



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

L' Infermiere tra Mondo Civile e Militare

Relatore: Chiar.ma

Dott.ssa Tiziana Traini

Tesi di Laurea di:

Arianna Baiocchi

Correlatore: Chiar.ma

Dott.ssa Marida Andreucci

A.A. 2020/2021

INDICE

CAPITOLO PRIMO	2
1.1 Organizzazione, formazione e prospettive dell'infermiere militare	2
1.2 Rischi e responsabilità nell'ambito dell'esercizio professionale in Sanità Militare	6
1.3 Confronto tra la figura infermieristica militare e civile nell'impiego professionale post-laurea.....	7
CAPITOLO SECONDO	10
2.1 Le maxi-emergenze	10
2.2 Gli ospedali da campo militari: struttura e funzione	13
2.3 Organizzazione delle maxi-emergenze in ambito civile e militare: due realtà a confronto.....	16
CAPITOLO TERZO	20
3.1 Proposta di Progetto formativo di tirocinio clinico rivolto agli studenti del 3 anno del cdl di infermieristica	20
CONCLUSIONI.....	22
BIBLIOGRAFIA	23
SITOGRAFIA	25
RINGRAZIAMENTI.....	25

Introduzione

L'infermiere militare è un operatore sanitario responsabile dell'assistenza infermieristica che svolge il proprio impiego rispettando piani di attività e lavoro legati all'ambito militare. L'iter formativo del sottufficiale infermiere inizia con 4 anni in di corso, che consiste in un anno di formazione propedeutica in vari ambiti sia per l'addestramento militare che per una prima formazione sanitaria, alla quale seguiranno i 3 anni del corso di laurea in infermieristica. Al termine della formazione questi ultimi avranno la possibilità di esercitare la propria professione in maniera indipendente (Barbero, 2021).

L'Infermiere dell'Esercito ha diverse competenze, tra cui offrire sostegno alle operazioni in ambito di crisi nazionali ed internazionali e occuparsi dell'addestramento dei soccorritori militari insieme all' ufficiale medico (Fornari Tarquinio, 2015).

Nell' ambito internazionale durante lo svolgimento delle missioni militari, all' infermiere è consentito in assenza del personale medico, di effettuare manovre per il sostegno di base e avanzato delle funzioni vitali e per il supporto di base e avanzato durante la fase di pre-ospedalizzazione del traumatizzato. Può svolgere la professione in vari ambiti lavorativi sia in patria che all' estero; in patria l'assistenza infermieristica viene erogata nelle varie strutture adibite alla riabilitazione, diagnosi e cura per fornire assistenza sanitaria al personale militare impegnato sia in patria che in operazioni militari all'estero (Trama, 2018).

In un teatro operativo estero l'infermiere militare esercita la sua professione durante le operazioni militari gestite dall' ONU o dalla NATO, caratterizzate dalla presenza di ospedali da campo, infermerie militari, ambulanze corazzate che vengono utilizzate per soccorrere il personale militare, ma anche per prestare aiuto ai civili in caso di carestie, epidemie, incidenti, e altre calamità. (Del Vecchio, 2019)

CAPITOLO PRIMO

1.1 Organizzazione, formazione e prospettive dell'infermiere militare

Il percorso formativo del sottufficiale infermiere ha inizio con il concorso pubblico per ricoprire la suddetta carica militare, in seguito viene frequentato un anno di corso propedeutico in cui la formazione è suddivisa in moduli: per lo sviluppo tecnico professionale, per lo sviluppo del comando ed il 1° modulo universitario. Avrà poi luogo nei mesi successivi un corso di paracadutismo, un campo addestrativo, la scuola guida, l'addestramento di tiro e l'assegnazione al settore sanitario. Successivamente il sottufficiale dovrà frequentare il corso di laurea in infermieristica presso l'università Tor Vergata di Roma. Durante questo triennio, i frequentatori compiranno i percorsi universitari professionalizzanti presso l'Università degli Studi di Roma Tor Vergata e presso la sua sede didattica per infermieri all'interno della Scuola SANIVET (scuola di sanità e veterinaria militare), nella quale i sottufficiali aspiranti infermieri hanno alterneranno lezioni frontali, legate ai principali ambiti della Sanità Militare, ad attività pratiche di simulazione presso EDRC (enti distaccamenti reparti e comandi) dell'area romana. Le attività addestrative, di natura teorico-pratica, hanno riguardato il protocollo di gestione del traumatizzato secondo le linee guida del Tactical Combat Casualty Care (TCCC), attraverso questo corso di traumatologia dell'emergenza, gli infermieri raggiungeranno la qualifica di Istruttori di Soccorso Militare. Sarà condotto inoltre un corso intensivo di lingua inglese in collaborazione con la Scuola di Lingue Estere dell'Esercito, al fine di fornire loro sempre maggiori competenze linguistiche. Il triennio si concluderà con l'esame di abilitazione all'esercizio professionale e la discussione della tesi di laurea. (Difesa militare, 2021)

A questo punto, dopo il diploma di laurea si aprirà una fase secondaria nel percorso formativo del sottufficiale. per tutte le professionalità sanitarie militari, nella quale deve essere previsto un percorso formativo omogeneo di contenuti e metodi orientati in senso interforze e volto all'acquisizione delle seguenti conoscenze/capacità tecnico professionali comuni:

- primo trattamento finalizzato al mantenimento delle funzioni vitali del paziente incosciente, con conoscenza del funzionamento ed uso del defibrillatore cardiaco;
- principi di organizzazione sanitaria militare in ambito territoriale;
- principi di organizzazione sanitaria militare in ambito operativo: componenti del supporto sanitario, fasi di impiego dello strumento sanitario, logistica sanitaria;
- difesa CBRN (chimica, biologica radiologica e nucleare) per personale sanitario e gestione del paziente in ambiente contaminato;
- lingua inglese³.

Nello specifico le competenze specialistiche, richieste all' infermiere riguardano: la gestione del paziente in ambiente extra-ospedaliero; l'approccio sanitario in caso di incidente maggiore e nelle maxi-emergenze; l'infermieristica di salute occupazionale. (2021, Vecciarelli)

Al termine dei vari cicli formativi, il sottufficiale infermiere verrà integrato nel corpo sanitario militare, in cui sia in autonomia che collaborando con vari operatori sanitari e l'ufficiale medico svolgerà compiti di prevenzione diagnosi cura e riabilitazione, accertamento dell'idoneità al servizio, provvedimenti medico legali, supporto logistico alle forze armate e alle esigenze sanitarie durante le operazioni di protezione civile. (Ferretti, 2017). Queste attività verranno svolte sia in un ambito territoriale, che in un teatro estero durante le missioni. Dunque, è possibile distinguere la sanità militare in ambito territoriale e internazionale; l'area territoriale, anche detta di sostegno comprende le strutture di vertice, di ricovero e cura e di medicina legale. Per quanto riguarda l'impiego in patria, queste figure lavorano all'interno di ospedali militari, come ad esempio il Policlinico del Celio di Roma, ed in misura ridotta in poliambulatori, dipartimenti e infermerie militari. Il Policlinico di Roma è adibito al ricovero e cura del personale impiegato in patria e all'estero, per il quale ha il potere di attuare provvedimenti medico-legali. Inoltre, la struttura ha il compito di assicurare il sostegno logistico agli assetti sanitari occupati al di fuori dei confini nazionali, per quanto riguarda il riassortimento di materiali, sacche di sangue, plasma derivati, farmaci, presidi sanitari. All'interno del policlinico vengono anche effettuati corsi di formazione e aggiornamento per il personale sanitario.

I dipartimenti invece sono gli organi addetti all' erogazione delle attività medico legali, in cui la figura sanitaria dell'infermiere quanto si occupa di stabilire l'idoneità al servizio per il personale delle F.A. e delle forze di polizia oltre al riconoscimento di dipendenza delle infermità causate dal servizio e delle pensioni di inabilità.

Le infermerie di corpo, oltre alle comuni attività di infermieristica generale, come ad esempio la gestione dei farmaci e dei presidi, il ricovero con una breve osservazione, garantiscono un'assistenza sanitaria in poligoni ed in esercitazioni e effettuano l'addestramento al primo soccorso. (Trama 2018)

L' infermiere militare attraverso quest' organizzazione logistica e strutturale presta servizio nelle emergenze sanitarie all' interno della nazione, ma quest' ultimo lavora anche in teatri operativi esteri nell'ambito delle operazioni umanitarie di pace.

Le missioni di sostegno alla pace vigenti sono organizzate dall' ONU (organizzazione delle nazioni unite) o dalla NATO (organizzazione del trattato nordatlantico) e comprendono azioni di varia natura, come azioni di mantenimento della pace (peace keeping), d'imposizione della pace (peace enforcement), oppure azioni di Prevenzione dei conflitti.

Gli scenari spesso sono caratterizzati da aree operative molto vaste, per questo motivo queste aree vengono divise in zone più piccole e isolate dove lavorano le unità. Proprio l'isolamento tattico e l'imprecisione della minaccia costituiscono i due fattori principali nella pianificazione del sostegno sanitario, in quanto se le unità operano in luoghi molto distanti tra loro, risulta difficile per gli assetti sanitari essere disponibili ovunque ce ne potrebbe essere bisogno. Perciò per riuscire ad assicurare cure immediate essenziali e rapida evacuazione il sistema sanitario deve essere centralizzato e preceduto da un a buona pianificazione. Il corpo sanitario militare che segue le unità in missione viene definito di aderenza, in cui gli infermieri svolgono e attività finalizzate a salvaguardare, in ogni situazione, la vita e la salute del personale militare. Nei fatti, il personale sanitario militare che presta servizio presso le unità periferiche non si limita a fornire una prima assistenza ma svolge compiti di educazione sanitaria del personale, di medicina preventiva, di vigilanza igienico-sanitaria, di addestramento al primo soccorso del personale dell'unità, di gestione e custodia dei medicinali e delle attrezzature sanitarie in dotazione. Questo personale, in definitiva, rappresenta il punto di riferimento del

Comandante per tutte le questioni che hanno a che fare con la salute (nell'accezione più ampia del termine) delle donne e degli uomini dell'unità, con il compito primario di prestare l'assistenza sanitaria durante le esercitazioni, l'addestramento e, soprattutto, le operazioni. In particolare, nel corso delle operazioni il personale sanitario preposto al reparto assicura il supporto diretto all'unità di appartenenza (Role 1) provvedendo, nei momenti di stasi operativa, alle funzioni di assistenza, igiene e profilassi, garantendo, all'emergenza, le attività di raccolta, triage e smistamento dei feriti, procedendo alla loro stabilizzazione e, se necessario, allo sgombero fino agli ospedali campali schierati a ridosso delle retrovie, nel Teatro operativo (Role 2/3). (Romano, 2019)

Il personale sanitario, tra cui i sottufficiali infermieri, non si limita ad eseguire le procedure e le tecniche della medicina d'urgenza pre-ospedaliera in un ambiente ostile, ma devono anche dimostrare 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.

Il sottufficiale infermiere, inoltre, come riportato nella legge del 30 dicembre 2008, nelle unità operative in cui si svolgono le missioni internazionali in assenza del personale medico, è autorizzato a effettuare manovre per il sostegno di base ed avanzato delle funzioni vitali e per il supporto di base nella gestione pre-ospedaliera del paziente traumatizzato.

Dal punto di vista terapeutico, deve essere formato a praticare le seguenti manovre d'emergenza:

- controllo delle vie aeree, anche mediante appositi presidi sanitari;
- ventilazione con pallone di Ambu; professionalità;
- incannulazione di vene periferiche;
- tecniche di emostasi;
- impiego dei pantaloni Anti Shock (MAST);
- gestione dell'infusione continua di farmaci;
- massaggio cardiaco esterno;
- pulsossimetria;
- capnometria;

- ossigenoterapia;
- tecniche di immobilizzazione e procedure di recupero dei feriti/traumatizzati;
- conoscenza ed impiego dei defibrillatori semi-automatici.

Nell'ambito dell'insegnamento collabora con l'Ufficiale medico nel completamento dell'addestramento degli aiutanti di sanità (ASA) e nell'aggiornamento dei Soccorritori militari.

Dunque, i medici e gli infermieri in missione sono addestrati ad agire in ogni condizione, anche le più sfavorevoli come sotto il fuoco nemico, dove il sottufficiale infermiere opera come First ambulance commander, ovvero la figura a capo dell'equipaggio della prima ambulanza che arriva sul posto designato.

Lo scopo della formazione degli Infermieri Militari è quello di fornire le fondamentali nozioni teorico-pratiche per gestire situazioni di emergenza-urgenza in teatri bellici, facendo in modo di avere infermieri in grado di operare rispettando linee guida protocolli e procedure legati allo status dell'infermiere integrando norme di comportamento, sopravvivenza e gestione del controllo tipiche dello status militare. (Vecchio, 2012)

1.2 Rischi e responsabilità nell'ambito dell'esercizio professionale in Sanità Militare

La professione dell'infermiere all'interno dell'ambito militare, data l'unione dei due aspetti peculiari della figura, ovvero il militare e l'infermiere comporta l'assunzione di elevate responsabilità in quanto quest'ultimo sottostà a norme sia civili che militari che ne inquadrano la figura.

Dal punto di vista clinico è responsabile dell'assistenza infermieristica generale, e risponde civilmente e penalmente del proprio operato in quanto oltre alle norme militari, deve tener conto del Codice Deontologico delle professioni infermieristiche, essendo obbligatoriamente iscritto al relativo ordine professionale. Lavora in autonomia come riguardo all'identificazione dei bisogni di salute, alla pianificazione gestione e valutazione degli interventi infermieristici ed in equipe all'interno del quale l'infermiere riveste una funzione fondamentale, essendo il professionista più a contatto con l'utente

militare. Contribuisce inoltre alla formazione del personale di supporto e concorre direttamente all'aggiornamento relativo al proprio profilo e alla ricerca. Considerati in numerosi ambiti di impiego, deve provvedere ad acquisire e mantenere competenze in tema di: emergenza/urgenza, medicina di comunità e di management. (Difesa, 2020).

Queste competenze e responsabilità, purtroppo non vanno di pari passo con l'inquadramento giuridico (il grado). Gli infermieri militari in Italia a differenza di altri paesi NATO sono difatti inseriti nei ruoli di sottufficiali, nello specifico dei marescialli che hanno possibilità di avanzamento di carriera, grazie alla legge 94 del 2017, come Ufficiali nell'insegnamento teorico-pratico in scuole, istituti ed enti di formazione e addestramento. A questo ne consegue un allontanamento dalla professione infermieristica in quanto l'avanzamento di grado non è collegato con una crescita professionale data dal conseguimento di titoli aggiuntivi: master, laurea magistrale o dottorati.

La figura del sottufficiale infermiere è dunque subordinata alle figure dirigenziali degli ufficiali che sono prevalentemente medici farmacisti, odontoiatri e altre formazioni e che ricoprono la carica previo concorso interno per cui non è necessario un titolo di laurea magistrale.

Proprio per questo è in atto una riorganizzazione per garantire un riconoscimento alle competenze infermieristiche più avanzate rispetto a gradi direttivi, e in base a questo stabilire una gerarchia tra il personale delle professioni sanitarie per garantire l'autonomia nello svolgimento delle proprie funzioni (Fnopi, 2019)

1.3 Confronto tra la figura infermieristica militare e civile nell'impiego professionale post-laurea

Confrontando l'infermiere militare con quello civile, si può affermare che pur esistendo status diversi, non esistono diversità nelle prestazioni professionali che essi sono chiamati a compiere, tuttavia proprio per il diverso ambiente in cui lavora all'infermiere militare sono richiesti; oltre agli stessi titoli e dunque allo stesso percorso formativo necessario per l'accesso al servizio sanitario nazionale, anche requisiti psico-attitudinali richiesti

per l' idoneità al servizio militare incondizionato, nonché la specifica formazione militare di base prevista.

La formazione delle due figure infermieristiche si differenzia però maggiormente nel post-laurea dove la rispettiva Forza Armata deve svolgere corsi specifici in previsione di impieghi in teatri operativi bellici e di necessità straordinarie, come secondo il D.lgs. 66/2010 art.213. Che recita “in assenza del personale medico, al personale infermieristico militare specificatamente formato e addestrato è consentita l'effettuazione di manovre per il sostegno di base e avanzato delle funzioni vitali e della preospedalizzazione del traumatizzato”.

L' infermiere militare, perciò, lavora con versatilità in aree diverse, quale quella ospedaliera, territoriale o di mobilitazione dove esercita il suo servizio grazie a quella mentalità logistica che lo contraddistingue dal collega civile. All' interno delle caserme svolge funzioni sanitarie di aderenza, ovvero tutte quelle attività sanitarie necessarie a mantenere la salute del personale militare in ogni momento, sia in patria che all' estero, in pace ma anche e soprattutto in condizioni di guerra. (Borzacchiello, 2019).

L' inquadramento post-base o permanente è dunque il complesso delle attività formative di aggiornamento, specializzazione, qualificazione e ricondizionamento, svolte al fine di preparare i militari in specifici settori di impiego o di mantenere a un alto livello di efficienza e la preparazione tecnico-professionale. Le attività formative per l'acquisizione di competenze specialistiche ed avanzate di tipo clinico o gestionale, con particolare riferimento per la preparazione di professionalità destinate a compiti direttivi ed organizzativi, o nel settore della formazione vengono assimilate tramite eventi formativi di educazione continua in medicina (ECM) come previsto dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502. (Vecciarelli, 2021)

Presso la scuola di sanità e veterinaria di Roma l' infermiere militare può seguire corsi di aggiornamento su vari ambiti; come i principi e le modalità d' approccio del ferito, le capacità di autodifesa dalle principali minacce, l'acquisizione degli standard metodologici e procedurali per operare in sicurezza nel trattamento salva vita e nello sgombero sanitario di pazienti militari poli-traumatizzati in area critica. (Ferretti, 2017)

L' infermiere militare inoltre, per lo svolgimento di impieghi pianificati fuori area o incarichi specifici sul territorio nazionale, dovrà seguire corsi specifici, in merito a :

- Operazioni di coalizione e Strutture Sanitarie multinazionali;
- Evacuazione Sanitaria in Operazioni: condotta e coordinamento;
- Documentazione e modulistica sanitaria nazionale e degli Organismi Internazionali;
- Logistica sanitaria.

Sulla base delle esigenze di impiego è raccomandata inoltre la frequenza al corso “NATO Patient Evacuation Coordination Cell (PECC) Course”. (Vecciarelli, 2021). Un'altra differenza in ambito lavorativo sta nel tipo di assistenza che viene fornita proprio quando l'infermiere militare si trova in prima linea, negli ospedali mobili. Infatti, sebbene anche gli infermieri civili possono trovarsi di fronte ad assistere pazienti civili con ferite da arma da fuoco, le lesioni da ordigni esplosivi sono sicuramente meno probabili e frequenti, un infermiere militare deve essere sempre pronto ad affrontare il grave trauma causato da una mina terrestre oppure da un'esplosione di una bomba. (studenti, 2012)

Si evince che, seppur avendo lo stesso profilo professionale 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 o in infermerie di distaccamenti, enti o reparti in patria, e in teatri operativi all' estero all' interno di ospedali da campo.

CAPITOLO SECONDO

2.1 Le maxi-emergenze

Una maxi-emergenza è un evento dannoso per le comunità coinvolte che sconvolge il normale ordine della vita quotidiana, caratterizzato da un numero elevato di vittime, tra morti feriti e coloro che hanno subito danni affettivi ed economici; ma anche da un improvviso squilibrio tra la richiesta d' aiuto della popolazione coinvolta e l'organico immediatamente disponibile.

Gli eventi delle maxi-emergenze possono essere di varia tipologia rispetto all' eziologia dell'evento o dall' assistenza sanitaria da erogare; dunque vi sono catastrofi naturali, dovute da fenomeni geologici, eventi metereologici o idrogeologici, oppure causate dall' uomo, come incidenti industriali, nei trasporti, o disastri causati da conflitti sociologici, come le manifestazioni di massa, gli attentati, le guerre. Questi eventi dannosi possono inoltre essere classificati in 3 tipologie in base all' entità dei soccorsi necessari: tipo A, ovvero che possono essere fronteggiati tramite interventi attuabili da singoli enti e amministrazioni competenti in via ordinaria, tipo B; che comportano l' intervento coordinato di più enti o amministrazioni regionali o provinciali e di tipo C in cui sono raggruppate tutte le calamità naturali, le catastrofi, o altri eventi che per l' intensità e l' estensione devono essere fronteggiati con mezzi e poteri straordinari.

Di qualsiasi tipo possano essere, le maxi-emergenze sono contraddistinte dalla carenza di informazioni e dalla presenza di rischi per gli operatori stessi, oltre che dal bisogno di organizzare un piano d' azione specifico per i feriti, in modo da classificarli smistarli e ospedalizzarli nel minor tempo possibili e con un impiego ottimale delle risorse disponibili.

Rispetto alla gestione, dopo la definizione della complessa situazione, è necessaria l'attuazione di una strategia che definisce i compiti e le modalità di intervento per ognuna delle componenti della catena dei soccorsi, le forze che cooperano tra loro sono formate dal personale sanitario (costituita da personale del servizio di emergenza extra ospedaliera 118 e enti di soccorso) tecnico (formato da vigili del fuoco e gruppi della protezione civile) e delle forze dell'ordine.

La prima fase nella gestione della maxi-emergenza è detta ‘di allarme’ e comprende l’attivazione dei soccorsi, in cui il 118 ha il compito di acquisire tutti quegli elementi che possono essere utili a dimensionare l’evento sia sotto il profilo qualitativo che quantitativo e dunque di integrare la componente sanitaria agli altri enti prestanti soccorso nell’attività della protezione civile. Gli operatori della centrale del 118, dopo aver definito la criticità e la dimensione del problema, si apprestano ad inviare delle équipes di soccorso più appropriate e più vicine alla zona della catastrofe, che si differenziano per tipologia mezzi di soccorso di base, intermedio o avanzato del primo intervento. Il personale che presta il primo soccorso a questo punto rimane in contatto con la centrale operativa in maniera continuativa, in quanto potrebbe esserci il rischio evolutivo ambientale, cioè la possibilità che lo scenario dove si è venuto a creare lo scenario di emergenza sia ancora in una fase dinamica, e possa dare origine a situazioni di pericolo (un esempio ne è il terremoto). Altre informazioni fondamentali che vengono riportate alla centrale operativa riguardano l’accessibilità dei feriti e una prima stima delle vittime.

A questo punto le squadre di primo soccorso inizieranno ad allestire un primissimo posto di comando, con uno o più operatori per il coordinamento degli eventi.

Una volta acquisite tutte le informazioni necessarie, la centrale operativa territoriale del 118 provvederà ad intraprendere la seconda fase, ovvero quella dell’emergenza, mobilitando personale e mezzi e allertando tutte le strutture sanitarie del territorio coinvolto insieme alle forze dell’ordine e alle strutture di protezione civile.

I mezzi di soccorso disponibili verranno dunque mandati sul posto dove si riuniranno agli altri teams già presenti. Un medico designato dalla C.O. assumerà temporaneamente l’incarico di ‘direttore dei soccorsi sanitari’ (DSS) prima del suo arrivo, prendendo dunque la responsabilità del coordinamento delle operazioni: la ricognizione effettuata dall’eliambulanza se è possibile, per avere una visione d’insieme, la successiva settorializzazione dell’area in aree più piccole, per evitare di lasciare zone scoperte, l’integrazione tra soccorsi sanitari e tecnici con l’istituzione di un posto di comando avanzato, per un coordinamento efficace nell’effettuare la successiva operazione di recupero e raccolta delle vittime con un conseguente triage primario definendo le aree di raccolta dei feriti, le possibili vie di fuga, individua i luoghi più adatti per l’atterraggio di

eventuali elicotteri e il percorso più idoneo per arrivare al P.M.A. (posto medico avanzato).

Il posto medico avanzato viene allestito al di fuori dell'area interessata, precedentemente perimetrata e sorvegliata dalle forze di polizia, con compiti di accoglienza e assistenza alle vittime che verranno integrati con le funzioni di un eventuale centro medico di evacuazione in cui verranno completate le cure, e dunque effettuato il triage secondario ed evacuazione delle vittime precedentemente recuperate,

Ovviamente, se l'evento avrà interessato una zona ristretta di territorio, sarà sufficiente un unico posto d'accoglienza e di comando delle forze a disposizione. Nel caso in cui l'estensione sia maggiore e quindi la zona interessata sarà invece suddivisa in più settori verranno allestiti più Posti Medici Avanzati o a strutture sanitarie campali di maggiore complessità quali le unità Mobili Medico-Chirurgiche o gli Ospedali da Campo. Nell'identificazione dei settori si dovrà tener conto dei mezzi a disposizione, delle distanze tra le varie équipe, delle vie di accesso per i soccorsi e di quelle di evacuazione dei feriti e dei superstiti, in modo da ripartire adeguatamente le risorse disponibili in funzione delle necessità.

L'arrivo di ulteriore personale sul campo faciliterà il triage primario, in cui viene valutata in modo rapido la situazione di tutti i feriti per farne una prima selezione, individuando chi necessita di cure immediate per inviarlo prontamente al P.M.A., in cui a questo primo approccio segue un triage secondario per rivalutare i feriti e decidere le priorità di evacuazione e scegliere gli ospedali idonei al trattamento definitivo, dove nel momento dell'arrivo i pazienti verranno nuovamente triagati per stabilire priorità e iter diagnostico-terapeutico.

I protocolli di triage sono vari, ma quello che è usato principalmente sul campo per classificare i feriti nelle maxi-emergenze è il protocollo START (*simple triage and rapid treatment*). Quest'ultimo prevede la suddivisione dei pazienti in quattro classi di colori, che corrispondono alle diverse situazioni. La selezione primaria viene effettuata individuando i pazienti che sono in grado di camminare, assegnando loro il codice colore verde, si procede poi con gli altri con la valutazione B-C-A (breathing-circulation-airway), per cui verrà assegnato il codice colore giallo a coloro che hanno bisogno di

trattamento differibile nel tempo, il codice rosso a coloro che devono essere trattati immediatamente e il colore nero per i decessi.

Durante questa prima valutazione dei soggetti le uniche manovre terapeutiche eseguite, sono l'allineamento delle vie aeree ed il controllo ed il tamponamento di eventuali emorragie evidenti. Nessun altro atto terapeutico viene infatti generalmente svolto sul campo, a meno che non siano disponibili risorse umane e materiali adeguati al numero di feriti. In tale circostanza si potranno attuare sulle singole vittime procedure più complesse quali il BLS e l'ACLS.

Una volta avvenuta la classificazione delle vittime, i soggetti etichettati come rossi e gialli dovranno essere condotti, seguendo quest'ordine di priorità, al P.M.A. dove riceveranno le prime cure, verranno sottoposti al Triage secondario ed in seguito trasportati all'ospedale più idoneo per ricevere il trattamento definitivo. I soggetti illesi ed i pazienti etichettati come verdi dovranno essere condotti in apposite aree di attesa dove personale addetto si prenderà cura di loro e fornirà le necessarie informazioni richieste sulla situazione in atto. Infine, i soggetti etichettati come neri dovranno essere trasportati in appositi locali adibiti al deposito delle salme. In ogni settore, dal luogo di raccolta dei feriti al P.M.A. è previsto un referente con funzioni di coordinamento della rispettiva area, che ha quindi compiti differenti e che viene distinto tramite delle pettorine. (Fontanari, Gori, Corsini, 2003) (S.O.S., 2018)

2.2 Gli ospedali da campo militari: struttura e funzione

Quando l'infermiere militare a seguito della sua unità operativa, durante le missioni estere si trova ad affrontare situazioni di crisi dove gli elementi principali a cui far fronte sono la mancanza di tempo e le condizioni precarie in cui operano, diventa di fondamentale importanza l'allestimento tempestivo di ospedali da campo. Queste strutture garantiscono una rapidità nell'allestimento e un'organizzazione logistica semplice e schematica, in modo da garantire efficienza e qualità agli interventi.

L'ospedale da campo viene perciò utilizzato per il soccorso e cura di feriti acuti e il ricovero dei feriti gravi, è organizzato in modo da poter fornire assistenza chirurgica e di

terapia intensiva osservazione clinica, in zone di guerra o in caso di calamità, dove dunque non sono presenti o sono troppo lontane strutture sanitarie fisse.

La struttura è composta in modo da semplificare e ottimizzare al massimo le attività d'urgenza permettendo un uso adeguato delle risorse e dei presidi sanitari, in un ambiente ostile in cui deve essere anche salvaguardata l'incolumità dei lavoratori, ma non solo, in quanto il fattore tempo è indispensabile; dunque, un altro degli elementi necessari è la rapidità nel montaggio. L'esercito italiano possiede ospedali mobili formati da elementi prefabbricati modulari, a tenda pneumatica o tradizionali raccordati tra loro in un unico corpo. Generalmente all'interno è presente una sala operatoria, una terapia intensiva, un pronto soccorso, reparti per la degenza e farmacia.

Per pianificare al meglio le attività logistiche, e non trovarsi impreparati sul campo soprattutto per quanto riguarda ricoveri, approvvigionamento dei farmaci e la disponibilità di attrezzature sanitarie è necessaria una ricognizione approfondita della zona di operazione. A volte le zone designate alle unità militari, presentano problematiche di tipo ambientale dove risulta difficile l'allestimento di strutture complesse, ecco dunque che si sono sviluppate nuove strutture in grado di aggirare questo disagio; gli 'shelter' che sono unità mobili idonee alla installazione e protezione di apparecchiature elettroniche e medicali ad elevato livello tecnologico, impiegate in spazi aperti. La loro ormai vasta diffusione e richiesta è principalmente dovuta ai numerosi vantaggi che tali prodotti presentano rispetto alle unità mobili tradizionali, come l'elevata capacità di mobilità e rapidità d'impiego, autosufficienza sanitaria e logistica, in quanto sono dotati di un completo strumentario chirurgico polispecialistico, e di apparecchiature per la rianimazione e la radiologia che si alimentano autonomamente tramite impianti di produzione d'energia. Sono dotati inoltre di climatizzazione ad aria condizionata sterile e a pressione positiva, con un trasporto facilitato.

Per garantire flussi elevati di pazienti in un breve periodo di tempo, l'organizzazione sanitaria delle forze armate deve essere il più possibile flessibile e operare tramite il principio di frammentazione delle cure; dunque, la NATO ha stabilito il ruolo e le caratteristiche che devono avere i vari livelli di capacità assistenziale, denominati ROLE. Le strutture sanitarie, che devono erogare il trattamento sanitario MTF (*medical treatments facilities*) devono essere mobili e robuste come le unità che supportano. Le

strutture MTF devono essere descritte dalla loro stessa capacità e dalle competenze mediche che forniscono.

– ROLE 1: costituisce l'organo sanitario più mobile e avanzato in cui il personale si occupa di stabilizzare nell'immediato i feriti, triagiarli dopo aver eseguito l'operazione di raccolta ed infine l'evacuazione verso livelli superiori. si focalizza dunque, sulla prestazione di cure mediche di base, pronto soccorso specialistico, triage, rianimazione e stabilizzazione del paziente. Ulteriori componenti del supporto sanitario di tipo Role 1 sono generalmente: - Consulenza alla catena di comando sulle problematiche di prevenzione della salute e di sicurezza sul lavoro. - Statistica giornaliera dei casi di malattia e gestione dei malati e feriti lievi per il loro rientro immediato al lavoro. - Preparazione dei casi più gravi per il loro trasferimento al livello di trattamento superiore del continuum di cure. Il supporto sanitario fornito da un ROLE 1 deve essere preposto e disponibile a tutto il personale della Forza.

– ROLE 2: è finalizzato al trattamento d'urgenza prima dell'eventuale trasferimento al ROLE 3/4 per il trattamento definitivo, dove necessario. Vengono stabilizzati in maniera chirurgica, in quanto gli ospedali da campo che seguono questo livello di cure sono dotati di sale operatorie d'urgenza. Le capacità del ROLE 2 si basano sulla damage control resuscitation (DCR) and damage control surgery (DCS) ovvero la rianimazione e la chirurgia salvavita al fine di stabilizzare il paziente per il successivo trasporto verso organi sanitari di livello superiore.

Ci sono due tipi di Role 2: Role 2 di base (Role 2B) e Role 2 avanzato (Role 2E). I termini "di base" e "avanzato" si riferiscono alle capacità cliniche della struttura e non fanno riferimento al livello di mobilità. A seconda della missione e dei requisiti operativi un Role 2B può essere impostato come struttura MTF mobile, fissa o su piattaforma navale. Il Role 2 base deve fornire capacità chirurgiche per i casi di emergenza. La capacità chirurgica deve essere fornita entro il tempo utile per iniziare il prima possibile le funzioni salvavita. Un Role 2 B è fornito obbligatoriamente di tutti i settori specialistici. Il Role 2 Avanzato deve fornire tutte le funzionalità del Role 2 ma potenziato di servizi aggiuntivi e maggiori risorse, compresa la capacità di stabilizzazione e preparazione degli infortunati per lo sgombero in aeromobile.

– ROLE 3: vengono trattati i pazienti evacuati dai livelli 1 e 2, somministrando terapie salvavita con le tempistiche più brevi possibili, non più tardi delle sei ore. Dunque,

vengono stabilizzati i feriti gravi che non possono essere spostati al livello assistenziale successivo, per motivi strategici o logistici, poiché si trova in patria. All' interno del ROLE 3 sono presenti capacità chirurgiche e mediche specialistiche, e squadre addette al trattamento e ricovero dei pazienti che dopo le cure possono tornare alle loro attività evitando il rimpatrio, al fine di tornare riabilitati all'interno della Joint Operations Area (JOA), in conformità con le regole di ricovero stabilite in teatro.

- ROLE 4: Attualmente la funzione di questo livello viene svolta dal Policlinico militare 'Celio' di Roma, in cui vengono erogate le cure definitive di pazienti il cui trattamento richiede tempi maggiori di quelli previsti dalla politica di sgombero in teatro estero 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. (Masia, 2016) (Picchioni, 2016) (Vitulano, 2014)

2.3 Organizzazione delle maxi-emergenze in ambito civile e militare: due realtà a confronto

In ambito militare, l'approccio alle maxi-emergenze viene definito dalla Nato tramite la Damage Control Resuscitation, che raggruppa tutte le migliori evidenze riguardanti il trattamento preospedaliero dei feriti. Questo tipo di approccio sistematico, combina il protocollo C-ABC (catastrophic bleeding, airway, breathing, circulation) con una serie di interventi e procedure 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 migliorare la prognosi dei feriti. Il concetto di Damage Control Resuscitation è composto da varie fasi:

1. Misure salvavita attuate immediatamente, dal First Responder, ovvero colui che giunge per primo sull' area interessata, con a seguito l' equipaggio del primo mezzo di soccorso e dove agisce con ad esempio tecniche di aperture delle vie aeree e di emostasi e quindi classificazione dei feriti, tramite il Triage SIEVE, che raggruppa i pazienti in quattro categorie rispetto all' intervento da compiere; ovvero immediato, urgente, differibile, e nessun intervento, quando il ferito è in condizioni troppo gravi per le risorse disponibili.

2. Gli interventi di primo soccorso più complessi ed invasivi attuati da altri infermieri e soccorritori previsti dalle linee guida del Tactical Combat Casualty Care.

3. Predisposizione sul terreno di un Medevac System, un mezzo con assistenza medica, che consenta il rapido trasporto dei feriti alle strutture sanitarie con capacità chirurgica elevata.

4. Ricovero in strutture sanitarie campali di vari livelli

5. Successivo trasporto assistito con mezzi sanitari ad elevata capacità assistenziale, dei pazienti stabilizzati verso strutture con maggiori capacità diagnostico terapeutica oppure trasporto verso la madrepatria, dove i feriti vengono sottoposti ad ulteriori interventi di chirurgia primaria per il trattamento definitivo delle lesioni e alla successiva riabilitazione.

La figura del First responder può ricoprire vari ruoli in base alla situazione che si viene a creare sul campo:

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 mancanza di tempo. 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 risorse di personale sanitario e mezzi completano il trattamento iniziale dei feriti e li preparano al successivo trasporto assistendoli anche durante l’evacuazione verso livelli di assistenza superiori.

Quando il primo soccorritore si trova sul posto, a differenza della controparte civile, spesso non ha la possibilità di consultarsi telefonicamente con il medico o con una centrale operativa, per questo deve essere formato ed in grado di attuare tecniche salvavita seguendo i protocolli definiti dal T.C.C.C. (tactical combat casualty care) e deve avere determinate caratteristiche quali; possedere una certa capacità e dimestichezza nell'effettuare attività di primo soccorso in ambiente ostile, in cui vi è la minaccia imminente del nemico, una preparazione di base di tipo tattico- operativo per potersi muovere in autonomia e sicurezza a seguito della propria unità, senza ritardare le operazioni, deve inoltre essere addestrato a lavorare sia da solo che in equipe in modo da avere risultati efficienti in entrambe le situazioni, capacità di guida di mezzi aerei per operare nell'attività di sgombero, in quanto le tempistiche sono sfavorevoli per ridurre il più possibile il tempo di spostamento dal punto dell'accaduto a strutture in grado di fornire il trattamento necessario chirurgico o di terapia intensiva in un ospedale da campo

ROLE 2.

Anche i professionisti sanitari che si trovano ad intervenire in caso di Maxiemergenza in ambito civile, posseggono grosse responsabilità e competenze professionali che caratterizza il loro operato. L'Infermiere civile all'interno della gestione di una Maxi emergenza può svolgere vari ruoli:

1. Soccorritore, ovvero in quanto partecipa 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 maxi-emergenza, 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, applicano sulla scena dell'evento gli algoritmi clinico-assistenziali validati 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 invece il ruolo di direttore di triage, effettuando la valutazione in collaborazione con gli altri capisquadra, per inviare di conseguenza 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, aiutando il Medico nell'esecuzione del secondo triage, rivalutando in sequenza 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" (Romano, 2019).

CAPITOLO TERZO

3.1 Proposta di Progetto formativo di tirocinio clinico rivolto agli studenti del 3 anno del cdl di infermieristica

La proposta di progetto di tirocinio clinico è rivolta agli studenti del corso di laurea in infermieristica del terzo anno ed espone un'esperienza di apprendimento protetta e guidata, con il fine di raggiungere gli obiettivi e le competenze specifiche, distintive della figura dell'infermiere, in un ambiente diverso dal solito.

Il tirocinio viene normalmente svolto in strutture sanitarie accreditate e convenzionate sia esse di natura pubblica, facenti parte del SSN, o private. Questo tirocinio invece viene proposto nell'ambito del SSM e dunque all'interno di enti come caserme, dipartimenti, poliambulatori dove all'interno delle infermerie di corpo, vengono svolte attività specifiche rispetto al tipo di organizzazione militare. Gli studenti infermieri potranno svolgere un'esperienza formativa per un periodo di 30 giorni, individuati su base volontaria, in cui osserveranno e prenderanno parte alle attività che svolge quotidianamente l'infermiere militare, con il fine di assumere le competenze e responsabilità indispensabili per l'esercizio professionale e perciò, di mettere in pratica le conoscenze teoriche in un ambito non convenzionale.

Le attività alle quali possono partecipare gli studenti, riguardano principalmente la gestione infermieristica rispetto alla salute dei componenti facenti parte dell'ente militare, quali: attività di monitoraggio segni e sintomi e gestione terapia di problematiche cliniche, assistenza sanitaria in poligoni di tiro, igiene ambientale, gestione di farmaci e presidi, medicina legale di base, medicina preventiva e addestramento al primo soccorso.

Questi interventi vengono svolti in autonomia dall'infermiere sottufficiale, che in quanto tutor clinico, accompagnerà i tirocinanti durante le varie fasi di apprendimento e applicazione pratica. Gli studenti, per capire fino in fondo gli ambienti lavorativi militari parteciperanno a corsi di addestramento militare sulla linea di quelli proposti dalla scuola SANIVET a Roma, che riguardano il protocollo di gestione del traumatizzato secondo le linee guida del tactical combat casualty care.

Gli obiettivi di tirocinio che dovranno raggiungere gli allievi riguarderanno vari ambiti; etico e deontologico in cui l'individuo dovrà dimostrare di adattarsi nelle diverse

situazioni, in modo competente e appropriato, interessandosi alle attività, rispettando gli orari programmati, dimostrando responsabilità nelle azioni che compie e compiendo autovalutazione confrontandosi con il tutor clinico. Rispetto all' area tecnica-specialistica dimostrerà di possedere conoscenze e di saper motivare le proprie azioni, accoglierà il personale militare all' interno dell' ambulatorio o nelle unità di ricovero e osservazione temporanea secondo i protocolli in uso, osserverà le condizioni generali del personale militare, individuando eventuali problematiche per garantire un'assistenza infermieristica appropriata, applicherà tecniche per la rilevazione e il monitoraggio di dati clinici inerenti le condizioni di base, attuerà gli interventi di assistenza durante le procedure diagnostiche e terapeutiche, parteciperà all' addestramento militare partecipando ai corsi e esercitazioni sulle tecniche di trasporto feriti e trattamento emorragie delle estremità. Relativamente all'area educativa- relazionale, lo studente tirocinante dimostrerà di saper ascoltare e comunicare con il resto dell'equipe sanitaria, e con il personale militare a cui viene prestata assistenza, fornendo informazioni corrette in modo efficace. Lo studente dovrà inoltre dimostrare di aver acquisito capacità organizzative riguardo alle attività da svolgere, mantenendo un ordine di priorità assistenziale.

Alla fine del tirocinio, avverrà la valutazione del raggiungimento degli obiettivi, dalla guida clinica, il sottufficiale infermiere, che esprimerà tramite una votazione in decimi di ogni area di competenza, il punteggio in trentesimi relativo alla performance raggiunta.

CONCLUSIONI

La sanità militare in un contesto strategico internazionale è volta principalmente alla tutela sanitaria del personale militare impegnato nella missione e dei feriti, dunque in questi scenari critici, l'infermiere militare si trova ad avere aree di responsabilità molto vaste. A causa dell'isolamento tattico e logistico, si pone una difficoltà per gli operatori sanitari, tra cui i sottufficiali infermieri, che nella pianificazione di interventi dove ve ne è un'effettiva necessità, spesso non possono essere disponibili nell'immediato per raggiungere tutti i punti dell'area di responsabilità, oppure si trovano da soli ad affrontare una situazione di emergenza, per questo motivo sono autorizzati in queste situazioni dove non è presente l'ufficiale medico, a compiere le 'manovre salvavita' previste dai protocolli in uso, stabiliti dal Tactical Combat Casualty Care (TCC), metodo di soccorso militare, viene utilizzato dagli infermieri militari per salvare più vite possibili nel campo d'azione, in modo da ridurre il picco di mortalità post-trauma, in situazioni complesse e rischiose. Proprio per questo che la formazione dell'infermiere militare è fondamentale nell'acquisizione delle caratteristiche peculiari di entrambi i campi professionali, unendo perciò le nozioni di carattere sanitario e le norme militari di comportamento protezione e sopravvivenza.

Infine l'attività svolta ~~dal professionista~~ 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, come ogni altra professione sanitaria, ma comprende anche modalità operative concrete che richiedono una grande pragmaticità e comportano non poche criticità dovute, per lo più, dagli stessi scenari operativi complessi e poco permissivi nei quali si è chiamati ad intervenire. I presupposti per lavorare efficacemente in un contesto come quello descritto sono fondamentalmente una buona organizzazione, la capacità di collaborare in equipe e la continua analisi critica dell'operato, mirata ad evidenziare di volta in volta e nei diversi scenari, i punti critici dell'attività al fine di affrontarli e risolverli.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Barbero, (2021), 'Inquadramento degli infermieri militari nella NATO', Nurse+24, visitato il 18 ottobre (2021)
<https://www.nurse24.it/infermiere/infermiere-militare/inquadramento-infermieri-militari-nato.html>
- (2) Fornari T., D'Ambrosio I. & Petris M. R., (2005) 'Il lavoro infermieristico nella sanità militare, negli enti sociali e nella medicina del lavoro, *L'infermiere*, vol.49, no.9, pp.8-12
- (3) Ten. Sa. (inf) RS M. Trama comando sanità e veterinaria, (2018), 'Formazione ed aspetti caratterizzanti l'assistenza infermieristica militare', FNOPI, visitato il 20 ottobre (2021) <https://www.fnopi.it/2018/01/15/infermieri-militari-e-della-polizia-forte-sinergia-col-servizio-pubblico-tra-competenze-avanzate-e-buone-pratiche/>.
- (4) Dott. A. Del Vecchio, (2019), 'Infermieri e infermerie nelle missioni di pace: foto reportage-esclusivo', Assocarenews.it, visitato il 22 ottobre (2021)
<https://www.assocarenews.it/infermieri/infermieri-militari-e-di-polizia-il-futuro-e-gia-iniziato/infermieri-sulla-diga-di-mosul-in-iraq-foto-reportage-esclusivo>
- (5) Ministero della difesa, (2021) 'scuola di sanità e veterinaria', visitato il 25 ottobre (2021) http://www.esercito.difesa.it/comunicazione/Pagine/corsi-scuola-sanivet_210729.aspx
- (6) Vecciarelli, (2021), 'IGESAN-001 DIRETTIVA PER LA FORMAZIONE SANITARIA INTERFORZE', difesa.it, visitato il 25 ottobre (2021)
DIRETTIVA_IGESAN_FORMAZIONE_PERSONALE_SANITARIO_2021.pdf (difesa.it)
- (7) Ferretti, (2017), 'l'infermiere dell'esercito italiano', Nurse24+it, visitato il 22 ottobre (2021) [Esercito Italiano, il ruolo dell'infermiere \(nurse24.it\)](https://www.nurse24.it)
- (8) Consigliere P. Romano, (2019), 'Il servizio sanitario militare', Corteconti.it, visitato il 25 ottobre (2021) <https://www.corteconti.it/Download?id=48f77b47-f889-4f91-9415-377107c2eaf6>
- (9) Vecchio S., (2012), 'l'infermiere militare nelle operazioni fuori area', visitato il 26 ottobre (2021) [L'Infermiere militare nelle Operazioni fuori area - Difesa.it](https://www.difesa.it)

- (10) FNOPI, (2019), 'Terza giornata infermieristica militare e delle forze di polizia: scenari nazionali e internazionali, identità della professione e profili di responsabilità', visitato il 23 ottobre (2021)
<https://www.fnopi.it/2019/04/05/terza-giornata-infermieristica-militare-e-delle-forze-di-polizia-scenari-nazionali-e-internazionali-identita-della-professione-e-profilo-di-responsabilita/>
- (11) Della Pietà Dott. C., Siviero A. & Moscato M., (2019) 'l'infermiere tra mondo civile e militare', Nurse Times, visitato il 26 ottobre (2021)
<https://nursetimes.org/linfermiere-tra-mondo-civile-e-militare/67762>
- (12) 'QUAL È LA DIFFERENZA TRA UNA CARRIERA INFERMIERISTICA MILITARE E UNA CARRIERA INFERMIERISTICA CIVILE?', (2012), jobs-jobs.com, visitato il 23 (ottobre 2021) Qual È La Differenza Tra Una Carriera Infermieristica Militare E Una Carriera Infermieristica Civile? | Descrizione del lavoro - 2021 (jobs-job.com)
- (13) Fontanari P., Gori V., Corsini I., (2003), 'le maxiemergenze', visitato il 23 ottobre (2021) MAXIEMERGENZE.PDF (sistemaprotezionecivile.it)
'il sistema di emergenza extraospedaliera', (2018), corso per soccorritori visitato il 26 ottobre (2021), sos-sona.it, L01 118 - CatenaDelSoccorso - Sos (sos-sona.it)
- (14) Picchioni, (2016), ' la gestione dei farmaci e del materiale sanitario nei trattamenti sul campo', visitato il 24 ottobre (2021)
- (15) 06._PICCHIONI___gestione_dei_farmaci_e_del_materiale_sanitario_nel_trattamento_sul_campo.pdf
- (16) Vituliano, (2014-2015), 'dottrina interforze, per il supporto sanitario della difesa', visitato il 26 ottobre (2021), difesa.it, Dottrina Interfoze per il supporto sanitario in ambito Difesa
- (17) Masia, (2016), ' cos' è un ospedale da campo e quali sono le sue funzioni', Croce Rossa Italiana, visitato il 23 ottobre (2021)
<https://www.cricomitatoaltoioniocosentino.it/2020/11/16/cose-un-ospedale-da-campo/>

SITOGRAFIA

- <<http://www.esercito.difesa.it/organizzazione>> ultimo accesso il 26/10/21
- <<https://www.nurse24.it/infermiere/infermiere-militare/focus-infermieristica-militare-progetti-futuro.html>> ultimo accesso il 22/10/21
- <(633) Convegno "Infermiere Militare e Civile" - Perugia 2019 - YouTube> ultimo accesso il 25/10/21
- <(633) Intervista ad Antonio Gentile sulla professione dell'infermiere militare - YouTube> ultimo accesso il 26/10/21
- <<https://nursetimes.org/infermiere-nellesercito-italiano-coronare-un-sogno/31987>> ultimo accesso il 22/10/21
- <<https://www.fnopi.it/aree-tematiche/infermieristica-militare-e-nella-polizia-di-stato/>> ultimo accesso il 26/10/21
- <<http://www.esercito.difesa.it/concorsi-e-arruolamenti/pagine/l-infermiere.aspx>>
- <www.forzearmate.org> ultimo accesso il 25/10/21
- <http://it.wikipedia.org/wiki/Forze_armate_italiane> ultimo accesso il 23/10/21
- <<http://www.esercito.difesa.it/organizzazione/armi-e-corpi/>> ultimo accesso il 22/10/21

RINGRAZIAMENTI

A conclusione di questo elaborato, desidero menzionare tutte le persone che mi hanno permesso di arrivare fin qui e di portare a termine questo lavoro di tesi.

Grazie alla mia relatrice la Dott.ssa Tiziana Traini e alla mia correlatrice Marida Andreucci sempre presenti e disponibili, che hanno saputo indirizzarmi con suggerimenti pratici, nelle ricerche e nella stesura dell'elaborato.

Ringrazio i miei genitori, per avermi sempre sostenuto nei miei progetti e per avermi permesso di portare a termine gli studi universitari.

Un ringraziamento particolare va ai miei amici e colleghi, Giovanni, Debora, Veronica, Vanessa, Anna, Giada, Martina, Lorenzo, Manuela per essere stati sempre al mio fianco anche durante questa ultima fase del nostro percorso di studi. Grazie per aver ascoltato i miei sfoghi, grazie per tutti in momenti di gioia e spensieratezza passati insieme.

Infine, vorrei dedicare questo piccolo traguardo a me stessa, che possa essere l'inizio di un lungo e brillante percorso professionale.