

**MEMORIA
TECNICO SANITARIA INFERMIERISTICA**

III GIORNATA DELL'INFERMIERISTICA MILITARE E DELLE FORZE DI POLIZIA

**CENTRO ALTI STUDI DIFESA (CASD)
22 marzo 2019
P.le della Rovere. 83 Roma**

Egregie Autorità civili e militari, egregi partecipanti alla III giornata dell'Infermiere militare e delle Forze di Polizia, considerato il poco tempo a disposizione per poter rappresentare alcune considerazioni sullo status quo dell'importante figura oggetto dell'evento, si è pensato di formulare questa lettera ad integrazione della discussione che l'encomiabile iniziativa ha previsto.

L'Infermiere vive oggi un momento di grande attenzione da parte dei vertici delle Forze Armate e di Polizia, dei rappresentanti degli Ordini professionali, dei rappresentanti politici e degli stessi professionisti.

Oggi, più che mai, la Sanità militare, al pari della Sanità civile, è chiamata a conformare la propria organizzazione alle nuove e sempre più avanzate sfide che la Società richiede, al fine di garantire le migliori cure al personale ed ai cittadini che ad essa si rivolgono. I Marescialli infermieri, quotidianamente, si prendono carico dei bisogni assistenziali dei tanti utenti militari e civili, mettendo a loro disposizione il proprio sapere e le migliori capacità professionali, sia in Patria che all'estero nelle missioni Fuori Area.

Oggi, nell'ottica di una ottimizzazione e di una qualificazione delle risorse umane, non è più rinviabile la rivalutazione della figura dell'Infermiere militare, al fine di poter rispondere alle tante sfide attuali e future che le Forze Armate e di Polizia dovranno affrontare.

Occorre crederci e rimboccarsi le maniche, stabilire delle strategie e pianificare interventi con obiettivi da raggiungere nel breve e nel medio periodo. Alcuni provvedimenti sono a costo zero ed immediatamente realizzabili; altri, apparentemente impegnativi economicamente, permetterebbero, con la loro implementazione, una efficace razionalizzazione delle risorse umane, una migliore risposta ai bisogni di salute dei cittadini e un sicuro risparmio.

Il miglioramento in termini di qualità della Sanità militare e di Polizia deve inevitabilmente passare attraverso cambiamenti che interessano in primo luogo i professionisti che vi operano e che riguardano: il reclutamento, la formazione, l'aggiornamento, l'impiego, la riorganizzazione del comparto, il riconoscimento della professionalità e il riconoscimento del ruolo.

A. IL RECLUTAMENTO

La Sanità Militare e delle Forze di Polizia a ordinamento militare e civile deve porre maggiore attenzione allo strumento della selezione delle risorse umane, delle figure

a cui è affidato il compito della salvaguardia della salute e che rappresentano lo specchio dell'istituzione sul campo. Se è vero che, il reale patrimonio della Forza Armata sono le persone, ciò assume maggiore significato per la Sanità, dove occorre considerare una professionalità in senso allargato, comprensiva non solo delle capacità tecniche, ma anche degli aspetti riferiti alle capacità militari e di collaborazione con la Sanità civile, nell'ambito di un sistema organizzato e integrato (dual use).

In alcuni criteri di selezione del personale infermieristico sussistono dei gaps procedurali, che si trascinano di concorso in concorso, che non permettono di individuare i candidati più idonei per il delicato ruolo che tale cruciale figura deve ricoprire.

A1. Concorso pubblico per titoli ed esami, per il reclutamento, a nomina diretta, di marescialli con incarico di infermiere.

Da tre anni sono stati indetti concorsi per l'assunzione di infermieri già laureati per le FF.AA. (cosa che avviene da sempre per la Polizia di Stato) come unico criterio di selezione di personale infermieristico da immettere nei ranghi della Sanità dell'Esercito. Questa preziosa fonte di approvvigionamento di personale specialistico è viziata da un aspetto che compromette in modo importante la selezione dei più bravi e meritevoli: la preponderante presenza di membri non sanitari, con diritto di voto, nella Commissione esaminatrice.

Anche quest'anno, malgrado, per la prima volta, siano stati previsti due infermieri in Commissione, oltre alla riconferma di tre medici, continuano ad essere presenti tre membri d'Arma (il Presidente più altri due Ufficiali) e un Funzionario Amministrativo con diritto di voto che nulla hanno a che vedere con le figure da selezionare (nei concorsi a Nomina Diretta per medici e per psicologi figurano solo medici). Il D. Lgs 165/01 all'art. 35, comma 3, paragrafo e, specifica che la composizione delle commissioni deve prevedere esclusivamente esperti di provata competenza nelle materie di concorso. Non si capisce come non esperti dell'assistenza infermieristica possano valutare i candidati e dare un voto sugli argomenti materie di esame come: fondamenti di infermieristica clinica, infermieristica clinica in medicina generale, infermieristica preventiva, infermieristica clinica in chirurgia, tecniche e scienze infermieristiche, ecc., tutte materie che solo un infermiere, attraverso il percorso di studi universitari e il lavoro sul campo può conoscere. Alla luce di quanto sopra esposto, occorrerebbe che le commissioni esaminatrici fossero costituite per la maggior parte da professionisti che lavorano e conoscono gli ambiti del comparto per cui vengono selezionati i candidati, ed escludere figure che, in quanto prive di qualsivoglia formazione sanitaria, non hanno alcuna conoscenza delle materie di valutazione.

A2. Concorso ufficiali Ruolo Speciale Corpo sanitario dell'EI

Il reclutamento degli Ufficiali del Corpo sanitario dell'Esercito Italiano avviene prevalentemente dai Marescialli di sanità. È intenzione della Forza Armata, come specificato nella Direttiva del Capo di Stato Maggiore dell'Esercito in tema di

riorganizzazione del comparto Sanità di dicembre 2018, in previsione di una ottimizzazione dell'organizzazione futura, ricollocare gli Ufficiali provenienti dal ruolo Marescialli Sanità, in posizione di staff occupate da Ufficiali Medici. La volontà di razionalizzare il comparto fa ben sperare anche in un riconoscimento del ruolo per questi Ufficiali RS da troppi decenni in attesa; lasciati nel limbo di un impiego borderline, non regolamentato.

La selezione dei candidati che partecipano a questo concorso pecca di incongruenze e di grossolani errori che, oltre a creare confusione nell'interpretazione dei requisiti, non permette la selezione del personale migliore per gli incarichi che questi dovrebbero andare a ricoprire. In particolare, si denota:

- una incomprensibile commistione di figure che sono ammesse a partecipare;
- materie di esame non corrispondenti al ruolo da ricoprire;
- assenza di Infermieri nella Commissione di esame.

Possono partecipare al concorso RS Sanità diverse figure: Ufficiali di complemento del Corpo sanitario (oramai in esaurimento), Infermieri professionali (da correggere la dicitura in quanto i "professionali" non esistono più), Istruttori cinofili, Maniscalchi, Odontotecnici e Tecnici di radiologia medica (la dicitura esatta in realtà è Tecnico sanitario di radiologia medica). A ben vedere, non si riesce a capire la commistione di tali figure, totalmente e professionalmente distanti tra loro per formazione ed ambito di impiego:

- 1) l'Istruttore cinofilo proviene dalla categoria VSP, specialità Fuciliere o Genio guastatore, consegue l'incarico dopo il superamento di un corso di dieci mesi ed è un istruttore di cani;
- 2) Il Maniscalco proviene dalla categoria VFP1 e VSP, consegue l'incarico dopo il superamento di un corso di dieci mesi e ferra i cavalli;
- 3) L'odontotecnico è abilitato dal relativo percorso di studi di scuola media superiore e forma apparecchi ortodontici e protesi dentarie;
- 4) gli Infermieri ed i Tecnici sanitari di radiologia medica sono Marescialli che hanno conseguito l'abilitazione alla professione dopo il corso di laurea triennale, e, considerato il loro impiego, sono le uniche figure che avrebbero realmente titolo a ricoprire un ruolo di direzione in una organizzazione sanitaria, come oramai sancito nella Sanità civile.

L'unica condizione prevista dal bando per il Maniscalco e l'Istruttore cinofilo che dovessero risultare vincitori di concorso, essendo graduati, è l'integrazione, al termine del corso applicativo di tre mesi, di un ulteriore momento formativo teso ad omogeneizzare la preparazione delle attività connesse con il nuovo status di Ufficiale, attraverso attività teoriche tese alla formazione del "Leader", della durata di quattro settimane ed allo svolgimento di un tirocinio pratico di otto settimane. È auspicabile una revisione di tale criterio di selezione in quanto appare chiaramente impropria la formazione di base (cinofilo, maniscalco e odontotecnico) e insufficiente un così breve periodo per formare un "Leader" in Sanità.

Il rischio reale e preoccupante è che, a ricoprire un incarico di Capo sezione o Addetto di qualche Ufficio strategico per l'Organizzazione sanitaria, magari della formazione o del personale del Policlinico militare, ci possa essere l'eventualità bizzarra che sia un Ufficiale RS con formazione ed esperienze improprie ed

insufficienti rispetto a quelle richieste per una gestione competente e di qualità del Sistema salute.

Altro punto critico sono gli argomenti di esame che sono stati individuati per la prova tecnico-professionale sia scritta che orale. Sia le materie militari (Tattica, Servizio Informativo Operativo, Topografia) che le materie sanitarie (Traumatologia, Medicina E Chirurgia D'urgenza, ecc.) prevedono argomenti che fanno parte dei percorsi di studio dei corsi base gli esercenti le professioni militari e sanitarie. Non c'è niente che riguardi:

- a. la moderna concezione del Dirigente di una Sezione o Addetto di un Ufficio Sanitario;
- b. le capacità di valutazione critica dell'evoluzione dei bisogni assistenziali dell'utente militare;
- c. la promozione di processi decisionali;
- d. la progettazione e l'intervento operativo in ordine a problemi assistenziali e organizzativi complessi; la costruzione di modelli assistenziali moderni;
- e. la partecipazione alla pianificazione del fabbisogno del personale;
- f. la valutazione delle competenze del personale e sua valorizzazione;
- g. ecc..

Tutte competenze che dovrebbe possedere l'Ufficiale RS di Sanità, il cui ruolo dovrebbe essere rivolto alla Governance dell'assistenza e alla salvaguardia del Sistema salute militare.

Altro punto dolente della procedura di selezione è rappresentato dalla Commissione esaminatrice in quanto costituita esclusivamente da medici (quattro compreso il Presidente), da un membro per la lingua inglese ed un ufficiale d'Arma segretario senza diritto di voto. Anche in questo caso manca la figura dell'Infermiere o del tecnico esperto che farebbero sicuramente la differenza per una selezione più appropriata e soprattutto contribuirebbero ad individuare le migliori menti, quelle più in grado di rispondere alle esigenze organizzative della Sanità militare. Le professionalità da impiegare in tal senso sono tante e facilmente individuabili: Ufficiali Infermieri RS o Luogotenenti (possono anch'essi far parte di Commissioni esaminatrici) che, oltre al sapere, potenziato anche dalla formazione integrativa (master, laurea specialistica), hanno acquisito sul campo insostituibili capacità operative e raggiunto livelli di saper fare e saper essere elevati.

Oltre alla revisione del bando di concorso analizzato, si auspica un superamento del Ruolo speciale nel corpo di Sanità in quanto non attinente alla realtà NATO. È opportuno prendere in considerazione come ipotesi di lavoro futura l'istituzione del Ruolo Sanitario Interforze e delle Forze di Polizia ad Ordinamento militare e civile per tutte le professioni Sanitarie non Mediche. Ruolo questo, dove far confluire con concorsi a nomina diretta tutte le professioni sanitarie a sviluppo dirigenziale, come avviene nella sanità civile.

A3. Concorso ruolo normale per Luogotenenti

Con il primo concorso per Luogotenenti dell'11 ottobre 2018, ancora una volta gli Infermieri e tutti gli esercenti le professioni sanitarie, hanno subito una grossa sperequazione in quanto non è stato previsto il ruolo speciale sanità. Ciò vuol dire

che mentre nelle Armi dell'Aeronautica e della Marina, il grado di vertice dei Marescialli Infermieri può rimanere nel comparto di provenienza; nel caso del pari incarico dell'Esercito, se vincitore del concorso, verrebbe fatto transitare in una delle Armi di fanteria, cavalleria, artiglieria, genio o trasmissioni.

Il disagio che si vivrebbe nel doversi riciclare in un altro ruolo, si andrebbe a sommare agli altri disagi che il concorso prevede: corso di sei mesi di formazione presso la Scuola di Applicazione di Torino (formazione comunque estranea all'impiego sanitario); ferma di almeno cinque anni; diversa sede di servizio per il successivo impiego; e beneficio economico nullo. Malgrado tutto, circa 250 Luogotenenti hanno fatto domanda di partecipazione e tra questi anche diversi Infermieri, a dimostrazione della passione e della voglia di mettersi in gioco di questo encomiabile personale.

Essendo un concorso per titoli, in sede di valutazione delle due l'una: o la Commissione esaminatrice, nel momento in cui si ritrova un Infermiere rientrante nei posti a concorso, lo fa slittare fuori graduatoria, oppure il Luogotenente vincitore, dopo trenta anni e più di servizio nell'ambito della Sanità, con titoli e expertise specialistica acquisita sui banchi universitari e sul campo, deve cambiare, oltre al ruolo, anche le funzioni.

Ancora una volta si è dimostrata una scarsa sensibilità verso il personale infermieristico con la sensazione che i vari comparti dell'Organizzazione non dialoghino l'uno con l'altro; mentre da una parte il Capo di SME stabilisce che gli Ufficiali Infermieri dovranno essere impiegati nei posti di Staff, dall'altra si perdono inutilmente forze preziose che potrebbero essere utilizzate allo scopo.

B. LA FORMAZIONE

La formazione è fattore determinante per la realizzazione dei processi di trasformazione e riorganizzazione all'interno della Sanità Militare e di Polizia al fine di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza.

B1. Formazione per attività extraospedaliere

Occorre pensare a una più appropriata formazione e ad un migliore impiego degli infermieri che svolgono attività nell'ambito delle assistenze sanitarie extraospedaliere. Oggi persiste una drammatica incertezza sul ruolo, sulle regole di intervento e sulla formazione del personale chiamato a ricoprire tali servizi.

Nelle attività di addestramento a maggior rischio di infortunio e nelle attività di assistenza in collaborazione con Enti civili, laddove si ritenga necessario un livello assistenziale di I livello (medico, infermiere, autista/soccorritore) o di II livello (infermiere e autista/soccorritore), la formazione degli Infermieri militari deve essere quella prevista per gli Infermieri civili impiegati nel servizio territoriale 118/112. Questi vengono inseriti nei teams dopo aver superato, con profitto, un percorso formativo di base assicurato dall'Amministrazione di appartenenza e un periodo di tutoraggio sul campo.

Se un servizio di emergenza viene predisposto, questo deve essere messo nelle condizioni di intervenire ed erogare la migliore assistenza per la stabilizzazione ed il

trasporto della vittima nell'ospedale giusto. Il personale impiegato in un servizio di assistenza sanitaria in emergenza, che non interviene, o interviene in modo inadeguato rispetto le linee guida o non attinenti alle norme stabilite a livello regionale, è passibile di conseguenze penali per omissione di soccorso o negligenza ed imperizia.

Il personale infermieristico viene oggi impiegato in attività di assistenza di aderenza durante esercitazioni o attività di istituto anche fuori della regione di residenza del proprio Ente di appartenenza; ciò comporta una difficoltà a doversi adeguare alle diverse specifiche formative ed operative. In pratica, poiché ogni Regione ha deliberato in modo autonomo riguardo i programmi di formazione e di impiego degli infermieri, dei medici e dei soccorritori operanti nel servizio 118/112, programmi a cui si deve rifare anche il personale militare, occorrerebbe individuare, attraverso un accordo condiviso con il Ministero della Salute e la Conferenza Stato-Regioni, un programma che soddisfi, senza cercare scorciatoie, rimanendo sempre nell'ottica di garantire le migliori cure agli utenti con le stellette, le esigenze di tutti: professionisti, FF.AA. e Regioni.

Per quel che riguarda le figure di supporto nei livelli di assistenza I, II e III (solo soccorritori), serve una maggiore attenzione nello stabilire le linee di confine tra i professionisti, onde evitare che possa essere esercitata abusivamente la professione sanitaria con il serio rischio di risvolti penali per il personale impiegato e per chi lo impiega. Né gli Aiutanti di Sanità (ancora operativi sul campo), né gli Operatori Socio Sanitari possono essere impiegati nell'assistenza extraospedaliera; le uniche professionalità oggi ammesse a svolgere attività in collaborazione con gli Infermieri e i Medici impiegati nell'attività di assistenza in emergenza in Italia, sono i Soccorritori o gli Autisti/Soccorritori, previsti dalle delibere regionali e qualificati attraverso la partecipazione a corsi specifici.

B2. Riconoscimento specialistiche

La personalizzazione delle cure, le innovazioni scientifiche e tecnologiche hanno portato al riconoscimento del:

- “professionista specialista”, laureato con un master di primo livello nelle professioni sanitarie;
- “Professionista esperto”, che ha acquisito competenze avanzate grazie a percorsi formativi complementari (es. MEDEVAC, NBCR, TCCC, ecc.) e le attività professionali svolte anche in base a protocolli concordati (es. assistenza sanitaria avanzata nell'impiego Fuori Area) .

Le competenze avanzate per il personale infermieristico e per gli altri professionisti sanitari sono state sancite dal “Patto per la salute” tra il Governo e le Regioni, al fine di promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e garantire l'unitarietà del sistema a cui è tenuta anche la Sanità militare e di Polizia.

A marzo di quest'anno, sono stati definiti, presso il Ministero della Salute, i master specialistici delle professioni sanitarie, al fine di sviluppare competenze professionalizzanti riferite a specifici processi/tecniche pratiche, definendo per tutto il territorio nazionale i requisiti minimi del percorso formativo con valenza abilitante. Sono stati individuati tipologie di percorsi formativi/abilitanti suddivisi per:

- a. Master trasversali rivolti a tutte le professioni sanitarie con contenuti prevalentemente organizzativo-gestionali e di ricerca (Management per funzioni di coordinamento delle professioni sanitarie);
- b. Master interprofessionali rivolti a tutte le professioni sanitarie con l'obiettivo di sviluppare competenze nel campo comunitario, individuazione di strategie e piani per la salute collettiva (Promozione della salute sviluppo di comunità e reti operative);
- c. Master specialistici per gestire le emergenze e maxiemergenze (area intensiva e dell'emergenza)

È questo il momento per le FF. AA. e di Polizia di recuperare i gaps e i ritardi accumulati nel tempo attraverso il riconoscimento delle specialità e delle esperienze. È l'occasione per rendere più efficiente ed efficace l'Organizzazione Sanitaria militare e metterla in condizione di essere pronta alle tante sfide che l'attendono, come le innovative Organizzazioni sanitarie multinazionali, dove professionisti provenienti dagli altri Paesi alleati, lavoreranno gomito a gomito per garantire la migliore assistenza al personale impiegato e alle popolazioni locali nelle Missioni internazionali. A questo appuntamento, come a tutti gli appuntamenti che quotidianamente si è chiamati anche sul territorio nazionale nelle attività in collaborazione con la Sanità civile (dual use), occorre arrivare preparati e organizzati.

B3. Aggiornamento continuo

In questa prospettiva, riveste un ruolo fondamentale l'Educazione Continua in Medicina (ECM), che costituisce un'importante leva per l'evoluzione professionale e per l'acquisizione e condivisione degli obiettivi strategici del cambiamento e del miglioramento continuo.

La partecipazione alle attività ECM costituisce requisito indispensabile per svolgere attività professionale in qualità di dipendente. I contratti collettivi nazionali di lavoro del personale dipendente e convenzionato individuano specifici elementi di penalizzazione, anche di natura economica, per il personale che nel triennio non ha conseguito il minimo di crediti formativi stabilito dalla Commissione nazionale. Gli Enti sono responsabili del controllo e devono garantire che il proprio personale sia in regola con l'ECM, pena la non regolarità dell'accREDITamento dei servizi.

La formazione e l'aggiornamento del personale deve essere curata dalle amministrazioni pubbliche come stabilito dal D. Lgs. 165/2001 (art. 7, c.4).

Nella Sanità civile, è stabilito dai CCNL che l'azienda e l'ente garantiscono l'acquisizione dei crediti formativi previsti dalle vigenti disposizioni da parte del personale interessato nell'ambito della formazione obbligatoria. Il personale che vi partecipa è considerato in servizio a tutti gli effetti ed i relativi oneri sono a carico dell'azienda o ente.

Basti pensare che la USL Umbria 2, una delle Unità Sanitarie Locali con meno dipendenti in Italia, solo per il 2018 ha stanziato 350.000,00 €. Lo S.M. dell'Esercito ha stanziato per il 2019, per l'aggiornamento ECM di tutto il personale sanitario distribuito sul territorio nazionale, solo 20.000,00 €. Pertanto, anche in considerazione del fatto che la maggior parte del personale sanitario militare non è

in regola con l'obbligo di aggiornamento, occorre rivedere la Politica della formazione continua del personale; occorre prevedere maggiori stanziamenti; una migliore organizzazione dello strumento formativo, in modo tale da permettere a tutto il personale distribuito nella Penisola di poter ottemperare ai propri obblighi professionali. Quanto precede, onde evitare procedure di inadeguatezza professionale e delle strutture, come sta accadendo per la mancata iscrizione agli Ordini professionali, occorre creare le migliori condizioni per permettere a tutti, e non solo al personale che ha la fortuna di essere impiegato a Roma dove vengono organizzati i pochi eventi di aggiornamento, e di formazione (master universitari), di poter partecipare agli eventi ECM e di formazione anche se impiegati in enti decentrati.

B4. Protocolli condivisi

Le competenze del personale infermieristico sono disciplinate dal Codice dell'Ordinamento militare (D. Lgs. 15/3/10 n. 66): all'art. 212 vengono riconosciute le funzioni di autonomia e responsabilità in conformità alla Legge 43/06; all'art. 213 vengono riconosciute speciali competenze: 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, nei casi di urgenza ed emergenza, in assenza di personale medico, al personale infermieristico adeguatamente formato e addestrato è consentito le situazioni di manovre per il sostegno di base è avanzato delle funzioni vitali e per il supporto di base e avanzato nella fase di preospedalizzazione del traumatizzato.

Gli Infermieri svolgono un ruolo strategico nelle operazioni Fuori Area; essi, sovente, operano in assenza del medico e si ritrovano a dover trattare patologie tempo dipendenti dove la tempestività dell'inquadramento diagnostico e i conseguenti provvedimenti terapeutici, anche farmacologici, assumono un ruolo fondamentale per la sopravvivenza del paziente. Anche in questo caso la Sanità militare è in grave ritardo rispetto l'indicazione del legislatore. Affinché il gap possa essere colmato e l'Infermiere militare possa somministrare la terapia farmacologica e prestare assistenza avanzata servono tre condizioni:

1. specifico percorso formativo accreditato e finalizzato al trattamento anche farmacologico delle patologie tempo dipendenti;
2. protocolli emanati ufficialmente dagli organi di vertice della Sanità Militare e condivisi dal personale infermieristico;
3. addestramento continuo, anche con tecniche di simulazione avanzata, e audit periodico su casi clinici e problematiche specifiche.

C. LA RIORGANIZZAZIONE DEL COMPARTO

Al fine di una migliore organizzazione del comparto delle professioni sanitarie, occorrerebbe istituire uffici e sezioni dedicate allo scopo. Ad esempio, per l'Esercito si potrebbe pensare di istituire::

1. un Ufficio delle professioni sanitarie non mediche che interessi l'ambito ospedaliero, territoriale e di mobilitazione a livello di S.M.D./IGESAN (prima bozza di un ipotetico Servizio delle Professioni Sanitarie Interforze);
2. Sezioni per Area di vertice SME, COMLOG, COMFOTER COE, COMFOTER Supporto, COMFOP NORD, COMFOP SUD, COMTA, COMFORDOT, CAPITALE COMILES, NRDC-ITA;
3. Sezioni di Coordinamento sino ai minimi livelli per fini gestionali, per l'attività di impiego e formazione.

Compito precipuo di detti Uffici/Sezioni, sarà quello di occuparsi, a tutto tondo, della gestione professionale del personale sanitario attraverso una continua attività di comando, controllo e coordinamento nei vari aspetti di interesse come: gestione della governance, formazione continua, formazione avanzata (Master di I, di II livello, Laurea specialistica, ecc.), emergenza territoriale, training on job, protocolli intesa con sanità civile a livello locale, ecc..

Parimenti, una organizzazione simile può essere prevista per le Forze di Polizia ad ordinamento militare e civile.

D. IL RICONOSCIMENTO DELLE PROFESSIONALITA' E DELLE COMPETENZE

È oramai acclarato, nel Sistema Sanitario civile, la necessità di riorganizzare l'assistenza ospedaliera e territoriale in una ottica di incarichi attribuiti in base alle competenze professionali acquisite con percorsi di formazione e di esperienza ben definiti e non più solo per il grado rivestito. Si è passati, nel giro di mezzo secolo, da una situazione in cui anche la misurazione della pressione arteriosa fosse ad esclusivo appannaggio del medico, a protocolli condivisi di assistenza avanzata messi in pratica da infermieri adeguatamente formati o da reparti ospedalieri gestiti esclusivamente da infermieri.

Oggi, gli infermieri ricoprono incarichi di altissima responsabilità; li troviamo come Direttori Generale nelle USL, vicepresidente del Consiglio Superiore di Sanità, Dirigenti dei Servizi Infermieristici Tecnico Riabilitativi Aziendali con centinaia di persone da coordinare e organizzare, coordinatori di unità complesse.

Nell'ambito militare, purtroppo, persiste una arcaica resistenza ad affidare ai Marescialli Infermieri incarichi organizzativi anche marginali; la particolare organizzazione gerarchizzata radicata anche nel delicato comparto della Sanità militare, unisce il ferreo medicocentrismo, oramai superato nell'ambito civile, al marcato ufficiale medicocentrismo che fa da moltiplicatore alle difficoltà che si incontrano per arrivare ad un reale, auspicabile cambiamento. Le poche eccezioni non fanno altro che confermare la regola.

Non sono sufficienti le buone intenzioni del legislatore che negli ultimi riordini ha riconosciuto i Marescialli come figure idonee ad assumere responsabilità anche importanti nelle attività cui è preposto; non bastano i buoni propositi del Capo di Stato Maggiore nell'Esercito che, nell'ultima direttiva inerente il personale della Sanità Militare, auspica una collocazione degli Infermieri in posizioni di Staff e la individuazione di tale figura come responsabile della parte tecnico-gestionale.

L'accentramento delle funzioni e delle responsabilità organizzative dell'Ufficiale medico, rappresentano una concausa delle difficoltà organizzative e della insoddisfazione del personale del ruolo sanitario.

Sin da subito, si potrebbe prendere in considerazione di conferire l'incarico di coordinatore agli infermieri che hanno conseguito il relativo Master e, soprattutto, dare mandato a tali figure affinché assolvano appieno ai compiti di organizzazione e coordinamento delle unità operative a cui sono assegnati. Tale concetto è applicabile anche nelle Infermerie dei corpi, Centri di selezione e, ovunque, in Patria e all'estero vi siano attività sanitarie con infermieri che garantiscono l'attività assistenziale.

E. IL RICONOSCIMENTO DEL RUOLO

L'infermiere allo stato attuale è un professionista laureato e, come tutte le altre professioni intellettuali (Medici, Psicologi, Veterinari, ecc.), è sottoposto a controllo e disciplina dell'Ordine; è tenuto a formarsi continuamente con i corsi che ogni F. A. organizza per il suo impiego (SIAO, MEDEVAC, NBCR, ecc.); è obbligato ad aggiornarsi continuamente secondo il programma ECM; deve frequentare le strutture sanitarie civili per il mantenimento della sua pratica clinico-assistenziale (training on job); si deve rapportare con il SSN nelle attività di istituto (dual use). A tale professionista, per poter assolvere alle funzioni a cui è preposto, è richiesto un profilo culturale e professionale, un'assunzione di responsabilità e un impegno formativo durante tutta la sua vita professionale, superiore a quello della categoria Sottufficiali in cui è inquadrato.

Inoltre, vi è una disparità di trattamento rispetto agli infermieri civili in quanto, mentre l'infermiere militare è inquadrato nell'ambito della pubblica amministrazione nell'area II ("operatori"), il laureato infermiere impiegato nell'ambito civile è inquadrato nell'area III dei Funzionari sanitari (l'area III corrisponde agli Ufficiali nel personale militare). Tale differenza si ripercuote anche nella impossibilità di transito del personale sanitario dall'ambito militare a quello civile nel momento in cui venisse a mancare l'idoneità al servizio militare o di impiego nel comparto civile per i professionisti collocati in ausiliaria.

All'interno delle stesse FF. AA. vi è una disparità di trattamento se si considera che in Marina, viene reclutato personale con laurea triennale in ingegneria navale e inserito nel ruolo Ufficiali con il grado di Guardiamarina.

Sono stati fatti molti tentativi per avere il giusto riconoscimento, anche con ricorsi ai tribunali amministrativi regionali e interpellanze rivolte ai vertici della Sanità militare e delle FF. AA., ma, sino ad oggi, non vi sono state risposte o, se ci sono state non fanno risolto il problema.

Solo il Parlamento italiano e il Ministro della Difesa, se adeguatamente informati sulla questione che interessa gli Infermieri militari e di Polizia, possono, a questo punto, prendere in mano la questione e dare la migliore risposta ai tanti professionisti che, malgrado il mancato riconoscimento professionale, con impegno e spirito di sacrificio, garantiscono quotidianamente la migliore assistenza agli uomini e alle donne con le stellette ovunque essi vengano impiegati.

CONCLUSIONI

Si chiede di valutare, stante l'intellettualità della professione infermieristica, in una dialettica di fatto costruttiva, prettamente professionale e solo al fine di affrontare le peculiari specificità sanitario-infermieristiche Militari e di Polizia, di prendere in considerazione la costituzione, a titolo gratuito, di un Tavolo tecnico di lavoro interforze a carattere scientifico e di ricerca, con la partecipazione della Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche, da tenere in seno alla Federazione o nell'ambito dello Stato Maggiore Difesa; al fine di trovare soluzioni da proporre ai Vertici dei Dicasteri interessati. Lo scopo di un siffatto tavolo di discussione potrebbe affrontare anche le annose problematiche inerenti le differenze di formazione e di impiego che l'Infermiere vive a secondo che sia dipendente del Dicastero della Salute, degli Interni o della Difesa, al fine di individuare una uniformità del suo status giuridico e di inquadramento, riuscendo così, finalmente, a realizzare la agognata equiordinazione tanto cara anche al legislatore.

Sperando di aver dato, con questa nota scritta a più mani, un utile contributo, anche se non esaustivo, alla discussione che si sta vivendo sulla Sanità militare e di Polizia in generale e sullo sviluppo della professione infermieristica in particolare, si ringrazia ancora gli organizzatori per la interessante iniziativa di studio.

Cordiali saluti.

INFERMIERE E. I.
1° Lgt. Antonio Gentile