziente. L'evacuazione immediata può anche non essere un'opzione, determinandosi così la

necessità di un trattamento di supporto di lunga durata. Anche in questo caso le esperienze fatte in combattimento possono essere estese alla pratica civile. Le organizzazioni sanitarie militari e civili, sono sempre più coinvolte in sforzi cooperativi per operazioni di assistenza in caso di disastri naturali o causati dall'uomo, come uragani, inondazioni, terremoti, dispersione di sostanze nocive o incidenti nucleari. La capacità di cooperazione civile-militare ha assunto un'importanza critica e le due comunità possono completarsi e imparare l'una dall'altra, sia per armonizzare le rispettive tecniche professionali, ma soprattutto per quanto riguarda l'aspetto dell'autonomia professionale dell'infermiere.

L'impasse etico-professionale in ambito civile, è stato superato in ambito militare con l'articolo 213 del Codice dell'Ordinamento Militare.

In sintesi, l'Infermiere specificatamente formato e addestrato, in assenza di personale medico, può effettuare manovre salvavita *“nei casi di urgenza ed emergenza, manovre per il sostegno di base e avanzato delle funzioni vitali...”* nonché la gestione avanzata del traumatizzato nella fase di preospedalizzazione.

BIBLIOGRAFIA

- Benci Luca “Aspetti giuridici della professione infermieristica elementi di legislazione sanitaria” Mc Graw – Hill, Milano 2002;
- Botti F. “La logistica dell’Esercito Italiano” Ufficio Storico Stato Maggiore Esercito, Roma 1991;
- Calamandrelli Carlo, D’Addio Laura “Commentario al nuovo codice deontologico dell’infermiere” Mc Graw – Hill, Milano 1999;
- Manzoni E., “Storia e filosofia dell’assistenza infermieristica”, Masson, Milano, 1996;
- Marino Luigi, Zanotto Claudio, “Organizzazione campale della sanità militare dall’unità d’Italia ad oggi” Medicina e ambiente, atti del congresso, Ispra 16-19 Ottobre 1997;
- Ministero della Difesa, “Modello di Difesa: lineamenti di sviluppo delle FF.AA. negli anni 1990” E.I. 1991;
- Castellano Francesco Saverio, “L’infermiere militare coordinatore in ambito di una brigata multinazionale in Kosovo: una proposta”, Corso di formazione permanente in management sanitario – metodologie organizzative e gestionali in ambito sanitario, 2004;
- Salinari S., “Insegnamenti chirurgici delle ultime guerre e specialmente da quella italo-turca”, Giornale di Medicina Militare pp 5 89-617, 1924;
- SME – REPARTO IMPIEGO DELLE FORZE, “Il Comando e Controllo”;
- Ten. Gen. Me. Di Martino Mario, “Manuale di igiene e medicina preventiva militare”, vol. 1, “Ordinamento sanitario militare, epidemiologia e profilassi generale, igiene relativa al personale, all’ambiente ed ai rifiuti.” Roma, 1995;
- Fornari Tarquinio, “L’infermiere nella Sanità Militare”, L’infermiere 9/2005;

- Sanfilippo Pierangelo, “Le Operazioni fuori area: l’infermiere nel team EOD – l’infermiere nel posto medicazione”, atti del congresso Nursing 2003 – Esperienze a confronto, Milano, 2003;
- Lombardi Vincenzo, “Ospedali Militari e gestione dell’emergenza sanitaria fuori area”, atti della Conferenza Internazionale HYPPOCRATE A TIRANA – Promozione della salute: stato dell’arte e prospettive, Tirana (Albania) 20,21 e 22 Novembre 2003;
- Gill M, Windemuth R, Steele R, Green SM. A comparison of the Glasgow Coma Scale score to simplified alternative scores for the prediction of traumatic brain injury outcomes. *Ann Emerg Med.* 2005; 45: 37-42;
- Healey C, Osler TM, Rogers FB, Improving the Glasgow Coma Scale score: motor score alone is a better predictor *J Trauma.* 2003; 54:671-8;
- Prehospital Trauma Life Support Committee of the National Association of Emergency Medical Technicians in Cooperation with the Committee on Trauma of the American College of Surgeon. *Prehospital Trauma Life Support: Basic and Advanced Revised Reprint.* 5th ed. St. Louis, MO: Mosby; 2003:175;
- Bramati R, Nozioni pratiche di primo soccorso in ambiente campale, in atti del congresso Fimups, Bologna, 1999;
- COI – JMCC – 25/NC, Testo unico sulle attività afferenti ai trasporti di responsabilità del C.O.I. – JMCC, 2009;
- COI – O – 190 – R, Direttiva per la Gestione degli Incidenti Maggiori nei Teatri Operativi, 2005;
- Decreto Legge 30 dic. 2008, n. 209 (G.U. 31 dic. 2008, N. 304), Proroga della partecipazione italiana a missioni internazionali, Convertito in legge, con modificazioni, dall’art. 1, comma 1, L 24 feb. 2009, n. 12;
- Decreto ministeriale n° 739/14 settembre 1994, “Regolamento concernente l’individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell’infermiere” (Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n.6 del 9 gennaio 1995);
- Decreto ministeriale 13 febbraio 2001, recante “Criteri di massima per i soccorsi sanitari nelle catastrofi”, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n.81 del 6 Aprile 2001;
- Direttiva di COMLOG sulla Sanità;
- Direttiva di SMD, “Force Protection”, 2008;

- Ispettorato Logistico dell'Esercito – Dipartimento di Sanità e Veterinaria, Norme per la gestione dei farmaci e dei materiali di Sanità e Veterinaria, ILE-NL-4000-0013-12-00B01, 1998;
- STANAG NATO 2132, *Medical Training In first Aid, Basic Hygiene And Emergency Care*, Usa, Dec 10, 1975;
- STANAG NATO 2361, *Minimum Essential Medical Supply Items in Theatres of Operations*, USA, Oct 15, 1997;
- STANAG NATO 2068, *Emergency War Surgery*, USA, Sep 12, 2005.