



GIORNALE DI
**Medicina
Militare**
PERIODICO DEL MINISTERO DELLA DIFESA



OMP ENGINEERING.

DAL 1959

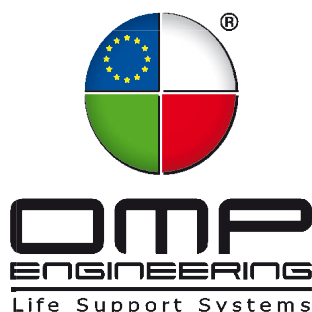
UN CONTINUO IMPEGNO AL SOSTEGNO LOGISTICO E AI SISTEMI DI SUPPORTO ALLA VITA IN SITUAZIONI DIFFICILI.



Wo
WATER SYSTEM
DEPARTMENT



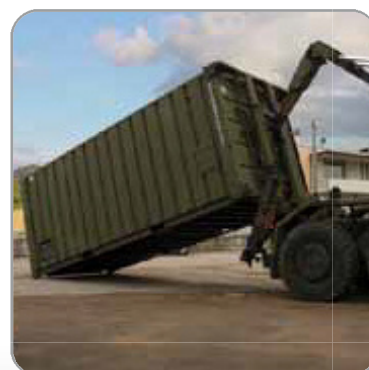
H+
HEALTHCARE
DEPARTMENT



F
FIELD STRUCTURES
& FACILITIES
DEPARTMENT



So
SYSTEM
FOR WEAPONS
DEPARTMENT



OMP ENGINEERING METTE A DISPOSIZIONE L'ESPERIENZA E LA COMPETENZA MATURATA, STUDIANDO LE SOLUZIONI MIGLIORI, ADATTANDO E OTTIMIZZANDO ALLE PARTICOLARI ESIGENZE DEL CLIENTE. IL KNOW-HOW ACQUISITO, I BREVETTI ALTAMENTE INNOVATIVI E LA NOTEVOLE DINAMICITÀ AZIENDALE, HANNO PERMESSO UN RAPIDO SVILUPPO SUL MERCATO NAZIONALE E INTERNAZIONALE.

I PRODOTTI OMP SONO ADATTI AD ESSERE UTILIZZATI IN LUOGHI REMOTI E IN AREE DIFFICILI IN CUI È NECESSARIA UNA RISPOSTA RAPIDA E ASSOLUTA FLESSIBILITÀ D'IMPIEGO.

OMP Engineering Srl

Via Trescalini, 3 int. 2 - 36031 Dueville (VI) Italia
Tel. +39 0444 595606 - Fax +39 0444 945256
info@omp-italia.com - www.omp-italia.com



Il Giornale di Medicina Militare incontra l'On. **Gianluigi MAGRI** Sottosegretario di Stato alla Difesa

1. **Un manager, un economista, ma anche un medico come SottoSegretario di Stato al Ministero della Difesa con delega alla Sanità Militare: una occasione da non perdere. Onorevole, nel tempo ed ancor oggi, la Sanità Militare è vista da alcuni come un lusso, da altri come una importante risorsa per il paese. Qual'è il suo punto di vista?**

Noi oggi non abbiamo alternative: deve essere una risorsa. Gli sprechi però vanno perseguiti: anche il Ministro Di Paola ha esplicitato che tutte le scelte future saranno fondate su criteri di efficienza e razionalizzazione, affinché in prospettiva si possa spendere meno ma anche spendere meglio. In merito alla Sanità Militare il Ministro ha insistito su un aspetto che a lui sta molto a cuore fin dalla sua esperienza come Capo di S.M. della Difesa, ossia la progressiva "interforzizzazione" dello strumento Sanità Militare, in un più ampio quadro di razionalizzazione e contenimento della spesa.

2. **Onorevole, lei ha parlato di "interforzizzazione". Come intende procedere il Governo per perseguire questo scopo e quali saranno i punti salienti di questo processo?**

Le risorse disponibili debbono essere messe a fattor comune. Noi abbiamo nella Sanità Militare alcuni centri di eccellenza e di specificità nelle quali non è possibile non ipotizzare la presenza di personale altamente qualificato nel settore, penso ad esempio al Centro di Medicina Aerospaziale di Pratica di Mare per l'Aeronautica o i Centri di Medicina Iperbarica per la Marina Militare, ma per quanto riguarda tutte le altre funzioni e competenze della Sanità Militare, dalle visite mediche propedeutiche alla selezione ed all'arruolamento del personale ai più complessi interventi chirurgici presso il Policlinico Militare di Roma, ma anche alle attività campali nei teatri operativi, dobbiamo riuscire a sfruttare al meglio la possibilità di un concorso qualificato da parte di tutte le Forze Armate. Dirò di più: il processo di "interforzizzazione" delle attività sanitarie militari, non può che completarsi con un rapporto sempre più stretto e prioritario con la Sanità pubblica, perché al giorno d'oggi è importante che le migliori professionalità sanitarie del paese possano essere messe al servizio della Difesa e nello stesso tempo è fondamentale che queste alte professionalità possano avere un ruolo di indirizzo formativo per il personale della Sanità Militare.

3. **Questa ultima sua precisazione, Onorevole, anticipa ed introduce la prossima domanda. Di recente è stato firmato un accordo quadro tra lo Stato Maggiore della Difesa e la Regione Lazio al fine di una fattiva collaborazione e di**



uno scambio reciproco di risorse nel settore della sanità. Lei pensa che la strada tracciata a livello locale possa essere estesa a tutto il territorio nazionale?

Io sinceramente me lo auguro. Il problema vero è quello di passare dai propositi ai fatti. Noi dobbiamo puntare ad un accordo più generale con il Ministero della salute e con il Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica per riuscire a dare risposte qualificate in alcuni settori specifici in termini di efficienza ma soprattutto di risultati. Mi riferisco ad esempio all'interscambio di professionalità tra Sanità Militare e Sanità pubblica, alla stipula di convenzioni per l'utilizzo reciproco delle infrastrutture e della tecnologia, a convenzioni con le maggiori Università per la realizzazione di Centri di Eccellenza nel campo della sanità a vantaggio dell'Amministrazione Difesa, ma più in generale dei cittadini tutti. Ci tengo a precisare che il Policlinico Militare di Roma "Celio" oggi rappresenta già un ospedale d'eccellenza e nell'ottica del Governo, questo dovrà essere sempre di più il fiore all'occhiello della Sanità Militare. Per raggiungere questo obiettivo dovrà concorrere l'Esercito, che oggi fornisce la maggior parte del contributo e degli sforzi necessari per questa grande struttura, ma dovranno concorrere in misura sempre maggiore l'Aeronautica, la Marina e l'Arma dei Carabinieri. Proprio il Policlinico Militare di Roma inoltre, dovrà rappresentare la maggiore e più qualificata occasione di interscambio culturale e scientifico con la Sanità pubblica.

I rapporti con importanti poli universitari già sono avanzati in più ambiti, penso ad esempio all'Università di Roma Tor Vergata, e questi dovranno essere necessariamente implementati perché il Governo auspica una Sanità Militare ai massimi livelli di professionalità scientifica e culturale.

4. Un ultimo spunto di riflessione. Innovazione e riorganizzazione dello strumento Sanità Militare non possono prescindere da un nuovo processo di reclutamento e formazione continua del personale sanitario. Può anticiparci se ci saranno delle novità rispetto allo stato attuale?

Stiamo lavorando, grazie anche alla preziosa opera del Generale Anaclerio, Consigliere del Ministro della Difesa per la Sanità Militare, sempre prodigo di proposte e consigli, ad alcuni obiettivi fondamentali: prima di tutto, massimizzare la professionalità degli operatori sanitari militari, medici, infermieri e personale tecnico; parimenti importante sarà la razionalizzazione dei processi di selezione ed accesso ai ruoli della Sanità Militare con la revisione dello strumento delle Accademie Militari. Noi sappiamo che paesi a noi vicini come la Germania hanno da tempo rinunciato al ruolo delle Accademie, preferendo incentivare l'arruolamento del personale sanitario già formatosi presso le Università pubbliche: questa potrebbe essere una via percorribile nel nostro paese, con gli adeguati e opportuni accorgimenti capaci di garantire oltre ad una alta formazione professionale anche una adeguata formazione militare.



Dott. Gianluigi MAGRI

Sottosegretario di Stato alla Difesa
con delega alla Sanità Militare



Biografia

Nato a Bologna il 15 settembre 1955. Coniugato con Ada Dormi, hanno una figlia. Religione cattolica.

È iscritto all'Associazione Nazionale Carabinieri e all'Associazione Medici Cattolici.

Curriculum vitae

Laureato in Medicina e Chirurgia. Specialista in Medicina Interna. Specialista in Cardiologia. Dottorato di ricerca in Medicina Sperimentale Arteriosclerosi.

Attualmente ricercatore confermato fuori ruolo presso il Dipartimento Medicina Interna e Gastroenterologia dell'Università di Bologna.

Ha collaborato a progetti di ricerca con l'Organizzazione Mondiale della Sanità, il Ministero della Salute, il CNR, ecc.

Nel 1992 ha fatto parte del Comitato dei Garanti dell'USL Bologna Nord.

Dal 1992 al 1994 ha fatto parte del Consiglio di Amministrazione degli Istituti Ortopedici Rizzoli di Bologna in rappresentanza del Ministero del Lavoro.

Dal 1994 al 2003 ha fatto parte dell'Assemblea della Fondazione Cassa di Risparmio in Bologna (in rappresentanza degli enti territoriali).

Dal 1997 all'ottobre 2002 ha fatto parte del Consiglio di Amministrazione di Finemiro Banca S.p.a. (Gruppo IMI San Paolo).

Dal 2000 al novembre 2002 ha fatto parte del Consiglio di Amministrazione di SEABO di Bologna, poi HERA (multiutility nel settore rifiuti, acqua e energia).

Dal febbraio 2003 a maggio 2005 è stato Sottosegretario di Stato al Ministero dell'Economia e delle Finanze del Governo Berlusconi.

Ha partecipato, su delega del Ministro, agli incontri internazionali connessi al semestre di Presidenza italiana del Consiglio dell'Unione Europea e a numerosi vertici internazionali di politica economica (ASEM, G20, ecc).

Durante il semestre di Presidenza italiana del Consiglio dell'Unione Europea, ha presieduto il Consiglio Ecofin Bilancio preparando e discutendo il primo bilancio europeo allargato a 25 Paesi che ha firmato nel dicembre 2003 con il Presidente del Parlamento europeo, Pat Cox.

“ In data 28 novembre 2011 è stato nominato Sottosegretario di Stato alla Difesa.

Giornale di Medicina Militare

Periodico Medico-Scientifico del Ministero della Difesa
a cura della Direzione Generale della Sanità Militare

Direttore responsabile

Gen. Isp. Capo CSArn *Ottavio Sarlo*

Comitato Scientifico

Gen. Isp. Capo CSArn *Ottavio Sarlo*

Ten. Gen. *Federico Marmo*

Magg. Gen. *Francesco Tontoli*

Brig. Gen. *Giuseppe Vilardo*

Amm. Isp. Capo *Pietro Tommaselli*

Gen. Div. *Domenico Ribatti*

Magg. Gen. *CRI Gabriele Lupini*

C.te s.v. C.M. SMOM Col. *Mario Fine*

Isp. Naz. II.VV. *CRI S.Illa Mila Peretti Brachetti*

Col. RTL me. *Angelo Giustini*

Dir. Gen. PS *Giovanni Cuomo*

Direttore editoriale

Col. Co. Sa. Me. *Antonio Masetti*

Referenti Scientifici

Cap. me. *Massimiliano Mascitelli*

Ten. Col. vet. *Mario Marchisio*

C.F. (SAN) *Vincenzo Aglieri*

Col. CSA rn *Paolo Tosco*

Col. CC (me.) *Antonino Marella*

Ten. Col. me. *CRI Romano Tripodi*

Ten. RTL me. *GdF Angela Cristaldi*

Dir. Med. PS *Rosa Corretti*

Redazione e Segreteria

Francesca Amato

Walter De Caro

Mosè Masi

Collaboratori

Ten. Col. me. *Francesco Boccucci*

Magg. me. *Alessandro Iaria*

Ten. Col. CSA *Roberto Isabella*

Direzione e Redazione

Via S. Stefano Rotondo, 4 - 00184 Roma

Tel.: 06/47353327 - 06/777039077

Fax: 06/77202850

@ e-mail: giornale.medmil@libero.it

Amministrazione

Ufficio Amministrazioni Speciali del Ministero Difesa

Via Marsala, 104 - 00185 Roma

Stampa

Officine Tipografiche S.r.l.

Autorizzazione del Tribunale di Roma

al n. 11687 del Registro della stampa il 27-7-67

Codice ISSN 0017-0364

Finito di stampare in luglio 2012

Garanzia di riservatezza

I dati personali forniti per l'indirizzario vengono utilizzati esclusivamente per l'invio della pubblicazione e non vengono ceduti a terzi per nessun motivo.

(D. Lgs. 196/2003 - Codice in materia di protezione dei dati personali).

Il Giornale di Medicina Militare viene inviato a titolo gratuito agli Ufficiali Medici delle FF.AA. ed agli Organismi Centrali dei Servizi Sanitari dei Corpi Armati dello Stato ed assimilati.

CONDIZIONI DI ABBONAMENTO

Italia:

Abbonamenti

€ 36,15

Fasc. singolo (annata in corso)

€ 5,16

Fasc. singolo (annate arretrate)

€ 7,75

Esteri

€ 86,00 - \$ 125,20

Librerie

Sconto del 10% sull'importo annuo

Italia € 32,54

Esteri € 77,40 - \$ 112,80

Servirsi, per i versamenti, del c/c postale n. 00610014 intestato a:

Ministero Difesa - Uff. Amministrazioni Speciali

Giornale di Medicina Militare

Via Marsala n. 104 - 00185 Roma.

CAMBI DI INDIRIZZO

I Sigg. Abbonati sono pregati di segnalare tempestivamente eventuali cambiamenti di indirizzo allo scopo di evitare disguidi nella spedizione del Giornale.

L'IVA sull'abbonamento di questo quadrimestrale è considerata nel prezzo di vendita ed è assolta dall'Editore ai sensi dell'art. 74, primo comma lettera C del DPR 26/10/1972 n. 633.

L'importo non è detraibile e pertanto non verrà rilasciata fattura.



Sommario

201 **Intervista all'On. Gianluigi Magri**

207 **La Sanità Militare italiana nelle principali missioni fuori area nel 2011**

213 Il Corpo Militare della Croce Rossa Italiana. Ausiliario delle Forze Armate. 146 anni al servizio dell'umanità sofferente.
De Felici C.



223 Emergenze sanitarie: competenze e ruoli operativi nel moderno status delle IIVV CRI.
Frischia F.

227 15 giugno 1864 - Nascita del primo Comitato della Croce Rossa in Italia e suo intervento nella 3^a Guerra d'Indipendenza.
Ceci G.



235 Applicazioni militari della teleradiologia: normativa e capacità operativa.
Cennamo G., Ajello C., Germani M. A.

241 Artroplastica cervicale.
Wierzbicki V., Caruso R., Marrocco L., Landolfi A.

245 L'emergenza migranti 2011: attività del posto medico avanzato del Corpo Militare della Croce Rossa Italiana a Lampedusa.
Rupolo G., Redaelli L., Visonà Dalla Pozza L., Piffer Gamberoni I., Tripodi R.

253 Aspetti procedurali della selezione della Marina Militare presso il Centro di Selezione di Ancona.
Indelicato S.



259 Strategie di *coping* e sostegno familiare nel fronteggiamento dello stress tra gli appartenenti al Corpo della M.M.
Pierini S.



Rubriche

265 Un salto nel passato. Spunti dal Giornale di Medicina Militare di cento anni fa: "L'etica, lo scopo e le prerogative dell'ufficiale medico".
Maus M.

270 Infermieristica

280 Massimario della Corte dei Conti

281 Notiziario

291 Formazione sanitaria

293 Indice per Autori. Anno 2011

Norme per gli Autori

La collaborazione al Giornale di Medicina Militare è libera. Le opinioni espresse dagli Autori, così come eventuali errori di stampa non impegnano la responsabilità del periodico.

Gli elaborati dovranno pervenire su supporto elettronico (floppy disk, cd-rom, oppure come allegato e-mail) con due copie a stampa ed eventuali tabelle e figure, all'indirizzo:

Redazione del Giornale di Medicina Militare - Via Santo Stefano Rotondo n. 4- 00184 Roma - Italia - Telefono 06/777039377 - 06/47353327 - Fax 06/77202850;

e-mail: giornale.medmil@libero.it

Lo scopo di queste note è facilitare gli Autori nella presentazione del proprio lavoro e di ottimizzare le procedure di invio-revisione-pubblicazione.

L'accettazione è condizionata al parere del Comitato Scientifico, che non è tenuto a motivare la mancata pubblicazione.

Il Comitato Scientifico, ove lo ritenga necessario, potrà richiedere ai competenti organismi delle FF.AA. parere in merito all'opportunità di pubblicare o meno un articolo.

Condizione preferenziale per la pubblicazione dei lavori è che almeno uno degli Autori sia un appartenente ai Servizi Sanitari di FF.AA., G.D.F., Polizia di Stato, VV.FF., od in alternativa alla C.R.I., allo S.M.O.M. o alla Protezione Civile.

Il Giornale accetta per la pubblicazione lavori scientifici, comunicazioni scientifiche/casi clinici/note brevi, editoriali (solo su invito) ed ogni altro contributo scientifico rilevante.

Tutti gli Autori sono responsabili del contenuto del testo e che il lavoro non sia stato pubblicato o simultaneamente inviato ad altre riviste per la pubblicazione.

Una volta accettati i lavori divengono di proprietà della Rivista e non possono essere pubblicati in tutto o in parte altrove senza il permesso dell'Editore.

I testi andranno salvati nei formati: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) o TXT.

I grafici, se generati in Microsoft Excel o simili, inviati completi della tabella dei dati che ha generato il grafico.

Le figure, preferibilmente inviate in originale o in formato digitale, nei formati JPG o TIFF con la risoluzione minima di 300 dpi, numerate progressivamente con numeri arabi e corredate da idonee didascalie. Il posizionamento approssimativo delle tabelle e delle figure va indicato a margine.

La pagina iniziale deve contenere:

- Titolo del lavoro in italiano e in inglese;
 - Il nome e cognome di ogni Autore;
 - Il nome e la sede dell'Ente di appartenenza degli Autori;
 - Il recapito, telefono, fax ed e-mail dell'Autore cui si deve indirizzare la corrispondenza;
 - Una immagine rappresentativa dell'argomento principale dell'elaborato.
- Per quanto attiene ai lavori scientifici, si richiede di strutturarli, preferibilmente, secondo il seguente ordine:

Titolo: in italiano ed in inglese.

Riassunto: compilato in italiano ed in inglese di circa 10 righe e strutturato in modo da presentare una visione complessiva del testo. Ove possibile deve presentare indicazioni circa lo scopo del lavoro, il tipo di studio, i materiali (pazienti) e metodi analitici applicati, i risultati e le conclusioni rilevanti. Non deve presentare abbreviazioni.

Parole chiave: in numero massimo di 6 in italiano ed in inglese. Le parole chiave dovranno essere necessariamente contenute nel testo e preferibilmente scelte dal Medical Subject index List dell'Index Medicus.

Introduzione: illustrare brevemente la natura e lo scopo del lavoro, con citazioni bibliografiche significative, senza includere dati e conclusioni.

Materiali (pazienti) e Metodi: descrivere in dettaglio i metodi di selezione dei partecipanti, le informazioni tecniche e le modalità di analisi statistica.

Risultati: Presentarli con chiarezza e concisione, senza commentarli.

Discussione: spiegare i risultati eventualmente confrontandoli con quelli di altri autori. Definire la loro importanza ai fini dell'applicazione nei diversi settori.

Citazioni: i riferimenti bibliografici dovranno essere segnalati nel testo, numerati progressivamente ed indicati tra parentesi.

Bibliografia: i riferimenti bibliografici dovranno essere limitati ad una stretta selezione. Solo i lavori citati nel testo possono essere elencati nella bibliografia. I lavori andranno numerati progressivamente nell'ordine con cui compariranno nel testo; gli Autori dei testi citati vanno totalmente riportati quando non superiori a 6, altrimenti citare i primi tre seguiti dall'abbreviazione: et al.. La bibliografia deve essere redatta

secondo il Vancouver Style adottato dal Giornale con le modalità previste dall'*International Committee of Medical Journal Editors*. Per gli esempi, consultare il sito: http://www.nhl.nih.gov/bsd/uniform_requirements.htm. Per le abbreviazioni si consiglia di uniformarsi alla *List of Journal Indexed dell'Index Medicus*, aggiornata annualmente.

Tabelle e figure: Ognuna delle copie dovrà essere completa di figure e tabelle. Le tabelle dovranno essere numerate progressivamente con numeri romani, dattiloscritte a doppia spaziatura su fogli separati con relativa intestazione.

Note a fondo pagina: per quanto possibile dovrebbero essere evitate. Se indispensabili, devono apparire in fondo alla rispettiva pagina, numerate in progressione.

Inclusione tra gli Autori: per essere designati Autori è necessario il possesso di alcuni requisiti. Ciascun Autore deve aver preso parte in modo sufficiente al lavoro da poter assumere pubblica responsabilità del suo contenuto. Il credito ad essere Autore deve essere basato solo sul fatto di aver dato un contributo sostanziale a:

- 1) concezione del lavoro e disegno, oppure analisi ed interpretazione dei dati;
- 2) stesura preliminare dell'articolo o sua revisione critica di importanti contenuti concettuali;
- 3) approvazione finale della versione da pubblicare.

Le condizioni 1, 2 e 3 devono essere TUTTE soddisfatte. La partecipazione solo alla raccolta dati o la supervisione generale del gruppo di ricerca non giustificano l'inserimento nel novero degli Autori.

Autorizzazioni e riconoscimenti: Le citazioni estese, i dati ed i materiali illustrativi ripresi da pubblicazioni precedenti debbono essere autorizzate dagli Autori e dalle case editrici, in conformità con le norme che regolano il copyright.

Uniformità: La redazione si riserva il diritto di apportare al testo minime modifiche di forma e di stile per uniformità redazionale.

È richiesto l'invio di un breve curriculum vitae ed i punti di contatto di tutti gli Autori e dell'Autore referente per l'elaborato (indirizzo, tel., fax, e-mail).

I lavori, le foto ed i supporti informatici rimarranno custoditi agli atti della Redazione, non restituiti anche se non pubblicati.

La Sanità Militare Italiana nelle principali missioni fuori area nel 2011



KOSOVO



AFGHANISTAN



LIBANO



Superficie: 10.452 km² - Abitanti: 3.826.018 - UNIFIL - Operazione LEONTE

La missione UNIFIL è stata costituita con la Risoluzione ONU n. 425 del 19 marzo 1978 a seguito dell'invasione del Libano da parte di Israele (marzo 1978). Successive Risoluzioni hanno prorogato la durata della missione. A seguito di un attacco delle forze di Israele nel luglio 2006, nel sud del Libano, mirata a disarmare le milizie di Hezobollah, l'ONU adottò la Riso-

luzione n.1701 dell'11 agosto con la quale si sanciva la cessazione delle ostilità e si dava il mandato alle forze internazionali, tra cui l'Italia, di mantenere delle stabili condizioni di pace. L'operazione LEONTE è iniziata il 30 agosto 2006 con la partenza di un gruppo navale ed il successivo sbarco del contingente sulle coste del Libano meridionale il 2 settembre 2006.

Il contingente italiano dell'operazione LEONTE opera a supporto delle FF.AA. libanesi per il controllo ed il monitoraggio dell'area compresa tra il fiume LITANI ed il confine con Israele, anche con numerosi interventi a favore della popolazione locale.

Il dispositivo sanitario è rappresentato da 9 Ufficiali Medici e 2 Ufficiali Veterinari (LEVEL 1).

Medicina veterinaria in Libano

Dai militari italiani della missione UNIFIL un aiuto concreto per gli allevatori del Libano



Il medico veterinario del Contingente italiano in Libano ha effettuato le vaccinazioni contro i parassiti ad un allevamento di capre di Shama.

Lo scopo è ridurre le problematiche legate al cattivo assorbimento degli alimenti favorendo di conseguenza la nascita dei piccoli degli animali e la salubrità degli allevamenti stessi. Nell'occasione sono anche stati visitati e trattati molti altri animali che presentavano varie malattie.

Le cure prestate hanno riscosso il favore della popolazione locale, visto che il Libano del sud è completamente sprovvisto di medici veterinari specializzati, pur basando parte della propria economia sull'allevamento di animali.

Herat: il PRT italiano dà inizio ai lavori per la creazione di un pronto soccorso e la costruzione di due nuovi comandi di polizia

Con le cerimonie di posa della prima pietra, si è dato inizio ai lavori per la costruzione di una centrale operativa per la risposta alle emergenze sanitarie, che sarà attiva 24 ore su 24, e la costruzione di due nuovi comandi di polizia nella città di Herat.

Il progetto per la creazione del pronto intervento è uno dei progetti realizzati dal Provincial Reconstruction Team (PRT), su base 132° Reggimento Artiglieria di Maniago, e dalla Cooperazione Italiana, con l'obiettivo di creare un vero e proprio pronto soccorso, unico nella regione Ovest dell'Afghanistan.

La struttura verrà realizzata in un edificio dedicato, vicino all'ospedale di Herat. Una centrale operativa attiva giorno e notte, dotata di 7 linee telefoniche, con propri medici e infermieri, sarà

costantemente collegata a 5 ambulanze che saranno messe al servizio gratuito della popolazione attraverso il numero d'emergenza.

Il centro di pronto soccorso, oltre a dare impulso allo sviluppo dell'imprenditoria locale che impiega materiale e manodopera locale, darà occupazione a circa 50 persone, per le quali la Cooperazione Italiana provvederà alla formazione e professionalizzazione.

I comandi di polizia sono invece realizzati in stretta cooperazione con le Forze di Sicurezza di ISAF e inseriti in una strategia ideata dal Governo afgano volta al supporto della polizia impegnata nella provincia con oltre 2 mila uomini.

Herat, una delle maggiori città dell'Afghanistan, rappresenta il cuore della ripresa economica del



paese ed è una delle sette località individuate e inserite dal presidente afgano Hamid Karzai nel processo di riconsegna alle Autorità locali.

Grazie anche al contributo del Governo Italiano e delle forze ISAF nel settore della sanità e della sicurezza, la provincia di Herat rappresenta un esempio da seguire, una speranza e una spinta allo sviluppo per tutto il paese.

Interventi sanitari ambulatoriali a favore della popolazione libanese

Nei primi cento giorni di presenza i baschi blu italiani del Reggimento Lancieri Aosta hanno effettuato mille interventi sanitari ambulatoriali (Medical Care) a favore della popolazione libanese.

L'attività di Medical Care quotidianamente svolta dai nostri soldati rappresenta uno dei punti di forza della cooperazione civile e militare: lo strumento più efficace per consolidare il legame tra i militari italiani e la popolazione locale. Ogni giorno, grazie al

supporto di figure ad elevata professionalità quali psicologi e pediatri, gli ambulatori delle varie municipalità curano anziani e bambini che altrimenti non potrebbero permettersi un'assistenza sanitaria adeguata. Il millesimo paziente è quindi soltanto uno dei traguardi raggiunti e la prospettiva è quella di accrescere sempre più la fruibilità di questo servizio.

Grazie ad un abbondante scorta di medicinali raccolti in patria si riesce ogni giorno a far fronte ad un vasto

spettro di patologie. Tali raccolte organizzate ed accentrate presso la sede palermitana del Reggimento Lancieri di Aosta hanno visto il coinvolgimento di numerosi attori locali come ad esempio la Caritas di Cefalù (PA) e la protezione civile della Bassa Romagna.

Il Generale di Brigata *Gualtierio Mario De Cicco* è al Comando del Settore Ovest di UNIFIL e del Contingente nazionale composto da militari della Brigata Meccanizzata Aosta che dall'inizio dell'operazione Leone 10 ad oggi ha effettuato oltre 5200 attività di Medical Care distribuiti su tutto il Settore di Responsabilità.

Militari italiani istruttori di pronto soccorso

Concluse le lezioni di primo soccorso organizzate dai caschi blu italiani di stanza in Libano. Al corso – utile per fronteggiare gli incidenti domestici e stradali –

hanno partecipato diciassette cittadini della comunità di As Siddiqin.

Il progetto, sviluppato nell'ambito della cooperazione civile e militare, è stato organizzato dai bersaglieri dalla Task Force ITALBATT1 composta da militari della Brigata Meccanizzata "Aosta".

Il Presidente della Croce Rossa Libanese di Tiro, ha rinnovato la gratitudine al Contingente Italiano che sostiene lo sviluppo delle attività a salvaguardia della salute pubblica dei cittadini del Sud del Libano.

I lancieri del Reggimento "Lancieri di Aosta"(6°), schierati dallo scorso aprile nel Sud del Libano nell'Operazione UNIFIL "Leonte 10", sotto il Comando del Settore Ovest su base Brigata Meccanizzata "Aosta" svolgono attività operative diurne, in supporto all'Esercito Libanese, tese a garantire il controllo del territorio e affermare la libertà di movimento al contingente UNIFIL. Alle attività operative si affiancano quelle di Cooperazione Civile e Militare organizzate dagli uomini e dalle donne dei "Rossi Lancieri" che hanno come fine il sostegno e il miglioramento delle condizioni generali di vita della popolazione locale.

Materiale sanitario alla popolazione libanese

I caschi blu italiani consegnano alla Croce Rossa libanese abiti, calzature, prodotti sanitari e materiale elettromedicale nel rispetto dell'impegno di assistenza umanitaria assunto dalle Nazioni Unite.

Durante la consegna il Sig. *Mouzayane Siklaouni*, Presidente distrettuale della Croce Rossa Libanese, ha ricevuto il Colonnello Fulvio Poli, Comandante di ITALBATT2, ed il personale della Cellula CIMIC

(Cooperazione Civile e Militare) della TASK FORCE "Aosta". Tra i materiali donati figurano: una incubatrice, un apparato monitor elettrodefibrillatore, una lettiga per ambulanza, una sterilizzatrice, una sedia a rotelle, un kit sanitario.

Il materiale è stato donato dalla Protezione Civile della Bassa Romagna, dalla Regione Sicilia I.I.V.V. C.R.I. e dalla CARITAS di CEFALU' (Palermo).



Superficie: 647.500 km² - **Abitanti:** 31.889.923 - **Operazione ISAF**

Il Consiglio di Sicurezza dell'ONU approvava il 20 dicembre 2001 la Risoluzione 1386 con la quale autorizzava il dispiegamento nella città di Kabul e nelle zone limitrofe di una Forza Multinazionale denominata INTERNATIONAL SECURITY ASSISTANCE FORCE (ISAF). Nell'agosto del 2003 la NATO è subentrata alla guida dell'Operazione ISAF e la stra-

tegia NATO di assistenza al governo Afgano prevedeva l'espansione delle attività sull'intero territorio Afgano mantenendo il contingente a Kabul. Al contingente italiano è stato assegnato il controllo della città di Herat e della provincia di Farah di rilevante importanza geostrategica essendo area di congiunzione tra Afghanistan ed Iran. Fra le varie

attività i Militari italiani hanno svolto operazione di bonifica da ordigni esplosivi e chimici. Il dispositivo sanitario è rappresentato da: 15 Ufficiali Medici (8 nel ROLE 1, 1 in posto medicazione, 1 Medical Advisor a Camp Arena, 4 Medical Advisor a Camp Stone, 1 PRT USA e 2 Ufficiali Veterinari (Kabul, Camp Invicta).

Afghanistan: Solidarietà italiana per il piccolo Asil

Il piccolo Asil AHMAD, un bambino afgano di sei anni affetto da angiodistrofia congenita, non operabile e non curabile presso le strutture ospedaliere in Afghanistan, è stato ricoverato in Italia, presso la struttura Maria Cecilia Hospital di Cotignola (RA), grazie all'intervento del Regional Command West (RC-West), su base Brigata "Sassari", e alla collaborazione del gruppo GVM Care&Research, organizzazione italiana che opera nell'ambito della sanità.

Tutto ha avuto inizio lo scorso ottobre quando il personale del posto medicazione (ROLE 1) di Camp "Arena", impegnato in una delle numerose attività di assistenza sanitaria a favore della popolazione civile afgana, individua il caso del piccolo paziente. Le gravi condizioni di Asil, diagnosticate dal Colonnello medico dell'Aeronau-

tica Militare *Natale Ceccarelli*, richiedevano indagini specialistiche e trattamenti chirurgici che potevano essere svolti solo in Italia, presso una qualificata struttura sanitaria.

Il tempestivo avvio di una "operazione di solidarietà" tutta italiana,

seguita dallo Staff di RC-West con la cellula Civil Military Cooperation (CIMIC) e dal Tenente Medico del Corpo della Croce Rossa *Giorgio Alagna*, ha permesso di individuare la disponibilità all'effettuazione di un intervento chirurgico e la successiva degenza a carico del gruppo GVM Care&Research.





Superficie: 10.887 km²

Abitanti: 1.954.745

Operazione KFOR

L'operazione KFOR ebbe inizio il 14 giugno 1999 con lo scopo di fornire supporto alle organizzazioni umanitarie che hanno prestato assistenza ai profughi usciti dal Kosovo. La missione internazionale, a guida NATO, è stata ordinata con la Risoluzione n. 1244 del

Consiglio di Sicurezza delle N.U. il 10 giugno 1999.

Il contingente italiano, che opera nella zona assegnata (città di Pec), garantisce la sicurezza e la libera circolazione a tutte le componenti etniche e religiose ed alle organizzazioni internazionali.

La forza italiana è di circa 2.500 militari. Il dispositivo sanitario è rappresentato da: 8 Ufficiali Medici (1 Medical Advisor a Villaggio Italia, 3 nel Role 1+, 2 DSS a Dakovica, 1 DSS posto medico avanzato, 1 DSS IPU), 1 Ufficiale Odontoiatra, 1 Ufficiale Veterinario e 1 Ufficiale Farmacista (a Villaggio Italia).

Kosovo, gli alpini sostengono la Caritas

Le sezioni A.N.A. (Associazione Nazionale Alpini) della provincia di Trento hanno raccolto, nei mesi scorsi, generi alimentari ed indumenti tra i propri associati per sostenere la Casa della Caritas Umbra a Radulac, un villaggio nella municipalità di Klina, in Kosovo.

Gli aiuti sono opportunamente giunti a destinazione grazie alla consegna effettuata dal 2° Reggimento Artiglieria Terrestre (alpino) "VICENZA" di Trento, nell'ambito delle attività di cooperazione civile e militare (CIMIC).

Il Reggimento – comandato in Kosovo dal Col. *Andrea Borzaga* - ha coinvolto nella raccolta degli aiuti umanitari anche l'associazione Mato Grosso, il Seminario Diocesano di Trento, la Croce Rossa Italiana e l'associazione Frate Tac entrambe di Riva del Garda, l'associazione La Goccia di Trento,

nonché gli stessi militari della Caserma "PIZZOLATO".

La Caritas Umbra è presente in Kosovo dal 1999 con un campo di lavoro e di preghiera. In questi anni ha provveduto a ricostruire le abitazioni ai kosovari più poveri, agli

anziani e alle famiglie con soggetti disabili. Inoltre, accoglie nel suo campo oltre quaranta bambini abbandonati. Proprio a questi ultimi gli artiglieri da montagna del 2° "VICENZA" hanno pensato di far conoscere il grande cuore della famiglia alpina nell'approssimarsi delle festività natalizie.



Il Corpo Militare della Croce Rossa Italiana *Ausiliario delle Forze Armate* 146 anni al servizio dell'umanità sofferente

The Corps of the Italian Red Cross
Auxiliary Armed Forces
146 years at the service of suffering people

Claudio De Felici *



Riassunto - Dal 1866, anno di costituzione delle prime "squadriglie di soccorso", ad oggi il Corpo Militare della Croce Rossa Italiana è stato impegnato nei principali conflitti bellici e nelle più grandi calamità naturali che hanno interessato l'Italia, sia sul territorio nazionale sia all'estero.

Il Corpo Militare CRI dispone di personale in servizio e in congedo continuamente addestrato ed aggiornato, di automezzi e attrezzature di ultima generazione che gli permettono interventi in ausilio alle Forze Armate ed a fianco della Protezione Civile Italiana su qualsiasi tipo di terreno con azioni tempestive ed efficaci.

Parole chiave: Corpo Militare, CRI, Ausiliario delle Forze Armate.

Summary - Since 1866 - when the first "rescue squads" were created-, up to date, the Military Corps of the Italian Red Cross has been involved in major wars and biggest natural disasters that have affected Italy, both domestically and abroad.

The Red Cross Corps has personnel on duty and on leave continuously trained and updated, the latest generation of vehicles and equipment that allow operations in assisting the Armed Forces and, at the side of the Italian Civil Protection, on any type of land with a timely and effective action.

Key words: Military Corps, Italian Red Cross, Auxiliary of the Armed Forces.

* Ten. Col., Referente comunicazione Corpo Militare CRI

La storia del Corpo Militare della Croce Rossa Italiana affonda le proprie radici nella storia d'Italia e d'Europa; in quelle pagine luminose, lo spirito di sacrificio e il senso profondo della solidarietà umana si intrecciano all'insegna di quella *pietas* che resta il barlume incancellabile e sempre vivo che l'uomo ritrova alla fine delle prove più dolorose.

Nel breve arco di anni, dal 1854 al 1859, si compie la prima, significativa svolta negli equilibri europei. Dalla Crimea alla battaglia di Solferino (**Fig. 1**), sui campi di Sebastopoli e su quelli della futura nazione italiana, si aprì una stagione di sofferenze e di lotte. Lo spettro della guerra, come violenza illimitata e fine a se stessa, tornava a minacciare l'Europa sulla soglia di una conflagrazione generale che, con gli Stati, minacciava inevitabilmente di travolgere quei sentimenti di solidarietà e di umanità che uniscono gli uomini in un vincolo più forte di ogni ostilità.

Alla salvezza di quei sentimenti i pionieri del Corpo Militare della Croce Rossa offrono un contributo essenziale e decisivo.

Premessa

La Croce Rossa Italiana, in virtù delle convenzioni internazionali ed in forza delle leggi nazionali per il funzionamento dei suoi servizi, dispone, per l'assolvimento dei compiti di emergenza del tempo di pace, di guerra o di grave crisi internazionale, di un Corpo Militare ausiliario delle Forze Armate.

Il Corpo Militare della C.R.I. ha accompagnato praticamente tutte le fasi storiche della Nazione dalla sua Unità ad oggi, essendo stato sempre presente al servizio delle Istituzioni ed a favore dei bisognosi.



Fig. 1 - Battaglia di Solferino e San Martino - 24 giugno 1859.

Compiti

Il Corpo Militare, ai sensi della normativa di Legge vigente, esplica le proprie attività istituzionali sia in tempo di guerra che in tempo di pace.

In tempo di guerra il Corpo Militare:

- provvede all'assistenza, allo sgombero e alla cura dei feriti e delle vittime, tanto civili quanto militari;
- organizza ed esegue misure di difesa sanitaria antiaerea;
- disimpegna il servizio di ricerca e assistenza dei prigionieri di guerra, degli internati, dei dispersi, dei profughi, dei deportati e dei rifugiati;
- svolge attività di assistenza sanitaria in relazione alla difesa civile.

In tempo di pace il Corpo militare:

- provvede al mantenimento e alla gestione dei Centri di mobilitazione e delle Basi logistiche;
- cura la custodia e il mantenimento delle dotazioni sanitarie;
- provvede all'addestramento e all'aggiornamento del proprio personale;
- si occupa della diffusione del diritto internazionale umanitario e delle norme di pronto soccorso sanitario tra il personale delle FF.AA.;
- concorre al servizio di assistenza sanitaria nel caso di grandi manifestazioni ed eventi, nonché per esercitazioni militari;
- è impiegato in caso di calamità naturali o disastri con funzioni di protezione civile;

- per svolgere le funzioni di soccorso sanitario di massa, in guerra come in caso di catastrofe, il Corpo opera attraverso l'impiego di reparti, unità e formazioni campali, raggruppamenti e gruppi sanitari mobili, ospedali da campo attendati e baraccati, treni ospedali, posti di soccorso attendati ed accantonabili, reparti di soccorso motorizzati.

Organizzazione

Attualmente il Corpo Militare è organizzato territorialmente in un Ispettorato Nazionale sito in Roma, in undici Centri di Mobilitazione (Torino, Milano, Genova, Verona, Bologna, Firenze, Roma, Napoli, Bari, Palermo e Cagliari), in oltre 100 Nuclei Arruolamento e Attività Promozionale a livello locale (N.A.A.Pro.), in due Centri Operativi Deposito Addestramento Militare (C.O.D.A.M.) e in una serie di Formazioni Sanitarie Campali compresi i tre Nuclei Operativi di Pronto Impiego (N.O.P.I.).

Personale

Gli appartenenti al Corpo Militare iscritti nei ruoli, *“escluso il personale dell'assistenza spirituale, chiamati in servizio, sono militari e sono sottoposti alle norme della disciplina militare e dei codici penali militari”*.

Ai sensi dell'art. 985, comma 2 del D.P.R. 15 marzo 2010, n. 90 *“il personale chiamato in servizio, porta le stellette a cinque punte come segno dello stato giuridico militare”* (**Fig. 2**).

Il Corpo è composto da un contingente di personale in servizio continuativo, richiamato in servizio e da un serbatoio di personale in congedo, arruolato su base volontaria e altamente specializzato: medici, odontoiatri, psicologi, chimici-farmacisti, commissari, contabili, infermieri e soccorritori.



Fig. 2 - Battaglione di Formazione della Croce Rossa Italiana alla tradizionale parata del 2 giugno a Roma.

Gli iscritti nei ruoli in congedo del Corpo sono circa 20.000, richiamabili per addestramento, impieghi operativi o amministrativi in occasione delle molteplici esigenze istituzionali.

Ordinariamente gran parte del personale del Corpo militare è in posizione di congedo ed è richiamato in servizio attivo, con precetto, al verificarsi di particolari emergenze nazionali o estere, ovvero per formazione e addestramento.

Il contingente di personale militare in servizio continuativo, che rappresenta circa il 4% del totale della forza del Corpo, è preposto ad assicurare sia la gestione dell'Unità centrale e territoriali (Ispettorato Nazionale e Centri di Mobilitazione) che a supportare, su tutto il territorio nazionale, le molteplici attività della Croce Rossa Italiana nonché degli Enti militari e civili richiedenti.

Operatività del Corpo

Il Corpo Militare, per l'espletamento dei servizi istituzionali connessi all'ausiliarietà alle FF.AA., dispone di una serie di unità sanitarie campali e mezzi di livello tecnologicamente elevato in rapporto agli standard richiesti per i moderni impieghi operativi nei vari teatri.

I numerosi impieghi di unità operative del Corpo, sono stati possibili negli anni, sia in ambito ausiliario delle FF.AA. che non grazie alla disponibilità di particolari dotazioni logistiche.

L'elevato profilo degli assetti disponibili è testimoniato da una notevole serie di richieste di concorso pervenute dalle FF.AA./Corpi dello Stato e puntualmente ed efficacemente soddisfatte dal Corpo.

Gli interventi del Corpo Militare

Nei conflitti armati

Dalle guerre di Indipendenza, le unità sanitarie del Corpo militare della CRI hanno preso parte a tutte le guerre combattute dall'Italia fino al 1945. Queste tappe, di onore e sacrificio, si chiamano: Custoza e Lissa (1866), Mentana (1867), Porta Pia (1870), Eritrea (1895), Libia (1911-1912), Prima Guerra Mondiale (1915-1918), Africa Orientale (1935-1936), Seconda Guerra Mondiale (1940-1943-1945). In particolare, all'indomani del settembre del 1943, l'armistizio sorprese un gruppo di ospedali da campo C.R.I. dislocato in Montenegro, articolato su tre ospedali attendati, il 73°, il 74° e il 79°, i cui resti, dopo giorni di marcia a piedi, si congiunsero alla divisione «Venezia» e nei quadri di tale divisione,

unitamente alla «Taurinense», confluirono nella divisione italiana «Garibaldi» nel cui ambito, fusi con i fanti ed alpini, operarono durante la intera campagna nei Balcani fino al termine del conflitto. In Italia, frattanto, formazioni del Corpo venivano impiegate al fianco delle unità del rinato esercito, alle dipendenze del Corpo Italiano di Liberazione (C.I.L.), nella 209ª divisione italiana e con il 212º comando italiano, nonché al seguito della V Armata americana e della VIII armata britannica. Nel corso della Resistenza, infine, suggellata con l'olocausto alle Fosse Ardeatine di due ufficiali, il tenente medico CRI Luigi Pierantoni ed il sottotenente commissario CRI Guido Costanzi, il Corpo militare della Croce rossa italiana dava ulteriori nobili prove di valore.

Nelle operazioni e nelle calamità all'estero

In tale contesto, nel dopoguerra, la C.R.I., attraverso i suoi Corpi ausiliari delle Forze armate, è stata chiamata a talune delle più impegnative missioni umanitarie internazionali svoltesi nell'ambito dell'Organizzazione delle Nazioni Unite.

Un ospedale da campo (n. 68), di circa 200 letti, rinforzato con un vasto poliambulatorio ed opportunamente potenziato ed attrezzato per il servizio chirurgico, fu inviato nell'ottobre **1951** con le Forze delle Nazioni Unite in **Corea** ed ivi rimase dislocato **fino al gennaio 1955 (Fig. 3)**. Prestò in zona di operazioni un'opera tanto apprezzata, oltretutto benefica, riscuotendo la riconoscenza dei coreani e l'elogio vivissimo di tutte le autorità militari alleate e locali, tanto che al suo comandante (generale medico professor Fabio Pennacchi, allora maggiore) fu riservato l'onore di rappresentare l'Italia alla firma dell'armistizio di Panmunjon che pose fine a quel conflitto.

La gratitudine del Governo e del popolo coreano per l'intervento umanitario del Corpo militare nel duro conflitto che aveva dilaniato la nazione è stata quindi confermata negli anni successivi con la donazione, da parte dell'Ambasciatore della Repubblica di Corea alla C.R.I., di una targa marmorea a ricordo della missione di soccorso.

Nel settembre **1960**, poi, un ospedale militare di emergenza da 100 letti (n. 010) venne inviato nel Katanga per l'assistenza sanitaria alle Forze armate dell'ONU dislocate nel **Congo**. Nella zona di Elisabethville ha operato, assolvendo i suoi compiti nonostante innumerevoli disagi e non pochi pericoli, **fino al 30 maggio 1964**, data in cui venne disposto il rientro in Italia per fine missione, avendo l'ONU ritirato dal Congo tutte le sue truppe.

In riconoscimento del sacrificio patito, è stata concessa la medaglia d'oro al valor militare alla memoria del caporale C.R.I. Raffaele Soru, trucidato nel corso del sanguinoso conflitto. Elementi del Corpo militare sono stati inseriti nei nuclei di soccorso inviati all'estero su allarme dal

Dipartimento della protezione civile, in occasione del terremoto che ha colpito le terre russe dell'**Armenia** nel maggio **1988**, nonché all'atto della sciagura aerea nelle **Azzorre** del **1989**.

A seguito degli epocali eventi che si sono susseguiti dal **1989**, infine, il Corpo militare ha partecipato, su richiesta del Ministero della difesa, a molteplici missioni umanitarie: impiegando personale e mezzi per l'emergenza in **Romania** nel **1989**, con il trasporto di aiuti umanitari con la nave della Marina militare San Marco; impiegando un reparto sanitario, tratto dall'ospedale da campo n. 68, presso l'aeroporto di Falconara, a supporto dell'Alto Commissariato per le Nazioni Unite per i Rifugiati (UNHCR), durante la **crisi balcanica** dal **1992** al **1995**, al fine di assistere feriti e profughi dell'ex-Jugoslavia; a supporto sanitario nel corso dell'emergenza profughi in **Ruanda**, nel **1994**, con l'impiego di autoambulanze presso l'aeroporto di Ciampino; impiegando personale e mezzi nel maxi convoglio organizzato



Fig. 3 – Yong Dung Po (Corea) 1951-1955 -
Un Ufficiale medico del Corpo Militare si intrattiene con i bambini coreani ricoverati presso il Reparto Pediatria dell'Ospedale 68.

dalla C.R.I., nel **1996**, per il trasporto e la distribuzione di aiuti umanitari nei territori della ex-Jugoslavia (**Croazia e Bosnia**); a supporto sanitario del Ministero della difesa durante l'operazione IFOR 1996, mediante l'impiego sul territorio italiano di autoambulanze per il trasporto di malati e feriti; impiegando personale specializzato (medico e logistico), su richiesta del Ministero della difesa, nella missione in **Bosnia** (SFOR - **1997**), con inquadramento nel battaglione Genio ferrovieri dislocato a Tuzla; con un concorso sanitario nella missione Arcobaleno in **Albania** (**1999**), richiesto dallo Stato Maggiore

della Difesa, tramite lo spiegamento e la gestione di una formazione sanitaria in Kukes e due postazioni sanitarie di pronto soccorso in Kavaje (da marzo a agosto **1999**); a supporto operativo ed organizzativo di un progetto sanitario bilaterale della Croce rossa italiana e del Comitato internazionale della Croce rossa (ICRC) a favore della popolazione in Kosovo, per la ristrutturazione e l'allestimento di diversi ambulatori e l'assistenza sanitaria presso Pec/Peje (da gennaio **2000**); a supporto del Ministero della difesa per la missione ONU in **Eritrea**, United Nation Mission in Eritrea and Etiopia

UNMEE, mediante impiego di ufficiali medici e infermieri (da novembre 2000); a supporto del Ministero della difesa-ispettorato logistico - Sanivet attraverso l'impiego, dal luglio 2001, di medici specialisti presso il reparto di sanità KFOR dislocato a Pec/Peje in **Kosovo**; nell'ambito dell'intervento italiano in Iraq su due distinti fronti dal **2003 al 2006** a Nassyriah per l'operazione militare "Antica Babilonia", con l'impiego di diverse proprie unità sanitarie campali tra cui una sala operatoria e relativa terapia intensiva (più elevata struttura medica del contingente italiano) (**Fig. 4**), propri mezzi



Fig. 4 - Nassyriah (Iraq) 2003-2006 – L'Ospedale da campo schierato a supporto del contingente italiano nell'Operazione "Antica Babilonia".

(autocarri autoambulanze tra cui diverse in versione protetta) e un totale di n. 1054 militari immessi in teatro operativo durante tutto il periodo di schieramento e dal **2003** al **2005** a Baghdad con oltre 250 militari, dapprima con un proprio ospedale da campo e successivamente all'interno dell'Ospedale Medical City curando complessivamente oltre 60000 pazienti iracheni tra cui numerosissimi ustionati; nel **2005 Pakistan** con un proprio Nucleo Sanitario a seguito del gravissimo evento sismico che provocò oltre 80.000 vittime; nel **2005** con militari addetti all'assistenza sanitaria e logistica, nella missione umanitaria in **Sri Lanka** di intesa con il Ministero degli Affari Esteri, a Vakarai, Valicicena, Batticaloa e a Colombo, colpita e dilaniata dal maremoto; nel 2008 con militari in Georgia addetti alla preparazione e distribuzione di oltre 10.000 pasti al giorno per circa 4400 profughi, dapprima nella capitale Tbilisi e poi a Gori, dove la missione umanitaria della C.R.I. si è stabilizzata presso la struttura campale allestita e coordinata dall'UNHCR, in collaborazione con l'Amministrazione locale; nel **2010** ad **Haiti** a seguito del devastante terremoto che ha provocato migliaia di vittime, con oltre n. 100 uomini impiegati nell'area della capitale Port-au-Prince presso il campo base di C.R.; **ad oggi** in **Tunisia** con militari nell'ambito della locale missione di Croce Rossa, in accordo con la C.R. internazionale per prestare assistenza ai profughi nel Transit Camp di Ras Jdir, al confine tra Tunisia e Libia, per il particolare flusso migratorio in uscita dalla Libia verso la Tunisia a causa del conflitto in territorio libico.

Nelle pubbliche calamità in Italia

Senza ripercorrere per intero l'opera del Corpo militare in occasione delle calamità pubbliche che periodicamente, purtroppo, colpiscono il nostro Paese, basti ricordare - in quanto ancora vivi nella memoria - i soccorsi prestati, a seconda delle necessità, tramite l'intervento di reparti di primo soccorso, ospedali attendati, automezzi per la potabilizzazione delle acque: nel **1960**, durante l'alluvione del Po nella zona del Polesine; nel **1962**, a seguito del violento terremoto che ha funestato le zone del Sannio; nel **1963**, a seguito del crollo della diga che gettò nel lutto le popolazioni della zona del Vajont; nel **1968** e nel **1976**, a seguito dei terremoti che scossero, rispettivamente, il Belice e il Friuli; nel **1980**, in occasione del sisma che colpì la Campania e la Basilicata; nel **1984**, a seguito del terremoto che ferì vaste zone dell'Abruzzo e del basso Lazio; nel **1987**, **1994** e **1996**, nel corso delle alluvioni che si abbatterono, rispettivamente, sulla Valtellina, sulle regioni del Nord-Ovest, in Versilia e in Calabria; nel **1997-98**, a seguito del terremoto che colpì l'Umbria e le Marche; nel **1998**, **2000** e **2001**, in seguito alle alluvioni che colpirono dapprima Sarno, poi Reggio Calabria quindi le regioni Piemonte e Valle d'Aosta; in soccorso alla popolazione abruzzese a seguito del grave evento sismico dell'aprile del **2009** attraverso l'impiego di propri Nuclei sanitari, vettovigliamento e magazzini dislocati rispettivamente presso le città di Paganica, L'Aquila e Avezzano; **attualmente** a Lampedusa con un proprio Nucleo Sanitario di Pronto Impiego con un organico fisso di circa venti militari tra medici, infermieri e logisti nell'ambito dell'emergenza nazionale dichiarata in relazione all'eccezionale afflusso di cittadini provenienti dal Nord Africa.

Il Corpo Militare oggi

L'esperienza acquisita nelle ultime missioni internazionali, unitamente al bagaglio di conoscenze maturate nella lunga storia della nostra società nazionale di Croce Rossa, ha indirizzato i nostri sforzi di pianificazione ed organizzazione all'elaborazione di una moderna strategia di impiego di assetti sanitari adeguati alle nuove realtà in campo nazionale ed internazionale.

L'attuale investimento, riguardante l'acquisizione di attrezzature di elevato livello qualitativo, tecnologicamente avanzate ed in linea con le necessità di impiego in teatro operativo, ha permesso la costituzione di nuove unità campali da utilizzare in situazioni di emergenza: nuclei e postazioni sanitarie; ospedali da campo per impieghi di breve, medio e lungo termine; nuclei di decontaminazione e bonifica NBCR; unità di biocontenimento; unità di radiologia campale e laboratorio analisi; nuclei logistici di vario tipo.

Il personale sanitario e logistico appartenente ai vari ruoli del Corpo è oggi organizzato in gruppi specialistici, suddivisi in area chirurgica, medica, diagnostica, farmacia e psicologia in grado di operare sia all'interno delle unità campali costituite, sia come team autonomi a supporto delle varie missioni.

La nuova organizzazione - basata sui concetti di modularità, flessibilità di impiego e interoperabilità - ci consente di intervenire in maniera sempre più efficace ed appropriata per le esigenze di ausiliarità delle Forze Armate e per le crescenti esigenze di protezione civile e di interventi umanitari.

La capacità di prendere parte a tutte le varie fasi della catena dei soccorsi sanitari in piena autonomia ha richiesto uno sforzo organizzativo e finanziario che ha portato all'acquisizione e dislocazione di nuovi materiali su tutto il territorio nazionale in grado, con un'aliquota ristretta di personale addestrato e inserito in un piano di risposta alle emergenze, di raggiungere con tempestività tutte le aree del Paese e fronteggiare le fasi acute dell'evento.

L'operatività del Corpo si esplica con l'attivazione dei nuclei sanitari di pronto impiego (**Fig. 5**), che possono operare come posti medici avanzati di primo o secondo livello, con i servizi di trasporto per mezzo di ambulanze fuoristrada e mezzi speciali che consentono di raggiungere aree impervie, anche in condizioni climatiche avverse.

Nella fase successiva dei soccorsi organizzati in risposta ad eventi catastrofici il Corpo Militare è in grado di dispiegare unità più complesse, quali l'ospedale da campo attendato o in moduli abitativi, che permettono di assicurare trattamenti chirurgici avanzati, cure mediche e possibilità di ricovero con oltre cento posti letto.

Tali ospedali sono serviti da strutture di supporto logistico quali generatori di energia elettrica, cucine da campo, pota-



Fig. 5 - I Nuclei Sanitari di pronto impiego.

bilizzatori e depositi di acqua potabile, servizi igienici e inceneritori per lo smaltimento dei rifiuti speciali, che consentono la piena autonomia operativa.

Oltre al servizio medico ed infermieristico, sono disponibili team di supporto psicologico che operano in favore degli operatori e della popolazione interessata.

Per agire in contesti operativi particolari, derivanti dalle sempre più complesse attività fuori area, il Corpo Militare CRI ha sviluppato un programma di valutazione e selezione del proprio personale. Alle consolidate conoscenze professionali dei militari in congedo, che esercitano quotidianamente la propria attività nel settore dell'emergenza ospedaliera ed extra-ospedaliera, vengono aggiunte le nozioni e le tecniche di intervento e di soccorso in campo militare impartite in collaborazione con le Forze Armate, al fine di proiettare team ad elevata specializzazione nelle missioni internazionali.

L'investimento del Corpo nella

risorsa umana si realizza con la propaganda e l'arruolamento di nuove giovani forze (specialmente medici ed infermieri), con la costante e progressiva formazione, con l'addestramento specifico sulle dotazioni di materiali e mezzi sempre più moderni e tecnologici.

Il personale è formato ed aggiornato mediante una rilevante serie di eventi didattici ed addestrativi in campo sanitario, logistico ed operativo, molti dei quali accreditati presso il Ministero della Salute, con crediti ECM (Educazione Continua in Medicina), grazie alla recente registrazione dell'Ispettorato Nazionale quale ente provider.

Il Corpo Militare è quindi pronto ad affrontare le sfide del futuro ed intervenire in tutte quelle situazioni di crisi, quali le CRO (Crisis Response Operation) e gli eventi calamitosi, per salvare vite umane, ridurre le sofferenze, i danni e le perdite, proteggere, confortare e dare supporto alle persone colpite in linea con i principi umanitari propri della Croce Rossa.



Fig. 6 - Alcuni momenti dell'impiego operativo degli uomini del Corpo Militare.

LE FORMAZIONI SANITARIE CAMPALI DEL CORPO MILITARE DELLA CROCE ROSSA ITALIANA

Per assicurare l'assolvimento dei propri compiti istituzionali, il Corpo Militare della Croce Rossa italiana, ausiliario delle Forze Armate, dispone oggi di diverse tipologie di formazioni sanitarie razionalmente distribuite su tutto il territorio nazionale:

- Postazioni Sanitarie di Pronto Soccorso;
- Nuclei Sanitari;
- Centri Medici di Evacuazione;
- Ospedale da campo attendato;
- Ospedale da campo in strutture abitative prefabbricate ripiegabili;
- Gruppi Sanitari Mobili (di riserva, per impieghi di mobilitazione generale della Nazione).

L'insieme delle formazioni sanitarie campali assicura una capacità di proiezione per fronteggiare dai più semplici concorsi sanitari a quelli più complessi, con lo spiegamento di ospedali da campo completi per impieghi di breve, medio e lungo periodo.

Tra le varie formazioni sanitarie, il Nucleo Sanitario rappresenta l'unità più snella e flessibile in dotazione al Corpo Militare della CRI, capace di intervenire, con una ristretta aliquota di personale, materiali e automezzi, nelle più svariate emergenze sanitarie, sia per esigenze di carattere militare (con funzioni di "Role 1/1+" o "Casualty Station", per impieghi in Incidenti Maggiori) sia per esigenze di protezione civile (come PMA di 2° livello), consentendo la medicalizzazione delle zone avanzate in attesa dello spiegamento, laddove necessario, delle formazioni sanitarie più complete o dello sgombero dei feriti stabilizzati verso le strutture sanitarie a tergo.

I Nuclei Sanitari

Il primo prototipo dei Nuclei Sanitari risale al 1995, quando il Corpo Militare CRI ha posto in essere un programma di revisione delle proprie formazioni sanitarie campali ed ha sviluppato una serie di progetti tesi alla costituzione di ristrette aliquote di personale, materiali e mezzi in grado di poter essere impiegati in tempi rapidi nelle più svariate emergenze sanitarie. Per consentire una rapida movimentazione delle dotazioni facenti parte dell'unità, il Corpo Militare CRI si dotava di autocarri con gru, che consentivano lo scarico delle attrezzature (contenute in uno shelter tipo UEO 1 ed in due contenitori ruotati elitrasportabili) in poco più di 10 minuti.

Dopo una serie di verifiche in attività addestrative ed in impieghi operativi in ambito nazionale (1997 - Terremoto in Umbria e Marche; 2002 - Eruzione dell'Etna in Sicilia) ed internazionali (1998 - Operazione Arcobaleno, Albania; 2003/2006 - Operazione Antica Babilonia, IRAQ; 2005 - Eastern Desert, Giordania, 2005 - emergenza terremoto in Pakistan) i Nuclei Sanitari CRI subiscono una serie di migliorie, aumentandone la flessibilità di impiego nelle più svariate condizioni operative di tipo militare o civile. Nell'ambito dell'Operazione Antica Babilonia, il Nucleo Sanitario CRI ha espresso il massimo livello di adattabilità alle molteplici esigenze del contingente multinazionale inquadrato nella Divisione SE, assicurando assetti sanitari sia per il funzionamento di un Role 1+, potenziato con servizi di ambulanze protette, sia per il Major Incident Team.

Articolazione e composizione dei Nuclei Sanitari del Corpo Militare CRI

La flessibilità d'impiego degli attuali Nuclei Sanitari CRI è determinata dall'articolazione dell'unità in "moduli" e dalla possibilità di impiegare uno o più moduli in funzione dei seguenti parametri:

- tipologia d'impiego (militare, civile);
- durata presunta d'impiego;
- condizioni ambientali;
- vettori utilizzati (stradale, aereo, navale);
- livello di autonomia in funzione anche della eventuale integrazione in una logistica precostituita.

I moduli che compongono i Nuclei Sanitari CRI sono i seguenti:

a. modulo base

Comprende l'insieme delle dotazioni (sanitarie e logistiche di base) necessarie ad assicurare un intervento con autonomia completa di 72 ore, prevedendo il trattamento di 50 passaggi/giorno.

Il modulo base è articolato su:

- n.1 tenda con funzioni di Triage e trattamento d'urgenza;
- n.1 tenda con funzioni di ricovero temporaneo in attesa di successivo smistamento;
- n.1 unità tecnologica ad uso comando e comunicazioni.

Il caricamento dei farmaci e del materiale sanitario è conforme al caricamento approvato dal Dipartimento della Protezione Civile, integrato di ulteriori presidi per gli impieghi di tipo militare o per impieghi specifici.

b. modulo integrativo logistico (ML)

Comprende le seguenti dotazioni logistiche necessarie ad assicurare la piena autonomia dell'unità anche per impieghi fuori area con autonomia completa superiore a 72 ore:

- n.3 tende per alloggio del personale;
- n.1 tenda polivalente;
- n.1 container tipo 1D con WC;
- n.1 container tipo 1D con docce;
- n.1 container tipo 1D con cucina;
- n.1 container tipo 1D frigo;
- n.2 elementi di collegamento per containers.

c. modulo integrativo sanitario (MIS)

Comprende le implementazioni sanitarie (con tende aggiuntive) necessarie per affrontare impieghi fuori area o per impieghi in territorio di durata superiore a 72 ore. Il modulo sanitario integrativo può essere trasportato unitamente al modulo base o trasportato in differita.

d. modulo integrativo per impieghi in climi continentali (MICC)

Comprende dotazioni logistiche aggiuntive (riscaldatori + gruppo elettrogeno) e motoslitte per impieghi specifici su terreni innevati.

e. modulo integrativo per impieghi in climi desertici (MICD)

Comprende dotazioni logistiche aggiuntive (condizionatori e contenitori per scorte rifornimenti idrici) per impieghi specifici in climi desertici.

f. modulo integrativo per impieghi NBCR

Comprende dotazioni sanitarie e logistiche aggiuntive per impieghi specifici in presenza di minacce NBCR.

L'organico dei Nuclei Sanitari

Per consentire l'effettiva operatività dei nuclei, riducendo al minimo le dotazioni ed i mezzi da impiegare, l'organico di base è stato contenuto in quindici unità complessive, di cui:

- 1 Ufficiale Comandante;
- 2/4 Ufficiali medici;
- 6 infermieri;
- 4/6 logisti polivalenti soccorritori.

Il personale infermieristico comprende anche n. 2 Infermiere Volontarie CRI.

Con l'impiego del modulo logistico integrativo, il reparto viene incrementato di ulteriori 6 unità:

- n. 1 Sottufficiale responsabile;
- n. 1 specialista idraulico;
- n. 1 specialista elettricista;
- n. 2 logisti polivalenti;
- n. 1 logista/cuoco.

L'organico comprende sia personale in servizio attivo che personale tratto dal congedo e periodicamente addestrato. Il personale medico ed infermieristico viene opportunamente selezionato in funzione di specifici requisiti. Gran parte del personale sanitario destinato ai Nuclei Sanitari con funzioni di Major Incident Team presta normalmente servizio nei dipartimenti di emergenza ospedalieri o nelle aziende regionali dell'emergenza sanitaria "118", e viene impiegato a seguito di precepto militare.

Tutto il personale militare assegnato ai Nuclei Sanitari partecipa ad un ciclo formativo ed addestrativo tale da assicurare una elevata capacità di intervento nelle più svariate condizioni operative. Per i concorsi alle Forze Armate, il personale viene ulteriormente addestrato per gli specifici impieghi operativi militari in Italia e all'estero, nell'ambito delle varie missioni ONU, NATO o di coalizioni multinazionali.

Condizionamento e trasporto dei materiali

La necessità di soddisfare le esigenze di un veloce caricamento ed una facile trasportabilità delle dotazioni con i diversi mezzi di trasporto, ha reso indispensabile lo studio approfondito dei metodi di condizionamento dei materiali in dotazione e dei tipi di contenitori utilizzabili. Il materiale vario sfuso è stato prevalentemente inserito in custodie pallettizzabili leggere, in plastica od in alluminio. Queste ultime, con i colli delle tende e i materiali più voluminosi, sono sistemati, per il trasporto stradale, navale o aereo, in containers tipo ISO 10 (3 metri). Qualora risultasse impossibile l'imbarco dei containers, le casse e gli altri colli possono essere estrapolati, e caricati agevolmente su pedane tipo 463L aviotrasportabili.

Collegamenti radio e telefonici

Per garantire le comunicazioni in condizioni operative, i Nuclei Sanitari CRI dispongono delle seguenti apparecchiature radio:

Apparecchi installati nel modulo C2:

- n. 2 apparati fissi VHF su frequenze C.R.I.;
- n. 1 apparato fisso HF modulabile su frequenze del Ministero Difesa;
- n. 7 apparati portatili VHF;
- n. 1 telefono GSM;
- n. 1 telefono satellitare;
- n. 2 predisposizioni telefoniche per allaccio via cavo alla rete Telecom.

Apparati installati su ciascun automezzo:

- n. 1 apparato radio fisso VHF su frequenze C.R.I.;
- n. 1 apparato radio fisso HF su frequenze Ministero Difesa;

Motorizzazione

I Nuclei Sanitari dispongono di automezzi tattici militari in dotazione anche alle Forze Armate, differendone solo per alcuni allestimenti aggiuntivi specifici per fronteggiare situazioni di emergenze di tipo sanitario.

a. motorizzazione del modulo base

- n. 2 autoambulanze 4x4 di tipo militare. In caso di impiego in contesti operativi militari, con funzioni di Major Incident Team, le ambulanze impiegate sono del tipo protetto (ambulanze Iveco VM90P);
- n. 1 veicolo multiruolo 4x4 militare per il trasporto del personale e per traino del rimorchio porta motoslitte (per impieghi continentali su terreni innevati).
- n. 1 autocarro pesante con sistema scarrabile.

b.- motorizzazione del modulo logistico sanitario

- n. 1 autocarro pesante con gru + 2 rimorchi;
- n. 1 VM/AR/Pulmino.

c. motorizzazione del modulo integrativo per impieghi in climi continentali

- n. 1 autocarro *
- n. 1/2 rimorchi per trasporto motoslitte;

d. motorizzazione del modulo integrativo sanitario

- n. 1 autocarro *

e. motorizzazione del modulo integrativo per impieghi in climi desertici

- n. 1 autocarro *

(*) l'autocarro può trasportare simultaneamente più moduli integrativi

Emergenze sanitarie: competenze e ruoli operativi nel moderno status delle II.VV. CRI

Health emergencies: skills and operational roles in the modern status of the Italian Red Cross Volunteer Nurse

Fiorella Friscia *



Infermiere Volontarie C.R.I.

Riassunto - Nuove interpretazioni del volontariato professionale sempre più organico alle richieste del Sistema Paese.

Parole chiave: emergenza sanitaria, attività di volontariato professionale.

Summary - New interpretations of professional volunteers developing better and better re shaping in facing the needs of the country.

Key words: emergency health, professional volunteer activities.

* Sorella - Ispettorato II.VV. CRI - Regione Sicilia - Area Comunicazione e Promozione Immagine.

Il XIX° è stato il secolo delle accelerazioni storiche, il secolo delle trasformazioni epocali: le rigide stratificazioni sociali ed economiche subivano progressivi, ma inesorabili stravolgimenti ed anche gli stereotipi socio-culturali più consolidati andavano affievolendosi sull'onda di nuove conquiste sociali, subendo la contaminazione positiva di modelli culturali più avanzati.

Le donne ricercavano ancora una propria soggettività sociale e giuridica e, anche se all'interno di un contesto ancora venato da elitarismo, prendeva corpo con crescente vigore un ruolo in cui esprimere con coraggio e responsabilità il loro contributo nel sociale, pur nel rispetto della logica delle tradizioni che le vedevano madri e mogli.

Un secolo caratterizzato anche da grandi conflitti: nel 1853 la guerra di Crimea segna nuovi luoghi di sofferenza, ma propedeutici alla genesi della moderna assistenza medica: una giovane nobildonna, superando le prassi tradizionali, porta il suo aiuto ai feriti con l'ausilio di 38 signore da lei stessa formate nella professione infermieristica.

Inglese di estrazione, italiana per nascita, Lady *Florence Nightingale*, the *Lady with the lamp* determinò un precedente che segnerà il cambiamento; sarà infatti grazie a lei che le società, ancora poco coinvolte e sensibili a vicende umanitarie e sociali, inizieranno a percepire il valore del metodo in ambito sanitario, dell'organizzazione e soprattutto l'importanza della formazione professionale.

Gli stati e le amministrazioni scoprivano finalmente l'igiene nei luoghi di ricovero e, in parallelo, andava crescendo la sensibilità verso i soldati di tutte le bandiere caduti sul campo, sovente inconsapevoli pedine di giochi al massacro.



Fig. 1 - Infermiera Volontaria Pediatra assiste una piccola paziente nel CARA di Mineo.

La conseguenza di queste trasformazioni fu che i governi ritennero l'assistenza e la cura dei pazienti e dei feriti fattore prioritario ed il nascente ruolo di donne giovani o meno giovani, sottoposte a specifica formazione medicoospedaliera, in grado di portare assistenza fuori dai sistemi ospedalieri tradizionali, sui campi di battaglia, nei luoghi dei disastri dove sovente infuriavano le epidemie, assumeva una connotazione di normalità.

In questo scenario germoglia quella che diventerà **la storia delle II.VV. C.R.I.**, un'avventura che a partire dai primi del '900 darà risposte concrete alle aspettative di una società non più indifferente alle sofferenze degli uomini.

L'evoluzione delle coscienze segna nell'Agosto del 1864, grazie al Nobel per la Pace e Padre ispiratore della CROCE ROSSA Henry Dunant, una tappa fondamentale nel cammino dell'uomo: i potenti della terra firmano in Svizzera la prima "Convenzione di Ginevra per il miglioramento della sorte dei feriti in campagna".

In quella circostanza nacque il logo più amato: **la croce rossa in campo bianco**, da sempre sulle uniformi delle II.VV. C.R.I., affettuosamente identificate anche **Crocerozzine**.

Inizia così nel 1908 il grande percorso che vede le Infermiere Volontarie affrontare con tenacia e professionalità i tremendi esiti del terremoto di Messina, organizzate in un Corpo con il patrocinio della Regina Elena di Savoia, precorritrice di quella attitudine al sociale e attenzione alla professione che aiuterà negli anni a venire l'emancipazione femminile e l'inserimento delle donne nel mondo del lavoro e delle competenze specifiche.

Donne con un bagaglio etico che da allora affrontano una complessa preparazione infermieristica per far parte del Corpo Infermiere Volontarie C.R.I. ed affiancare le FF.AA. italiane, condividendone a volte anche la sorte, come testimoniano le vestigia nel Sacrario di Redipuglia.



Fig. 2 - Attività ambulatoriale e controlli sanitari nel centro di accoglienza.



Fig. 3 - Le II.VV. CRI insegnano la lingua italiana ai "minori" ospiti del CARA di Mineo.

Nuove emergenze umanitarie: questa la sfida continua che oggi affrontano le Infermiere Volontarie C.R.I., impegnate in attività sanitarie sempre più specifiche e in una formazione

permanente che ne rispetta ed esalta le caratteristiche personali.

Molteplici gli ambiti di intervento del Corpo delle II.VV. C.R.I. che unisce, alla operatività sanitaria a supporto delle

Forze Armate in patria e fuori area, anche competenze legate alle complesse dinamiche di accoglienza e assistenza, risvolti determinanti se indirizzati verso soggetti che affrontano realtà diverse o emergenziali nelle quali i riferimenti usuali non sono più efficaci.

Sempre in linea con il progresso e con le dinamiche crescenti della società, è di recente istituzione la Scuola Allieve II.VV. C.R.I., strumento formativo durante il quale vengono impartite discipline infermieristiche teorico-pratiche, elementi di medicina di base, di linguistica, di comunicazione, ma anche materie giuridiche ad alto contenuto umanitario, come il diritto internazionale, in parallelo a quanto storicamente acquisito in termini di etica e di disciplina militare.

Allieve al passo con i tempi, sempre più professionalizzate, preparate per essere impiegate in strutture sanitarie polifunzionali civili e militari, in situazioni di controllo sanitario del territorio e in teatri di emergenza fuori area in occasione di eventi calamitosi.

Recentemente in Sicilia le criticità connesse all'implementazione dei flussi migratori dal Maghreb, dal Corno d'Africa, Libia, Nigeria, Afghanistan, Burchina Faso, Ghana, Mali ed altri territori, remoti culturalmente più che geograficamente, hanno evidenziato l'esigenza di affinare ed adeguare i modelli operativi del personale C.R.I. deputato all'accoglienza ed all'assistenza sanitaria.

Gli scenari, il contesto normalmente emergenziale, gli ambiti nei quali il Corpo delle II.VV. si trova ad operare, sono caratterizzati, come una nuova Torre di Babele, da un continuo sovrapporsi ed intrecciarsi di lingue, dialetti, religioni, culture e usanze, in un articolato crocevia etnico.

La complessità intrinseca degli scenari operativi impone al Corpo II.VV. C.R.I. azioni e comportamenti coerenti con il contesto quale l'impegno, sul piano psicologico e culturale, finalizzato ad affinare la comunicazione, potenziare la capacità di dialogo e a consentire ai soggetti sotto stress il recupero progressivo delle consuetudini e del trend esistenziale usuale.

Il CARA di Mineo, in provincia di Catania è stato il teatro di intervento delle II.VV. C.R.I. che da quasi un anno si sono succedute, senza soluzione di continuità, presso le strutture adibite alle complesse metodiche di accoglienza e sostegno di queste popolazioni troppo spesso invisibili ed emarginate.

Molti i servizi realizzati dalle Sorelle: attività infermieristica in ambulatorio presidiato nelle 24 ore, rilevamento parametri vitali, somministrazione di terapie prescritte, prelievi, con una particolare attenzione nell'offrire all'assistita un supporto emotivo che le consentisse di affrontare serenamente l'accertamento sanitario. Una media di 180 terapie giornaliere, oltre alla gestione dell'ambulatorio pediatrico che ha registrato oltre 20 richieste di intervento al giorno su piccolissimi pazienti e innumerevoli contatti informativi con le mamme per una corretta e puntuale gestione della somministrazione di farmaci.

Va sottolineato che la presenza delle **II.VV. C.R.I. nell'ambito della assistenza ostetrico-ginocologica** ha favorito l'intervento sanitario e le conseguenti terapie, inizialmente visti con diffidenza e timore talvolta osteggiati dai gruppi di provenienza per motivazioni culturali e religiosi.

A causa dell'alta densità di presenze (oltre duemila ospiti) si è resa necessaria una stretta collaborazione con le strutture sanitarie presenti sul territorio per avere accesso ad esami specialistici, trasferendo in ambulanza i pazienti presso strutture ospedaliere di Catania, Caltagirone e Vizzini, località quest'ultima dove è attivo un consultorio di ginecologia.

Anche in queste circostanze l'interazione tra Sorelle, Capo Gruppo e la Direzione Sanitaria del CARA ha consentito sinergie operative caratterizzate da dinamismo, efficienza ed efficacia.

Il Corpo delle II.VV. CRI, per le medesime finalità, ha attuato a Mineo **un progetto di istruzione** dedicato ai minori per consentire loro di familiarizzare con la lingua italiana al fine agevolare il superamento delle difficoltà di inserimento ed favorirne l'inclusione sociale. In particolare questa attività ha comportato grande impegno in termini di attenzione alle problematiche relative alla comprensione e

superamento di difficoltà legate all'età adolescenziale degli allievi, ai traumi subiti, alle condizioni di disagio sociale di provenienza che via via emergevano, spesso con manifestazioni violente.

La gestione dei processi ambulatoriali da parte delle II.VV. CRI non trova esplicazione esclusivamente tecnica, ma si estende anche all'esigenza di rendere compatibile l'assistenza terapeutica con le coordinate etnico-religiose e culturali dei soggetti interessati, con particolare riguardo alla gestione dei consultori familiari per informazioni e suggerimento di presidi di prevenzione igienico-sanitaria, ma anche all'ascolto per poter arrivare a tradurre le istanze manifestate in strategie di assistenza, adeguando protocolli esistenti alle nuove e diverse esigenze.

Infermiere Volontarie CRI oggi: sinonimo di donne attente ai cambiamenti sociali, che calibrano la loro professionalità sulle concrete richieste di un'attività sanitaria a tutto campo, al passo con i tempi, capaci di intervenire e dare le giuste risposte alle attese di una società moderna, risorsa e moderna interpretazione di un concetto di volontariato affidabile ed efficace, sempre più organico al Sistema Paese.

15 giugno 1864 - Nascita del primo Comitato della Croce Rossa in Italia e suo intervento nella 3^a Guerra d'Indipendenza

June 15th 1864 – Birth of the first Committee of the Red Cross in Italy and her intervention in the Third War of Independence

Giorgio Ceci *



24 giugno 1859 - Ultimo assalto a Solferino.

Riassunto - Circa 100.000 soldati morirono o furono feriti nella battaglia di Solferino e San Martino. Il giorno dopo H. Dunant fu spettatore di quell'orrenda carneficina. Tornato a Ginevra scrisse *“Un Souvenir de Solferino”*. Con cui denunciava la carenza della Sanità militare e suggeriva la creazione di Comitati di assistenza ai militari feriti e malati. Il 22 agosto 1864 venne siglata la *1^a Convenzione di soccorso ai militari feriti e malati degli eserciti in campagna*. A Milano il C. Castiglione, il 15 giugno 1864, dette vita al primo Comitato italiano di assistenza ai militari feriti e malati degli eserciti in campagna che nel 1866, per la prima volta partecipò, in appoggio alla Sanità militare, al soccorso sanitario in guerra.

Parole chiave: comitati, convenzione, organizzazione, squadriglie, assistenza sanitaria, medici, infermieri.

Summary - Around 100.000 soldiers they died or they were wounded in the battle of Solferino and San Martin. The day later H. Dunant was spectator of that horrendous slaughter. Returned in Geneva he/she wrote *“A Souvenir de Solferino”*. With which reported the lack of the military Health and it suggested the creation of Committees of assistance to the wounded and sick soldiers. August 22th 1864 was initialed the *First Convention of help to the wounded and sick soldiers of the armies in the country*. To Milan the C. Castiglione, June 15th 1864, it created the first Italian Committee of assistance to the wounded and sick soldiers of the armies in the country that in 1866, for the first time it participated, in support to the military Health, to the sanitary help in war.

Key words: committees, convention, organization, squadrons, sanitary assistance, physicians, nurses.

* Delegato Tecnico per la Storia di Croce Rossa del Comitato Regionale C.R.I. del Lazio.

Il 24 maggio 1859 a Solferino e San Martino si combatté una sanguinosa battaglia. L'Esercito Piemontese e quello Francese si scontrarono con l'Esercito Imperiale Austriaco. La battaglia fu terribile, si stima che circa 100 mila soldati morirono o furono feriti.

La mattina del giorno dopo, Henry Dunant fu testimone di quanto era accaduto in quel giorno indimenticabile, in cui si era combattuto dalle prime ore del giorno fino a notte inoltrata, quando l'Esercito Austriaco si ritirò battuto.

H. Dunant era in viaggio per l'Italia, dove sperava di incontrare Napoleone III per cercare di risolvere i problemi che aveva incontrato nella costituzione della "Società Anonima dei molini di Mons-Djemila" in Algeria; qualche anno più tardi lo stesso Dunant però dice: "Certo ero un turista; ma un turista preoccupato dei problemi dell'umanità¹." L'orrendo spettacolo del campo di battaglia lo colpì nel più profondo dell'anima. Tornato in Svizzera, nel 1862, pubblicò un libro, *Un ricordo di Solferino*, che fece e che tutt'ora fa rivivere quel triste spettacolo.

"Il sole del 25 illuminò uno degli spettacoli più spaventevoli che si possono presentare all'immaginazione. Il campo di battaglia è in ogni parte coperto di cadaveri d'uomini e di cavalli; le strade, i fossati, gli avvallamenti, le macchie, i prati sono cosparsi di corpi morti, e gli accessi a Solferino ne sono letteralmente coperti [...] di tratto in tratto s'incontrano pozze di sangue²."

Ecco come descrive una delle fasi più cruenta della battaglia:

"Qui è una lotta corpo a corpo, orribile, spaventevole: Austriaci ed Alleati si calpestano, si uccidono a vicenda sopra cadaveri sanguinosi, si pestano a colpi di calcio, si fracassano il cranio, si sventrano con la sciabola o colla bajonetta, non v'ha più quartiere, u combattimento di belve feroci, furibonde ed ebbre di sangue; i feriti medesimi difendonsi fino all'ultima estremità. Chi non ha più armi abbranca alla gola il suo avversario e lo lacera co' denti."

"Là una lotta somigliante, ma che diventa più tremenda per l'avvicinarsi di uno squadrone di cavalleria: esso passa a galoppo: i cavali schiacciano sotto il loro piedi ferrati i morti e i morenti; ad un povero ferito è portata via la mascella, ad uno frantumata la testa, un terzo che sarebbesi potuto salvare, ha affondato il petto³."

In questo piccolo libro H. Dunant, oltre la ricostruzione delle più cruenti fasi della battaglia, chiarisce la sua idea, quella che è a base di tutta l'Opera della Croce Rossa.

"Non sarebbevi egli modo di fondare delle Società volontarie di soccorso, le quali avessero per iscopo di prestare, in tempo di guerra, assistenza ai feriti⁴."

Ho riportato per sottolineare l'interesse dell'Italia per quanto si discuteva a Ginevra.

La prima tiratura di *"Un souvenir de Solferino"* fu di 400 copie e porta la dicitura *"Ne se vend pas"*, perché non fu messa in vendita, fu donata ai potenti di allora per sollecitarne il coinvolgimento nella realizzazione dell'Opera pensata da Dunant, il quale fece in modo che raggiungesse tutte le Corti d'Europa. Il libro suscitò l'interesse anche di una Società filantropica gine-

vrina la *"Société d'Utilité Publique"*. Il 9 febbraio 1863 H. Dunant fu invitato dal Presidente G. Moynier a parlare del suo progetto; fu subito istituita una Commissione, un Comitato di Cinque persone, per studiare la proposta di assistenza ai feriti in guerra, formato da G. Moynier, L. Appia, T. Maunoir, G. Dufour e dallo stesso H. Dunant con l'incarico di Segretario; il Comitato decise di far presentare le risultanze al Congresso di statistica di Berlino e ne fu dato incarico allo stesso Dunant. Successivamente, dopo una Conferenza preparatoria nell'ottobre del '63, si giunse a celebrare a Ginevra una Conferenza diplomatica, che portò alla firma, il 22 agosto 1864, della *Prima convenzione per il miglioramento della sorte dei militari feriti e malati degli eserciti in campagna*. A sottoscrivere la Prima Convenzione di Ginevra furono dodici paesi: tra questi l'Italia.

"Un souvenir de Solferino" fu tradotto in molte lingue. Era la denuncia all'intero mondo della strage del 24 giugno 1859, dovuta principalmente alla mancanza di soccorsi e di cure mediche adeguate, malgrado lo zelo degli Ufficiali della Sanità militare e degli abitanti dei paesi vicini e di tutte le città della Lombardia. Soprattutto ebbe il grande merito di aver posto il problema di come fare per evitare inutili stragi.

È impossibile non rimanere meravigliati per quanto fu fatto in brevissimo tempo per realizzare i modi per ovviare alle deficienze del Servizio Sanitario militare e la rapidità con cui si accettarono le soluzioni ai problemi umanitari sollevati da H. Dunant. La Prima Convenzione di Ginevra fece registrare una svolta epocale nel riconoscimento dei fondamenti dei principi umanitari: il nemico ferito e bisognoso di assistenza non si può più considerare nemico, tutti, amici e nemici, di fronte

1 H. Dunant, *Memorie*, a cura di P. Vanni, M. G. Baccolo, R. Ottaviani, Sorbona, Napoli, 2005. p. 41.

2 H. Dunant, *Un Souvenir de Solferino*, Prima Versione Italiana, Traduzione di L. Zanetti, del 12 novembre 1863. Pubblicazione a Cura di F. Capone, G. Ceci, R. Ottaviani, P. Vanni, Tassinari, Firenze, 2008. p. 71.

3 H. Dunant, op. cit. p. 29.

4 H. Dunant, op. cit. p. 183.

al bisogno di assistenza sono assolutamente uguali.

È questo il periodo in cui il dottor Cesare Castiglione, presidente d'Associazione Medica Italiana, avendo preso parte alla Conferenza di Ginevra⁵, s'impegnò a diffondere quanto sancito in quella sede, in particolare s'impegnò a collaborare con Ginevra.

Al ritorno dalla Svizzera, dopo aver partecipato alla firma della Prima Convenzione, il Castiglione ebbe gioco facile nel far comprendere negli ambienti scientifici e sanitari l'importanza storica, politica e sociale raggiunta con l'accordo sulla Prima Convenzione; del resto in quel momento si era pronti a ricevere il senso più profondo del messaggio ginevrino. Il 15 giugno 1864, i 67 soci riuniti in Assemblea generale decisero di dar vita alla *Associazione Italiana di soccorso ai militari feriti e malati in tempo di guerra*. Era nata la Società italiana di Croce Rossa, il primo Comitato.

Sembra, purtroppo, che così non accadesse a Firenze. L'*Invito patriottico*, l'accorato appello di Guido Corsini "*che non ebbe allora la meritata fortuna*"⁶, lo ebbe successo, invece, l'iniziativa del Castiglione, approvata subito da quaranta medici dell'Associazione milanese e da un buon numero di altre persone benpensanti, tra le quali il Manzoni.

L'iniziativa dell'Associazione Medica italiana milanese non fu la sola di quel particolare periodo, basta ricordare l'idea di neutralizzazione dei feriti di guerra preconizzata da Ferdinando Palasciano, o l'azione autonoma della Contessa Verri-

Borromeo⁷, morta a Milano nel 1860, o quella della Marchesa Pallavicino-Trivulzio⁸ di Torino. Questo era il clima che accolse l'appello del Castiglione, nel quale si inserisce la nascita di alcuni Comitati italiani, quali quelli di Brescia, Como, Cremona, Monza, Padova, Ferrara e Firenze ed in particolare quello di Bergamo la cui fondazione, su iniziativa del dott. Carlo Zucchi, risale al 4 settembre 1864.

A Milano fu nominata una Commissione che entrò subito all'opera. Il dottor Cesare Castiglione ne fu nominato Presidente, il marchese Benigno Bossi, fervente patriota che per le sue idee rivoluzionarie era stato costretto a rifugiarsi in Svizzera, fautore dell'iniziativa del Comitato ginevrino, rientrato a Milano per attuarla, fu nominato rappresentante presso il Comitato centrale di Ginevra. La Commissione iniziò i suoi lavori, gettando le basi fondamentali per la creazione di un'organizzazione d'assistenza ai militari feriti. Il Regolamento organico messo a punto fu approvato.

Il Regolamento fissava lo scopo del Comitato, il modo di raggiungerlo, la composizione, i diritti e i doveri dei Soci; stabiliva, inoltre, le norme generali per l'attività delle Sezioni, e le norme e i doveri per l'Ufficio di Presidenza, stabiliva quale dovesse essere la fonte delle entrate e in che cosa spenderle, la frequenza delle Adunanze e le modalità di convocazione.

Oltre il Presidente furono nominati il Vice, il Segretario Generale, il Tesoriere,

l'Economo e i Consiglieri. S. M. Vittorio Emanuele II fu dichiarato Socio Protettore e l'A. R. il Principe Ereditario Umberto di Savoia Presidente Onorario. Le attività del Comitato furono suddivise in quattro Sezioni già nominate nella Seduta Plenaria del 17 marzo 1865. Alla 1a Sezione, che annoverava molte signore, era affidato l'importantissimo compito del procacciare i mezzi⁹. Alla 2ª era affidato il compito di raccogliere "oggetti e robe". Alla 3ª era affidato il compito della conservazione di quanto raccolto. La 4ª Sezione aveva il fondamentale incarico di "*predisporre il personale medico, di istruire gli infermieri per servizio di sanità in sussidio alle ambulanze delle armate, di pensare all'erogazione dei mezzi che fossero disponibili, in conformità allo scopo umanitario dell'Associazione, in base al regolamento organico, a tenore delle determinazioni governative, degli accordi colle competenti Autorità*"¹⁰. Ed inoltre il regolamento, tra le Disposizioni transitorie e generali recitava: "*Il Comitato funzionerà provvisoriamente come Comitato Centrale fino a che per voto, almeno di sette Comitati, non sia stabilito altro Comitato Centrale*"¹¹.

Questa determinazione, all'inizio, non creò problemi, i primi Comitati attivi lo riconobbero come tale: Purtroppo non tutti furono concordi nel predisporre in tempo di pace quanto necessario per il soccorso dei militari feriti e malati in tempo di guerra, cioè di trovarsi pronti all'azione, per ogni possibile evenienza.

5 ASSOCIAZIONE ITALIANA DI SOCCORSO AI MILITARI FERITI E MALATI IN TEMPO DI GUERRA, Rendiconto Morale ed Economico, Milano 1866. p. 18. D'ora in poi citato come Rendiconto morale ed Economico del Comitato milanese, 1866. p. 14.

6 Rendiconto morale ed Economico del Comitato milanese, 1866. p. 10.

7 La contessa Verri-Borromeo fu presidente del Comitato delle Dame di Milano dei soccorsi ai feriti di guerra della Lombardia, ipotizzava la possibilità d'instaurare la "tregua di Dio" e l'adozione di un orifiamma, visibile a distanza, perché si evitasse di colpire il posto di Ambulanze così indicato.

8 La marchesa Pallavicino-Trivulzio a Torino organizzò e diresse un centro di raccolta e di smistamento di materiale di assistenza ai militari feriti della 2ª Guerra d'indipendenza italiana.

9 Da parte delle Signore Dame fu espresso il desiderio di poter intervenire, come infermiere, sui campi di battaglia. Purtroppo il Regio Ministero della guerra, con Circolare 2146 del 1 giugno 1866, limitava il loro intervento ai soli Ospedali militari temporanei e fissava le procedure per essere ammesse in detti Ospedali.

10 Rendiconto morale ed Economico del Comitato milanese, 1866, p. 18.

11 Rendiconto morale ed Economico del Comitato milanese, 1866. p. 143.

In considerazione di ciò, la Presidenza, non perse occasione nel ricordare la necessità di incrementare il numero dei Soci e di promuovere la costituzione dei Comitati, in ogni parte d'Italia, nel rispetto di quanto stabilito.

Trascorsa la prima ondata di euforia che permise a Milano di vantare la formazione di ben sedici Comitati, occorre molto tempo prima di poter fare assegnamento sull'aiuto, il sostegno e la partecipazione dei grandi centri. In pratica i Comitati esistenti risultarono in numero minore rispetto alle anticipazioni, i mezzi venivano dichiarati scarsi, eventualmente aumentabili se necessario; i più, disconoscendo il ruolo di guida e la centralità del Comitato milanese, ritenevano di dover agire autonomamente. Nella relazione del 20 novembre 1866, il dott. Castiglione affermava che sicuramente tra i tanti problemi che assillavano i pochi Comitati allora esistenti c'erano quelli di carattere organizzativo non disgiunti da quelli comunicazionali, ne sono testimonianza gli appelli con cui Milano fu costretto a fare più volte, con solleciti, per stimolare suggerimenti e valutazioni sulla bozza di Regolamento dell'Associazione. L'aumento delle adesioni dei Comitati non fece altro che aumentare le complicazioni. I Comitati realmente attivi, risultarono essere quelli di Bergamo, Brescia, Cremona, Pavia, Bologna; altri Comitati, che si ritenevano già attivi, davano assicurazione che si sarebbero attivati in breve.

Nel frattempo alcuni Comitati proposero la realizzazione di un convegno fra le varie rappresentanze per concordare il comune modo di agire, perché l'incalzare degli avvenimenti suggeriva di accelerare i preparativi. Occorreva conoscere la disponibilità, o meglio le possibilità, di ogni Comitato e come coordinarsi in armonia con le Ambulanze militari e con gli Uffici Amministrativi dell'Esercito, in

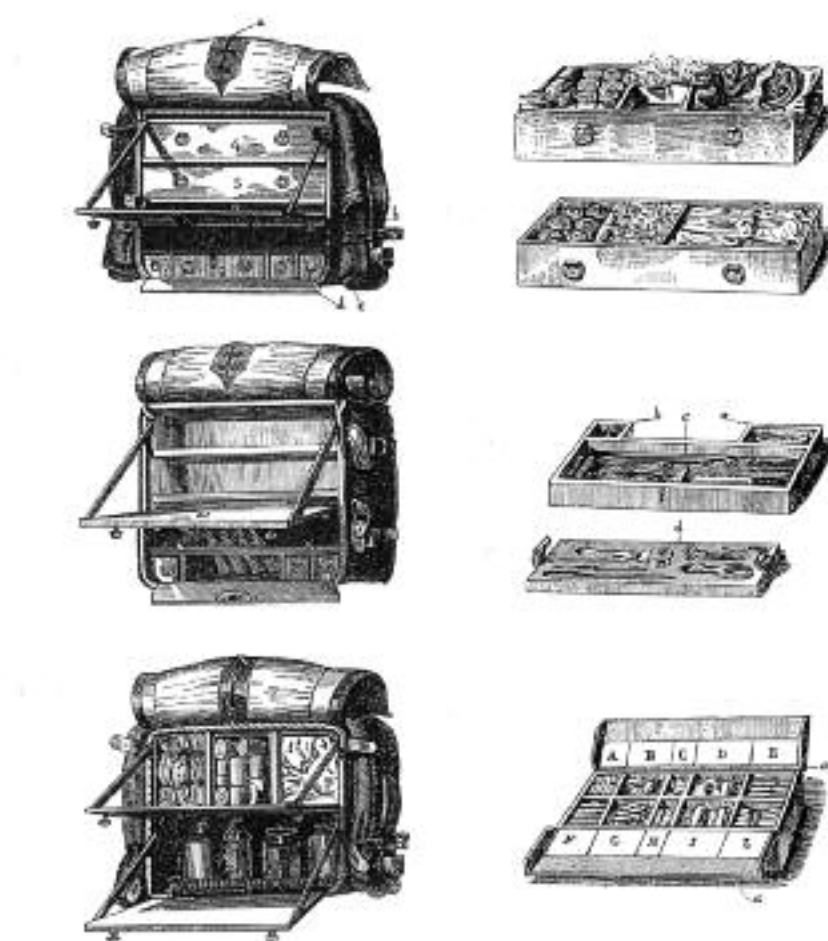


Fig. 1 - Zaini in dotazione alle "Squadriglie" e contenuto degli zaini¹².

considerazione, anche della lusinghiere parole del Ministero dell'Interno con le quali aveva accolto quasi per intero le proposte del Comitato milanese. In poche parole il Ministero fissava la composizione delle squadriglie e dei soccorritori volontari da inviare al campo e negli ospedali, i loro rapporti con le gerarchie militari, la divisa per il personale superiore e inferiore, il vitto, le attribuzioni, gli obblighi, i gradi, i riconoscimenti, i distintivi ed il trattamento in caso di malattia. In sintesi il Ministero considerava le Squadriglie come un'estensione delle ambulanze militari di cui avrebbero condiviso le sorti.

Firenze, divenuta da poco capitale d'Italia, è da considerarsi tra i dissidenti, tanto che il Castiglioni nella sua

relazione dice *"Parve anzi alla Presidenza del Comitato di Firenze e all'Ufficio esecutivo di quel Comitato stesso, che a rendere meglio fruttuosa l'efficienza dell'Associazione, ritenuta l'unica centralità nel Comitato milanese, nei rapporti verso il Comitato internazionale di Ginevra, fossero per giovare due centralità pel resto"*¹³. In breve, Milano avrebbe dovuto coordinare i Comitati al di sopra del Po e Firenze di quelli al di sotto. Per la ratifica di questa organizzazione Firenze

¹²Le immagini in bianco e nero sono tratte da: *Rendiconto morale ed Economico del Comitato milanese, 1866. p. 72 e seguenti.*

¹³Rendiconto Morale ed Economico, del Comitato milanese, 1866. p. 32.

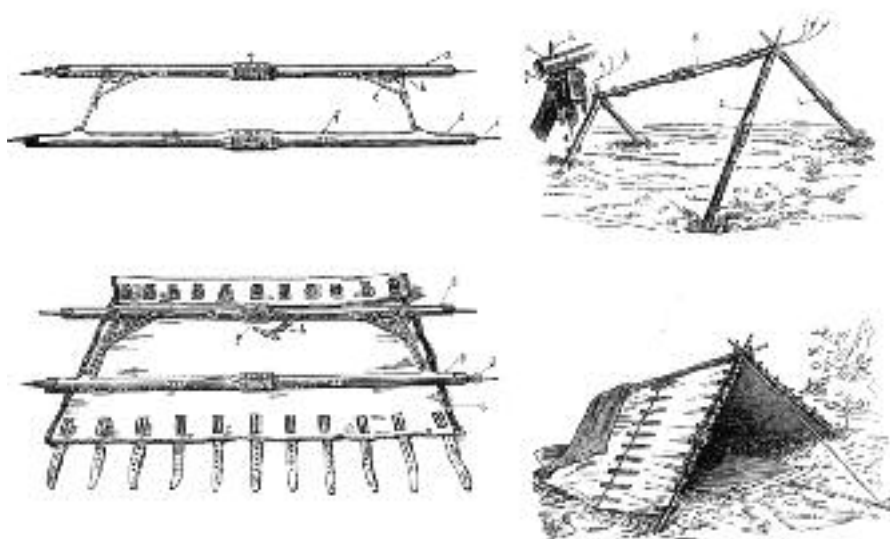


Fig. 2 - Modalità d'impiego delle barelle.

chiedeva di indire una Conferenza tra tutti i Comitati esistenti al momento. Tuttavia Milano, pur concedendo che l'idea fosse felice, non la riteneva tale nell'applicazione.

Il Castiglione pur dichiarandosi d'accordo nel fissare un congresso tra i vari Comitati sorti in Italia per discutere tutte le problematiche, ribadiva, in una sua circolare del 30 maggio 1866, che la centralità dell'azione era assolutamente necessaria come si era dimostrata necessaria negli Stati Uniti, quando un solo Comitato Centrale coordinava l'azione di moltissimi Comitati. Ribadiva che se i Comitati si fossero coordinati in un unico centro si sarebbero potuti utilizzare i mezzi di tutti, secondo le necessità. La circolare terminava ricordando che Milano avesse come unico desiderio di essere, sollecitamente, informata delle decisioni prese da ciascun Comitato su detto argomento. Da una lettera inviata dal Castiglioni al Presidente del Comitato di Bergamo, Carlo Zucchi, sappiamo che la data 24 febbraio 1867 fissata per la congresso di Firenze fu annullata telegraficamente; nella stessa lettera si

ipotizzava di fissare il nuovo incontro dopo il 22 marzo '67¹⁴.

In ogni modo il Comitato milanese si mise all'opera per l'allestimento delle squadre, ne delineò i compiti e ne stabilì i quadri. Come sappiamo, questo fu il compito della 4ª Sezione affidata alla guida del dott. Antonio Trezzi. Inizialmente, prevalendo le idee di pace e di disarmo, le attività subirono un rallentamento. A cambiare la situazione intervenne la chiamata alle armi dell'Italia. Il 20 giugno 1866 il nostro Paese dichiarò guerra all'Austria per il completamento dell'indipendenza nazionale.

Era il momento per cui il Comitato milanese si era preparato fin dal suo esordio. Lo strumento erano le *Squadriglie* e le *"Squadre permanenti di Ambulanze"*.

Entrambe questi organismi erano organizzati dalla IV Sezione¹⁵, erano composti da medici, chirurghi e infermieri da impiegare in appoggio alle Ambulanze militari

o per il servizio negli ospedali da campo, ed erano attrezzati con materiale che potesse tornar utile, sia direttamente alle Squadriglie e alle Ambulanze leggere e sia per essere inviato, su richiesta, alla Sanità militare. Le attività delle Squadriglie era stabilita dalla Circolare n. 2147 del 1 giugno 1866 del Ministero della guerra. In particolare le Squadriglie erano formate da:

- un Ufficiale sanitario, responsabile e capo della Squadriglia; a lui era affidato anche il compito di tenere buoni rapporti con le autorità militari; percepiva uno stipendio di £ 20 giornaliere;
- due Ufficiali sanitari aggiunti; dipendevano direttamente dal capo Squadriglia, a loro era affidata la sorveglianza sulla buona tenuta del materiale d'Ambulanza, dovevano preoccuparsi del reintegro del materiale usato, erano tenuti a redigere una statistica, possibilmente nominativa, dei malati curati sul campo o nell'Ambulanza, erano tenuti alla sorveglianza del personale infermieristico; lo stipendio era di lire 15 giornaliere;
- un probò uomo¹⁶, a cui era affidata tutta la responsabilità amministrativa, aveva in deposito, una somma per le spese straordinarie ed urgenti, in fine era tenuto al conforto psicologico dei malati, secondo quanto la carità e l'educazione suggerissero; era ipotizzato un contributo da erogare a fine del servizio;
- un Infermiere capo, che doveva assolutamente saper leggere, scrivere e far di conto. Era tenuto ad un contegno severo e al tempo stesso affabile, a lui era affi-

statura, allungandosi le asticelle, al bisogno, con semplice congegno. È di facile trasporto e di nessun ingombro. La Sezione ne conserva due pezzi. Rendiconto morale ed Economico del Comitato milanese, 1866, p. 109.

¹⁶ Era una persona agiata che volontariamente e a proprie spese, di concerto con la Presidenza del Comitato, faceva parte del personale superiore. In questa funzione si ipotizzava che potesse essere impiegato anche un sacerdote.

¹⁴ L'originale di questa lettera, scritta, quasi certamente in data 26/2/1867, si trova presso la Biblioteca Civica A. Maj di Bergamo.

¹⁵ "Il dottor Appia di Ginevra, membro dell'Associazione internazionale di quella città, presentò un suo apparecchio per fratture di coscia, adattabile ad individui di qualunque

data la responsabilità degli infermieri e la loro sorveglianza. Aveva l'incarico di far rapporto giornaliero all'Ufficiale capo; percepiva una diaria di £ 4;

- otto infermieri, nominati dalla Presidenza del Comitato, scelti tra i molti volontari presentatisi, per l'età, la robustezza, l'intelligenza, il coraggio e la moralità, possibilmente dovevano essere "*nubili*¹⁷", saper scrivere e leggere e far di conto; la diaria era di £ 3;

Le Squadre permanenti di Ambulanza avevano la stessa struttura e dotazione delle Squadriglie, di regola erano aggiunte alle Ambulanze di riserva del

Quartier generale di ciascun Corpo dell'Esercito, o ad un'Ambulanza divisionale delle quali, in tutto e per tutto, s'integravano per il servizio. La dotazione di materiale sanitario era notevole, tanto da essere attrezzate con un furgone leggero d'ambulanza, di modello militare, e di un furgone per il trasporto degli effetti del personale; i mezzi erano trainati da muli e cavalli.

Tutto il personale delle Squadriglie e delle Squadre permanenti d'Ambulanza, allorché mobilitato, doveva sottostare ad una ferma non minore di due mesi; durante la permanenza al campo i componenti la Squadriglia dovevano assoggettarsi agli ordini e alla disciplina militare come il personale sanitario stesso propriamente

detto e dovevano esser pronti a subire le conseguenze degli eventi di guerra. Al campo ricevevano dall'Intendenza una razione di viveri. A tutti il Comitato forniva divisa e corredo di campagna.

Il personale superiore riceveva:

- un cappotto di panno grigio con fodera in flanella;
- pantaloni di satin grigio;
- tunica di panno verde con fascia al braccio sinistro;
- gilet di panno nero con bottoni di metallo giallo;
- berretto di panno verde con la leggenda in oro: "*Soccorso ai feriti*", con coperta di tela cerata;
- una cravatta nera a sciarpa;
- veste di tela nera per servizio;
- giubba di tela russa con fascia bianca al braccio sinistro;
- paio di pantaloni da campo di tela russa;
- fascia di ricambio in lana bianca con croce rossa;
- borsa da collo in pelle;
- fiaschetta coperta di vimini con bicchiere di latta;
- fiaschetta per il rhum;
- borsetta con forbice, oggetti per cucire, spago, pettine, spilli, saponetta, ecc.;
- cinta di pelle naturale per fissare il cappotto arrotolato.

Gli ufficiali, *motu proprio*, decisero d'indossare la sciabola.

Al personale infermieristico furono assegnate:

- blusa di lana verde con fascia al braccio sinistro di lana bianca e croce rossa;
- pantaloni di panno grigio;
- pantaloni di tela grezza per il campo;
- blusa di tela a righe bianche e blu;
- cravatta di lana nera;
- berretto di panno verde con coperta di taffetà, con leggenda in lana gialla;



Fig. 3 - Infermieri con grembiale portaferiti - modello Lada modificato.

¹⁷ Rendiconto Morale ed Economico. del Comitato milanese. p. 187.

- paio di ghette di traliccio¹⁸ con bottoni di ottone e sottopiede di cuoio;
- paio di sottopiedi¹⁹ di cuoio di ricambio;
- due paia di scarpe;
- cintura doppia di pelle con placca;
- due camicie di tela;
- due paia di mutande;
- sei paia di pezze per i piedi;
- coperta da campo in lana;
- una gamella²⁰;
- un tascapane in traliccio;
- borsetta con pettine, forbice, aghi, spilli, refe, chiodi assortiti, spago, ecc.;
- fiaschetta di vetro coperta di vimini con mezzo litro di tintura d'arnica²¹.

Tutti i soccorritori volontari, qualunque fosse il grado, dovevano portare al braccio sinistro il bracciale di tessuto bianco largo 12 centimetri con croce rossa, la croce doveva essere quadrata di 8 centimetri.

Le Squadriglie erano provvedute di un adeguato equipaggiamento, formato da uno zaino comune di legno, ricoperto di pelle, che nella falda posteriore e in posizione dorsale aveva una tasca destinata a contenere stoppa o cotone. Lo zaino, posteriormente, era diviso in tre scoparti destinati a contenere, in bell'ordine, quanto indispensabile per un primo soccorso sul campo: filacce, cerotti, ferri chirurgici, bende, pezze e triangoli di cotone, farmaci quali polveri di solfato di chinino, di calomelano, di bismuto e ipecacuana, di oppio, bottiglie con tappo a smeriglio con clorofornio, ammoniaca, laudano e acetato di ferro, oltre ciò lo zaino era munito di calamaio, fogli di carta, portapenne con penne, ceralacca, lanternino con moccoletti di cera, candele steariche e quant'altro necessario. Il peso dello zaino era di 13 chilo-

grammi circa, a cui era da aggiungere la coperta da campo, la gamella e un paio di scarpe. Analoga allo zaino era la cesta di vimini, adibita a contenere all'incirca le stesse cose, ma del peso di soli 10 chilogrammi circa; nella cesta analogamente allo zaino in legno, oltre il materiale per un primo soccorso d'urgenza era aggiunta una veste di tela nera per il medico. Le squadriglie erano dotate anche di "Grembiale portaferiti" modello Lada modificato; la modifica riguardava il cilindro di legno. Si era ritenuto opportuno modificarlo per agevolarne l'uso all'infermiere che camminava davanti. Si trattava di un grembiale a corsetto, aperto sul dietro, lungo metri 1,25, opportunamente imbottito e allacciato con fettucce. Oltre il grembiale, la dotazione delle squadriglie comprendeva un sacco di tela forte da portare ad armacollo, in cui era riposto, accuratamente ripiegato, il telo portaferiti, quando non in uso, con l'aggiunta di un telo di riserva. La squadra, disponendo dell'armamentario per due barelle, poteva costruire una tenda da campo in grado d'ospitare comodamente cinque persone.

Poiché le formazioni delle Squadre permanenti d'Ambulanza, potevano contare più personale, in funzione

delle situazioni da affrontare, era dotata di un maggior quantitativo di materiale sanitario, tanto che fu necessario aggregare un carro trainato da muli, guidato da infermieri mulattieri.

Durante gli spostamenti, nonostante le prove fatte avessero confermato la comoda trasportabilità di tutto l'armamentario in dotazione alle squadre, e la possibilità di appoggiarsi all'Intendenza Militare, all'atto pratico fu necessario inviare un mezzo trainato da due cavalli da adibire al trasporto di tutte le dotazioni.

Una volta dichiarata la guerra all'Austria, il 26 giugno '66, le prime due Squadriglie, la numero uno e la numero due, assolte tutte le formalità, furono accettate dal 5° Corpo d'Armata, ma furono chiamate solo il 1° luglio, così che il 2 poterono partire per Pontevico sull'Oglio, tuttavia il 4 vennero dirottate verso il 1° Corpo d'Armata, con cui rimasero fino al momento di rientrare a Milano. Purtroppo a queste due unità toccarono lunghe e rapide marce attraverso i territori, che furono il teatro della guerra, e arrivate, finalmente, in faccia al nemico, giunse la sospensione dei combattimenti e l'armistizio. La sorte della terza squadra non fu più fortunata, nonostante fosse stata alle-



Fig. 4 - Ufficiali, sottufficiali e militi addetti al servizio di un treno ospedale (1890).
(Foto tratta da A. Frezza, *Storia della Croce Rossa Italiana*, MCMLVI).

¹⁸ Stoffa di particolare resistenza.

¹⁹ Servivano per aumentare la rigidità dello scarponi per affrontare terreni difficili.

²⁰ Recipiente di latta per il rancio, gavetta.

²¹ Tintura usata esternamente come vaso dilatatore.

stita con gran dispendio d'energie. Il 4 luglio il colonnello Guicciardi, comandante dei battaglioni dei Volontari Valtellinesi, tramite Visconti Venosta, fece richiesta di materiale d'ambulanza e di strumenti chirurgici, poiché i medici che li assistevano non ne disponevano. A questo punto il Comitato milanese propose l'invio di una squadra attrezzata con materiale d'ambulanza, uno zaino d'ambulanza, una scatola di ferri per amputazione, due barelle due grembiuli portaferiti, oggetti per medicazione e una cassa fornitissima di ferri chirurgici. La Squadra era comandata da personale superiore. Mentre si attendeva la risposta del colonnello Guicciardi, dal campo dei Volontari giungevano notizie sull'insufficienza dei mezzi destinati alla cura dei feriti di quel Corpo. A questo punto il Comitato milanese propose all'Intendenza militare di Milano e all'Intendenza generale del Corpo dei Volontari l'invio della terza Squadra al completo e, in considerazione della necessità di dover operare in paesi montuosi con difficoltà di mezzi di trasporto, furono aggiunte altre due casse reggimentali da portare a dorso di mulo, di cui fu fatto subito l'acquisto. Con la ripresa delle ostilità il 14 luglio questa terza Squadra venne offerta alla Regia Intendenza generale dell'Esercito. Purtroppo la sorte di questa Squadriglia, allestita con gran dispendio di mezzi, non fu fortunata poiché fu rifiutata dal colonnello A. Bertani, medico capo del Corpo dei Volontari, con lettera del 20 luglio, perché non rispondeva alle norme dettate per l'arruolamento nel Corpo dei Soccorritori volontari, che escludeva la presenza dei medici e pertanto non risultava in accordo con quanto stabilito dal Regolamento dell'Associazione internazionale. In ogni modo, il Comitato milanese, donò ai Volontari valtellinesi uno zaino d'ambulanza, completo di ferri per amputazione,

una cassa completa di ferri chirurgici, due barelle e due grembiuli portaferiti. Tramite il dott. Albanese, il 23 giugno, fornì quattro ceste-zaini complete e materiale sanitario, il 28 giugno al 9° Reggimento Volontari, tramite il dott. Porcia, venne fornito altro materiale sanitario.

Maggior fortuna ebbe la IV Squadriglia; con telegramma della sera del 18 luglio, l'Intendenza generale dell'Esercito ne richiedeva l'immediata partenza per Padova per essere destinata ad essere aggregata all'Ambulanza di riserva del 5° Corpo d'armata. Di fatto a Treviglio le venne dato in consegna l'Ospedaletto, dove fu curato un austriaco colpito da un proiettile, che gli aveva trapassato la spina dorsale con lesione al midollo e al polmone sinistro, che morì dopo pochi giorni e ricoverati militari italiani che, per ragioni intrinseche, non era stato possibile trasportare fino ad Udine. Poiché la colonna di equipaggiamento, di trecento militari, del 5° Corpo d'armata sotto il comando di un maggiore era stata spostata da San Vito a Zero-Branco, il dottor Barbieri, capo della IV squadra, vi dislocò un medico ed un infermiere munito di zaino di medicazione.

Il servizio volontario dell'Associazione iniziato il 2 luglio per le Squadre I e II, ed il 10 agosto per la IV, cessò per tutte il 19 agosto; la III come visto non entrò mai in attività.

Le squadre che seguirono le Ambulanze militari e i volontari, che non furono mobilitati, soccorsero non solo i combattenti del trentino ma anche i feriti dell'Armata di mare, gli scampati di Lissa, per i quali i Comitati dei paesi marittimi "promossero soccorsi e conforti bastevoli"

Occorre, anche, ricordare che il Comitato milanese aveva trovato appoggi, per la sua opera di soccorso nella campagna del 1866 in Francia e in

Svizzera, primo esempio questo d'intervento neutrale. L'Italia a sua volta insieme alla Svezia, alla Norvegia, la Spagna e la Svizzera fece da tramite ai soccorsi destinati ai feriti delle armate coinvolte nella guerra franco-prussiana del 1870-71.

Il 1866 fu il primo anno che vide la Croce Rossa Italiana impegnata sul campo di battaglia. Le autorità militari e il Ministero della guerra lodarono l'operato delle Squadriglie impegnate, per la prima volta, nell'azione di soccorso e si dichiararono certi che avrebbero fatto molto di più se l'occasione si fosse loro offerta.

Bibliografia

1. **AA.VV.:**
Un ricordo di Solferino, oggi, a cura di C. Cipolla, F. Angeli.
Milano, 2003.
2. **Associazione Italiana di Soccorso ai Militari feriti e malati in tempo di Guerra, Comitato Milanese, Rendiconto Morale ed Economico.**
G. Chiusi, Milano, 1866.
3. **Croce Rossa Italiana, Sottocomitato di Sezione Bergamo.**
Gestione, Tipo-Litografia F.lli Bella, Bergamo 1898.
4. **Frezza A.:**
Storia della Croce Rossa Italiana.
Roma, MCMLVI.
5. **Dunant H.:**
Memorie, a cura di P. Vanni, M. G. Baccolo, R. Ottaviani.
Sorbona, Napoli, 2005.
6. **Dunant H.:**
Eine Erinnerung an Solferino, Neuauflage, 1997.
Wien, nach Originalausgabe von 1862.
7. **Dunant H.:**
Un ricordo di Solferino, Trad. S. D'Agata.
Stampa a cura Uff. Comunicazione e Informazione della C.R.I. Roma, 2002.
8. **Dunant H.:**
Un Souvenir de Solferino, Trad. L. Zanetti, a cura di F. Capone, G. Ceci, R. Ottaviani, P. Vanni.
Ed. Tassinari, Firenze, 2008.

Applicazioni militari della teleradiologia: normativa e capacità operativa

Military applications of teleradiology: normative and operational capacity

Carlo Ajello *

Giuseppe Cennamo °

Mario Alberto Germani °



Riassunto - La teleradiologia è definita come la trasmissione a distanza di immagini radiologiche ed eventuali referti, finalizzata al teleconsulto, alla telediagnosi o alla teledidattica.

L'enorme ed inarrestabile progresso tecnologico che ha rivoluzionato le metodiche di radiodiagnostica nel corso degli ultimi anni, ed in particolare la possibilità di gestire ed elaborare in modo ottimale le immagini, pongono oggi la teleradiologia quale elemento cardine nell'ambito di tutta la branca della telemedicina.

Questo lavoro prende in esame i principali riferimenti normativi che regolano l'utilizzo della teleradiologia e analizza l'evoluzione tecnica subita dalla teleradiologia in ambito militare nel corso degli ultimi anni, evidenziandone vantaggi e peculiarità del suo utilizzo ed i probabili scenari futuri.

Parole chiave: teleradiologia, trasmissione digitale, radiologia in teatro operativo.

Summary - Teleradiology is defined as the remote transmission of radiological images, or any reports, aimed at teleconsultation, telediagnosis or distance learning.

The huge and unstoppable technological progress that has revolutioned the methods of diagnostic radiology in recent years, and in particular the ability to manage and develop the optimum image, have made teleradiology as core element in any branch of telemedicine.

This work examines the main legal regulations governing the use of the teleradiology and analyzes the technical developments in military teleradiology in recent years, highlighting the advantages and peculiarities of its use and the likely future scenarios.

Key words: teleradiology, digital transmission, radiology in the operating theater.

* Col.me. – Capo Dipartimento Diagnostica per Immagini- Policlinico Militare “Celio” - Roma.

° Magg.me – Assistente Servizio Radiologia 3 – Dipartimento Diagnostica per Immagini Policlinico Militare “Celio” - Roma.

• Magg. Gen. – Direttore Policlinico Militare “Celio” - Roma.

Introduzione

La teleradiologia è definita come la trasmissione a distanza di immagini radiologiche ed eventuali referti, finalizzata al teleconsulto, alla telediagnosi o alla teledidattica.

L'enorme ed inarrestabile progresso tecnologico che ha rivoluzionato le metodiche di radiodiagnostica nel corso degli ultimi anni, ed in particolare la possibilità di gestire ed elaborare in modo ottimale le immagini, pongono oggi la teleradiologia quale elemento cardine nell'ambito di tutta la branca della telemedicina. Quest'ultima, intesa come scambio di dati sanitari per via telematica, rappresenta un servizio con finalità plurime, mirato ad elevare la qualità in sanità, a migliorare le prestazioni sanitarie, a favorire l'aggiornamento dei professionisti e ad ottimizzare il trasferimento di esperienze e di informazioni. La telemedicina viene sempre più considerata come elemento di supporto indispensabile per decisioni cliniche appropriate ed efficaci, consentendo di realizzare uno stretto legame operativo tra più ospedali e/o più medici, anche se molto distanti (1,2,3,4,5.). In ambito militare la telemedicina trova una delle sue più naturali applicazioni. I grossi mutamenti degli ultimi 15-20 anni dello scenario geopolitico internazionale hanno comportato un ingente impiego di uomini e mezzi nei luoghi più disparati del pianeta, con il fine di garantire la pace e la sicurezza nelle zone di conflitto e l'aiuto umanitario alle popolazioni in difficoltà. La necessità di garantire un sostegno fondamentale alle limitate risorse di personale medico nei teatri operativi e l'esigenza di intervenire con diagnosi efficaci in tempi rapidi, spesso peraltro ulteriormente condizionate dalle gravi situazioni ambientali del territorio,

hanno trovato nella telemedicina una risorsa fondamentale e determinante per assicurare un supporto sanitario adeguato sia al personale militare che alla popolazione civile. Per tali ragioni, fin dall'impiego del contingente militare italiano in Bosnia nel 1996 in seguito agli accordi di pace di Dayton, il servizio di telemedicina ha costituito uno strumento peculiare della Sanità Militare che, grazie alle esperienze acquisite e consolidate nel corso degli anni ed al costante progresso tecnologico, ha raggiunto oggi livelli di elevatissima qualità ed efficienza.

Principi generali di teleradiologia

A tutt'oggi, sia per la teleradiologia che per la stessa telemedicina non sono stati emanati specifici provvedimenti di tipo normativo o legislativo atti a regolamentare la materia. Per quanto concerne la teleradiologia, i principali riferimenti esplicativi ed attuativi sono riportati nelle linee guida della SIRM (Società Italiana di Radiologia Medica) (1,2).

Dalle linee guida si evince che il compito della teleradiologia è quello di garantire la trasmissione a distanza di immagini radiologiche, sulla base di tre elementi fondamentali: il teleconsulto, la telediagnosi e la teledidattica.

Per teleconsulto, in linea generale, si intende l'attività di consulenza a distanza tra medici, generalmente da due postazioni comunicanti per via telefonica o su reti informatiche.

In ambito radiologico comprende alcune procedure specifiche: l'attività di (tele)consulenza richiesta da un medico dell'area radiologica ad altro specialista (sia dell'area radiologica che di altra branca); l'attività di (tele)consulenza richiesta dal medico di medicina generale o specialista di altra disciplina ad

altro medico specialista dell'area radiologica su esame radiologico eseguito e refertato, per una "second opinion"; l'attività di (tele)consulenza richiesta da utente a specialista dell'area radiologica, su esame radiologico eseguito e già refertato da altro medico radiologo.

Il teleconsulto può essere sincrono (interattivo) o asincrono (non interattivo), a seconda se esista o meno la possibilità tra i due centri operatori di condivisione in tempo reale delle immagini, individuale o di equipe (anche interdisciplinare). Inoltre, può essere richiesto in modo ufficiale, con assunzione di responsabilità di tutti i medici coinvolti nel processo, o non ufficiale, nei casi di particolare complessità o di "dubbi" interpretativi, con responsabilità esclusiva del medico radiologo richiedente.

La telegestione, definita anche telemanagement o real-time teleradiology, è intesa come attività di (tele)gestione della prestazione affidata al TSRM di U.O. di Radiologia, temporaneamente ed occasionalmente sprovvista di medico radiologo (1,2,3,6,7,8). Ai sensi del D. Lgs 187/2000 è necessario acquisire un teleconsulto preliminare agli accertamenti, finalizzato alla giustificazione e all'informativa. In pratica, durante la telegestione il medico radiologo agisce e partecipa a distanza, in modo virtuale, all'atto radiologico. Quest'ultimo viene eseguito, previa giustificazione ed informativa, dal TSRM presente sul posto.

La telegestione si conclude con la telediagnosi, ossia con la diagnosi radiologica effettuata da parte del medico radiologo sulla base delle immagini elaborate ed inviate da altra postazione. In assenza di precise normative legislative, la telediagnosi può essere impiegata rispettando alcune indispensabili condizioni: sistemi tecnici che consentano refertazione senza perdita di dati, complete e formalizzate

notizie clinico-anamnestiche del paziente, indicazione all'esame e quesito diagnostico, garanzie di sicurezza relative alla corrispondenza immagini/paziente, facile ed immediata comunicazione con il centro che ha realizzato l'esame (5,6,7).

Le procedure in cui la tele diagnosi può trovare attualmente giustificazione sono quelle intra-presidio ospedaliero, intra-aziendali in urgenza indifferibile/emergenza, interaziendali, nelle applicazioni "Fuori Area".

Nelle procedure intrapresidio ospedaliero l'esame radiologico può essere svolto dal TSRM su delega dello specialista e refertato a distanza dal medico radiologo attraverso le modalità di telegestione, avvalendosi di un sistema RIS-PACS (1,2,3,4).

Nelle procedure intra-aziendali, in condizioni di urgenza indifferibile o di emergenza ed in assenza temporanea od occasionale del medico radiologo, le immagini possono essere inviate per la refertazione immediata ad uno specialista radiologo di un'altra sede aziendale. Per le indagini che prevedano la somministrazione di m.d.c. sia intracavitaria che intravasale è, invece, indispensabile la presenza fisica del medico radiologo.

Nelle procedure interaziendali, l'unica condizione attuabile per la tele diagnosi è quella relativa all'attività di "primo lettore" nei programmi di screening che prevedano una metodica di lettura a "doppio cieco".

Le applicazioni del "Fuori Area" rappresentano una peculiarità esclusiva della Sanità Militare, con la possibilità di inviare immagini dal teatro di operazione allo specialista radiologo operante sul territorio nazionale, refertate in tempo reale o in differita attraverso procedure di telegestione.

La teledidattica si riferisce ad ogni forma di insegnamento a distanza attraverso sistemi di telecomunicazione.

L'atto clinico-radiologico in teleradiologia

L'atto clinico radiologico consta di una serie di momenti strettamente interdipendenti, che vanno garantiti anche in teleradiologia, identificando nel medico radiologo il coordinatore di tutto il processo. Tali momenti comprendono: motivata richiesta di prestazione del medico prescrivente con quesito clinico, inquadramento clinico-anamnestico, giustificazione dell'esame proposto (o non giustificazione con possibile proposta di tecniche e metodologie sostitutive), informativa per il consenso e consenso, esecuzione (adeguatezza delle attrezzature, competenza professionale effettiva, delega per gli aspetti pratici al TSRM, appropriata documentazione iconografica), interpretazione, refertazione/comunicazione ed eventuale discussione con il clinico, archiviazione. Particolarmente delicati appaiono l'informativa per il consenso, la raccolta dello stesso e la refertazione. Per quanto riguarda il consenso, nel rispetto di quanto sancito dall'art. 32 della Costituzione Italiana e dalla legge 675/96, l'impiego della teleradiologia necessita di preliminarizzare informazione del paziente per ottenere valido consenso, meglio se scritto, sebbene non obbligatorio, sulle motivazioni al ricorso alla teleradiologia, che risulta integrativo al consenso specifico per l'atto medico.

La refertazione ha valore medico legale e rappresenta il momento conclusivo dell'atto clinico radiologico. Il numero delle immagini è fondamentale per la diagnosi (12,14,15).

Nel caso di "Teleconsulto" la responsabilità del processo diagnostico è del medico radiologo richiedente, mentre nel caso di "Telegestione" la responsabilità è del medico radiologo consultato

in quanto in grado di interagire sul paziente ancora in sala diagnostica.

Non è contemplato dalle normative vigenti in Italia quanto indicato nelle linee guida dell'ACR a proposito degli Standard for Communication sul "Preliminary report", il cosiddetto consenso preliminare. Pertanto, la preparazione di un "preliminary report" in attesa del referto definitivo attualmente non è prevista (3,4,5,6).

Requisiti tecnologici

Tutte le apparecchiature utilizzate in un sistema di teleradiologia devono essere conformi allo standard DICOM e soddisfare criteri di integrazione ed interoperabilità, in modo da consentire un reale scambio d'immagini tra le varie apparecchiature del sistema e tra il sistema di teleradiologia ed altri sistemi di gestione dell'immagine (PACS) (1).

L'immagine da inviare deve essere in forma digitale. La digitalizzazione può essere ottenuta con tre modalità:

Acquisizione diretta: l'immagine è acquisita direttamente in forma digitale.

Acquisizione indiretta: l'immagine è acquisita in un primo tempo in forma analogica e successivamente trasformata in forma digitale mediante scanner (1,7,8).

Acquisizione indiretta mediante Video Frame Grabber: i dispositivi di acquisizione catturano il segnale video analogico proveniente dalla modalità diagnostica e lo digitalizzano.

Per ridurre occupazione di memoria e tempi di trasmissione è inoltre necessario procedere alla compressione dell'immagine prima dell'invio (9,11,13).

La compressione può essere realizzata con l'uso di algoritmi che si caratterizzano per il rapporto di compressione

ottenibile e per la reversibilità o irreversibilità del processo di compressione. In genere la compressione reversibile (o senza perdita) è preferibile dal punto di vista clinico ma è associata a bassi rapporti di compressione. Algoritmi di compressione con più elevati rapporti di compressione introducono errori nell'immagine decompressa per cui la compressione è definita irreversibile ovvero "con perdita". In teleradiologia l'uso della compressione è ammissibile per ridurre i tempi di trasmissione. Vanno preferiti gli algoritmi "senza perdita di qualità diagnostica" e quelli conformi al protocollo DICOM. Il medico dell'area radiologica che riceve un'immagine compressa deve essere sempre informato sull'algoritmo utilizzato e sul rapporto di compressione scelto (1, 9,10,11,12,14, 15).

Applicazioni militari

La teleradiologia in ambito militare è intesa come la trasmissione di un esame di diagnostica per immagini, acquisito ed elaborato in un teatro di operazioni, ad una struttura sanitaria di livello superiore mediante un sistema di telemedicina.

Si avvale di un servizio pienamente operativo a partire dal mese di gennaio del 2003, nato nell'ambito del progetto ATHENA. Il servizio è stato approntato e consolidato nella sua massima efficienza dopo anni di sperimentazione e di implementazione dello strumento della telemedicina, iniziato fin dal 1996 in seguito al dispiego delle truppe italiane nell'operazione di pace in Bosnia.

Gli operatori tecnici, altamente specializzati, sono in grado di eseguire in tempi brevissimi i collegamenti dai vari teatri operativi alla cosiddetta Stazione Capo Maglia, intesa come il

Tab.1 - Casistica dei teleconsulti radiologici dai Teatri di Operazione (2006-2010)

TEATRO	ANNO	CIVILI	MILITARI	TOT
KOSOVO - IRAQ	2006	118	144	262
KOSOVO	2007	118	235	353
KOSOVO	2008	159	271	430
KOSOVO NAVE ETNA	2009	13	28	41
CIAD	2009	9	11	20
NAVE CAVOUR NAVE ETNA	2010	11	15	26
		428	704	1132

punto di ricevimento centrale delle immagini sul territorio nazionale. La Stazione Capo Maglia per l'Italia si identifica con il Policlinico Militare di Roma "Celio", dotato di un sistema RIS e PACS per la gestione di dati ed immagini dei pazienti. Un Ufficiale medico radiologo in servizio attivo 24 ore è dedicato alla refertazione delle immagini a distanza.

La trasmissione dei dati avviene con tecnologia satellitare o via internet, tenendo conto soprattutto di alcune caratteristiche esclusive della teleradiologia in ambito militare: la difficoltà di trasmettere dati da luoghi impervi, la necessità di messa in opera rapida, i requisiti di sicurezza per le informazioni comunicate.

Nel periodo compreso tra gennaio 2006 e dicembre 2010 le prestazioni radiologiche hanno rappresentato la maggioranza in assoluto delle richieste di teleconsulto effettuate in ambito militare.

L'applicazione della teleradiologia in ambito militare costituisce l'esempio probabilmente più significativo dell'enorme evoluzione tecnologica che tale

strumento ha subito negli ultimi anni, di pari passo con i profondi cambiamenti che hanno rivoluzionato tutta la branca radiologica. Basti pensare che, nei primi impieghi della teleradiologia durante i conflitti in Bosnia nel 1996 (**Fig. 1a**) ed in Albania nel 1999 (**Fig. 1b**), le immagini radiologiche erano inviate a distanza attraverso la ripresa della pellicola radiografica con una videocamera o la fotografia della pellicola stessa.

Nell'operazione in Kosovo del 2006 le pellicole radiografiche, stampate sul luogo in una "tenda radiologica", venivano scannerizzate ed inviate a distanza per il teleconsulto.

Durante le operazioni in Iraq ed in Ciad, nel 2008, è stata utilizzata per la prima volta in teleradiologia militare la trasmissione di dati con tecnologia digitale indiretta, ossia attraverso immagini analogiche digitalizzate, fino a giungere all'utilizzo della tecnologia digitale diretta per la trasmissione di esami di radiologia e tomografia computerizzata dalle Navi Cavour ed Etna (2010) (**Fig. 2**).



Fig.1 - Immagine inviata da fotografia della pellicola:
a - (Bosnia 1996); **b** - (Albania 1999).



Fig.2 a - Immagine analogica scannerizzata (Kosovo 2006);
b - Immagine digitale diretta (Nave Cavour 2010).

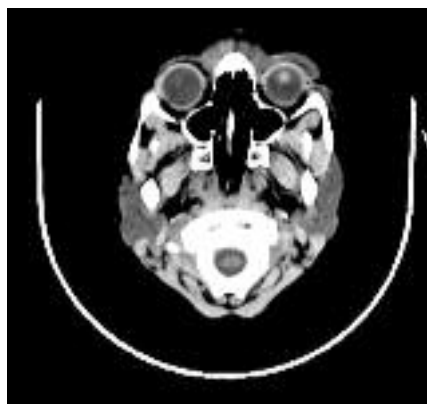


Fig. 3 - Immagini TC inviate da Nave Cavour (2010) con tecnologia digitale diretta

Conclusioni

La teleradiologia costituisce ormai da diversi anni un punto cardine della telemedicina nella gestione sanitaria delle operazioni Fuori Area, garantendo livelli di elevatissima affidabilità ed efficienza.

I criteri e le modalità di impiego dello strumento si basano su quanto enunciato dalle linee guida della SIRM (Società Italiana di Radiologia Medica), ed in particolare di garantire la trasmissione a distanza di immagini radiologiche sulla base di tre elementi fonda-

mentali: il teleconsulto, la telediagnosi e la teledidattica.

L'utilizzo della teleradiologia da parte della Sanità Militare ha consentito, attraverso un costante processo di implementazione dello strumento, di ridurre in modo considerevole gli errori diagnostici e di limitare gli sgomberi sanitari dai teatri operativi ai casi realmente necessari, con conseguente riduzione dei costi e dell'impiego del personale.

La possibilità di eseguire esami radiologici senza la presenza fisica del medico radiologo ha garantito di evitare lo spostamento dei pazienti verso altre strutture sanitarie, attività particolarmente delicata in teatro di operazione per i rischi intrinseci connessi ai movimenti sul territorio.

L'elevato numero di teleconsulti effettuati sui pazienti civili ha inoltre dimostrato che la teleradiologia rappresenta un sistema ormai imprescindibile anche per le attività di carattere umanitario, consentendo di effettuare diagnosi appropriate in zone impervie, quasi sempre prive di strutture sanitarie e di attrezzature diagnostiche.

Lo scenario del prossimo futuro prevede alcune evoluzioni tecniche fondamentali: l'acquisizione di tutte le immagini con tecnica digitale diretta, la realizzazione di Shelter dotati di Pensile Rx digitalizzato, la dotazione di Sistemi ad Ultrasuoni (Ecografi) di nuova generazione digitali, anche portatili su ambulanza o all'interno del ROLE 1 (FAST Eco).

È inoltre in fase di definizione il collegamento diretto tra il sistema di acquisizione delle immagini in teleradiologia ed il sistema RIS-PACS del Policlinico Militare di Roma, in modo che l'esame radiologico, una volta eseguito, venga inviato direttamente al PACS attraverso una postazione di controllo.

Sulla base dei risultati raggiunti e della continua evoluzione tecnologica, è facile ipotizzare che nel prossimo futuro la teleradiologia assurga ad un ruolo sempre più rilevante, influenzando in modo significativo l'atto medico radiologico e le possibilità diagnostiche.

Riferimenti legislativi

1. **Teleradiologia Documento SIRM, Il radiologo, Gennaio 2004.**
2. **D. Lgs 187/2000.**
3. **Legge 675/1996.**
4. **Art 30 DPR 30.6.63 n, 149 "Obblighi degli enti pubblici".**
5. **Linee guida Organizzazione per gli Standard Internazionali ISO 7498-02.**
6. **DPR del 10.11.77 n.513 (regolamento criteri e modalità per formazione, archiviazione e trasmissione dati con strumenti informatici e telematici.**
7. **DLgs 10/2002.**
8. **DPR 137/2003.**
9. **Comitato Europeo CEN/TC251.**

Bibliografia

1. **Dalla Palma F., e Tamburrini O.:**
Documenti SIRM 2004 Teleradiologia.
Supplemento de Il Radiologo 1/2004.
2. **SIRM Gruppo di Studio Teleradiologia.**
Indicazioni e raccomandazioni all'uso.
Radiol Med 102:2-13,2001
3. **Gruppo di Studio per l'Assicurazione di Qualità in Radiologia Diagnostica ed Interventistica (Ed.).**
Linee guida per l'assicurazione di qualità in Teleradiologia.
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2010 (Rapporti ISTISAN 10/44).
4. **Anaclerio M., Germani M.A., Tranquilli S. et al.:**
La Medicina Satellitare nelle Operazioni di pace della Sanità Militare dell'Esercito Italiano: da Sarajevo a Tirana.
Giornale di Medicina Militare 148°, n°6: 421-426, 1998
5. **Contreas V., Germani M.A.:**
Il Reparto di Sanità aviotrasportato nella esercitazione Ally-Express 1988. Impiego dei nuclei medici mobili.
Giornale di Medicina Militare 139°, n° 5-6: 451-457, 1989
6. **White P.:**
Legal issues in teleradiology distant thoughts.
Br. J. Radiol. 75:201-206- 2002
7. **Buccelli C., Tamburrini O.:**
Telemedicina e Teleradiologia: aspetti clinici e medicolegali.
In Radiologia Forense. Ed. Mediserve, Napoli, 2000
8. **Di Paolo M. et al:**
Emergency radiology without the radiologist: the forensic prospective.
Rad Med 114: 475-483, 2009
9. *Teleradiology: an increasilingly important issue for canadian radiologists.*
CARJ, Editorial 60, 237, 2009
10. *Teleradiology applications with DICOM-e.mail.*
EUR Radiol., 17: 1331-1340, 2007
11. **Dacourt V. et al.:**
Cost minimazation analysis of a wide area teleradiology network
International Journal for quality in health care, Vol 18; 287-293, 2005
12. **Stanberry B.:**
Telemedicine: barriers and opportunities in the 21st century.
J Inter Med 247(6):615-28, 2000.
13. **Caramella D, Reponen J., Fabbrini F et al.:**
Teleradiology in Europe.
Eur J Radiol 33(1):2-7, 2000.
14. **Dalla Palma F.:**
La Teleradiologia: introduzione. T.R. La Teleradiologia.
Atti 39° Congresso Nazionale SIRM, Milano, 2000.
15. **Moser E.:**
La Teleradiologia: aspetti clinici. T.R. La Teleradiologia.
39° Congresso Nazionale SIRM, Milano, 2000.

Artroplastica cervicale

Cervical Arthroplasty

Venceslao Wierzbicki *

Riccardo Caruso °

Luigi Marrocco *

Alberto Landolfi #



Riassunto - Gli Autori analizzano i risultati dei primi 18 casi di artroplastica cervicale eseguiti nel Reparto Neurochirurgia del Policlinico Militare di Roma.

Parole chiave: artroplastica cervicale, mielopatia cervicale, trattamento chirurgico.

Summary - The Authors analyze the results of the first eighteen cases of cervical arthroplasty performed at the Neurosurgery Department of the Military Hospital of Rome.

Key words: cervical arthroplasty, cervical myelopathy, surgical treatment.

* Col. Me. Reparto Neurochirurgia Policlinico Militare "Celio" - Roma.

° Prof. associato - Scuola di specializzazione in Neurochirurgia Prima Facoltà di Medicina e Chirurgia "Sapienza" - Università di Roma

• TSRM Servizio Diagnostica per Immagini 1 - Policlinico Militare "Celio" - Roma.

Introduzione

Il trattamento della patologia degenerativa discoarticolare cervicale mono o bisegmentale consiste nella decompressione delle strutture mielo-radicali con accesso preferenziale anteriore al rachide. Il completamento dell'intervento è da sempre considerato come il risultato della fusione intersomatica ottenuta con diversi impianti (dall'osso autologo alle cages in Peek), - associata o meno - alla strumentazione anteriore del rachide. Tutt'ora la decompressione cervicale anteriore con fusione (Anterior Cervical Decompression and Fusion – ACDF), rappresenta il golden standard nel trattamento di tale patologia. Negli ultimi anni, tuttavia, la letteratura scientifica internazionale ha evidenziato la possibilità della comparsa di una patologia discale agli spazi adiacenti il segmento sottoposto a fusione per il maggiore stress dinamico cui sono sottoposti. Tale entità, nota come “patologia dello spazio adiacente”, potrebbe essere prevenuta attraverso la conservazione della motilità nel tratto di rachide sottoposto a decompressione anteriore. Per tale motivo, da ben dieci anni è entrata nella pratica clinica, la metodica chirurgica di sostituzione dell'articolazione intersomatica con una protesi discale (Artro-Plastica Cervicale - APC) in alternativa alla fusione cervicale(1).

Scopo di questo lavoro è l'analisi dei risultati ottenuti dall'analisi dei primi casi di pazienti sottoposti ad APC presso il Reparto Neurochirurgia del Policlinico Militare di Roma.

Materiali e Metodi

Dal dicembre 2008 al dicembre 2010 sono stati selezionati pazienti affetti da mielo-radicolopatia cervicale dovuta a compressione discoartrosica afferenti al

reparto Neurochirurgia per essere sottoposti a trattamento di artroplastica cervicale.

I criteri di inclusione sono stati: età inferiore a 57 anni, al massimo due livelli (anche non contigui) affetti da patologia da trattare, assenza di precedenti trattamenti chirurgici al rachide cervicale, assenza di patologie sistemiche osteoarticolari, presenza di una sindrome deficitaria mieloradiculare congrua con la patologia ed il livello di lesione riscontrato agli esami neuroradiologici.

In totale sono stati selezionati 18 pazienti (8 maschi, 10 femmine) di età compresa tra 27 e 56 anni (media 52); in due casi sono stati sottoposti ad intervento ad un doppio livello per un totale di 20 protesi impiantate (**Tab. 1**).

Sono stati impiantati diversi tipi di protesi discali in commercio, tutte idonee a garantire una adeguata motilità nei diversi piani dello spazio e tale da mantenere la funzionalità del segmento scheletrico interessato.

Tutti i pazienti selezionati risultavano essere affetti da mieloradicolopatia cervicale da compressione causata da patologia sia degenerativa artrosica che discale (**Tab. 2**)

Tabella I - Livelli trattati

C3-C4	1
C4-C5	1
C5-C6	10
C6-C7	4
C5-C6 C6-C7	1
C3-C4 C6-C7	1

Tabella II - Patologia trattata

Ernia molle	9 casi
Ernia e spondilosi	6 casi
Spondilosi	3 casi

Ed ancora, gli stessi pazienti sono stati studiati preoperatoriamente con esame Radiografico e RM del rachide cervicale. Dopo l'intervento chirurgico per la valutazione funzionale delle protesi sono stati sottoposti ad esame Rx dinamico del rachide cervicale a 3 e 30 giorni dall'intervento e a TC cervicale in flessioestensione dopo 180 gg. (**Fig. 1**)

La funzionalità dei segmenti sottoposti ad artroplastica è stata valutata in primo luogo anatomicamente con la ricerca della presenza di neo-osteofitosi a carico dei segmenti trattati che avrebbe potuto impedire il corretto funzionamento della protesi.



Fig 1 - Ricostruzione 3D di TC in flessione ed estensione di rachide cervicale con 2 protesi impiantate

Inoltre è stata valutata la TC cervicale dinamica effettuata in flessione ed estensione, esame questo proposto da alcuni autori per l'esclusione di lesioni traumatiche cervicali misconosciute all'esame Rx e TC standard(2). Con tale esame è stato possibile calcolare con precisione l'escursione del movimento delle due superfici protesiche contrapposte, misurando e confrontando la distanza di punti standard individuati sulle ricostruzioni sagittali degli esami in flessione ed estensione (**Fig. 2**).

Risultati

Tutti i pazienti operati hanno mostrato un netto miglioramento delle condizioni cliniche e neurologiche.

L'esame degli accertamenti radiologici di tutti i casi ad esclusione di uno (19 protesi su 20) ha evidenziato il corretto funzionamento delle protesi impiantate con mantenimento del movimento di flesso-estensione dei segmenti operati a distanza di sei mesi dall'intervento.

L'unico caso in cui vi è stato un fallimento dell'artroplastica per sopraggiunta neo-osteofitosi somatomarginale è rappresentato dalla paziente di età maggiore tra tutti i casi trattati (56 anni) ed affetta prevalentemente da patologia artrosico-degenerativa che, pur essendo stata rimossa all'intervento di decompressione, si è ripresentata nel tempo come hanno dimostrato gli accertamenti radiologici effettuati (**Fig. 3**).

Discussione

Negli ultimi dieci anni la letteratura scientifica ha mostrato un fiorire di pubblicazioni inerenti la sostituzione dell'articolazione discosomatica cervi-

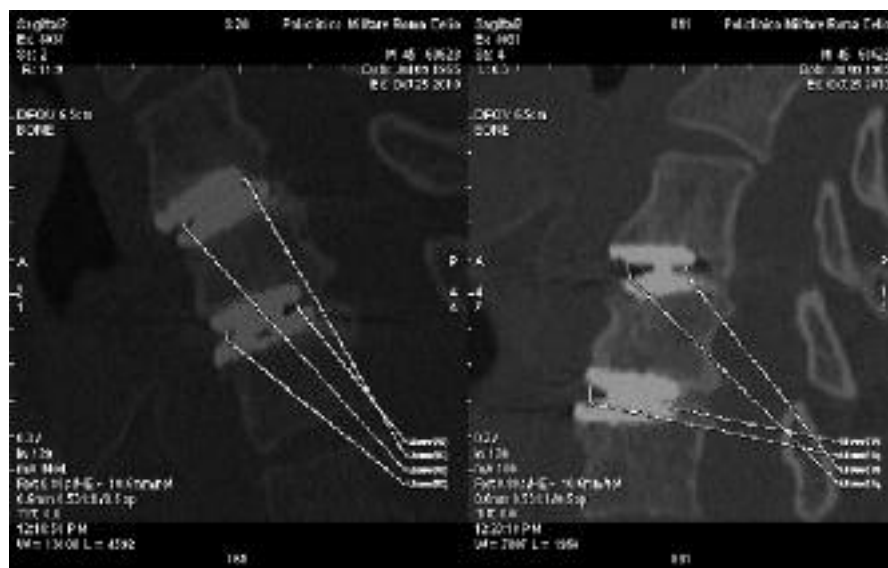


Fig 2 - Esempio di misurazioni delle distanze in flessione ed estensione alla TC



Fig 3 - Rx postoperatoria a 3 e 180 gg: l'osteofitosi somatomarginale rimossa all'intervento (A) si è riformata procurando la fusione della protesi (B).

cale, in alternativa al consolidato intervento di fusione intersomatica(3). Grande impulso a questa tecnica ed alla ricerca di nuove e sempre più funzionalmente adeguate protesi è stata la descrizione della sindrome dello spazio adiacente descritta per la prima volta da Hilibrand nel 1999(4,5). Si tratta del riscontro di una degenerazione degli spazi discali sopra e sottostante il livello sottoposto ad ACDF a causa del maggior stress dinamico che essi sarebbero costretti a subire per vicariare l'immobilità di quest'ultimo.

Altro vantaggio della APC nei confronti della fusione è il più veloce recupero funzionale con conseguente precoce ritorno all'attività lavorativa(6); tale aspetto da non sottovalutare è strettamente legato al discomfort che l'immobilizzazione cervicale con collare rigido o semi-rigido per 30/60 giorni provoca ai pazienti sottoposti ad ACDF.

Negli anni si sono succedute diverse generazioni di protesi costituite da svariati tipi di materiali e con tecnica di impianto più o meno indaginosa. Da più parti sono state mosse diverse critiche

a questa metodica. Una delle principali obiezioni a tale procedura è la sua inutilità, a causa di una molto probabile fusione a distanza di tempo dall'impianto del disco artificiale(7): ciò oltre a rendere vana la procedura, costituirebbe uno svantaggio economico, poiché il costo di una protesi discale risulta notevolmente superiore a qualsiasi device utilizzato per la fusione(8).

A tale riguardo lo studio più negativo nei confronti dell'artroplastica cervicale risulta quello di Yi nel quale è stata osservata una alta percentuale di fusione di diversi tipi di protesi cervicali(9).

Per tale motivo abbiamo raccolto e controllato i nostri casi allo scopo di verificare o meno la funzionalità della APC. L'uso di diverse protesi e l'unicità dell'equipe chirurgica, hanno svincolato il nostro studio da variabili quali i materiali e la manualità dell'impianto, rendendolo più dipendente dalla biologia e dalla fisiologia del segmento scheletrico.

I risultati ottenuti hanno dimostrato la validità della tecnica di APC sia dal punto di vista clinico, tutti i pazienti hanno tratto beneficio dalla decompressione anteriore, che funzionale avendo le protesi mantenuto la motilità a distanza di tempo. L'unico caso di fusione ci indica i confini di patologia e di età entro i quali poter scegliere l'ap-

proccio chirurgico migliore: nei pazienti di età inferiore a 50 anni e con patologia prevalentemente od esclusivamente discoerniaria mono o bisegmentale l'artroplastica cervicale appare un ottimo strumento terapeutico per la prevenzione di ulteriore degenerazione patologica, in grado anche di garantire una migliore qualità della convalescenza postoperatoria associata ad un recupero. Diversamente in pazienti più anziani e/o affetti da patologia prevalentemente degenerativa spondilosa l'ACDF risulta ancora il trattamento di prima scelta.

Bibliografia

1. **Baaj AA, Uribe JS, Vale FL, Preul MC, Crawford NR.:**
History of cervical disc arthroplasty.
Neurosurg Focus. 2009 Sep; 27(3): E10.
2. **Wadhwa R, Shamieh S, Haydel J, Caldito G, Williams M, Nanda A.:**
The role of flexion and extension computed tomography with reconstruction in clearing the cervical spine in trauma patients: a pilot study.
J Neurosurg Spine. 2011 Mar; 14(3): 341-7.
3. **Bryan VE, Jr.:**
Cervical motion segment replacement.
Eur Spine J. 2002 Oct; 11 Suppl 2: S92-7.
4. **Hilibrand AS, Carlson GD, Palumbo MA, Jones PK, Bohlman HH.:**
Radiculopathy and myelopathy at segments adjacent to the site of a previous anterior cervical arthrodesis.
J Bone Joint Surg Am. 1999 Apr; 81(4): 519-28.
5. **Wigfield C, Gill S, Nelson R, Langdon I, Metcalf N, Robertson J.:**
Influence of an artificial cervical joint compared with fusion on adjacent-level motion in the treatment of degenerative cervical disc disease.
J Neurosurg. 2002 Jan; 96(1 Suppl): 17-21.
6. **Zindrick M, Harris MB, Humphreys SC, O'Leary PT, Schneiderman G, Watters WC, 3rd, et al.:**
Cervical disc arthroplasty.
J Am Acad Orthop Surg. 2010 Oct; 18(10): 631-7.
7. **Lee JH, Jung TG, Kim HS, Jang JS, Lee SH.:**
Analysis of the incidence and clinical effect of the heterotopic ossification in a single-level cervical artificial disc replacement.
Spine J. 2010 Aug; 10(8): 676-82.
8. **Bhadra AK, Raman AS, Casey AT, Crawford RJ.:**
Single-level cervical radiculopathy: clinical outcome and cost-effectiveness of four techniques of anterior cervical discectomy and fusion and disc arthroplasty.
Eur Spine J. 2009 Feb; 18(2): 232-7.
9. **Yi S, Kim KN, Yang MS, Yang JW, Kim H, Ha Y, et al.:**
Difference in occurrence of heterotopic ossification according to prosthesis type in the cervical artificial disc replacement.
Spine (Phila Pa 1976). 2011 Jul 15; 35(16): 1556-61.

L'emergenza migranti 2011: attività del posto medico avanzato del Corpo Militare della Croce Rossa Italiana a Lampedusa

The migrants emergence of 2011: activities of the Advanced Medical Post of Military Corps of the Italian Red Cross in Lampedusa

Giampietro Rupolo *
Istvan Piffer Gamberoni #

Luciano Redaelli °
Romano Tripodi §

Laura Visonà Dalla Pozza °



Riassunto - Nel periodo compreso tra il 23 marzo e il 7 settembre 2011, nel corso dell'ondata migratoria che ha coinvolto l'Italia durante la cosiddetta "Primavera Araba" il Corpo Militare della Croce Rossa Italiana ha schierato, presso il molo commerciale dell'Isola di Lampedusa, un Posto Medico Avanzato di Primo Livello. Durante il 168 giorni di funzionamento del Posto Medico Avanzato sono state assistite 2.421 persone. Il lavoro descrive ne descrive il contesto, l'insieme delle attività svolte, il modello organizzativo e i risultati ottenuti.

Parole chiave: emergenza migranti, Lampedusa, Posto Medico Avanzato, Corpo Militare della Croce Rossa Italiana.

Summary - In the period between March 23 and September 7, 2011, during the wave of migration that involved Italy during the "Arab Spring" the Military Corps of the Italian Red Cross has deployed, at the pier of the Lampedusa Island, a First Level Advanced Medical Post. During the 168 days of operation, the Advanced Medical Post has assisted 2,421 people. The work describes the context, the set of activities, the organizational model and the obtained results.

Key words: migrants emergence, Lampedusa, Advanced Medical Post, Military Corps of the Italian Red Cross.

* S.T. Medico Dr. Corpo Militare Croce Rossa Italiana, Direttore Sanitario Azienda Ospedaliera di Padova.

° S. Mag. Infermiere Corpo Militare Croce Rossa Italiana.

• Dr.ssa Epidemiologa - Unità di Epidemiologia e Medicina di Comunità – Dipartimento di Pediatria – Azienda Ospedaliera di Padova.

Cap. Commissario Dr. Corpo Militare Croce Rossa Italiana – U.O.C. Anestesia e Rianimazione Azienda Ospedaliera di Varese

§ Ten. Col. Me. Dr., Capo Ufficio Sanità, Ispettorato Nazionale Corpo Militare Croce Rossa Italiana.

Introduzione

Lampedusa è l'isola più estesa dell'arcipelago delle Pelagie con una superficie di 20,2 km². Si trova nel mar Mediterraneo a 167 km di distanza dalle coste tunisine (Ras Kaboudia), a 355 km dalle coste libiche (Tripoli) e a 205 da quelle siciliane (Porto Empedocle) (**Fig. 1**). L'isola appartiene alla provincia di Agrigento e conta circa 5.500 abitanti complessivi.

Pur facendo parte della provincia di Agrigento, nell'isola di Lampedusa l'organizzazione, le strutture ed i servizi erogati dal Sistema Sanitario Nazionale sono coordinati dall'Azienda USL 6 di Palermo.

Il Servizio Sanitario Nazionale, anche a Lampedusa, garantisce la presenza del medico di famiglia e del pediatra di fiducia, oltre alla Guardia Medica, quando questi due non fossero disponibili. Esiste un poliambulatorio dove è possibile sottoporsi a visite specialistiche, accertamenti di diagnostica strumentale ed esami di laboratorio. In questo centro è operativa anche una camera iperbarica. Da qualche anno poi, è sempre presente nell'isola un cardiologo del servizio 118. Per interventi urgenti sono disponibili due elicotteri del 118 in grado di raggiungere un ospedale della Sicilia in meno di un'ora.

Sull'isola è presente anche il Servizio di Igiene Pubblica che svolge, come di consueto, fra le altre attività, indagini e controlli epidemiologici, primi interventi di carattere igienico-sanitario in caso di malattie infettive, tossinfezioni alimentari ed intossicazioni, oltre a gestire il Centro di Vaccinazione dove vengono somministrate le diverse vaccinazioni obbligatorie e consigliate.



Fig. 1 - L'isola di Lampedusa.

Alla fine del 2010 sono iniziati, in gran parte del mondo arabo e in particolare nel Nord Africa, una serie di sommovimenti politici culminati talora in modificazione degli assetti di governo più o meno pacifiche, talora in conflitti armati aperti.

L'insieme di questi movimenti, peraltro a tutt'oggi non ancora conclusi, ha assunto il nome di "Primavera Araba".

I paesi maggiormente coinvolti nella cosiddetta "Primavera Araba" sono stati l'Algeria, il Bahrein, l'Egitto, la Tunisia, lo Yemen, la Giordania, il Gibuti, la Libia e la Siria, mentre incidenti minori sono avvenuti in Mauritania, Arabia Saudita, Oman, Sudan, Somalia, Iraq, Marocco e Kuwait.

Le proteste sono cominciate il 18 dicembre 2010 quando il cittadino tunisino Mohamed Bouazizi si diede fuoco per protestare contro il sequestro della sua merce da parte della polizia. Il gesto è stato la scintilla per l'intero moto di rivolta che in Tunisia ha preso il nome di "rivoluzione dei gelsomini" e che ha costretto

alla fuga il presidente Zine el-Abidine Ben Ali il successivo 14 gennaio 2011.

Successivamente, per ragioni analoghe, la protesta si è propagata ad altri paesi del mondo arabo e della regione nordafricana: in Egitto, l'11 febbraio il presidente Hosni Mubarak è stato costretto alle dimissioni e successivamente arrestato, mentre in Libia il 17 febbraio, la repressione di alcune manifestazioni in Cirenaica ed in particolare a Bengasi da parte delle forze di polizia sono i prodromi di una feroce guerra civile che produce la fine del regime libico e la morte del colonnello Muammar Gheddafi che il 20 ottobre 2011, durante un tentativo di fuga, viene catturato e sommariamente giustiziato dai ribelli.

Tutto ciò ha determinato un afflusso consistente di profughi verso le coste italiane.

La piccola Isola di Lampedusa, la più semplice e la più rapida da raggiungere, viene vista come l'avamposto di quello che viene percepito come un mondo ricco e pieno di prospettive.

Oltre ai profughi di guerra libici, si è assistito ad un massiccio esodo di africani: la maggior parte tunisini, poi somali, etiopi, ghanesi, eritrei, nigeriani, cittadini della Costa d'Avorio, del Ciad, del Sudan, o di altri paesi dell'Africa sub sahariana.

L'eccezionale afflusso migratorio spinge il Governo Italiano a dichiarare, il 12 febbraio 2011, lo stato di emergenza umanitaria e ad attivare il sistema nazionale di protezione civile (D.P.C.) al fine di gestire l'insieme di azioni miranti a governare il flusso migratorio stesso. Inoltre un accordo della Conferenza Stato Regioni del 6 aprile 2011 determina le regole per garantire una distribuzione equa delle persone arrivate sul territorio del paese. Non ultimo si sottolinea la risposta a tali problematiche migratorie da parte del ministero dell'interno e del D.P.C. tramite il progetto interagenzia "Presidium" già in atto dal 2006.

Tra il momento in cui il Governo ha dichiarato lo stato di emergenza umanitaria e l'adozione dell'Accordo Stato Regioni del 6 aprile, la pressione dell'ondata migratoria sull'Isola di Lampedusa si è fatta sempre più insostenibile: alla fine di marzo Lampedusa era sull'orlo del collasso. Gli immigrati presenti sull'isola erano quasi 6.000 e superavano di gran lunga gli abitanti. Il centro di accoglienza disegnato per poter accogliere circa 1.800 persone non riusciva a ospitarli tutti. Tutti gli altri bivaccavano all'aperto con scarsa o nulla assistenza sanitaria ed esposti alle intemperie.

E' stato in questo contesto che, il Commissario Straordinario della Croce Rossa Italiana, avvocato Francesco Rocca, ha affidato all'Ispettorato Nazionale del Corpo Militare il compito di attivare un Posto Medico Avanzato (PMA) sul molo commerciale dell'Isola di

Lampedusa finalizzato a garantire adeguata assistenza sanitaria alla popolazione di migranti presente sull'isola, integrando le strutture sanitarie della stessa, nonché di offrire assistenza durante gli sbarchi.

L'Ispettore Nazionale del Corpo, Maggiore Generale Gabriele Lupini, ha a sua volta disposto il dispiegamento di un Posto Medico Avanzato di Primo Livello del Secondo NOPI (Nucleo Operativo di Pronto Intervento) di Bari.

Il Posto Medico Avanzato ha iniziato la sua attività il 23 marzo 2011 e l'ha cessata il 7 settembre 2011 rimanendo quindi attivo per 168 giorni consecutivi.

Materiali e metodi

Assetto organizzativo del Posto Medico Avanzato di Lampedusa

Il dispiegamento del Posto Medico Avanzato del Corpo Militare della Croce Rossa Italiana ha visto impegnati medici, infermieri, infermiere volontarie, logisti e soccorritori, per un totale medio di 22 unità simultaneamente presenti, con una mediana di 29 unità, normalmente utilizzate per turni di servizio di 15 giorni, per quanto riguardava il personale volontario, e di un mese per il personale in servizio continuativo.

Lo schema di impiego prevedeva 3 squadre, ognuna composta da un medico, due infermieri, un'infermiera volontaria. Per quanto concerne il personale medico, è stato prevista la presenza di almeno un chirurgo d'urgenza, un ortopedico e un anestesista rianimatore. Per il personale infermieristico almeno due specialisti operanti in area critica e preparati nell'approntare i sistemi di triage extraospedaliero e nelle maxiemergenze. Queste squadre si turnavano ogni 12 ore secondo uno schema che

definiva la squadra attiva, quella attivabile su chiamata e la squadra in riposo (garantendo quindi 12 ore di riposo ogni 36 ore). In presenza di sbarchi impegnativi, tutte le squadre potevano essere simultaneamente attivate su disposizione del comandante o del direttore sanitario del Posto Medico Avanzato.

Il personale di supporto (logisti), suddiviso in 3 turni di 2 persone, era sempre presente, notte compresa, per garantire funzionalità dei sistemi (elettrico, di condizionamento, di comunicazione) e guida degli automezzi, nonché il presidio della struttura, oltre a supportare il personale sanitario in qualità di soccorritori. Da rimarcare inoltre la costante presenza di personale con il doppio ruolo di interprete, ciò per meglio assistere i migranti.

Il Posto Medico Avanzato era presidiato da personale sanitario nelle 12 ore diurne (8-20) e da personale logista nelle ore notturne, salvo garantire la presenza di personale sanitario anche nelle ore notturne in caso di preallarmi o di sbarchi imminenti provenienti dalla Guardia Costiera. Visto il profilo di attivazione, la struttura era un punto di riferimento sanitario anche per la popolazione dell'isola, oltre che per il personale militare e per le forze di polizia.

Raccolta dei dati

Il personale del Corpo Militare della Croce Rossa Italiana operante presso il Posto Medico Avanzato di Lampedusa, ha riportato la propria attività svolta su appositi registri.

Per ogni sbarco di immigrati avvenuto a Lampedusa si sono registrati la data, l'ora e il numero di uomini, donne e minori presenti.

Del Posto Medico Avanzato, invece, si sono ricostruite tutte le singole presta-

zioni effettuate registrandone: la data e l'ora; a chi è stata effettuata la prestazione: uomini, donne, minori o alla collettività dell'isola (isolani, uomini delle Forze dell'Ordine, dell'Esercito Italiano, della Protezione Civile, della Capitaneria di Porto, dell'Aeronautica, del Corpo Militare della Croce Rossa Italiana o turisti); l'età del paziente; la diagnosi, classificata mediante codifica ad hoc e categorizzata in base al tipo di pertinenza (chirurgica, internistica, ortopedica, ecc); il codice di urgenza (bianco, verde, giallo, rosso); i parametri rilevati; le vie di somministrazione delle terapie; il tipo di prestazione eseguita; l'esito della visita, oltre ai successivi ricoveri, anche all'interno del PMA o all'invio presso le strutture sanitarie dell'isola e della regione.

I dati sono stati informatizzati utilizzando un foglio elettronico Excel e successivamente elaborati mediante package statistico SAS.

Il lavoro fornisce una dettagliata analisi descrittiva dell'attività svolta a Lampedusa dal Posto Medico Avanzato della Croce Rossa Italiana dal 23 marzo al 7 settembre 2011, tutto il periodo di permanenza del Posto Medico Avanzato sul molo commerciale prima del suo successivo spostamento sul molo Favaro, immediatamente precedente la chiusura.

Risultati

A Lampedusa, dal 23 marzo al 7 settembre 2011, si sono registrati 170 sbarchi di migranti, che hanno portato sull'isola 27.446 persone, di cui 25.600 uomini (95,3%), 1.408 donne (5,1%) e 438 minori (1,6%).

Il numero di persone arrivate giornalmente sull'isola presenta una certa variabilità, come si può vedere in **figura 2**.

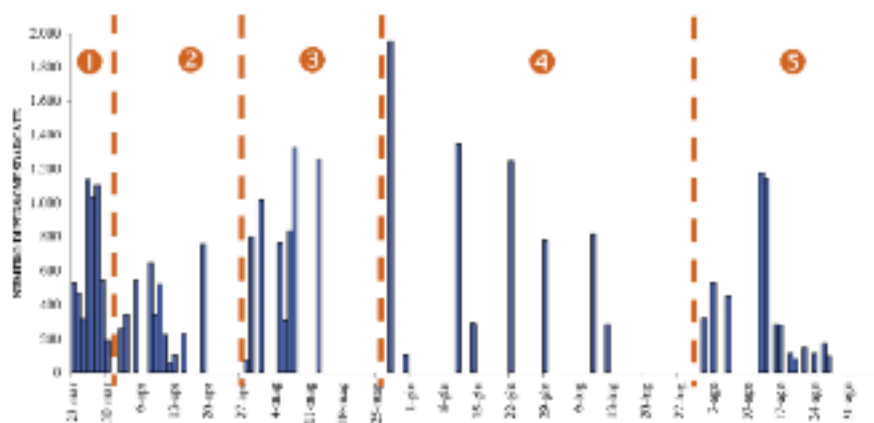


Fig. 2 - Numero di persone sbarcate giornalmente a Lampedusa: i 5 periodi.

Si possono individuare in effetti almeno 5 grandi cluster di arrivi:

- il periodo dal 23 al 31 marzo, nel quale gli arrivi sono stati cospicui e costanti: ogni giorno sono sbarcati migranti nordafricani che fuggivano dalle proteste e agitazioni scoppiate nei loro paesi. È il periodo di massima crisi migratoria che ha spinto l'isola sull'orlo del collasso, come abbiamo già avuto modo di dire.
- Il secondo cluster di sbarchi copre praticamente l'intero mese di aprile: la quantità giornaliera di persone arrivate diminuisce mediamente e ci sono anche periodi di assenza di arrivi. È anche il periodo in cui le condizioni meteorologiche, soprattutto nella seconda metà del mese, sono peggiori, ma è il periodo immediatamente successivo all'Accordo Stato Regioni del 6 aprile e all'attuazione delle prime misure compensative del Governo Italiano sul trasferimento degli immigrati in altre regioni del paese ed inoltre di una certa azione dei governi locali, in particolare del governo tunisino per riacquistare un controllo delle coste.
- Il terzo cluster individuabile, che

occupa il mese di maggio, coincide con il drammatico acuirsi della crisi libica ormai completamente degenerata in guerra aperta.

- Alla conclusione del terzo cluster alla fine di maggio fa seguito un lungo periodo di circa due mesi (giugno-luglio) in cui gli sbarchi appaiono meno frequenti ma caratterizzati da picchi importanti (fino ad un massimo di 1.950 persone sbarcate in un solo giorno) con andamento quasi ciclico;
- Infine l'ultimo cluster, nel mese di agosto, riprendono consistenti arrivi di profughi dalla Libia ove il regime di Gheddafi mostra segni di definitivo crollo.

Durante tutto il periodo considerato, la Croce Rossa Italiana ha fornito l'assistenza sanitaria a 2.421 persone. In **figura 3** si riporta il numero di assistiti per mese. Durante i primi mesi il numero di persone assistite è maggiore: in marzo 1.057 (43,7%) e in aprile 727 (30,0%).

Da sottolineare che, durante il primo periodo di attività del Posto Medico Avanzato, venivano eseguite spesso delle visite di "valutazione e di primo soccorso", visite che successiva-

mente sono diminuite nel tempo, probabilmente per una maggior conoscenza del fenomeno man mano acquisita da parte dei volontari della Croce Rossa Italiana.

Per quanto riguarda i momenti della giornata, l'assistenza è stata fornita per il 40,9% durante la mattina, per il 31,4% al pomeriggio e per il 27,7% durante la notte (**Fig. 4**).

Delle 2.421 prestazioni effettuate dalla Croce Rossa Italiana (**Fig. 5**), 2.145 (88,6%) hanno riguardato gli immigrati: 1.988 uomini (82,1%), 111 donne (4,6%) e 46 minori (1,9%). Le 276 (11,4%) prestazioni rimanenti, sono state effettuate per la collettività dell'isola, in particolare a: isolani (56,2%), uomini dell'Aeronautica Militare (17,9%), delle Forze dell'Ordine (13,2%), dell'Esercito Italiano (1,8%), del Corpo Militare della Croce Rossa Italiana (1,8%), della Capitaneria di Porto (0,7%), della Protezione Civile (0,4%) o turisti (8,0%) (**Fig. 6**).

Se si osservano il rapporto tra attività svolte a favore della popolazione migrante e quelle effettuate per la collettività dell'isola, si vede che progressivamente col tempo, le visite effettuate per la collettività dell'isola sono percentualmente aumentate. (**Fig. 7**).

La **figura 8** riporta la distribuzione per età dei casi clinici trattati dal Posto Medico Avanzato. Si tratta per la maggior parte di persone tra i 20 e i 30 anni. La coda verso le età più avanzate è data dall'assistenza a persone non immigrate, che presentano delle età più elevate. L'età media risulta di 27 anni.

Analizzando le diagnosi per le quali si richiede l'assistenza da parte della Croce Rossa Italiana, si tratta per il 39,7% di diagnosi di pertinenza inter-nistica (sindromi influenzali e febbrili, epigastralgie, cefalee, nausea vomito,

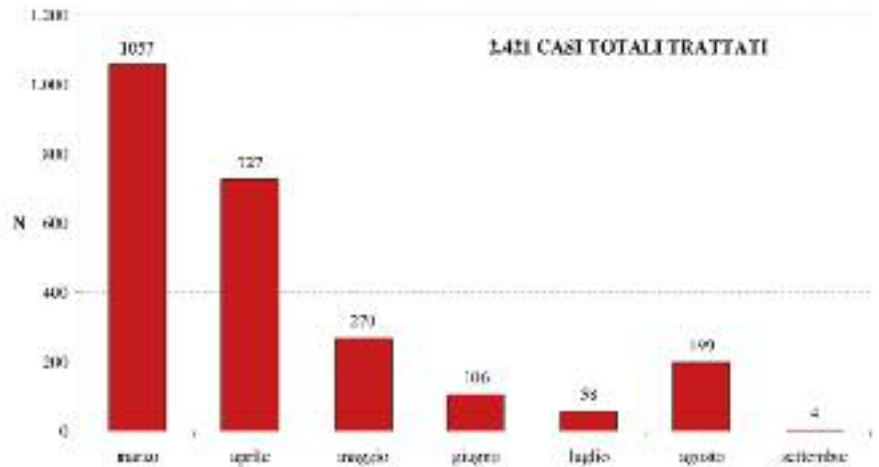


Fig. 3 - Casi clinici trattati mensilmente presso il PMA.

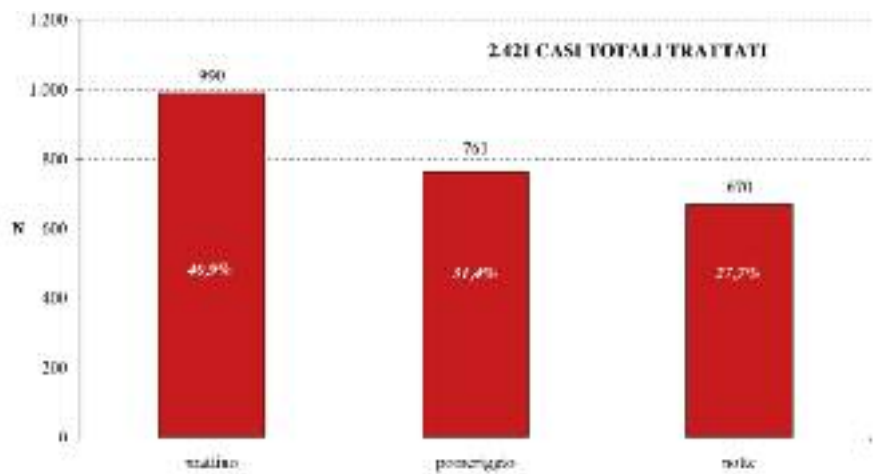


Fig. 4 - Casi clinici trattati nelle 24 ore presso il PMA.

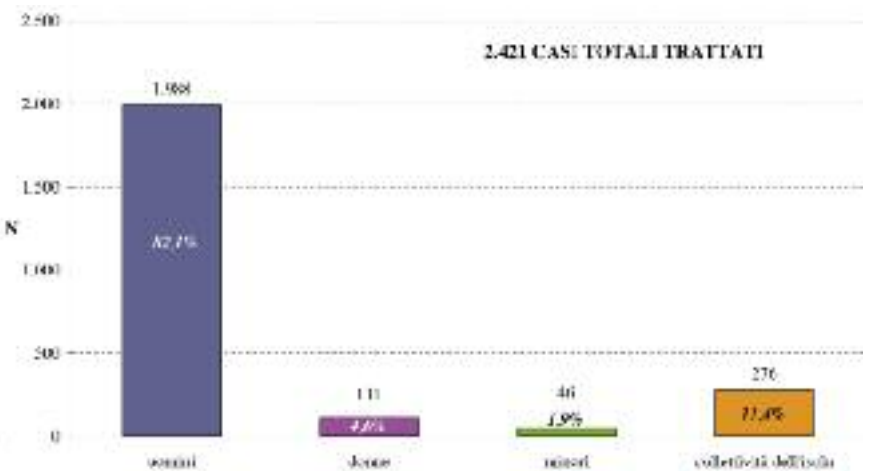


Fig. 5 - Tipologia dei casi clinici trattati dal PMA.

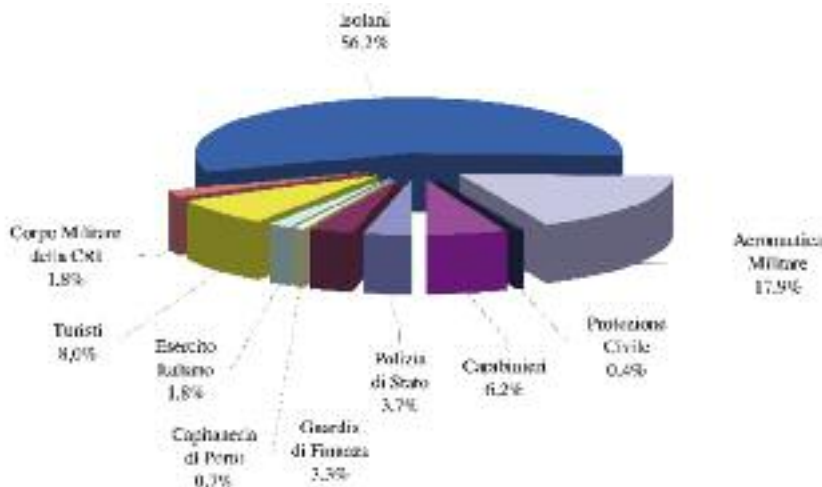


Fig. 6 - Visite effettuate per la collettività dell'isola dal PMA.

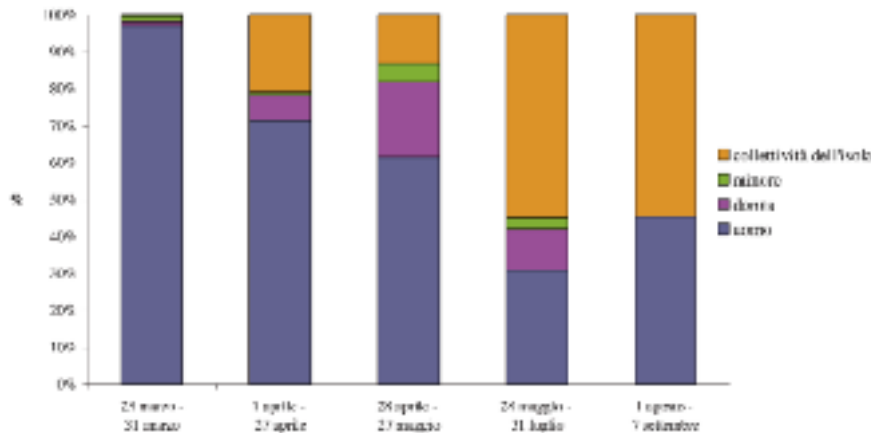


Fig. 7 - Tipologia degli assistiti dal PMA nel tempo.

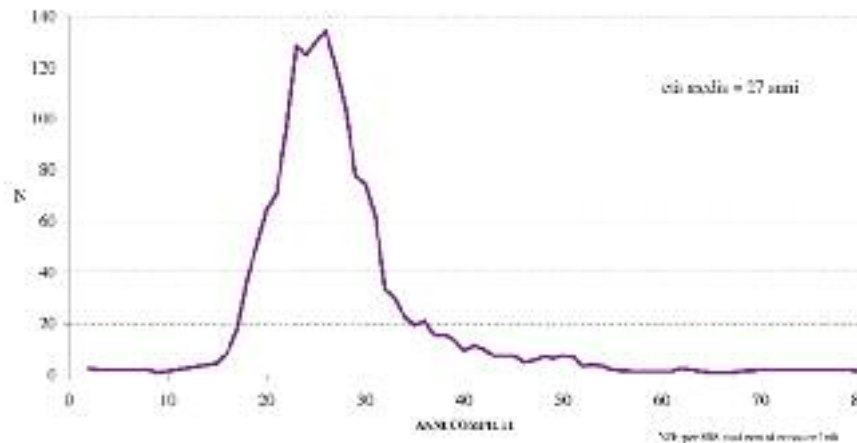


Fig. 8 - Distribuzione per età dei casi clinici trattati dal PMA.

disidratazioni, lipotimie, crisi asmatiche, dolori al torace, iperpiressie, astenie, vertigini, ipotermie, gastralgie, ecc) seguite da quelle di pertinenza ORL (14,0%: faringiti, laringotracheiti, otalgie, ecc), ortopedica (11,4%: lombosciatalgie, lombalgie, algie osteoarticolari diffuse, traumi contusivi ginocchio, traumi contusivi mano, traumi distortivi caviglia, ecc), dermatologica (10,5%: dermatiti, herpes, ecc), chirurgica (8,8%: ferite, ustioni, lesioni, ecc), odontoiatrica (7,0%: odontalgie, ascessi dentali, ecc), oculistica (3,1: congiuntiviti, corpo estraneo nell'occhio, etc), psichiatrica (1,7%: sindromi ansiose, agitazione psicomotoria, stati d'ansia, etc), diabetologica (1,7%), ostetrica e ginecologica (0,9%: minacce d'aborto, gravidanze a termine (5 donne), etc), urologica (0,7%: coliche renali, ritenzione acuta d'urina, etc), neurologica (0,3%: trauma cranico, etc) e cardiologica (0,2%: cardiopatie ipertensive e crisi anginosa) (**Fig. 9**).

Il 70,5% delle prestazioni sono state classificate come 'codici bianchi' (1.708); 514 sono stati i 'codici verdi' (22,4%), 165 i 'gialli' (6,8%) e 7 i 'rossi' (0,3%). (**Fig. 10**)

Sono state effettuate 353 medicazioni complesse, 182 bendaggi, 31 interventi di chirurgia minore, quali suture di ferite. 19 ECG e 3 cateteri vescicali.

Le vie di somministrazione delle terapie effettuate sono avvenute in 985 casi per os (40,7%), in 202 per via infusionale (8,3%), in 118 per via intramuscolare (4,9%), in 90 per via e.v. (3,7%) e in 29 per via sottocutanea (1,2%).

Quasi tutti gli assistiti sono stati dimessi dopo la prestazione (94,8%), 52 persone (2,1%) sono state tenute in osservazione e poi dimesse e 76 (3,1%) sono state trasferite, e avviate al ricovero in un ambiente ospedaliero.

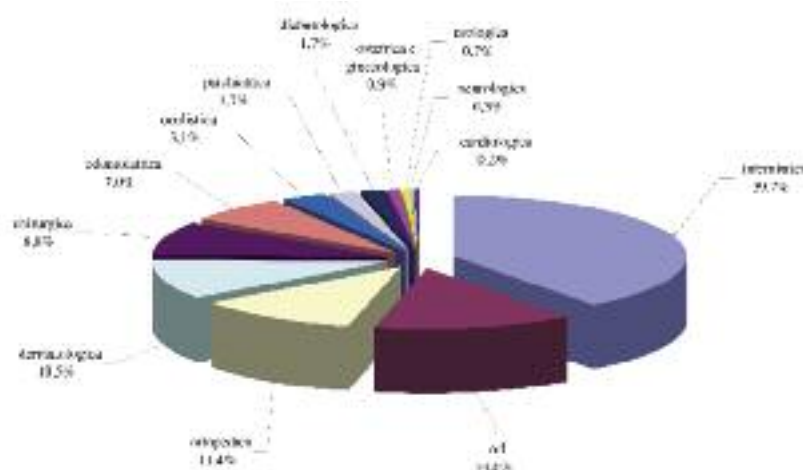


Fig. 9 - Diagnosi di pertinenza (escluse le visite di “valutazione e primo soccorso”) degli assistiti dal PMA.

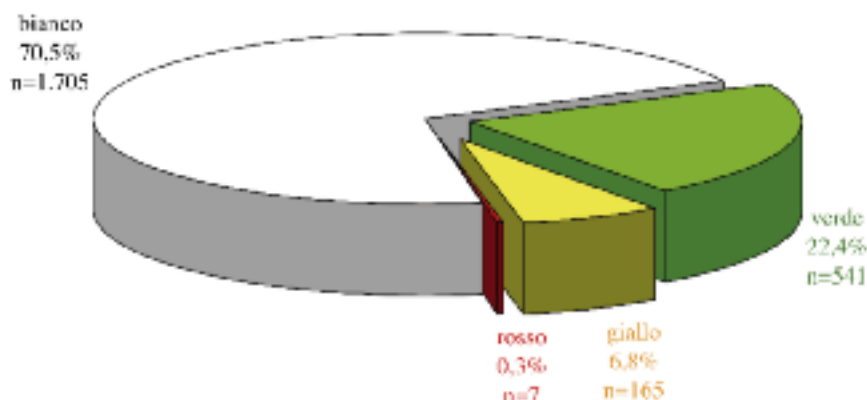


Fig. 10 - Codice urgenza.

Discussione

Il dispiegamento di un Posto Medico Avanzato attendato per un periodo così lungo di tempo (168 giorni) in territorio nazionale è un evento non frequente. Anche nelle grandi emergenze naturali (terremoti, situazioni alluvionali) i Posti Medici Avanzati rispondono ai bisogni sanitari del primo periodo e vengono successivamente sostituiti da installazioni attendate a più bassa intensità sanitaria e a maggiore intensità socio-sanitaria, nella misura in cui i loro compiti

sono progressivamente assorbiti dalle ricostituite strutture sanitarie ospedaliere proprie del Servizio Sanitario Nazionale.

Nel caso dell'emergenza migranti nell'Isola di Lampedusa è stato necessario mantenere il dispiegamento per un periodo più lungo perché, anche se la struttura sanitaria dell'isola sopradescritta era stata rafforzata, la imprevedibilità sulla numerosità degli arrivi in presenza di gravi crisi ancora aperte, in particolare in presenza della non ancora conclusa situazione bellica in Libia, consigliava di mantenere un assetto di

crisi al fine di far fronte ad ogni eventuale nuova emergenza, come puntualmente si è verificato con il già descritto quinto cluster di arrivi del mese di agosto.

La struttura è stata dispiegata nella logica della tutela dei diritti alla salute della popolazione migrante secondo i principi umanitari che da sempre ispirano l'operato della Croce Rossa Italiana e secondo le raccomandazioni dell'Unione Europea sull'assistenza alle popolazioni migranti (2), nonché del Decalogo del Ministero per la Salute sulla materia (3).

Compito della struttura era contestualmente quello di integrare il servizio sanitario locale anche allo scopo di far sì che questo potesse continuare a garantire la normale assistenza ai cittadini italiani presenti sull'isola e costituire al contempo elemento di tutela sanitaria per il personale militare impiegato, interpretando così pienamente la funzione ausiliaria delle forze armate che la legge attribuisce alla Croce Rossa Italiana e al suo Corpo Militare. Inoltre, il messaggio di garanzia dei diritti e di tutela istituzionale che una struttura sanitaria pienamente operativa sul punto stesso degli sbarchi ha avuto particolare significato non solo agli occhi dei migranti, che si vedevano accolti con umanità e competenza, e agli occhi degli isolani che vedevano in esso un segnale importante della organizzazione del sistema statale, ma anche agli occhi delle numerose organizzazioni internazionali a vario titolo presenti, con cui il personale della CRI ha potuto interagire fattivamente.

Il bilancio complessivo delle azioni poste in essere dal personale del Corpo Militare della Croce Rossa Italiana si evidenzia dall'osservazione dei grafici delle figure. In particolare per quanto riguarda l'operatività, appare chiaro

come la scelta di mantenere una struttura operativa sulle 24 ore, rispondesse ad un bisogno reale se si tiene conto del fatto che circa un terzo delle prestazioni (27.7 %) sono avvenute nelle ore notturne, mentre il fatto che più di due terzi siano avvenuti nell'arco temporale diurno giustifica il modello operativo scelto di presidiare da un punto di vista sanitario in maniera continuativa questo arco di tempo. Tale continuità prestazionale ha inoltre permesso di rispondere in maniera efficace e modulata alle innumerevoli maxiemergenze: dalle più conosciute serie di sbarchi pilotate in sicurezza dagli equipaggi della guardia costiera e di finanza, ad altri eventi, spesso drammatici, quali i naufragi sulle coste lampedusane avvenuti lontano dal porto, i disordini interni e l'incendio del Centro di Prima Accoglienza. In tali frangenti la presenza di operatori sanitari del Corpo Militare CRI formati in seno all'ente stesso, il quale, sotto egida dell'Ispettorato Nazionale, sta attuando da anni una sempre più avanzata e capillare formazione dei propri operatori sanitari nonché logisti, ha permesso la realizzazione di risposte mirate ed efficaci.

Interessante appare il progressivo aumento percentuale degli interventi effettuati a favore della popolazione locale: ciò attiene non solo alla crescente consapevolezza degli isolani della presenza di un presidio sanitario facilmente accessibile, ma anche alla presenza tra i medici di specialisti non sempre reperibili presso il poliambulatorio dell'isola. E' noto infatti che il personale medico volontario del Corpo Militare della Croce Rossa Italiana è per la stragrande maggioranza composto da medici specialisti che provengono dal mondo ospedaliero o dall'esercizio della professione privata. Da questo punto di vista la facile disponibilità di prestazioni di buon livello tecnico

ha favorito la spinta crescente da parte della popolazione all'utilizzo di queste competenze (Fig. 8).

La funzione di tutela sanitaria esercitata nei fronti del personale militare è ben descritta nella figura 6: praticamente tutti i corpi armati dello Stato presenti sull'isola hanno richiesto interventi da parte del personale del Corpo Militare della Croce Rossa Italiana nella logica di un rapporto di sostegno sanitario che lo stesso Corpo istituzionalmente deve fornire.

Infine, in termini complessivi, l'efficienza del Posto Medico Avanzato è evidenziata dalla figura 10 in cui si evidenzia che, se è vero che circa il 70% delle prestazioni effettuate erano ascrivibili a pazienti cui era possibile attribuire un codice bianco, ben 172 pazienti si sono visti attribuire un codice giallo o rosso, indice di gravità relativa o assoluta. Non deve poi essere sottaciuto il livello tecnico di intervento garantito dal personale del Posto Medico Avanzato in rapporto alla tipologia della popolazione osservata, per la grande maggioranza giovane o giovanissima: in molti casi, situazioni di disidratazione o di ipotermia anche marcata sono stati risolti con alcune ore di tratta-

mento, senza ricorrere successivamente ad alcun tipo di ospedalizzazione, decongestionando il pronto soccorso dell'isola.

Se si considera quindi che (**Fig. 11**) solo 76 pazienti, pari al 3.1% sono stati oggetto di trasferimento in ambiente ospedaliero, mentre la stragrande maggioranza dei casi è stata risolta o con trattamenti in osservazione breve intensiva o addirittura con le dimissioni, non si può non concludere che la scelta di collocare un Posto Medico Avanzato del Corpo Militare della Croce Rossa Italiana ha risposto perfettamente agli obiettivi che erano stati posti quale presupposto all'iniziativa.

Bibliografia

1. **Migranti, 150+ Il magazine della Croce Rossa Italiana, Ottobre Novembre 2011.**
2. **FRA - European Union Agency for Fundamental Rights, Fundamental rights of migrants in an irregular situation in the European Union, 2011.**
3. **Le 10 regole per l'assistenza sanitaria agli immigrati, Commissione sulla salute degli immigrati, Ministero della Sanità, 2000.**

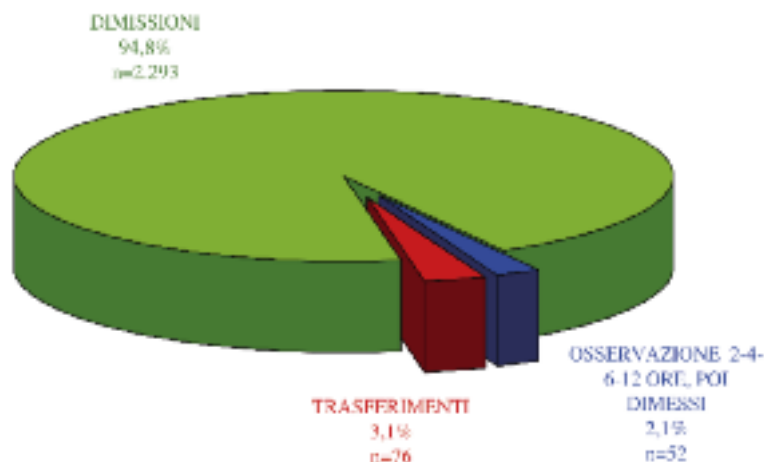


Fig. 11 - Dimissioni, Osservazioni e Trasferimenti.

Aspetti procedurali della selezione della Marina Militare presso il Centro di Selezione di Ancona

Procedural issues of selection at the Italian Navy Recruiting Center of Ancona

Stefania Indelicato *



Riassunto - In un contesto nel quale si sta assistendo ad una riduzione ed ad una razionalizzazione del personale di Forza Armata l'attività del Centro di Selezione appare sempre più rilevante e complessa. L'attività selettiva consiste nell'individuare i soggetti più adatti e capaci a ricoprire lo specifico ruolo ricercato, in possesso dei requisiti psicofisici ed intellettivo- culturali adeguati alle peculiarità del profilo per il quale concorrono. Questo articolo, prendendo a titolo esemplificativo il concorso ruolo- marescialli, illustra gli aspetti normativi e tecnico- procedurali che sottendono l'attività svolta presso il Centro di Selezione della Marina Militare.

Parole chiave: Centro di Selezione; Aspetti Procedurali; Ruolo- Marescialli; Selezione Attitudinale.

Summary - In the perspective of a reduction and rationalization of the military forces the activity of the Recruitment Center is becoming increasingly important and complex. Scope of the selection- process is to identify those candidates most suitable and capable of taking the specific role sought, with psychophysical and intellectual-cultural requirements appropriate to the characteristics of the profile for which examinees compete.

This article describes the technical and procedural aspects and the regulations, at the base of the activity at the Recruitment Center of the Navy.

Key words: Recruitment Center; Procedural Aspects; Role-Warrant Officers; Attitudinal Selection.

* STV(SAN) - Maricenselez. - Ancona.

Introduzione

Il Centro di Selezione di Ancona rappresenta la porta d'ingresso per quanti, aspiranti Ufficiali, Sottufficiali e Militari di Truppa vogliano intraprendere la carriera in Marina Militare. Il Centro è in grado di assicurare lo svolgimento di ogni fase dell'intero percorso selettivo, esaminando in media 15000 candidati l'anno, mentre si sono registrate punte massime di quasi 19.000 concorrenti. L'ambito selettivo è un settore particolarmente delicato, in quanto si devono individuare i soggetti più adatti e capaci a ricoprire lo specifico ruolo ricercato, aventi requisiti psico-fisici e intellettuale-culturali adeguati alle peculiarità del profilo per il quale concorrono, oltre ad una grossa spinta motivazionale.

Nell'esposizione si accennerà brevemente alla storia del Centro di Selezione e si illustreranno alcuni aspetti normativi che sottendono l'attività selettiva e la parte tecnico-procedurale inerente l'iter concorsuale. In termini esemplificativi, si descriverà come si articola uno specifico concorso, quello per il Ruolo Marescialli, in tutte le sue fasi ed, infine, si descriveranno sinteticamente i ruoli e i compiti delle varie figure professionali coinvolte, in relazione alle loro peculiari competenze.

Il Centro di Selezione della Marina Militare

Il Centro di Selezione della Marina Militare nasce a Napoli con la denominazione di "Nucleo per la Selezione dei Volontari"; nel 1992 viene trasferito nella sede di Ancona alle dipendenze del Distaccamento della Marina Militare di Ancona.

Nel 2000 è stato costituito in Ufficio ad Autonomia Funzionale del Comando in Capo del Dipartimento Militare Marittimo dell'Adriatico con la denominazione di "Centro di Selezione dei Volontari della Marina Militare" e si avvale del supporto fornito dalla Infermeria Autonomia della Marina Militare di Ancona per l'accertamento del grado di idoneità dei candidati all'arruolamento.

Da aprile 2006 è diventato Ente Dipartimentale con la denominazione di "Centro di Selezione della Marina Militare" ed integra la Componente Sanitaria della sede.

I principali compiti del Centro di Selezione della Marina Militare possono essere riassunti schematicamente nei seguenti punti:

- Supporto logistico-operativo alle Commissioni di Concorso (Preselezione, Selezione Attitudinale, Selezione Medica, Selezione Efficienza Fisica);
- Coordinamento generale della Selezione (Sanitaria ed Attitudinale), in

base al programma concorsuale definito da/con l'Ispettorato delle Scuole;

- Convocazione alle prove per i concorsi del personale di Truppa;
- Accoglienza ed identificazione dei concorrenti;
- Gestione della documentazione relativa agli accertamenti sanitari ed attitudinali dei concorrenti, nonché dei test e dei sistemi informatici di valutazione dei risultati dei test (in merito alla Legge 241/90);
- Concorso alla Direzione Generale per il Personale Militare nell'espletamento del contenzioso;
- Supporto all'Accademia Navale per l'espletamento delle fasi concorsuali nell'ambito della Selezione Psicoattitudinale degli Allievi Ruoli Normali nella sede di Livorno.

Principali Concorsi

I principali Concorsi che si svolgono presso il Centro di Selezione sono:

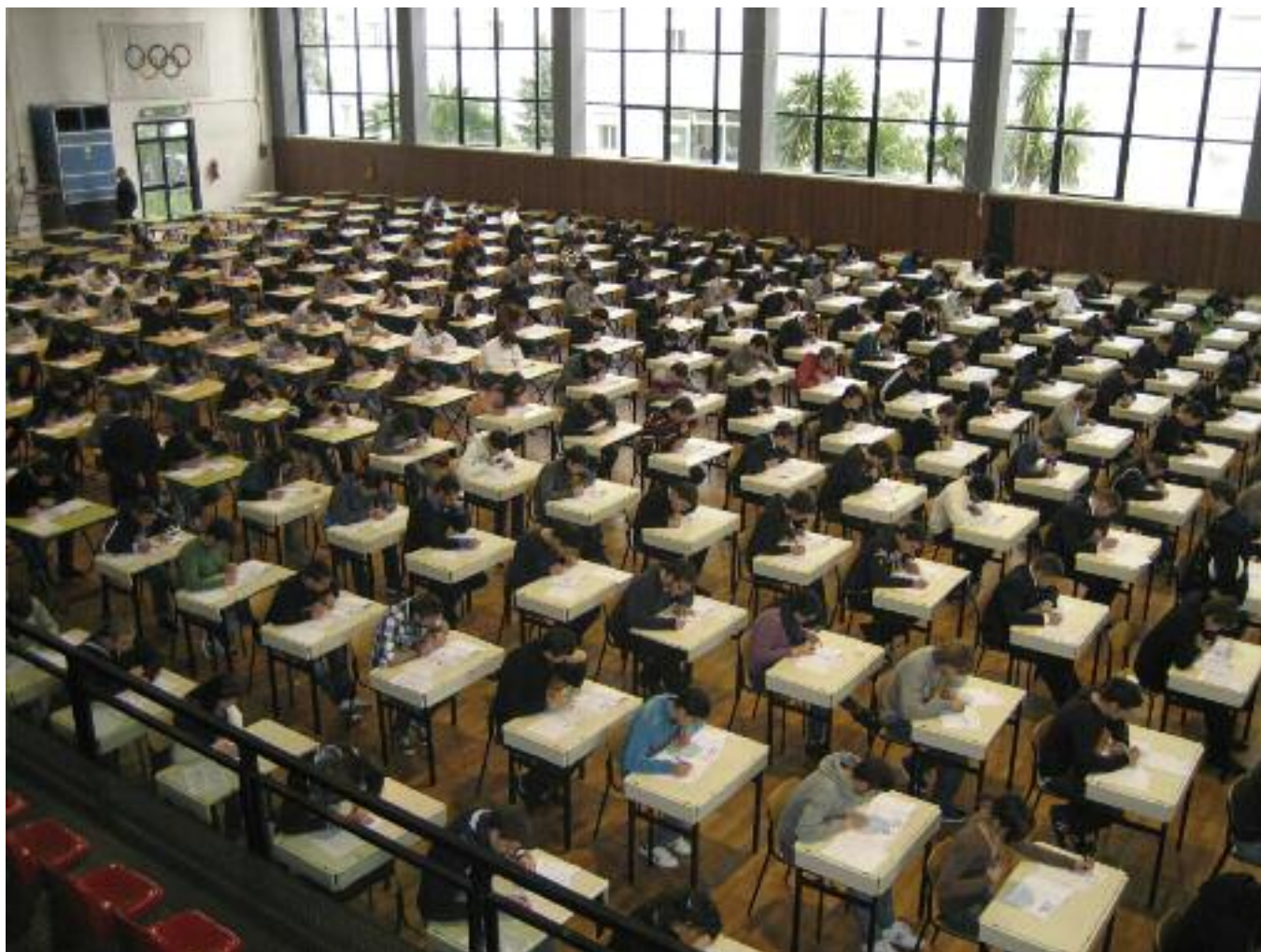


Ruolo Ufficiali:

- Corsi Normali Accademia Navale;
- Corsi Normali Nomina Diretta;
- Corsi Ruoli Speciali;
- Corsi Allievi Ufficiali Ausiliari in Ferma Prefissata (AUPF);
- Corsi per Allievi Ufficiali Piloti di Complemento (AUPC);
- Corsi liceali Scuola Navale Militare "F. Morosini".

Ruolo Sottufficiali:

- Ruolo Marescialli (MRS);
- Ruolo Complementare Marescialli;
- Ruolo Sergenti (SGT).



Iter Concorsuale

L'iter concorsuale inizia con la definizione del Modulo di Alimentazione da parte dello Stato Maggiore Marina e con l'emanazione del Bando di Concorso da parte della Direzione Generale per il Personale Militare. Successivamente, avverrà la ricezione delle domande, l'accertamento dei requisiti anagrafici e vi sarà la convocazione dei concorrenti.

La selezione sarà composta in linea di massima ed a seconda del tipo di concorso, dalle Prove di Livello Scritte (Preselezioni), dalla somministrazione dei Test Psicoattitudinali, dagli accertamenti dei requisiti di Idoneità ed Efficienza Fisica e dalle Prove Orali. Al termine di tutte le fasi avverrà la formazione delle graduatorie.

Concorso Ruolo-Marescialli

A titolo esemplificativo si è scelto di descrivere il concorso Ruolo-Marescialli.

La finalità della selezione è quella di accertare l'idoneità attitudinale per tale ruolo. Tale valutazione ha lo scopo di individuare nei soggetti il possesso dei requisiti attitudinali necessari ad affrontare l'iter formativo dell'Allievo Maresciallo e determinare nei soggetti le risorse adattative e le specifiche competenze gestionali richieste alla figura dell'Allievo Maresciallo al fine di ottimizzare l'impiego.

Le modalità operative per l'accertamento dell'idoneità attitudinale prevedono quattro fasi: la prima è quella riguardante la somministrazione dei reattivi attitudinali, la seconda è quella della valutazione ed interpretazione dei test somministrati, la terza prevede l'intervista attitudinale ed, infine, nel quarto momento, avviene la formulazione dei

Giudizi di Idoneità. Tale valutazione sarà effettuata dalla Commissione per gli Accertamenti Attitudinali nominata dalla Direzione Generale per il Personale Militare sulla base delle prove testologiche effettuate e dal colloquio individuale.

Tale determinazione si basa sulla verifica dei requisiti attitudinali nelle seguenti aree:

- Area del Pensiero,
- Area Affettivo/Relazionale;
- Area della Produttività e delle Competenze Gestionali
- Area Motivazionale.

In parallelo all'attività della Commissione per gli Accertamenti Attitudinali, la Commissione Sanitaria, composta dal personale appartenente al Centro di Selezione, si occuperà di verificare che i concorrenti possiedano i requisiti fisici di Idoneità al Servizio richiesti per quel determinato ruolo.

Risulta comunque opportuno ricordare che la selezione attitudinale rappresenta un momento ben distinto dagli accertamenti sanitari; la visita psichiatrica stessa viene effettuata unicamente per escludere la presenza di eventuali problematiche di carattere psicopatologico attribuendo al soggetto un coefficiente PS (apparato psiche) e rappresenta un momento separato dall'iter procedurale della valutazione attitudinale.

Aspetti Procedurali della Selezione Attitudinale del Ruolo Marescialli

Da un punto di vista procedurale la selezione Attitudinale è articolata su tre giorni.

Durante il primo giorno:

I concorrenti in arrivo vengono identificati dal personale del Centro di Sele-

zione e vengono accompagnati nell'Aula di somministrazione dei Test.

Ha inizio la somministrazione dei reattivi attitudinali da parte del Responsabile d'Aula che termina all'incirca intorno alle ore 14.00.

Le operazioni di elaborazione automatizzata dei test vengono completate di massima entro le ore 16.30, in tempo utile per consentire all'equipe psichiatrica del modulo sanitario di iniziare al più presto le valutazioni di competenza.

Nel primo pomeriggio i candidati vengono sottoposti all'Intervista di Gruppo, una prova di performance del soggetto in gruppo, che viene condotta ed effettuata esclusivamente da uno psicologo ed a quella dell'Immagine Speculare, che può essere differita anche al giorno successivo.

Dalle ore 15.00 iniziano gli accertamenti psicofisici a cura del Servizio Sanitario del Centro di Selezione. Le attività sanitarie sono svolte secondo le direttive del Presidente della Commissione per gli Accertamenti Sanitari.

Durante il secondo giorno:

Il team di psicologi inizia le operazioni di valutazione e di interpretazione dei test, redige le sintesi ed assegna un punteggio alle varie sottoaree attitudinali di ogni concorrente.

Nel medesimo tempo continuano le visite mediche a cura del Servizio Sanitario del Centro di Selezione.

Dalle ore 15.00 la Commissione Attitudinale effettua l'assegnazione delle cartelle dei rilievi attitudinali agli Ufficiali Periti Selettori o agli Psicologi pianificando in tal modo i colloqui che verranno effettuati il giorno successivo.

Durante la terza giornata:

In mattinata iniziano i Colloqui Attitudinali effettuati da un Ufficiale Perito Selettore (PST) o da uno Psicologo. L'intervista attitudinale serve al fine di individuare l'attitu-

dine del candidato a ricoprire il ruolo per cui concorre. Gli Ufficiali Periti Selettori hanno a loro disposizione la sintesi redatta per ogni candidato da uno Psicologo, ma non la scheda contenente i punteggi, che viene conservata dalla Commissione Attitudinale, in modo tale che l'intervista venga condotta "in cieco", senza subire l'effetto di eventuali influenze o interferenze.

Al termine di ogni colloquio il colloquiatore redige un resoconto ed assegna un punteggio di livello alle varie sottoaree attitudinali del candidato, in base ai criteri stabiliti per la conduzione dell'intervista semi strutturata.

Dalle ore 14.00 inizia la fase di restituzione dei colloqui che prevede la discussione dei singoli casi all'interno del gruppo di lavoro composto dal Colloquiatore, dallo Psicologo che ha redatto la sintesi testologica e dalla Commissione. Viene assegnato il punteggio di livello da parte della Commissione che determina il conseguente Giudizio di Idoneità/Non Idoneità dei concorrenti.

A fine giornata, la Commissione consegna tale Giudizio ai concorrenti.

Quarto giorno:

Coloro che saranno risultati Idonei alla Valutazione Attitudinale in quarta giornata saranno sottoposti alle prove di Efficienza Fisica. Il superamento o meno di tali prove sarà verificato dalla Commissione per gli Accertamenti delle Prove di Efficienza Fisica.

Batteria testologica per la Valutazione Attitudinale nel Concorso Allievi Marescialli

La batteria testologica prevista per il Concorso Allievi Marescialli deve essere somministrata da uno Psicologo ed è composta da:

- Minnesota Multiphasic Test II (per la valutazione psichiatrica);
- Occupational Inventory Question-

naire 32i (OPQ32i);

- Questionario per l'Analisi e l'Orientamento delle Potenzialità Gestionali nei Contesti Lavorativi (QE);
- Test "Chi sono Io";
- Completamento Frasi e Questionario Autobiografico (questi ultimi due test sono utilizzati anche per la valutazione psichiatrica).

Successivamente ed in aggiunta alla somministrazione di tale batteria testologica, i concorrenti sono sottoposti a due Prove di Performance; quella dell'Immagine Speculare e quella dell'intervista di Gruppo.

Principali Compiti e mansioni delle figure professionali coinvolte nella Selezione Psicoattitudinale

La Commissione Psicoattitudinale:

- in prima giornata si riunisce e prende visione della normativa e dei criteri in base ai quali dovranno essere svolte le procedure selettive;
- istruisce tutti i collaboratori, coordina e controlla il loro operato;
- effettua la distribuzione dei colloqui agli Ufficiali Periti Selettori o Psicologi;
- al termine dei colloqui raccoglie e prende visione di tutte le cartelle dei concorrenti valutati;
- istituisce un gruppo di lavoro con i vari Ufficiali Colloquiatori e con gli Psicologi redattori delle sintesi attitudinali e determina il punteggio di livello attitudinale che definisce l'Idoneità o meno dei concorrenti.
- compila e consegna ai candidati le previste comunicazioni di Idoneità/Non Idoneità al termine degli accertamenti attitudinali;
- redige i verbali.

Il Capo Sezione Accertamenti

Attitudinali:

- dipende funzionalmente dal Comandante del Centro di Selezione. A lui fanno capo gli Ufficiali e Sottufficiali Periti Selettori destinati presso il Centro di Selezione;
- deve provvedere ad organizzare e pianificare l'attività che si dovrà svolgere presso il Centro di Selezione dal momento dell'insediamento della Commissione per gli Accertamenti Attitudinali;
- deve accertare che tutti coloro che effettuano attività inerenti la selezione ed il trattamento dei dati sensibili dei candidati siano informati dei contenuti della Legge 675/96 (Tutela della Privacy);
- deve fornire alla Commissione per gli accertamenti attitudinali ed al team psicologico/psichiatrico idoneo supporto logistico ed organizzativo, al fine di permettere il regolare svolgimento dell'attività di competenza.

Gli Ufficiali Periti Selettori:

- effettuano l'intervista attitudinale al fine di contribuire a stabilire l'attitudine del candidato a ricoprire il ruolo per cui concorre;
- propongono una valutazione globale del concorrente avvalendosi di un'intervista semi strutturata ed assegnano ad ogni concorrente un punteggio di livello per ogni area di valutazione.
- Durante l'intervista devono esplorare le seguenti aree:
- Area del Pensiero (capacità di analisi, predisposizione al cambiamento, struttura)
- Area Emotivo- Relazionale (livello di autonomia, adattabilità. Capacità relazionale ...etc)
- Area della Produttività e delle Competenze Gestionali (livelli di

energia e produttività, costanza nel rendimento, lavoro in gruppo etc...)

- Area Motivazionale (bisogni ed aspettative connesse all'assunzione del ruolo, ambizione e autoefficacia)
- Comportamento non verbale ed atteggiamento durante l'intervista (come il soggetto si è presentato durante l'intervista, facendo particolare attenzione all'atteggiamento posturale da lui mantenuto, al suo comportamento emotivo apparente ed ad eventuali cenni di disagio percepito...).

Il Responsabile d'Aula:

È uno Psicologo o un Ufficiale Perito Selettore il cui compito principale è quello di somministrare i test ai candidati. (Per i Test Psicoattitudinali è necessaria la presenza dello Psicologo).

Durante lo svolgimento delle Prove Attitudinali in aula:

- sovrintende all'ordine ed alla disciplina in aula, evitando che i concorrenti parlino fra di loro;
- controlla che tutto il personale militare in servizio nell'aula svolga correttamente i propri compiti; il suddetto personale deve considerarsi alle sue dipendenze per tutta la durata delle prove effettuate in aula.

Al termine delle prove attitudinali:

- sovrintende al ritiro dei test e dei relativi fogli di risposta;
- cura che gli stessi vengano debita-

mente contati e consegnati ai Sottufficiali addetti alla elaborazione automatizzata e/o manuale dei test;

- disciplina il corretto deflusso dei concorrenti dell'aula;
- riferisce alla Commissione per gli accertamenti attitudinali gli eventuali caratteri logistico/organizzativo riscontrati nel corso della prova.

I Sottufficiali addetti al Centro di Selezione:

- collaborano con la Commissione durante tutto l'iter concorsuale dei concorrenti, assicurandosi che gli stessi vengano messi in condizioni idonee per sostenere le varie prove.
- sono presenti durante la somministrazione dei test in aula, si occupano dell'organizzazione delle attività e svolgono azione di coordinamento con il personale inquadratore affinché vengano ottimizzati i tempi di tutte le operazioni concorsuali.

Prima della somministrazione dei Test, con la Supervisione del Capo Sezione Accertamenti Attitudinali:

- controllano l'idoneità degli ambienti;
- accertano il corretto funzionamento di tutte le apparecchiature in dotazione all'aula;
- controllano che tutti i test ed il materiale di cancelleria necessari per l'espletamento delle prove siano disponibili;

- mantengono i contatti con l'esterno dell'Aula durante le prove;
- distribuiscono il materiale occorrente allo svolgimento delle prove in aula;
- raccolgono le prove e ritirano i materiali forniti quando le prove sono terminate;
- impediscono le comunicazioni tra i candidati.

Al termine della somministrazione dei test:

- provvedono alla elaborazione automatizzata e/o manuale dei test;
- riferiscono circa l'andamento dell'Aula ed eventuali inconvenienti riscontrati direttamente alla Commissione.

Conclusioni

In un contesto nel quale si sta assistendo ad una riduzione ed una razionalizzazione del personale di Forza Armata l'attività del Centro di Selezione della Marina Militare appare sempre più rilevante e complessa.

In questo quadro, l'obiettivo principale della Selezione Attitudinale appare essere quello di valutare ed individuare approfonditamente nei soggetti tra le loro differenti capacità quelle risorse ed abilità che meglio si adattano e corrispondono in termini predittivi al profilo professionale ricercato per quello specifico ruolo.

Strategie di *coping* e sostegno familiare nel fronteggiamento dello stress tra gli appartenenti al Corpo della M.M.

Coping strategies and family support in stress coping among members of the Italian Navy

Silvia Pierini *



Riassunto - L'espressione "strategie di coping", sempre più in uso, fa riferimento alle tecniche messe in atto dagli individui per contrastare gli eventi stressanti. I meccanismi e processi di *coping* sono fondamentali per comprendere come l'individuo, nell'organizzazione, tenti di gestire le richieste lavorative ed ambientali provenienti dal lavoro. Un punto rilevante riguardo il *coping* è la distinzione tra risorse personali e risposte/strategie di coping; la letteratura sull'argomento propende per il fatto che mentre le risorse personali sono tratti di personalità essenzialmente stabili, le strategie si modificano in relazione al proprio ruolo, alla vita personale e lavorativa.

Le ipotesi da verificare sono definibili nei seguenti termini: 1) l'esistenza di una correlazione tra le strategie di *coping* utilizzate, le caratteristiche di personalità e il sostegno familiare ricevuto dai lavoratori; 2) quali dimensioni di personalità possono essere considerate fattori predittivi dello stile di *coping* prevalentemente utilizzato; 3) l'esistenza di eventuali differenze tra l'alto e basso utilizzo di *Coping emozionale* e le caratteristiche di personalità. I risultati emersi hanno evidenziato che tra i militari del Corpo della Marina Militare prevale l'utilizzo di una strategia di *Coping task-oriented*. Emerge inoltre che i partecipanti alla ricerca percepiscono maggiormente il sostegno strumentale, piuttosto che emotivo, da parte dei loro familiari (famiglia d'origine/famiglia costituita). Nei soggetti che utilizzano prevalentemente strategie di *Coping task-oriented* si riscontra un maggior sostegno familiare percepito sia a livello emotivo che strumentale. Di contro all'aumentare di una caratteristica di personalità come la "cooperatività" diminuisce il sostegno strumentale ed emotivo percepito dai lavoratori.

Le caratteristiche di personalità che, nel nostro campione, possono essere considerati predittori di un *coping* maggiormente adattivo, quale quello orientato al compito, sono: la coscienziosità, l'energia e l'apertura mentale.

Parole chiave: coping, stress, sostegno strumentale, sostegno percepito.

Summary - The term "coping strategies", increasingly in use, refers to the techniques implemented by individuals to counteract the stressful events. The mechanisms and the coping processes are fundamental to understanding how the individual, inside the organization, tries to handle requests coming from work and environment. An important element about coping is the distinction between personal resources and answers/coping strategies: the literature argues for the fact that while the personal resources are essentially constant personality traits, strategies are modified in relation to the assignment, personal and professional life. The hypotheses to be tested are defined as follows: 1) the existence of a correlation between the applied coping strategies, personality characteristics and received family support, 2) what dimensions of personality can be considered predictors of the coping style primarily used, 3) the existence of any differences between intense or light use of emotional coping and personality traits. The results showed that among the personnel of the Italian Navy a strategy of task-oriented coping is mostly used. It also appears that research participants receive more instrumental support, emotional rather than by their family (family of origin/actual family). In individuals who use mainly task-oriented coping strategies, there is a greater perceived family support both emotional and instrumental. By contrast the increase of a personality trait such as "cooperation oriented" decrease the emotional and instrumental support perceived by the subjects. In our sample, the personality traits which can be considered predictors of a more adaptive coping style, such as task-oriented, are: awareness, energy and mind openness.

Key words: coping, stress, instrumental support, perceived support.

* GM (SAN), Ispettorato di Sanità M.M.

La Letteratura internazionale è ricca di studi che definiscono la relazione tra strategie di *coping* e caratteristiche di personalità.

In particolare più studi dimostrano una relazione tra le strategie di *coping* e le dimensioni del modello dei Big Five (Caprara & Borgogni, 1993; 1997).

Partendo da questo assunto, l'obiettivo della ricerca è stato quello d'indagare la relazione tra le caratteristiche di personalità, il sostegno familiare percepito dai lavoratori e le strategie di *coping* in una particolare categoria professionale quale quella di un'organizzazione militare.

Ipotesi di lavoro

- Verificare l'esistenza di una correlazione tra le strategie di *coping* utilizzate, le caratteristiche di personalità e il sostegno familiare ricevuto dai lavoratori;
- Definire quali dimensioni di personalità possono essere considerate fattori predittivi dello stile di *coping* prevalentemente utilizzato;
- Verificare l'esistenza di eventuali differenze fra l'alto e basso utilizzo di *coping* emozionale e le caratteristiche di personalità.

Metodo e procedura

Sono state effettuate due somministrazioni collettive presso il MARICEN-TADD di Taranto; il tempo medio impiegato per la compilazione è stato di circa 45/50 minuti.

I questionari somministrati (ruotati per evitare possibili effetti di distorsione dovuti all'ordine di somministrazione) sono:

- *Big Five Questionnaire – BFQ*;
- *Questionario sulle strategie di coping nelle situazioni stressanti – CISS*;
- *Family Support Inventory for Workers – FSIW*.

Ad ogni soggetto è stato garantito l'anonimato.

Campione

Lo studio è stato condotto su un campione di **150** Ss appartenenti al corpo della M.M. di età compresa tra 22/45 anni.

Nelle tabelle che seguono vengono illustrate le statistiche descrittive (frequenze e percentuali) relative alle variabili: genere, titolo di studio, ruolo ed età del campione sopra citato.

Tab. I - Distribuzione del gruppo per la variabile "Età"

	N	Media	Dev. Standard
Età	150	29.16	5.31

Tab. II - Distribuzione del gruppo per la variabile "Genere"

	Frequenze	Percentuali
Maschi	143	95.7
Femmine	7	4.7
Totale	150	100

Tab. III - Distribuzione del gruppo per la variabile "Ruolo"

	Frequenze	Percentuali
Ufficiali	33	22
Sottufficiali	117	78
Totale	150	100

Tab. IV - Distribuzione del gruppo per la variabile "Titolo di studio"

	Frequenze	Percentuali
Licenza media	14	9.30
Licenza superiore	135	90
Laurea	1	0.70
Tot	150	100

Strumenti

- *Family Support Inventory for Workers* (King, Mattimore, King e Adams, 1995). Questo strumento si è rivelato particolarmente adatto per indagare quanto le persone si sentono sostenute dai propri familiari (*sostegno strumentale, sostegno emotivo*) in situazioni domestiche e lavorative stressanti; lo strumento indaga il supporto percepito piuttosto che quello reale.

Il questionario è composto da 44 item di cui 25 formano la *sottoscala del sostegno emozionale* ed i restanti 19 quella del *sostegno strumentale*. I soggetti sono invitati a pensare ad eventi di vita lavorativa e familiare stressante e al tipo di sostegno che hanno ricevuto in tali momenti da parte dei loro famigliari. Alle affermazioni è possibile rispondere su scala *Likert* a 5 passi (da 1 “totalmente d'accordo” a 5 “totalmente in disaccordo”).

- *Coping Inventory for Stressfull Situation* (Endler & Parker, 1990).

E' stato scelto per individuare i differenti stili di coping generalmente usati nell'affrontare situazioni stressanti. Il CISS è uno strumento auto-descrittivo composto da 48 *item* che definiscono le tre dimensioni:

1. *Coping task-oriented* (tentativi messi in atto per risolvere la situazione problematica)
2. *Coping emotional-oriented* (risposte emotive; preoccupazione per se stesso e fantasie)
3. *Avoidance oriented* (attività e cambiamenti cognitivi necessari per evitare situazioni stressanti: distrazione e diversivo sociale)

Alle affermazioni è possibile rispondere su scala *Likert* a 5 passi (da 1 “per niente” a 5 “molto”).

- *Big Five Questionnaire* (Caprara, Barbaranelli e Borgogni, 1993).

Il modello dei Big Five individua 5 dimensioni fondamentali per la descrizione e la valutazione della personalità di ogni individuo; per ogni dimensione sono state individuate due sottodimensioni:

E = ENERGIA (Dinamismo + Dominanza);

A = AMICALITA' (Cooperatività + Cordialità);

C = COSCENZIOSITA' (Scrupolosità + Perseveranza);

S = STABILITA' EMOTIVA (Controllo delle Emozioni + Controllo degli Impulsi);

M = APERTURA MENTALE (Apertura alla Cultura + Apertura all'esperienza).

La versione definitiva del questionario consta di 132 affermazioni, ognuna delle quali valutata su scala *Likert* a 5 passi (da 1 “assolutamente falso” a 5 “assolutamente vero”).

Risultati

Statistiche descrittive dell'*Inventario di Sostegno Familiare per i Lavoratori* (**Tab. V - Graf. 1**).

Statistiche descrittive del *Questionario sulle Strategie di Coping nelle situazioni stressanti* (**Tab. VI - Graf. 2**).

Statistiche descrittive del *Big Five* (**Tab. VII**).

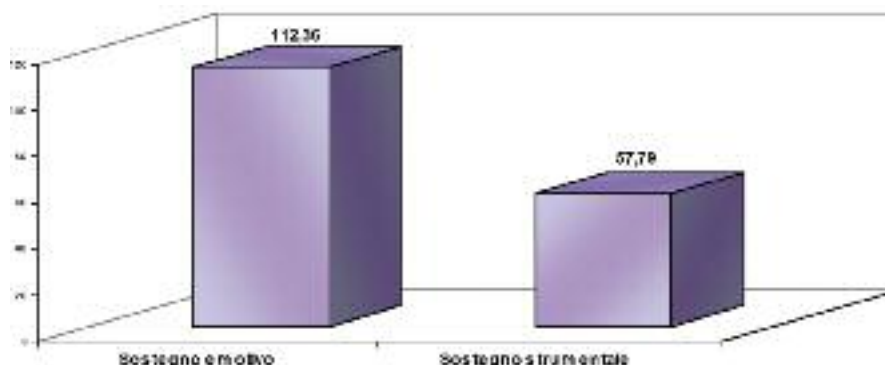
I° Ipotesi: Verificare l'esistenza di una correlazione tra le strategie di *coping* utilizzate, le caratteristiche di personalità e il sostegno familiare ricevuto dai lavoratori.

Il coefficiente di Bravais-Pearson ha evidenziato le seguenti correlazioni tra le variabili indagate:

- CISS/ FSIW = emergono correlazioni statisticamente significative, di segno positivo, per le variabili relative al *Coping orientato al compito e il Sostegno familiare percepito*, sia a livello *emotivo* che *strumentale* ($r_2 = .230$ e $r_2 = .353$).

Tab. V

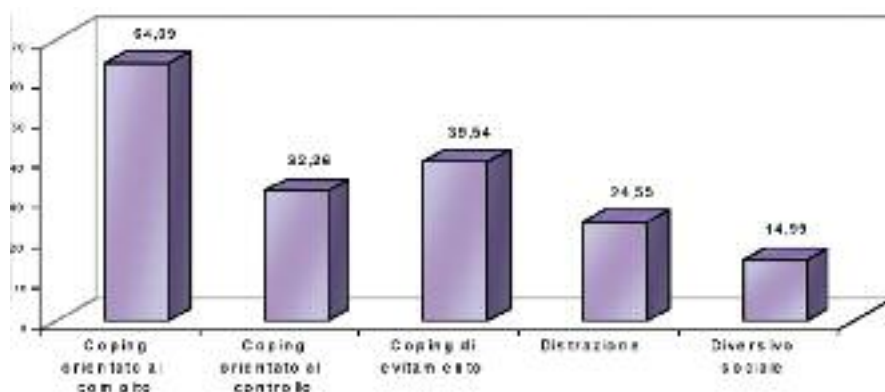
	N	Media	Deviazione standard
<i>Sostegno emotivo</i>	150	112,36	23,47
<i>Sostegno strumentale</i>	150	57,79	11,67



Graf. 1 - Sostegno familiare percepito: valori medi

Tab. VI

	N	Media	Deviazione standard
Coping orientato al compito	150	64,09	8,31
Coping orientato al controllo	150	32,26	11,10
Coping di evitamento	150	39,54	10,33
Distrazione	150	24,55	7,90
Diversivo sociale	150	14,99	3,94



Graf. 2

Tab. VII

	N	Media	Deviazione standard
Dinamismo	150	36,61	2,99
Dominanza	150	35,92	2,95
Cooperatività	150	35,95	3,57
Cordialità	150	36,14	3,22
Scrupolosità	150	36,27	3,41
Perseveranza	150	36,37	3,05
Controllo emotivo	150	36,19	3,56
Controllo degli impulsi	150	36,29	3,15
Apertura alla cultura	150	36,05	3,27
Apertura all'esperienza	150	35,78	3,20
Lie	150	17,50	9,00

- BFQ/FSIW = i dati mettono in rilievo una relazione statisticamente significativa, di segno negativo, tra la dimensione della *Cooperatività* e il *Sostegno familiare percepito*, sia emotivo ($r^2 = -.168$) che *strumentale* ($r^2 = -.162$).
- CISS/BFQ = sono state rilevate: una correlazione negativa tra il *Coping di evitamento* e la dimensione di personalità relativa alla *Cordialità* ($r^2 = -.179$);

una correlazione negativa tra il Coping orientato al compito e la dimensione di personalità relativa all'Apertura all'esperienza ($r^2 = -.194$); correlazioni statisticamente significative tra la *Scala Lie* del BFQ e il *Coping orientato al controllo emotivo* ($r^2 = .161$) e il *Diversivo sociale* ($r^2 = .210$).

II° Ipotesi: Definire quali dimensioni di personalità possono essere considerate fattori predittivi dello stile di *coping* prevalentemente utilizzato.

Dall'analisi della regressione multipla *stepwise* sulla misura criterio *Coping orientato al compito* è emerso un coefficiente di correlazione $R = 0.53$ che spiega il 28% della varianza totale ($R^2 = .28$). I predittori che assumono un peso significativo sono la *Coscienziosità*, *Energia* e *Apertura mentale* (**Tab. 8**).

III° Ipotesi: Verificare l'esistenza di eventuali differenze fra l'alto e basso utilizzo di coping emozionale e le caratteristiche di personalità.

Dall'analisi della varianza ad una via si ricava l'esistenza di differenze statisticamente significative tra i gruppi con "alto coping emozionale" e basso coping emozionale" in relazione alle seguenti sotto-dimensioni di personalità: *Scrupolosità*, *Controllo delle emozioni* e *Controllo degli impulsi*.

Nella **tabella IX** sono riportati i singoli valori.

Conclusioni

- Tra i militari della M.M., afferenti al campione indagato, prevale la strategia di *Coping orientato al compito*; viene dunque utilizzata una strategia pro-attiva nella quale vengono messi in atto comportamenti funzionali al superamento degli eventi critici attraverso la ristrutturazione cognitiva del

Tab. VIII

Dimensioni BFQ	β	Errore standard di β	B	Errore standard di B	t	p
Intercepta		8,11	4,25	1,91	0,06	
Coscienziosità	0,32	0,05	0,24	0,04	6,25	0,00
Energia	0,23	0,05	0,19	0,04	4,31	0,00
Apertura mentale	0,15	0,05	0,15	0,05	2,82	0,01

Tab. IX

		N	Media	Dev. Standard			
					df	F	Sig.
Scrupolosita'	Alto Coping Emozionale	46	37,07	3,87	1	4,812	0,031
	Basso Coping Emozionale	46	35,59	2,43	90		
	Totale	92	36,33	3,30	91		
Controllo delle Emozioni	Alto Coping Emozionale	46	30,02	2,61	1	3,512	0,039
	Basso Coping Emozionale	46	32,45	3,37	90		
	Totale	92	35,99	3,49	91		
Controllo degli Impulsi	Alto Coping Emozionale	46	27,05	3,30	1	2,970	0,048
	Basso Coping Emozionale	46	29,08	3,41	90		
	Totale	92	36,36	3,35	91		

problema o il tentativo di individuarne la soluzione.

- I militari, nel rapporto con la famiglia, tendono a percepire maggiormente il *sostegno emotivo* rispetto a quello strumentale.
- I Ss che utilizzano una strategia di Coping orientato al compito rivelano un maggior sostegno familiare percepito sia emotivo che strumentale.
- E' emersa un rapporto inversamente proporzionale tra la dimensione di personalità della *Coperatività* e il *Sostegno familiare*, strumentale ed

emotivo, *percepito*. Questi risultati confermano quanto emerso in precedenti ricerche che dimostrano come il sostegno familiare può funzionare da modulatore di *stress* lavorativo laddove l'ambiente lavorativo sia carente di risorse atte ad allentare la tensione.

- Le caratteristiche di personalità che, nel campione indagato, possono essere considerate predittori di un *coping* maggiormente adattivo, quale quello orientato al compito, sono: la *Coscienziosità*, l'*Energia* e l'*Apertura mentale*. I Ss che utilizzano preva-

lentemente il Coping emozionale, considerato una strategia paralizzante e meno pro-attiva, risultano essere più scrupolosi e con un minor controllo degli impulsi.

Riferimenti bibliografici

1. **Caprara G.V. & Borgogni L. (1988):** *Stress e organizzazione del lavoro*. Bollettino di Psicologia Applicata, 187-188, 5-23.
2. **Cooper C. L. (1981):** *The Stress Check. Coping with the Stress of Life and Work*. Prentice-Hall Inc. Englewood Cliffs, N.J.
3. **Dohrenwend B.S. (1978):** *Social stress and community psychology*. American Journal of Community Psychology, 6, 1-14.
4. **Endler N.S. & Parker J.D.A. (1990):** *Multidimensional assesment of Coping: a critical evolution*". Journal of Personality and Social Psychology, 58, 844-854.
5. **Endler N.S. & Parker J.D.A. (1990):** *Coping Inventory for Stressfull Situation (CISS)*. Manual. Multi-health System, Toronto.
6. **Lazarus R.S. & Folkmann S. (1984):** *Stress, appraisal and coping*. Springer, New York.
7. **Moss R.H. & Schaefer J.A. (1993):** *Coping resource and processes: corrent concepts and measures*. In L. Goldeberger and S. Breznitz (a cura di), *Handbook of stress: theoretical and clinical aspects*. Free Press, New York, pp. 234-257.
8. **O'Brien T.B. & De Longis A. (1996):** *The interactional context of problem-emotion and relationship-focused coping: the role of the Big Five personality factors*. Journal of Persoanlity, 64, 775-813.
9. **Watson D. & Hubbard B. (1996):** *Adaptional style and dispositional structure: coping in the context of the Five Factors Model*. Journal of personality, 64, 738-744.
10. **King L.A., Mattimore L.K., King, D.W., e Adams G.A. (1995):** *Family Support Inventory for Workers: A new measure of perceived social support from family members*. Journal of Organizational Behavior, 16, 235-258.



SCUOLA DI SANITA' E VETERINARIA SIMULAZIONE DELL'ATTIVITA' DI "FORCE HEALTH PROTECTION" IN AMBIENTE OSTILE NON PERMISSIVO

PROGRAMMA DELLE ATTIVITA'

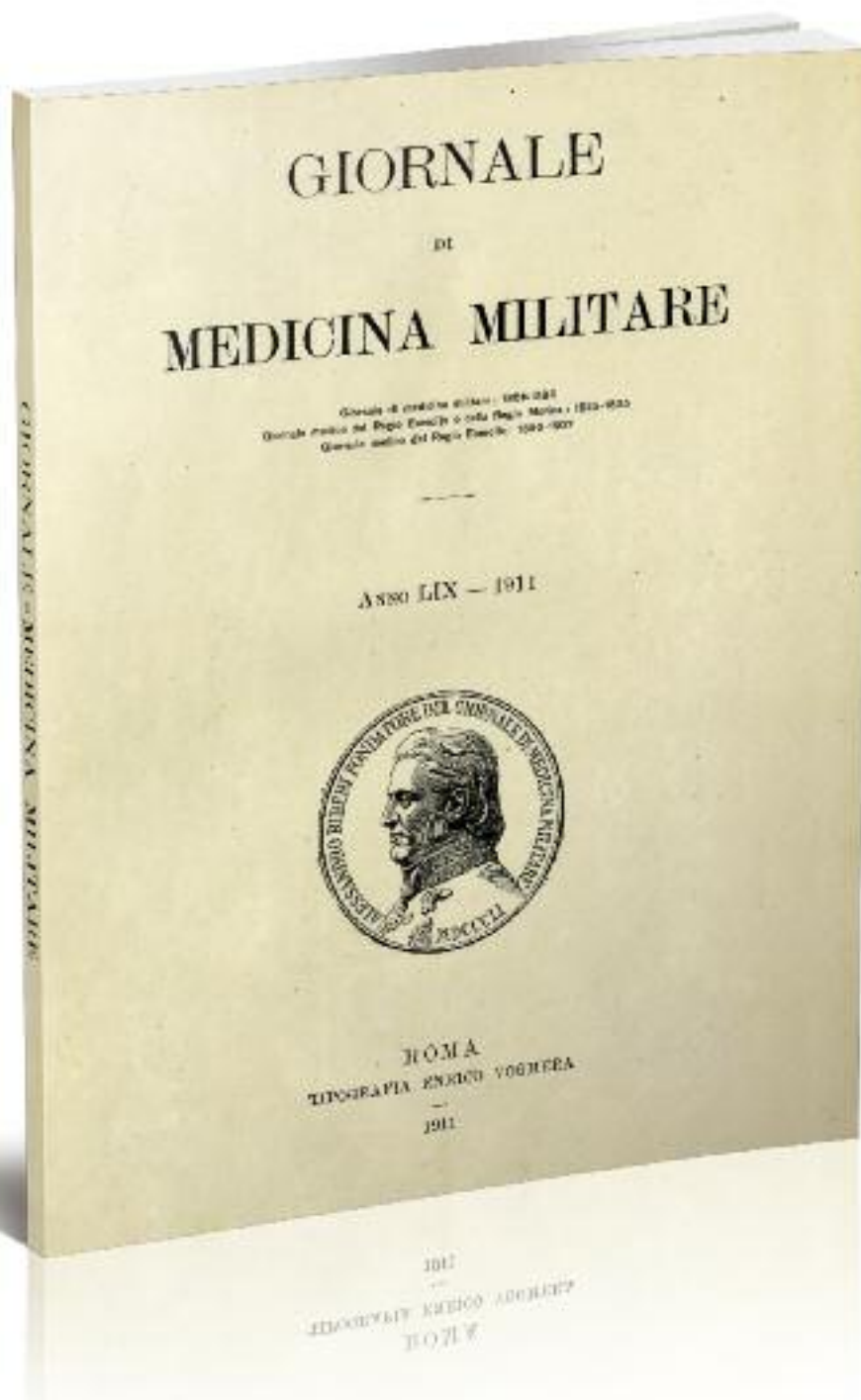
- | | | |
|-----|-------|--|
| ore | 9.00 | Afflusso convenuti
<i>Caffè di benvenuto - Ufficio C. te</i> |
| ore | 9.15 | Briefing introduttivo - Aula magna
<i>Inquadramento attività della Scuola</i>
<i>Spiegazione del programma</i> |
| ore | 9.30 | Le patologie più comuni nelle FF.AA. - Introduzione al problema
<i>Col. Lista - Aula Miotto</i> |
| ore | 10.15 | Area simulazione indoor
<i>Illustrazione war dress (Pest, ingombri, ecc.)</i>
<i>Attività NBC reaction</i>
<i>MEDEVAC</i>
<i>Attività di elisgombro in ambiente ostile non permissivo</i>
<i>Stress da combattimento (tests)</i> |
| ore | 10.45 | Area simulazione outdoor
<i>Estricazione mezzi protetti</i>
<i>Campalizzazione ospedaliera</i>
<i>Tenda alloggio militare</i> |
| ore | 11.15 | Mezzi campali
<i>ACM , VM90 , LINCE , Puma , Centauro</i>
<i>Attività sanitaria on fire con mezzi e simulazione di soccorso sanitario per EOD</i>
<i>Esperienza sui mezzi blindati e/o protetti in area operativa</i> |
| ore | 11.45 | Razioni k
<i>Tipologie , calorie , gusto , problemi di assimilazione</i> |
| ore | 12.15 | Colazione di lavoro |
| ore | 12.45 | Conclusioni e ringraziamenti |

**SARA' MESSO A DISPOSIZIONE UN PULLMAN MILITARE PER IL TRASPORTO
DEL PERSONALE INTERESSATO DALLA SEDE DEL COMITATO DI VERIFICA ALLA
SCUOLA DI SANITA' E RITORNO.**

17 ottobre 2011 - Roma via G. Pelosi n. 41

Un salto nel passato

SPUNTI DAL GIORNALE DI MEDICINA MILITARE. CENTO ANNI FA: 1911



Un salto nel passato

SPUNTI DAL GIORNALE DI MEDICINA MILITARE. CENTO ANNI FA: 1911

VARIETA'

Colonnello med. MERVIN MAUS. - **L'etica, lo scopo e le prerogative dell'ufficiale medico.** - (*The Military Surgeon*, marzo, p. 295).

L'A. rileva innanzi tutto che in questi ultimi tempi molto è stato fatto negli Stati Uniti d'America per la cura delle truppe in campagna, per l'organizzazione del servizio sanitario, per l'igiene dell'esercito e per la profilassi delle malattie infettive, il che ha già dato notevoli buoni frutti con una riduzione della morbosità: tuttavia ancora molto resta a fare, e la triste esperienza dell'ultima guerra con la Spagna deve insegnare che molte mansioni sono da affidare al corpo sanitario acciocchè esso possa esplicare tutte le funzioni che gli competono. La perfetta organizzazione di altri eserciti, specialmente germanico e giapponese, dovrebbe essere di ammonimento e di incitamento a fare di più e di meglio. Le ragioni per cui il corpo sanitario militare non ha conseguito quello sviluppo e quella importanza che gli spettano devono ricercarsi in molti fatti: intanto però è certo che nessuna classe di ufficiali ha nell'esercito una maggiore importanza e tiene una posizione di maggiore fiducia e responsabilità come quella degli ufficiali medici.

Gli è perciò che all'ufficiale medico occorrono molte qualità acciocchè esso possa riuscire valente e utile: non bastano quindi i meriti acquistati all'Università o alla scuola d'applicazione, ma occorrono naturale disposizione e adattabilità; inoltre tatto e diplomazia, applicazione e zelo, onestà e lealtà; sono requisiti negativi l'incoerenza e la non uniformità delle azioni, lo squilibrio, la ristrettezza dell'orizzonte mentale, il considerare le questioni da un sol lato e sotto un unico angolo visuale. Il medico militare, oltre una sufficiente e svariata cultura scientifica, deve conoscere le leggi militari, un po' di tattica soprattutto per ciò che si riferisce agli ospedali e alle ambulanze, deve essere un po' architetto, giudice e avvocato, commissario e contabile, deve saper dirigere un ospedale, una nave-ospedale o un treno-ospedale, ecc.

Per la preparazione degli ufficiali medici l'A. dà innanzi tutto una grande importanza all'istruzione militare, la quale non deve essere così estesa come per un altro ufficiale qualsiasi, ma deve però mirare a istillare quei principii di disciplina, di istruzione militare e di ogni altra cosa che è essenziale al comando. I principii di etica che regolano la professione nei medici civili sono ugualmente applicabili al medico militare, e la sua posizione nella gerarchia militare non lo obbliga nè lo disobbliga dal fare discriminazioni nell'adempimento del proprio servizio. L'A. è d'avviso inoltre che il medico militare è bene che curi anche le famiglie degli ufficiali, le vedove, i figli e le donne di servizio, poichè ciò serve a dargli prestigio e importanza: e se, come del resto accade, spesso l'opera sua non è apprezzata, ciò non deve scoraggiarlo, perchè nella pratica civile accade altrettanto.

Nelle diagnosi deve esser chiaro ed esplicito, evitando le prognosi fosche e cercando di essere piuttosto ottimista; ispirando fiducia nei casi gravi. Inoltre nei rapporti coi colleghi civili, soprattutto in casi di consulti, sia sempre ben disposto e generoso; in qualunque località egli si trovi si mostri geloso custode della salute pubblica specialmente in casi di malattie epidemiche contagiose.

Un salto nel passato

SPUNTI DAL GIORNALE DI MEDICINA MILITARE. CENTO ANNI FA: 1911

Relativamente allo scopo dei doveri dell'ufficiale medico si sa che esso consiste nella salvaguardia della salute dei militari: ora appunto perciò l'ufficiale medico ha il dovere e la facoltà di proporre ai comandi tutte quelle misure che egli stima migliori per la salute delle truppe; possiede quindi un'arma di autorità quasi formidabile di cui raramente egli stesso apprezza il valore. Nei rapporti coi comandanti, e specialmente quando trattasi di fare osservazioni o proposte di ordine tecnico sanitario occorre abilità, tatto e diplomazia; perchè per quanto la franchezza e il candore siano belle qualità, i comandanti di corpo in genere non tollerano una critica aperta, e ottiene spesso migliore effetto un'udienza verbale o un'intesa cordiale che non una relazione scritta. L'A. entrando a parlare dei doveri strettamente professionali del medico militare lamenta che nel corpo sanitario sia scarso il numero di specialisti, e sarebbe veramente desiderabile che il Governo provvedesse che un certo numero di ufficiali medici avesse modo di perfezionarsi nelle varie discipline mediche.

Un compito importante degli ufficiali medici è quello di prendere parte ai consigli per la riforma: però non è logico che detti consigli siano formati di due ufficiali medici e di tre ufficiali di altra arma, i quali non hanno nessuna competenza in materia; essi dovrebbero essere ormati esclusivamente di ufficiali medici.

L'A. vorrebbe abolito il titolo di chirurgo dato ai medici militari in genere negli Stati Uniti d'America, e giustificato solo nel passato in cui il medico militare era solo chiamato ad amputare braccia e gambe: egli vorrebbe che fossero designati col titolo di ufficiali medici e con una gerarchia e attribuzioni bene definite; perchè l'ufficiale medico è un vero e proprio militare, il quale, per poter divenire in guerra un elemento valido, deve liberamente imparare e accettare la parte militare dei suoi doveri.

D. BALESTRA.

L'inaugurazione del monumento ad Alessandro Riberi

Il 1° d'ottobre p.p. ebbe luogo in Stroppo l'inaugurazione del monumento ad Alessandro Riberi. Ai nostri lettori non sarà certo discara qualche informazione su questa festa, che, nella sua modesta veste montanara, fu pure una festa del nostro corpo, ed alla cui riuscita esso concorse così validamente colla sottoscrizione aperta l'anno scorso in questo giornale.

Il modesto comune che dette i natali ad Alessandro Riberi è situato nella grandiosa e selvaggia valle della Maira, a metà strada circa tra le sorgenti di questo fiume e il suo sbocco nella pianura padana a Dronero.

Esso consta di diverse frazioni o parrocchie, sparse, anzi inerpicate per la ripida montagna. In una di queste, situata ancora più in alto delle altre, è l'umile casetta che vide nascere il grande chirurgo. Il monumento però è stato eretto in una delle frazioni più basse, attraversata dalla strada carrozzabile.

Verso le undici antimeridiane ricevuti dal sindaco cav. Laugero, dal segretario ed anima del comitato cav. Balocco, dal comm. dottor Abelli-Riberi, il più diretto rappresentante della discendenza di Alessandro Riberi, e da tutte le autorità e dalla popolazione intera non solo di Stroppo, ma di tutti i comuni della valle, arrivarono in varie automobili le rappresentanze invitate.

Il governo vi era rappresentato dal prefetto di Cuneo, e, se il momento politico non lo avesse trattenuto a più gravi doveri a Roma, sarebbe indubbiamente intervenuto S. E. il presidente del

Un salto nel passato

SPUNTI DAL GIORNALE DI MEDICINA MILITARE. CENTO ANNI FA: 1911

Consiglio l'onor. Giolitti, che non solo, come ognuno sa, è nativo della valle stessa di Stroppa, ma è anche, si può dire, un successore del Riberi, giacché questo fu il primo deputato al parlamento subalpino pel collegio di Dronero.

Il corpo sanitario militare era rappresentato in persona del suo capo, tenente generale medico Ferrero di Cavallerleone (il quale, pregato dal comitato, fu appunto l'oratore della festa, pronunciando il discorso che riproduciamo in testa al presente fascicolo) e dal tenente colonnello medico Ridolfo Livi.

Fra le prime autorità della provincia intervennero il comm. Moschetti, presidente della deputazione provinciale, il venerando senatore Spirito Riberi, presidente del consiglio provinciale, il medico provinciale dottor Marchisio, il dottor Fornaseri, presidente delle Opere pie di Cuneo, il cav. Nicolino, consigliere provinciale, il cav. dottor Caldo, sindaco di Dronero ed altri ancora. Da Torino intervennero i dottori Camera e Fontana dell'associazione di mutuo soccorso fra i medici del Piemonte, dal Riberi largamente beneficata; il dottor Lerda, nativo anch'esso della valle, giovane e distintissimo chirurgo dello spedale di San Giovanni, che fu primo e principal teatro dell'opera chirurgica di Riberi. Dalla stessa città si era pure mosso alla volta di Stroppa il prof. Carle, attuale titolare della cattedra di Riberi, ma una panne della sua automobile lo fermò a poca distanza dalla meta.

Altri personaggi sarebbero immancabilmente intervenuti, se importanti doveri, resi più gravi e impellenti dalle circostanze politiche non li avessero trattenuti altrove: tra questi il senatore Rossi, sindaco di Torino, il comm. Quirico; medico di Sua Maestà, il senatore conte Cibrario, presidente dello spedale di San Giovanni ed altri.

Ma non è il caso di fare lunghe file di nomi; e, domandando scusa alle gentili persone che non abbiamo nominato, basterà che diciamo che a questa festa prese parte con vivo entusiasmo la popolazione intera di quella bella vallata, colla simpatica partecipazione di tutto il Piemonte.

Gli invitati furono dapprima ricevuti nei locali del nuovo ospedale, altro vero monumento innalzato a Riberi, e che, ora interamente compiuto, sarà quanto prima adibito al ricovero degli ammalati della valle.

Quivi fu loro offerto un rinfresco; dopo di che la comitiva si diresse, preceduta dalla banda del paese, verso il luogo dove sorge il monumento.

È questo collocato nel punto più centrale del paese; ma, per essere questo, per così dire, aggrappato alla montagna, si dové, per ottenere un piazzale sufficientemente ampio, costruire una specie di bastione, bell'opera architettonica. Il monumento consiste, come ben si vede dalla figura annessa, che dobbiamo alla gentilezza del cav. Balocco, in un alto basamento di marmo (1), cui sovrasta il busto del Riberi, molto simile a quello esistente nell'ospedale militare di Torino.

(1) Sui quattro lati del basamento sono scolpite le seguenti iscrizioni dettate dall'egregio dott. Lerda:

Alessandro Riberi - (1794-1861) - chirurgo principe dei tempi suoi - portò - nell'ateneo torinese - il caldo soffio delle nuove idee - e volle - che medicina e chirurgia - si integrassero - in severo connubio di scienza - Dall'opera sua sagace - la scuola di Torino ebbe l'impulso - che levò la sua fama alta nel mondo.

Nel Senato - nell'Accademia medica che egli fondò - nella Scienza, nella Scuola, nella vita - ma soprattutto al letto del malato - portò - il genio fervido del novatore - la ferrea volontà maestra di audacie - il cuore del filantropo, del patriota - Da lui - l'esercito sardo - che affilava le armi del riscatto - ebbe mirabilmente organizzato - il Corpo di sanità militare - Da lui - Re Carlo Alberto - ebbe confortato l'esilio - da lui Vittorio Emanuele II - fu vigilato sui campi della vittoria.

Qui - dond'dei partì povero ed ignorato - alla conquista della fortuna e della gloria - il suo nome - insegnò ai valligiani - che l'onesta povertà - è l'assillo migliore - nell'opere dell'ingegno e della mano - e destò in essi la fede - che queste ignude roccie - sanno esser madri d'ingegni - che han volo d'aquila.

La Valle natia - col concorso - di Re Vittorio Emanuele III - del Corpo di Sanità militare - e della città di Torino - MCMXI.

Un salto nel passato

SPUNTI DAL GIORNALE DI MEDICINA MILITARE CENTO ANNI FA: 1911

Dopo alcune belle parole di saluto del sindaco cav. Laugero, il commendatore Moschetti, che portava ai valligiani della Maira il saluto dell'intera provincia, presentò l'oratore della festa, il generale Ferrero di Cavallerleone.

Questi, dopo che fu tolta, fra gli applausi generali, la tela che nascondeva ancora il busto, prese subito la parola, tenendo desta l'attenzione e provocando l'entusiasmo generale col discorso che abbiamo più oltre pubblicato.

Dopo di che la comitiva si recò ancora al nuovo Ospedale, di cui si poté ora con più comodo ammirare la semplice ma saggiamente ordinata costruzione. È un piccolo ospedale per una ventina di letti, cifra ancora esuberante al bisogno non solo di Stroppa ma dell'intera Valle Superiore. Ne è autore l'architetto valligiano sig. Bermone.

In una delle maggiori sale dell'ospedale stesso ebbe poi luogo (ultima e sostanziale parte della festa) un cordiale e lietissimo simposio, anzi succulento banchetto, durante il quale furono distribuiti agli intervenuti un grazioso ricordo in forma di quadro fotolitografico, e un pregevole opuscolo del dott. Lerda sulla vita del Riberi. Il comm. Moschetti, felice e brillante oratore, improvvisò un altro discorso, vibrante di affetto per la bella valle della Maira, di patriottismo per la gran madre Italia. Ebbe pure parole di lode ed ammirazione pel Corpo sanitario militare e di gratitudine per il concorso da esso dato alla erezione del monumento.

Dissero poi applaudite parole il generale Ferrero di Cavallerleone, il prefetto comm. Molinari, il comm. Abelli-Riberi, il dott. Camera, il medico provinciale cav. Marchisio, il consigliere provinciale cav. Nicolino, il dott. Lerda, e finalmente il cav. dott. Balocco, il quale volle ancora ringraziare il **Giornale di Medicina militare**, nella persona del suo redattore, per la sottoscrizione dal giornale promossa.

Ma noi pur anche, e con noi il corpo sanitario intero, dobbiamo essere grati agli egregi componenti del comitato e soprattutto al sindaco cav. Laugero ed al cav. Balocco, di aver saputo organizzare così belle onoranze a colui che sarà sempre da noi considerato come il padre della medicina militare italiana.



Infermieristica



Consiglio Internazionale degli Infermieri:

Consiglio dei Rappresentanti Nazionali (CNR)

CNR Forum III

“Nurse Prescribing” “La prescrizione Infermieristica”

Materiale di lavoro: ST Julians, Malta, 3 Maggio 2011

Riepilogo

Questo documento presenta gli argomenti chiave e l'impegno dell'ICN, le attività e la relativa politica in materia di prescrizione.

Le ultime due decadi hanno visto importanti cambiamenti nel ruolo e nella funzione degli infermieri in numerosi paesi. Un recente rapporto dall'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico conferma che molti paesi cercano di migliorare il sistema sanitario rivedendo i ruoli dei professionisti della salute, includendo gli infermieri. Il rapporto continua spiegando che se migliorano le capacità professionali degli infermieri ci sarebbe un più facile accesso al sistema sanitario oltre che un contenimento dei costi.

In molti paesi, negli ultimi dieci anni il ruolo infermieristico si è sviluppato con un ampliamento delle funzioni

prevedendo anche la prescrizione e stabilendo per questa nuovi piani e nuove direttive. Le ragioni per le quali viene data la responsabilità di prescrizione agli infermieri sono:

- Aumento degli accessi particolarmente nelle aree meno servite e per i gruppi più svantaggiati;
- Coprire i gap assistenziali nelle aree dove esiste carenza di medici;
- Creare efficienza e prontezza nella risposta;
- Aumentare i servizi e le scelte per il consumatore;
- Indirizzare un maggiore interesse per i servizi nelle comunità;
- Migliorare l'efficienza nell'amministrazione delle risorse;
- Migliorare l'attività di prescrizione attraverso l'aderenza alle linee guida;
- Riconoscere l'importanza di una figura infermieristica altamente formata ma poco utilizzata;
- Riconoscere che la prescrizione infermieristica potrebbe contribuire ad

offrire un sistema sanitario più accessibile, più economico ed efficiente.

L'introduzione della prescrizione infermieristica si è evoluta in modo diverso, nei diversi paesi. In alcuni si è optato per un ruolo infermieristico avanzato: l'infermiere “*practitioner*”/ *avanzato* dove i contenuti formativi incorporano una approfondita conoscenza addizionale per il nuovo ruolo. Il Consiglio Internazionale degli Infermieri (ICN), definisce l'IP (*infermiere practitioner*) o *infermiere avanzato* come un infermiere laureato che ha acquisito una conoscenza esperta di base, che possiede abilità nel prendere decisioni complesse e competenze cliniche per estendere il proprio ruolo nella pratica clinica, caratteristiche precise e mutevoli a secondo del paese di appartenenza. Questo Infermiere è sostenuto da una precisa legislazione e da specifiche credenziali di formazione. Come livello iniziale è raccomandato il possesso del titolo di Laurea Magistrale (Master scientifico). Per gl'infermieri con conoscenze avanzate, prescrivere potrebbe essere una delle componenti dell'avanzamento delle responsabilità del ruolo avanzato. Per questo ruolo avanzato sono richiesti un approfondimento delle conoscenze e un expertise clinico al fine di offrire un vero ruolo infermieristico avanzato. Ciononostante, non tutti gli infermieri con un ruolo infermieristico avanzato prescrivono così come non tutti gli

infermieri che prescrivono sono infermieri “avanzati”.

Per esempio in alcuni paesi come l'Irlanda e il Regno Unito, il ruolo infermieristico esistente è stato ampliato: è stata offerta una ulteriore formazione e training e gli infermieri sono stati abilitati alla prescrizione. In altri paesi la prescrizione è stata incorporata nel ruolo nella formazione Magistrale, è stata estesa al ruolo dell'Infermiere di Famiglia/Comunità o nel Primary Nursing.

Anche il grado di autorizzazione alla prescrizione da parte degli infermieri varia in base all'area clinica. Un sondaggio internazionale condotto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) assieme al Consiglio Internazionale degli Infermieri (ICN), sugli infermieri che lavorano in ambito della salute mentale riportava che nel 14% dei 172 paesi studiati, gli infermieri possono prescrivere farmaci psicotropi. Lo studio evidenziava anche che gli infermieri dei paesi africani a basso reddito erano più in grado di prescrivere dei colleghi di paesi con un reddito alto (dove c'erano più medici).

La variabilità nell'uso della prescrizione infermieristica si è sviluppata anche in base ai diversi sistemi sanitari, alla distribuzione geografica della popolazione e alla posizione degli infermieri nel paese di appartenenza.

Il livello, le capacità, ruolo e prevalenza della prescrizione da parte degli infermieri varia a secondo dei paesi in termini di: **livello di autorità prescrittiva e grado di indipendenza nella prescrizione.**

Questi possono essere a grandi linee raggruppati in: prescrizione indipendente, prescrizione dipendente/supplementare, prescrizione per gruppi di

protocolli, e protocolli specifici per pazienti particolari;

- *Infermieri ai quali è permesso prescrivere:* la definizione del profilo dell'infermiere al quale è permesso prescrivere ed il numero dei professionisti designati in questo ruolo, dipende dalla disponibilità di specifica e adeguata formazione oltre che dalla regolamentazione specifica per il gruppo. Questi criteri definiscono anche l'estensione della figura infermieristica che prescrive a livello nazionale;
- *Situazioni nelle quali l'infermiere può prescrivere:* prescrivere può essere limitato a condizioni specifiche o ad aree di specializzazione;
- *Variazioni regionali/locali:* particolarmente nei paesi federati ove la legislazione varia a livello di stato e provincia;
- *Varietà di farmaci:* in termini di cosa può essere prescritto secondo un formulario completo o limitato. In molti casi il tipo di farmaci e prodotti che possono essere prescritti è aggiornato periodicamente, anche in base all'impatto o ai limiti alla prescrizione stessa;
- *Volontà nazionale e politica:* se non esistono precisi e forti linee guida e regolamenti nazionali, la resistenza di stakeholders come le associazioni mediche o altre associazioni locali, può impedire la messa in atto del ruolo prescrittivo. Può anche verificarsi che in paesi dove sia presente un chiaro sostegno alla prescrizione infermieristica attraverso lo sviluppo del ruolo e di una specifica formazione, le pressioni da parte di altre professioni impediscano i cambiamenti legislativi.

Formazione

Esiste una grande diversità di preparazione degli infermieri atti a prescrivere con conseguenze che si riflettono sull'autorità del ruolo svolto per la prescrizione stessa. In alcuni paesi per esempio l'Australia, USA e Canada, la formazione che fornisce le conoscenze per prescrivere, è contenuta nei curricula dei corsi per “Nurse practitioner” (Infermiere practitioner/avanzato); mentre in altri paesi come per esempio il Regno Unito, i corsi sono più brevi, (per esempio in UK i corsi di formazione alla prescrizione indipendente/supplementare durano 26 giorni di teoria e 12 di pratica su un periodo di 6 mesi, anche in Irlanda i tempi dell'offerta formativa sono simili.

La formazione e il training in ambienti con poche risorse presenta sfide particolari. In questi paesi il bisogno urgente di ampliare l'accesso ai farmaci, per curare malattie come la malaria o l'AIDS/HIV ha portato alla prescrizione infermieristica. Comunque, gli infermieri hanno affrontato la sfida di ricevere la giusta preparazione e di mettere in atto sistemi regolatori per poter esercitare. Per esempio i problemi logistici per poter mettere in atto programmi di formazione in aree rurali (dove sostituire membri chiave di uno staff già estremamente impoverito spostandoli da un posto ad un altro, dove esiste necessità di maggiore bisogno) sono significativi in ambienti con poche risorse dell'Africa sub sahariana.

Provvedere alla prescrizione infermieristica è un processo di sviluppo che continua e si estende. E' anche necessario sostenere i bisogni di un continuo sviluppo degli infermieri che prescrivono. Nei paesi dove già da tempo gli Infermieri svolgono la prescrizione come parte del loro ruolo, è di vitale importanza continuare lo sviluppo della formazione integrandola in molti modelli.

Ricerca ed evidenze

C'è un crescente corpo di evidenze scientifiche relativo al valore del ruolo avanzato dell'Infermiere (Advanced Nursing Practice) ma per quanto attiene la prescrizione, è più limitato. La ricerca disponibile in un numero limitato di paesi (primariamente Stati Uniti e il Regno Unito) dove si può riscontrare con evidenza scientifica il beneficio della prescrizione infermieristica sui risultati, riguarda: accertabilità, relazione paziente/ professionisti, accesso alle cure, tempi più brevi ed appropriati per le terapie ed uso di risorse. L'Irlanda ha completato una valutazione comprensiva della prescrizione nel 2009, due anni dopo che è stata introdotta nel paese. Questa valutazione ha messo in luce che aver esteso agli infermieri (e alle ostetriche) l'autorità di prescrivere farmaci ha avuto risultati positivi, particolarmente per l'impatto che ha avuto sulla cura del paziente e anche sullo sviluppo della professione. L'articolo continua spiegando che il modello di prescrizione per gli infermieri e ostetriche in Irlanda è sicuro ed efficace. Ha dimostrato inoltre che i pazienti irlandesi sono altamente a favore del nuovo ruolo degli infermieri e delle ostetriche anche perché è stata dimostrata una evidente riduzione dei tempi di attesa e una maggiore facilitazione di accesso alle cure.

Punti di discussione

1. In molti paesi le associazioni infermieristiche e/o gli organi regolatori stanno lavorando per introdurre la prescrizione terapeutica infermieristica ma spesso diventa una lotta politica e interprofessionale.
2. L'autorità per prescrivere farmaci di solito richiede emendamenti legislativi spesso frazionati in numerosi parti di legge il che comporta non solo ritardi nell'approvazione ma anche nella conseguente messa in atto.
3. L'introduzione alla prescrizione infermieristica richiede la creazione di una appropriata formazione, regole e pratica clinica strutturate, impegno e interesse di molteplici sostenitori.
4. Anche in paesi dove il ruolo dell'Infermieristica Avanzata è ormai stabilizzato, pur tuttavia vi è una grande varietà di grado di autorità nella modalità dell'esecuzione alla prescrizione. Le strategie di esecuzione variano e vanno dalla messa in atto della prescrizione dietro supervisione medica, prescrizione in base ad accordi collaborativi, prescrizione solo di determinati farmaci (principi attivi), prescrizione solo in base a specifici protocolli fino a ritardi nei cambiamenti di legge etc.
5. In alcuni paesi prevale la necessità di dare una risposta rapida ai bisogni della popolazione assistita e per la mancanza di altre alternative, gli infermieri prescrivono senza ulteriore formazione oltre a quella di base e senza uno specifico mandato emanato da autorità regolatrice.
6. Nelle aree rurali e remote, dove la prescrizione infermieristica è regolamentata, sono notevoli le sfide per ottenere ordinamenti e regolamenti che sostengano attività collaborative. Questa difficoltà spesso sfocia come esito in una limitazione dell'accesso pubblico ai servizi fondamentali per la popolazione.
7. In molti paesi dove agli infermieri è stata confermata l'autorità a prescrivere, spesso i professionisti si trovano di fronte a difficoltà per il rimborso per lo svolgimento della funzione (accesso a costi effettivi) e a difficoltà con le Assicurazioni che in effetti si traducono in impedimenti o scarsa offerta di servizi più richiesti e utili per la popolazione.
8. E ancora, la ricerca nella quale, su evidenza scientifica, vengano dimostrati i benefici sulla popolazione della prescrizione infermieristica e che possa essere di aiuto a coloro che stipulano/scrivono le riforme, è limitata.
9. Il numero di Infermieri che prescrivono, nella maggior parte dei paesi dove questa figura è riconosciuta e presente, è ancora molto basso.

Azioni e direttive ICN

L'ICN usa strategie diverse per sostenere e migliorare il contributo infermieristico per una migliore accessibilità, economicità ed efficienza dei servizi sanitari. Cerca anche di sostenere gli infermieri attivi sul campo per raggiungere a pieno lo scopo e gli obiettivi del loro nuovo profilo e della formazione specifica che hanno ricevuto. L'ICN ha sviluppato risorse e strategie che indirizzano la prescrizione infermieristica, la Pratica clinica Avanzata e l'aderenza allo sviluppo del nuovo ruolo con un profilo che si traduce nella pratica infermieristica clinica.

Queste includono:

1. *Rendere effettiva la prescrizione infermieristica (2009)*: questa monografia nella sua terza edizione descrive la pratica corrente per la prescrizione infermieristica e porta esempi dei nuovi sviluppi includendo il ruolo nei profili di 16 paesi.

2. Il profilo, lo standard e le competenze dell'infermiere con formazione avanzata (*Advanced Practice Nurse*) (2008). Questo documento descrive gli argomenti e le influenze che portano allo sviluppo del profilo dell'infermiere con competenza avanzata, descrive gli standard e le competenze del ruolo dell'infermiere con formazione avanzata.
3. *Modello concettuale per le Competenze per l'infermiere specialista* (2009). Questo documento identifica le competenze degli infermieri che lavorano in ambiti specialistici.
4. *Pacchetto sul profilo professionale e modello concettuale per la presa delle decisioni* (2010). Questo documento è il più recente tra i pacchetti educativi della serie delle proposte ICN e descrive l'ambito delle direttive, i concetti principali, le figure chiave e i processi fondamentali per la discussione e le decisioni circa il ruolo nel quale si svolge e sviluppa la pratica infermieristica avanzata.
5. *Presa di posizione relativa alla infermieristica avanzata* (2003). Questa presa di posizione identifica la responsabilità infermieristica nello sviluppo e diffusione di chiarezza sul profilo infermieristico nello sviluppo del ruolo infermieristico avanzato.
6. *L'infermiere "Practitioner"/"Advanced Nursing Practice": definizioni e caratteristiche* (2004). Questo documento propone le definizioni ICN dell'infermiere *practitioner* o di Assistenza Infermieristica Avanzata e sottolinea le caratteristiche dello sviluppo del ruolo, la formazione, il profilo e le competenze; i meccanismi regolatori e legislativi per l'assistenza infermieristica avanzata.

7. *Assistenza Infermieristica Avanzata*. Questo è un libro che esamina quanto avviene, a livello internazionale, nell'ambito dell'assistenza infermieristica avanzata ed include discussioni relative ai diversi ambiti e autorità dell'infermiere in possesso di una formazione adatta per lo sviluppo della pratica clinica avanzata.

L'impegno dell'ICN a sostegno della *clinica avanzata* è evidente anche nei suoi progetti e programmi:

1. Il network/Gruppo di lavoro dell'ICN sull'Infermiere Practitioner/Assistenza infermieristica avanzata è stato istituito nel 2000 e attualmente è rappresentato da 1780 membri. Questa rete di collaborazione è una risorsa per la formazione dell'Infermiere di assistenza avanzata, produce fogli informativi sugli sviluppi recenti, organizza conferenze e fornisce opportunità di dialogo sullo specifico argomento e sugli obiettivi della pratica infermieristica avanzata.
2. L'ICN offre incontri annuali internazionali per discutere argomenti chiave collegati alla regolamentazione e alle credenziali necessarie per mettere in atto l'assistenza infermieristica avanzata. La continua evoluzione del profilo dell'infermiere di assistenza avanzata e della prescrizione infermieristica sono stati formulati come argomenti chiave di discussione e livello internazionale durante i recenti incontri per la regolamentazione e definizione dei requisiti.

Domande

1. Quali gap esistono nell'approccio utilizzato dall'ICN?
2. Quali sono gli elementi chiave delle direttive fondamentali e delle riforme necessarie? Devono essere cambiate, e se sì, come?

AUSTRALIA

Fino allo scorso anno, in Australia, era permesso fare la prescrizione solo ad una limitata percentuale di Infermiere *Practitioner*. Potevano prescrivere un numero limitato di farmaci che erano stati definiti con legislazione e regolamenti governativi sia statali che territoriali. Una percentuale ancora minore poteva prescrivere farmaci riportati in un formulario specifico, limitato, protocollo, sviluppato secondo particolari accordi e modalità di servizio. La struttura per un avanzamento della prescrizione infermieristica in tutto il Continente, risultava variabile fino al varo di una Legislazione Nazionale con relativa registrazione e accreditamento che è avvenuta nel luglio 2010.

Mentre il sistema sanitario australiano è stato lento nel dare avvio al ruolo dell'*Infermiere di Assistenza clinica avanzata (Advanced Practice Nurse - ANP)*, il 2010 ha portato riforme importanti per l'introduzione a regime basata sulla sicurezza e su requisiti definiti di assistenza infermieristica di qualità. Oggi gli ANPs, possono prescrivere farmaci rimborsabili da parte dello Stato, e forniscono specifici servizi perché autorizzati. Nel novembre 2010, le riforme apportate dall'Australia's Medicare Benefits Schedule (AMBS) e dal Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS), permetteva agli Infermieri e Ostetriche con competenze Infermieristiche Avanzate, di accedere a specifici servizi e prescrizioni. Il PBS comprende le direttive nazionali (Australia National Medicine Policy) ed esercita una funzione di calmiera per l'accesso economico ai farmaci. Gli Infermieri *"Practitioner/Advanced Practice Nurse"* in possesso dell'autorizzazione alla prescrizione, possono prescrivere usando i farmaci ed i codici PBS

ma solo nella pratica privata mentre in alcuni ospedali appena ottenuto il numero di identificazione personale possono prescrivere farmaci alla stessa stregua dei medici.

Negli Stati/Territori dove sono in atto accordi con il Commonwealth, sono applicati, nel settore privato come in quello pubblico, i diritti alla prescrizione (secondo il nomenclatore del PBS). Gli infermieri di ANP, ai quali è permesso prescrivere farmaci PBS, possono scegliere, in base alla formazione ricevuta, di fare la prescrizione relativamente a quattro categorie suddivise in: prescrizione totale, terapia continuativa, modelli di assistenza interprofessionale e prescrizione ristretta.

Mentre questi cambiamenti significano benefici per gli ANP e anche per la comunità, alcune restrizioni dipendono dai risultati che riescono a fornire. Attualmente per poter fornire le prescrizioni PBS (o servizi MBS) gli ANP devono dimostrare di collaborare con medici specifici. Gli Infermieri di *Pratica Avanzata e Practitioner* per poter prescrivere i farmaci contenuti nel prontuario del PBS devono essere in possesso di un attestato di collaborazione con un apposito medico. Il Governo australiano definisce un accordo di collaborazione come “un accordo tra un infermiere (ANP) /ostetrica eleggibile con un medico per fornire:

- Consulenza con uno specifico medico
- Referto di un paziente ad un medico specifico;
- Far prendere in carico l'assistenza del paziente se di importanza clinica, ad un medico specialista, per assicurare un'assistenza sicura e di alta qualità

Queste riforme sono intese a migliorare la scelta del consumatore e gli accessi alle strutture. Lo spirito della riforma sanitaria intende aumentare gli accessi nelle

comunità più lontane e remote, L'Associazione australiana degli Infermieri cerca, in virtù della difesa dei Cittadini e del rapido accesso alle cure, di intervenire presso il Governo contro l'obbligatorietà di collaborazione con un medico specifico perchè questa restrizione spesso è impraticabile e potenzialmente potrebbe limitare l'accesso pubblico ai servizi infermieristici di assistenza avanzata.

L'Associazione australiana degli Infermieri ha accolto i cambiamenti di legge del 2010 come importanti e nella giusta direzione. Continuerà a lavorare per migliorare gli accessi per la comunità, al fine di fornire il meglio dell'assistenza infermieristica disponibile.

CANADA

Argomento

“La prescrizione infermieristica” aumenta l'accesso all'assistenza sanitaria.

Background

In Canada, l'autorizzazione alla prescrizione per Infermiere laureato è minima e varia anche se un numero di giurisdizioni discutono in maniera formale o informale con i rispettivi Governi per cambiare i regolamenti e permettere agli infermieri di prescrivere. I Canadesi ricevono circa 483 milioni di prescrizioni ogni anno (circa 14 prescrizioni per ogni cittadino all'anno). In Canada possono fare la prescrizione terapeutica i medici, dentisti, farmacisti, ostetriche, ottici, podologi, Practitioner/di Assistenza Avanzata e con alcune restrizioni anche gli Infermieri laureati.

È solo dal 2009 che in tutte le giurisdizioni è permesso per legge agli infermieri di prescrivere in base ad una limitata lista di farmaci. In alcune giurisdizioni gli Infermieri practitioner possono prescrivere solo in base ad una limitata

lista di farmaci. In effetti questo rappresenta un ostacolo all'assunzione in toto del ruolo di Infermiere che prescrive terapie, principi attivi e farmaci. Permettere agli infermieri laureati di prescrivere farmaci e terapie ha contribuito a migliorare l'accesso all'assistenza sanitaria ed avrà un impatto anche sulla professione infermieristica.

Scrivere una prescrizione è una piccola parte di una più grande equazione che coinvolge una formazione e addestramento addizionali nella rilevazione dei bisogni, in epidemiologia, farmacologia e nella diagnostica. Affinché il ruolo sia svolto in modo efficace, dovrebbero essere ben stabilizzati formazione, pratica clinica e regolamenti strutturali.

L'evidenza

I bisogni di salute della popolazione

1. Il 14% dei Canadesi non hanno accesso ad un medico di famiglia,
2. Tra i Canadesi chi presenta maggiori difficoltà nelle routine assistenziali, il 45% cita lunghi tempi d'attesa per un appuntamento come motivo principale di insoddisfazione.
3. Esiste un bisogno dimostrato di Infermieri laureati nelle comunità che possano prescrivere e dispensare farmaci.

Realtà politiche

1. Dovrebbero essere considerate le relazioni tra infermieri laureati e gli accordi interni di lavoro (Internal Trade Agreements);
2. L'esperienza CNA (associazione infermieristica canadese) con gli *Infermieri Practitioner* sostiene il bisogno di un Accordo Nazionale per assicurare coinvolgimenti armonici nell'am-

bito della pratica clinica, formazione, regolamentazione, pianificare le risorse umane e promuovere la comunicazione.

3. La professione infermieristica è impegnata a persuadere i Governi affinché gli *Inf. Practitioner* possano essere autorizzati a fare la prescrizione infermieristica.
4. Alcuni medici hanno espresso il desiderio di collaborare alle riforme. Questi hanno chiesto che la descrizione della prescrizione infermieristica degli Infermieri laureati sia ben differenziata da quella medica.
5. Nella messa in atto a regime, il coinvolgimento nella discussione delle riforme delle altre Organizzazioni assistenziali, potrebbe aumentare potenziali problemi.

Priorità

L'Associazione infermieristica canadese sostiene il concetto della prescrizione infermieristica come un modo per ottimizzare l'uso delle risorse umane nell'assistenza e comprendere i bisogni attuali della popolazione.

La valutazione della prescrizione da parte degli Infermieri laureati in Gran Bretagna e Irlanda ha dimostrato riduzioni nel numero di pazienti che ritornano alla visita, riduzione dei tempi di attesa, adesione ai programmi terapeutici dei pazienti, miglioramento dell'uso dei farmaci e migliori benefici per i pazienti.

DANIMARCA

L'Organizzazione infermieristica danese la DNO, al momento sta lavorando per una più alta formazione infermieristica che permetta il riconoscimento definitivo del ruolo di un *infermiere practitioner* autorizzato alla

prescrizione. Lo sviluppo demografico comporta che i pazienti cronici abbiano bisogno di un'assistenza complessa, che richiede collaborazione tra i diversi settori dedicati. Al momento i pazienti cronici non ricevono un'assistenza valida e gli infermieri offrono assistenza primaria assieme a quella secondaria senza avere però una opportuna guida professionale. Comunque, la DNO, vede gli infermieri *advanced* autorizzati alla prescrizione come coordinatori dell'assistenza futura e come persone risolutive per i pazienti cronici. In accordo, gli infermieri devono avere diritto di prescrivere, per i malati cronici, almeno i farmaci di uso più comune. In Danimarca il diritto alla prescrizione è strettamente regolamentato e gli infermieri non possono prescrivere alcun farmaco. L'organo regolatore, il Consiglio Nazionale della Salute, non vede il bisogno di una prescrizione infermieristica perché la legge danese non prevede la delega da parte dei medici, ad altri gruppi assistenziali. In accordo il direttore medico del Dipartimento potrebbe permettere alla Direzione del gruppo per i pazienti di definire i limiti entro i quali ad alcuni infermieri potrebbe essere permesso di cambiare o rivedere la prescrizione dei farmaci ai pazienti con disturbi cronici. L'Associazione danese degli Infermieri continua a sostenere il diritto alla prescrizione da parte degli Infermieri. Attualmente la situazione è ad un punto di stallo. Molti politici sono positivi, ma fonti ufficiali del Ministero della Salute e del Consiglio Nazionale della Salute sono scettici. Siamo convinti che ci stiamo muovendo verso la prescrizione infermieristica e che anche a livello politico, gli infermieri ricevono sempre più sostegno.

PORTOGALLO

In Portogallo l'accesso ai farmaci è regolato in modo relativamente semplice. Le farmacie sono soggette a specifiche leggi che stabiliscono regole circa la proprietà, il numero di farmacie e la distribuzione geografica e l'orario di apertura. La regolamentazione prevede l'obbligo di avere almeno una farmacia aperta di notte in tutta la regione. Domeniche e feste pubbliche (alcune farmacie di recente hanno richiesto e gli è stato concessa l'apertura 24 ore al giorno). Ci sono ricette particolari per prescrizioni di farmaci per terapie di lunga durata per malattie croniche, che permettono ben tre volte l'utilizzo della stessa prescrizione (ricetta). Un notevole numero di farmaci da banco può essere venduto in punti appositi (health shops) dei supermercati. Non è da ignorare il fatto che in un considerevole numero di farmacie, i cittadini possono comprare i farmaci necessari senza prescrizione. Il modello infermieristico portoghese dichiara che l'assistenza infermieristica è focalizzata sulla promozione dei progetti individuali di salute dei cittadini. In questo contesto, ed insieme a tutti i cicli vitali, l'infermiere si occupa dei bisogni primari dell'uomo, previene le malattie, promuove i processi di riadattamento e la massima indipendenza nell'attività diurne, adattamento funzionale in risposta ai deficit che l'utente presenta durante la riabilitazione.

Nella Regolamentazione della Pratica Professionale Infermieristica (D.L. n. 161/1996), sono stati distinti due tipi di intervento infermieristico: autonomo e interdipendente.

- Autonomi sono quegli interventi che sono stati prescritti direttamente dagli infermieri, su propria iniziativa e responsabilità.

- interdipendente sono quegli interventi iniziati da altri membri del team. Gli infermieri si assumono le responsabilità di mettere in pratica interventi infermieristici che derivano dalla prescrizione di un altro professionista membro del team

L'infermiere si assume la responsabilità della prescrizione e della messa in atto dell'intervento prescritto. Questo documento legale cita nel suo 12° articolo: "Assicura in ogni modo di mantenere la vita dell'utente in caso di emergenza" il che include anche la prescrizione e somministrazione dei farmaci salva vita. Nel contesto appena descritto la pratica infermieristica differisce considerevolmente e possono essere elencate numerosi esempi di situazioni particolari: l'infermiere che raccomanda ad un paziente un farmaco da banco, l'infermiere che indica cosa usare per medicare una ferita, l'infermiere che monitorizza il livello di glicemia di un paziente e secondo uno schema ben preciso somministra insulina o glucosio, oppure l'infermiere che testimonia una reazione anafilattica causata da un farmaco somministra per esempio adrenalina etc. E' questo l'infermiere che prescrive?

In Portogallo, fino a poco tempo fa la prescrizione infermieristica, più specificatamente quella di un farmaco, era un argomento fuori dalle discussioni formali poste all'attenzione degli Infermieri. Comunque quando in Spagna è stata approvata la legge che garantiva poteri di prescrizione infermieristica e un mese fa quando due organizzazioni infermieristiche durante conferenze scientifiche spiegavano i vantaggi della prescrizione infermieristica, fu catturata l'attenzione dei media con la conseguenza di interventi a favore dell'argomento. Avendo in mente la situazione negli altri paesi specialmente in Spagna, (paese confi-

nante) gli orientamenti in Europa (prescrizioni elettroniche e libera circolazione dei pazienti e dei professionisti), l'Ordine degli Infermieri ha iniziato a porre maggior attenzione sull'argomento. La decisione di porre all'attenzione del CNR questo argomento ha formalizzato la discussione tra l'Ordine e altri collaboratori nel Forum Nazionale delle Organizzazioni Infermieristiche - FNOPE.

Noi crediamo che le situazioni descritte sopra siano il punto di partenza di una più ampia discussione sull'argomento in Portogallo; all'interno della professione, con altri professionisti dell'assistenza sanitaria, la società e con le autorità governative.

SPAGNA

La cosiddetta prescrizione infermieristica è il classico esempio di nuova competenza infermieristica. La prescrizione infermieristica è un elemento il cui beneficio contribuisce alla qualità dell'assistenza sanitaria e la sicurezza della popolazione. La professione infermieristica ha standardizzato la pratica clinica in Spagna prima di molti altri attraverso progetti di ricerca come la NIPE, che ha stabilito standard di qualità per ogni intervento infermieristico seguendo la migliore pratica e rispettando i valori e principi etici centrali. QUESTA fornisce anche un insieme di linee guida di assistenza pratica e clinica. Da questo momento la professione infermieristica non ha più limiti nel campo della prescrizione di farmaci ed è stata dimostrata una maggiore efficacia ed efficienza del sistema sanitario. L'articolo 9.1 del legge 44/2003 Novembre 21, in base al principio dell'assistenza sanitaria completa stabilisce la regola-

zione della professione sanitaria come base di una collaborazione multidisciplinare, considerando l'integrazione di continui processi in modo di evitare frazionamenti o confusione nei servizi forniti dai diversi specialisti.

L'emendamento della legge 29/2006 del 26 Luglio sulla sicurezza ed uso razionale dei farmaci e del materiale sanitario, applicato con la legge 28/2009 30 dicembre, è stato incluso – specificatamente nell' articolo 77, paragrafo 1 e recita: gli infermieri come gruppo professionale sono autorizzati a svolgere tutte le funzioni nel campo della prescrizione di farmaci e dell' uso di materiale sanitari.

In più gli infermieri hanno la capacità di indicare autonomamente, usare ed autorizzare la vendita di tutti quei farmaci che non sono soggetti alla prescrizione medica e le attrezzature sanitarie usando la relativa scheda o ricetta per la prescrizione.

Entrambe, il formulario della prescrizione medica e l'ordine di prescrizione infermieristica sono documenti standard e perciò rappresentano un fondamento per lo scambio di informazioni tra i professionisti della salute ed i garanti del paziente. Essi permettono ai professionisti di fornire correttamente terapie e massimizzare l'efficienza del trattamento senza pregiudicare il ruolo giocato nella struttura di supporto, ordinazione e fatturazione dei servizi farmaceutici ricevuti dagli utenti del Sistema del Servizio Sanitario Nazionale Spagnolo.

SVEZIA

Infermieri

Gli infermieri con l'autorizzazione a prescrivere secondo la propria specializzazione possono offrire ai pazienti

un'assistenza migliore con una prospettiva olistica ed un veloce accesso ai farmaci. Questo rende la vita più facile per gli anziani e per le persone disabili che potrebbero trovare difficoltoso recarsi in un ambulatorio o presso un'altra clinica dove si trovano i medici. I pazienti ed i familiari ricevono consigli migliori ed informazioni assieme a disponibilità superiore. Gli infermieri possono prendere in considerazione anche trattamenti alternativi alla prescrizione di farmaci. Il diritto alla prescrizione risulta migliorare la comunicazione tra gli altri professionisti che si prendono cura dei bisogni del paziente.

L'autorizzazione e prescrivere per gli infermieri in Svezia è regolata dal Consiglio Nazionale della Salute e del Benessere. I tre aspetti principali sono:

1. Per la prescrizione infermieristica: è necessaria una ulteriore formazione di almeno un anno; che dovrebbe includere almeno un minimo di 15 crediti in farmacologia e biologia della malattia.
2. L'infermiere dovrebbe lavorare entro ambiti specifici, gli infermieri di distretto dovrebbero lavorare in ambito dell'assistenza primaria o assistenza domiciliare (Consigli di Contea). Altri infermieri dovrebbero lavorare nell'ambito assistenziale domiciliare per gli anziani, e servizi domiciliari di persone disabili o nelle Case di Riposo (Municipali). I Servizi privati di assistenza che sono finanziati con denaro pubblico dei Consigli di Contea e i Municipi sono trattati ugualmente.
3. L'infermiere, per poter prescrivere dovrebbe possedere un codice identificativo richiesto al Consiglio Nazionale della Salute che deve essere inserito quando viene compilata la prescrizione.

L'astensione all'esercizio del diritto della prescrizione infermieristica è regolato da un registro speciale tenuto dal NBHW. Molti di questi farmaci che possono essere prescritti sono "da banco" e accessibili senza prescrizione. Agli infermieri che lavorano presso servizi assistenziali privati non sono permesse le prescrizioni di farmaci, il diritto alla prescrizione è permessa entro certi ambiti dell'assistenza primaria, domiciliare e assistenza agli anziani e disabili.

Ostetriche

Anche la prescrizione da parte delle Ostetriche è regolata dal NBHW. Esse hanno il diritto di prescrivere farmaci per il controllo delle nascite se hanno seguito una formazione sulla consulenza dei contraccettivi e hanno concluso un periodo di apprendistato soddisfacente.

L'Organismo che protegge la professione (Vardförbundet) crede che il diritto alla prescrizione non dovrebbe essere ristretto a posti particolari o aree di attività specifiche, ma semplicemente dal riconoscimento un livello di abilità come è per esempio per i medici. Gli infermieri dovrebbero avere l'autorità alla prescrizione per tutti i tipi di farmaci. Dando agli infermieri un'autorità estesa alla prescrizione entro piani di specifici programmi di assistenza, si potrebbe realizzare un'opzione per l'assistenza al diabete, dove l'infermiere dovrebbe essere in grado di prescrivere, anche svariate volte, il farmaco per stabilizzare i pazienti, così come pure nella medicina del lavoro e dei servizi assistenziali nelle scuole. Le ostetriche lavorano in gran parte in modo indipendente dispensando consigli sulla contraccezione, spiegando problemi legati alla menopausa, incontinenza, allattamento. L'autorizzazione alla prescrizione per le ostetriche dovrebbe

essere estesa anche alla prescrizione ripetuta di farmaci come gli estrogeni per le donne anziane, sintocinina per le donne che allattano, così come gli antibiotici per le infezioni urinarie meno gravi e malattie sessuali trasmissibili.

TAIWAN

A differenza dei paesi occidentali, il documento infermieristico the Nurses Act, vieta l'autorizzazione alla prescrizione di farmaci. The Physicians Act, il documento redatto per i medici, definisce lo scopo professionale dei medici includendo diagnosi, prescrizioni, interventi di chirurgia, etc. In accordo con l'articolo 28 del documento medico, gli infermieri, ostetriche e altro personale medico facente parte di un'organizzazione medica, può sotto la guida di un medico, somministrare farmaci, applicare medicazioni e promuovere la riabilitazione, anche senza la presenza diretta del medico. A Taiwan, il concetto della prescrizione infermieristica è ancora ad un livello iniziale, e solo gli infermieri practitioner sono autorizzati a compilare una prescrizione con il consenso del medico.

Solo gli infermieri *practitioner*/di assistenza infermieristica avanzata possono fare la prescrizione di farmaci.

Taiwan ha cercato di adottare il sistema americano come modello per l'introduzione alla formazione alla prescrizione da parte degli infermieri, e gradualmente ha sviluppato un programma che è in atto negli ultimi dieci anni e che incorpora la prescrizione da parte degli infermieri negli ospedali.

In accordo con il DOH 2007, documento della Salute reso pubblico, le responsabilità assistenziali degli infermieri includono:

1. Valutazione dello stato di salute, consulenza ai pazienti ospedalizzati;
2. Registrazione dei dati riguardanti le condizioni del paziente in ospedale;
3. Fornire spiegazioni e informazioni di interesse sulle patologie ai pazienti ed ai membri della famiglia;
4. Compilare in base alla richiesta del medico la prescrizione, che presenti il nome del medico, la data e orario e, così come ordinato dalla legge, apportare la firma del medico ove richiesta;
5. Tutte quelle responsabilità di carattere infermieristico che possono essere messe in atto dagli infermieri così come dice l'autorità sanitaria governativa.

Per facilitare lo sviluppo della pratica infermieristica, dal 2007, è stato definito un sistema di crediti per gli infermieri, insieme agli aggiornamenti continui della formazione. Circa 68 ospedali, hanno ricevuto l'approvazione per la formazione degli infermieri *practitioner* vale a dire che forniranno e seguiranno l'apprendistato degli infermieri nei reparti di medicina e chirurgia.

La maggior parte della formazione infermieristica viene condotta in ospedale, ma la figura di assistente al medico preoccupa un po'. Solo quando la formazione degli infermieri raggiungerà livelli accademici, allora gli infermieri Practitioner saranno formati per e capaci di un'assistenza completa.

REGNO UNITO

La prescrizione infermieristica in UK è ora una qualifica stabilizzata largamente e la pratica è accettata largamente da molti infermieri senior. Quelli sparsi per le comunità sono circa 30.000, e ci sono circa 18.000 infermieri indipendenti o che prescrivono, definiti come supplementari.

In Gran Bretagna, ci sono circa 1.000.000 di prescrizioni infermieristiche ogni anno. Una ricerca condotta dalle Università di Southampton, Reading e Surrey, ha dimostrato che la prescrizione infermieristica appare più economica, clinicamente effettiva e soddisfa di più i pazienti/utenti.

Nonostante ci fosse un po' di resistenza all'inizio da parte di altri professionisti, l'evidenza del successo della prescrizione infermieristica, ha portato non solo ad una riduzione di quella resistenza iniziale, ma ha migliorato la comunicazione con gli altri professionisti del team medico multidisciplinare, e ha fatto sì che anche altri gruppi di professionisti della salute seguano come priorità corsi di alta formazione.

I punti cardine del successo della prescrizione infermieristica in UK, sono stati proprio quei politici coinvolti nell'applicazione di leggi specifiche per il sistema sanitario, opinionisti di rilievo, e professionisti della sanità di alto livello. Tra le figure di rilievo ancora vi sono quei professionisti che hanno aiutato la supervisione degli infermieri durante tutto l'arco della formazione, e anche dopo il periodo post abilitazione.

Quindi gli infermieri prescriventi hanno la possibilità di prescrivere quasi tutti i farmaci con o senza brevetto ed i farmaci senza brevetto (a parte alcuni farmaci controllati). La legislazione è applicata per permettere l'ottenimento del "Controlled Drugs", una sorta di cartellino di riconoscimento ai fini della prescrizione, cosa che ha ottenuto supporto da tutti i professionisti e Organi governativi. Tutti gli infermieri prescriventi quindi sono obbligati a seguire inesorabilmente la Legge, seguire le linee guida dei datori di lavoro, e di seguire attentamente secondo le loro competenze e gli standard del Consiglio Infermieristico Inglese.

Per qualificarsi alla prescrizione infermieristica, gli infermieri devono ultimare un corso universitario accreditato dal Consiglio Infermieristico NMC. Al completamento di esso, segue poi la registrazione all'Ordine degli infermieri.

Al momento l'Organo regolatore in UK, accetta solo infermieri qualificati nelle università e che seguono un piano di studi redatto dal NMC. Così come molti paesi hanno le proprie schede per la prescrizione, con differenti parametri, completati in diversi livelli di formazione. E anche noto che ci sono differenze nei formulari, che comporta la non trasmissibilità/convertibilità della qualifica tra paesi, così come accade con l'abilitazione di base.

Mentre i colleghi medici possono trasferire la loro abilitazione alla professione e l'autorizzazione alla prescrizione medica, di contro invece la prescrizione infermieristica non è accettata in tutto il mondo al momento, ma un numero sempre in crescita di paesi sta cercando di standardizzare la formazione degli infermieri così da permettere una uniformità di sviluppo della professione in tutto il modo.

SCOZIA

Nell'agosto 2010 il governo scozzese produsse un rapporto sulla prescrizione infermieristica in Scozia, dimostrando i lati positivi della prescrizione:

1. Un'assistenza migliore ai pazienti;
2. Un accesso più veloce ai farmaci;
3. Miglior impiego del tempo a disposizione dei medici e degli infermieri.

La pratica infermieristica è vista per:

1. Migliorare la comunicazione tra i professionisti della salute;
2. Sostenere le riforma sanitarie in Scozia includendo maggiore impiego delle risorse per la prevenzione nelle comunità, prendersi cura degli anziani

e dei malati cronici, e soprattutto migliorare la prevenzione sulla cura.

3. Discutere sulla sicurezza dei pazienti.

La pratica della prescrizione infermieristica impiegata seguendo le linee guida è presente quasi in tutto il paese. Lo studio ha anche dimostrato che:

1. Il pubblico è molto confidente delle capacità infermieristiche;
2. Gli infermieri che prescrivono percepiscono un miglioramento della loro pratica con i pazienti;
3. Il pesante lavoro dei medici è stato ridotto, permettendo così di migliorare la loro pratica con i pazienti;
4. Gli infermieri sono visti e valutati, dagli utenti ed altri professionisti, come infermieri *avanzati/practitioner*, competenti attenti e precisi.

GALLES

Nel Galles la prescrizione autorizzata alle categorie non mediche fu concessa dal Governo nel 2007 e da allora L'Assemblea Governativa del Galles, ha sponsorizzato i corsi specifici per gli infermieri. Comunque si è cercato di impostare un piano di strategie che potesse organizzare la pratica infermieristica nelle comunità o nell'area critica. Molto è però ancora fatto in maniera autonoma dagli infermieri su propria iniziativa o dagli Infermieri responsabili dei Dipartimenti oppure spinti anche dalla buona volontà di altri colleghi dell'area medica.

IRLANDA DEL NORD

La prescrizione infermieristica nell'Irlanda del Nord è stata messa in atto dal punto di vista legislativo nel 2007 per permettere agli infermieri qualificati di supporto di prescrivere tutti i tipi di farmaci per ogni condizione medica, includendo anche alcuni farmaci controllati, entro i limiti della propria specializzazione. Una guida è pubblicata dal Dipartimento della Salute, Servizi Sociali e sicurezza pubblica.

In questo momento, in Irlanda del Nord, ci sono circa 200 infermieri indipendenti con la concessione per prescrizione.

**Con gentile autorizzazione alla pubblicazione
dell'ICN e della CNAI.**

**(Traduzione a cura di *Silvio Di Giorno*).
Adattamento per il GMM: *Walter De Caro*.**

Massimario della Corte dei Conti

a cura di Francesco Boccucci * e Alessandro Iaria °



(Dalla "Rivista della Corte dei Conti" fasc. 5, settembre-ottobre 2010)

206/A - Sezione giurisdizionale d'Appello Regione Sicilia, 6 ottobre 2010: Pres. (ff.) Cilia - Est. Cultrera - U. (avv. ti Granozzi e Riccio) c. INPDAP.

Riforma Sez. Sicilia n. 2651/08.

Pensioni civili e militari - Somme percepite dal pensionato in buona fede - Errore di fatto o di diritto Irripetibilità.

Sono irripetibili le somme percepite in buona fede dal pensionato in presenza di un errore di fatto o di diritto che ha causato l'erogazione della somma risultata poi non dovuta.

(Dalla "Rivista della Corte dei Conti" fasc. 6, novembre-dicembre 2010)

640/A - Sezione I centrale, 23 novembre 2010 - Pres. Piscitelli - Est. Fratocchi - W. T. (avv. Bonaiuti) c. Ministero Difesa. (Conferma Sez. Lazio n. 2393/06)

Pensioni civili e militari - Infermità dipendente da causa di servizio - Infermità clinicamente documentata durante il servizio - Mancata istanza nel termine di cinque anni dalla cessazione del servizio - Decadenza.

(D.PR. 29 dicembre 1973 n. 1092, art. 169)

La decadenza in cui incorrono i dipendenti civili e militari che abbiano lasciato decorrere cinque anni dalla cessazione del servizio senza chiedere l'accertamento della dipendenza delle infermità contratte, non è esclusa dalla circostanza che tali infermità risultino clinicamente constatate nel corso del servizio, ove non ne sia seguita una pronuncia dell'amministrazione sulla dipendenza da causa di servizio, anche se negativa (1).

(1)- Cfr Corte dei conli. SSRR, 10 giugno 1989 n. 83/C, in questa Rivista 1989, 3, I, 39.

247 - Sezione giurisdizionale Regione Marche, 20 dicembre 2010: Giud. Un. Scandurra - G. (avv. Pettinari) c. Ministero Interno.

Corte dei conti - Giudizio pensionistico - Diritto alla pensione privilegiata - Commissario di Polizia - Patologia cardiaca - Fattispecie - Spettanza.

Sussiste il nesso di causalità tra l'ipertensione arteriosa ed il servizio stressante di ordine pubblico e polizia stradale, svolto anche con auto e moto; la patologia è ascrivibile alla 8ª categoria funzionale dalla data del collocamento a riposo.

* Ten. Col. me. Direttore I Sez. - IV Div. Medicina Legale, Difesan - Roma.

° Magg. me. Specialista in Medicina Legale e delle Assicurazioni - IV Div. Medicina Legale, Difesan - Roma.



Notiziario

Emergenza “CORNO D’AFRICA” 2011 L’intervento della Croce Rossa Italiana

Nell'estate del 2011 l'agenzia delle Nazioni Unite, rilevando che il numero di persone bisognose di assistenza alimentare a causa della siccità nel Corno d'Africa era salito a 13,3 milioni, ha dichiarato lo stato d'emergenza.

Le cause che hanno determinato questa situazione sono diverse, ma la principale è sicuramente la siccità che, ha colpito le popolazioni residenti in contesti rurali, strettamente dipendenti dall'agricoltura e dall'allevamento di animali comportando una riduzione dei pascoli e raccolti inadeguati.

Non più di una ventina di anni fa il Kenia appariva ai visitatori come una terra ricca di vegetazione e di animali, con paesaggi di rara bellezza. La siccità ha stravolto l'aspetto del territorio che si presenta come una distesa arida e desolata, i pascoli bruciati dal sole ed un impressionante numero di fiumi inariditi. Gli animali, che un tempo costituivano una delle attrazioni principali, hanno abbandonato la regione alla ricerca di luoghi migliori per sopravvivere.

La riduzione delle risorse idriche porta con sé anche un conseguente

peggioramento delle condizioni igienico-sanitarie, soprattutto per le fasce più deboli, che hanno innalzato drasticamente il rischio di malattie ed epidemie.

Solo nel Kenia settentrionale, la stima (ONU) delle persone che si trovano in situazione di “insicurezza alimentare” e bisognose di interventi urgenti è di 3,5 milioni, con un rischio maggiore per i bambini.

In altre regioni di questa area, alla carestia si sono aggiunti l'instabilità data dai conflitti, che hanno spinto sul confine e nei campi profughi, tra gli altri, più di 90.000 donne in gravidanza e in allattamento sofferenti di malnutrizione e di 385.000 bambini, di cui 65.000 con malnutrizione acuta grave e bisogno di cure mediche immediate.



La zona più colpita è la remota regione dei Turkana, a ovest dell'omonimo lago. I bollettini di IRIN news (servizio d'informazione on line dell'Ufficio ONU per gli affari umanitari) parlano di una popolazione ridotta alla fame.

I Turkana sono un popolo di ceppo nilotico, tradizionalmente pastori nomadi dediti all'allevamento di zebù (un bovino diffuso nelle zone più calde dell'Africa, capace di adattarsi a terreni aridi), dromedari e capre. In occasione dell'ultimo censimento del Kenya i Turkana erano quasi un milione di persone, per il 60% pastori nomadi. La base tradizionale della loro alimentazione è il latte e il sangue degli animali, con un po' di frutti ed erbe selvatiche.

Gran parte della popolazione continua a vivere in un regime di sussistenza fondato sulle mandrie, senza commercio. Ma quando le piogge mancano e i pascoli si seccano, per tutti i Turkana è la fame. I bambini gravemente malnutriti, a causa della mancanza di assunzione di proteine, mostrano i caratteristici edemi al volto ed agli arti. Come è noto, la malnutrizione viene distinta in grave acuta o globale acuta.

Quando il valore del tasso globale di malnutrizione acuta (GAM) supera il 10% è emergenza. Nella regione Turkana il valore GAM è pari al 37%.

L'intervento della Croce Rossa italiana

Nel luglio 2011, non riuscendo a far fronte in maniera adeguata a questa situazione, la Società Nazionale della Croce Rossa del Kenya ha chiesto alla Croce Rossa Italiana un supporto sanitario collaborativo per una missione umanitaria nel nordovest del Kenya e una presenza in progetti futuri, indirizzati non ad aiuti fine a se stessi, ma all'autosostentamento a medio e lungo termine.

L'équipe inviata dalla CRI, insieme ad attrezzature e sistemi logistici, era costituita da: un interprete, quattro logisti tra i quali il team leader e un amministratore e tre Infermiere Volontarie.

Il Turkana è localizzato nel nordovest del Kenya; la superficie complessiva del distretto è 68.680,29 km².

Il distretto è, a sua volta, suddiviso in sei subdistretti: Turkana North, Turkana West, Loima, Turkana East, Turkana Central e Turkana South.

L'area interessata dall'operazione è stata quella del Turkana North e Turkana Central (che include Lodwar, principale cittadina del distretto), specificamente nella divisione di Kaikor.

Lodwar, distante circa 5 ore di viaggio in jeep, su strada sterrata, dal

distretto di Kaikor (ove era situato il campo base), è la più vicina area di approvvigionamento.

Gli obiettivi dell'intervento, in accordo con la Croce Rossa Keniota già operante nella zona, sono stati:

- garantire l'accesso a strutture sanitarie con ambulatori mobili;
- allestire un presidio sanitario pediatrico;
- attuare un programma nutrizionale rivolto soprattutto ai bambini;
- distribuire aiuti alimentari;
- effettuare una campagna di vaccinazioni, rivolta ai bambini e alle donne incinte, contro febbre gialla, malaria, colera, meningite e poliomielite.

Il programma di lavoro prevedeva l'affiancamento al personale sanitario locale della Croce Rossa Keniota al fine di portare soccorso, assistenza sanitaria e attività di distribuzione degli aiuti alimentari, attraverso lo spostamento con cliniche mobili (jeep) utilizzate per raggiungere i villaggi nelle zone impervie e affamate, considerata la generale carenza di strade e le notevoli difficoltà di accesso ai villaggi per acqua e cibo: la nostra presenza ha permesso di raddoppiare le visite nei villaggi.

Nelle visite è stata subito riscontrata una gravissima malnutrizione, con mortalità infantile altissima.



L'attività svolta dalle Infermiere Volontarie

Testimonianza della I.V. S.lla Mariangela ZARINI

L'équipe delle Infermiere Volontarie CRI, arrivata sul posto alla fine del mese di agosto, era composta da un medico pediatra, un'infermiera specializzata in emergenza-urgenza e un'ostetrica. Compito dell'équipe era collaborare con l'équipe sanitaria gemella della Croce Rossa Kenyota (CRK) in una attività itinerante che avrebbe raggiunto alcuni villaggi precedentemente individuati per effettuare la profilassi vaccinale e mettere in atto il progetto di educazione alimentare e di educazione all'igiene.

I rapporti con la Croce Rossa Keniota sono stati molto positivi. Il clima instauratosi ha consentito di portare avanti il lavoro con determinazione, in armonia e con un forte spirito di collaborazione. Insieme abbiamo affrontato situazioni difficili, in un'Africa in cui ogni attività, qualunque essa sia, non è mai semplice.

L'attività aveva inizio alle otto del mattino: due unità mobili trasportavano équipe ed equipaggiamento attraverso sentieri sterrati e sconnessi. Un viaggio in queste condizioni aveva una durata media di tre/quattro ore consentendo di visitare nell'arco della giornata non più di due villaggi. Da questo si comprende la necessità della Croce Rossa Keniota di poter disporre di un maggior numero di operatori monitorizzando un territorio più vasto e più rapidamente.

Arrivati in loco, con il consenso del capo villaggio e degli anziani, l'attività iniziava con l'informazione, fornita a tutta la popolazione riunita, dal medico della Croce Rossa Kenyota con indicazioni pratiche di educazione e prevenzione alla salute. Al termine, suddivisi in gruppi gli abitanti del villaggio secondo le necessità: alcuni ricevevano un composto iperproteico denominato UNIMIX per migliorare la qualità dell'alimentazione quotidiana, contemporaneamente altri erano sottoposti alle visite mediche, allo screening sanitario per le donne in stato di gravidanza e i bambini, ed in ultimo alle vaccinazioni.

Il medico, Infermiera Volontaria, insieme al farmacista keniota, effettuava lo screening sanitario e le visite mediche, provvedendo, se necessario, anche alla prescrizione e somministrazione di terapie. Le patologie più frequenti riscontrate durante le visite sono state: malaria, diarrea, infezioni respiratorie e pneumonie, infezioni oculari, oto-infezioni, infezioni epidermiche, dolori lombari, disturbi gastrici, anemia, traumi, varicella, disidratazione, febbre tifoide, infezione del tratto urinario.

L'ostetrica, Infermiera Volontaria, insieme all'infermiere nutrizionista della Croce Rossa Kenyota si dedicava allo screening nutrizionale delle donne in gravidanza, delle madri in allattamento e dei bambini.

Mediante un braccialetto indicatore graduato ed evidenziato da colori, applicato sul braccio della persona, venivano rapidamente e facilmente individuati i casi problematici: rosso - diametro inferiore a 10 cm = fortemente sottopeso; giallo - diametro tra i 10 e i 12 cm = sottopeso; verde - diametro superiore ai 12 cm = normopeso.

Nella fase successiva, solo per i bimbi che risultavano sottopeso e fortemente sottopeso, altri operatori della Croce Rossa Keniota rilevavano ulteriori parametri, registrando l'esatto peso attraverso l'uso di una bilancia pesa-bimbo e l'altezza con un rudimentale strumento millimetrato in legno, al termine dei quali era possibile un calcolo approssimativo dell'indice di massa corporea BMI (body mass index).

I bimbi che risultavano con valori alterati (rosso e giallo) entravano a far parte del programma alimentare avanzato, costituito dalla somministrazione del cibo iperproteico UNIMIX e BP5, da assumere più volte al giorno per 15 giorni in aggiunta alla normale dieta, costituita da vegetali, bacche, granturco e carne ovina.

Il lavoro di prevenzione veniva svolto dall'Infermiera Volontaria specializzata, unitamente all'assistente sanitario keniota, e consisteva nella somministrazione di vaccinazioni ed eventuali richiami contro i principali rischi epidemici: colera, poliomielite, rosolia, tubercolosi, parotite, morbillo, difterite, tetano, pertosse, epatite B, emofilia, influenza B, pneumococco. La vaccinazione era indirizzata a tutti i bimbi di età compresa tra 0 e 36 mesi, mentre per le donne gravide, al di sotto dei due mesi di gravidanza, veniva prevista una copertura vaccinale antitetanica.

Il lavoro si svolgeva in un punto di ritrovo stabilito che, generalmente, si trovava in un'area più libera del villaggio, una scuola o più semplicemente sotto un albero che fungeva da riferimento. Non tutte le persone potevano recarsi al punto stabilito: malati e anziani dovevano essere raggiunti da alcuni operatori dell'équipe, addentrandosi nel villaggio tra le capanne fino a quella indicata dalla guida, seguiti passo passo dai piccoli del villaggio.

Durante le visite non si poteva non rimanere colpiti dai colori accesi dei vestiti delle donne e dai loro preziosi fagottini sulla schiena, dagli anziani fieri di sé e dai bambini dagli enormi sorrisi che, nella semplicità della loro vita, cercavano di andare avanti nonostante tutte le difficoltà in un silenzio pieno di dignità.

I bimbi sono un elemento predominante nei villaggi, curiosi, socievoli e sorridenti, non esitavano ad avvicinarci, a toccarci, a prenderci per mano e ad accompagnarci. Sapere di poter fare qualcosa per loro e per le loro famiglie era motivo di incoraggiamento nelle lunghe e faticose giornate nei villaggi.

Altra importante attività era svolta a favore delle gestanti. Le visite, in questo caso generalmente svolte all'interno di una capanna adibita per le visite, hanno fornito dati importanti sulle condizioni generali e sulle patologie generate dalle condizioni di vita consentendo la pianificazione di attività preventive.

Il mantenimento di buoni rapporti tra il personale della CRK e i capi villaggio e gli anziani è di fondamentale importanza al fine di consentire un sereno svolgimento delle attività. Non sempre infatti le visite sono viste di buon grado, soprattutto nei villaggi più isolati. La protezione del villaggio è esigenza primaria e l'esperienza ha insegnato a queste persone che, la prudenza non è mai troppa.

Solo rapporti continuativi, rispettosi della cultura e delle esigenze portano all'instaurarsi della fiducia che ci ha consentito molti interventi, ricevendo spesso anche un'accoglienza festosa.

Tra gli impegni assolti dalla CRI in questa missione vi è stata anche la ristrutturazione di un edificio ex dispensario ora adibito ad Ospedale, composto da laboratorio, farmacia, ambulatori e due piccoli locali di degenza (adulta e pediatrica) situato alle porte di Kaikor, che ha visto impegnato il personale logistico della missione.

Più volte, nell'arco della nostra permanenza in Kenya, abbiamo lavorato nell'Ospedale di Kaikor. L'Infermiera Volontaria medico pediatra, coadiuvata da una Infermiera Volontaria, effettuava visite nella degenza pediatrica. In questa occasione abbiamo assistito a situazioni drammatiche di malnutrizione: i piccoli ricoverati erano in condizioni gravissime. Inevitabile per noi, impegnate professionalmente e per volontariato negli ospedali italiani, andare con la mente alle nostre realtà, dove è sufficiente allungare una mano per avere tutto quanto è necessario ad offrire la migliore assistenza: un sondino nasogastrico, una pompa, la dieta liquida ipercalorica pronta all'uso.

La realtà di questo ospedale non consentiva molti margini di intervento, le risorse non erano ancora adeguate alle necessità, constatazione d'impotenza difficile da accettare e da affrontare.

Le giornate sono trascorse scandite dai momenti di impegno professionale nei villaggi e da quelli di convivenza al campo con il gruppo dei volontari CRI impegnati in attività logistiche all'interno e all'esterno del campo.

Qualche volta, verso sera, a causa dell'assenza di energia elettrica e di collegamenti telefonici, raggiungevamo, in jeep, una zona collinare ben visibile dal nostro campo e unico punto della zona che, in favorevoli condizioni (assenza di vento e di interferenze), ci permetteva di contattare le nostre famiglie.

Rientrando il gruppo si riuniva riscoprendo il piacere di chiacchierare tutti insieme, giocando a carte illuminati solo dalla luce della torcia, scambiandosi racconti sulla giornata e sulle precedenti esperienze.

Nella missione umanitaria realizzata dalla Croce Rossa Keniota, con la collaborazione della Croce Rossa Italiana, si è affrontata una situazione di grave emergenza.

Nel solo mese di settembre, sebbene per molti giorni non si sia potuto lavorare a cause delle pessime condizioni stradali e atmosferiche, l'attività lavorativa con le cliniche mobili in 7 villaggi (Nokinomet, Lokamarinyang, Napak, Lorumoro, Kenya-oil, Koyasa) ha permesso alle Infermiere Volontarie di contribuire a visitare e curare 835 persone, somministrare 600 dosi di vaccini a 170 bambini, vaccinare 50 gestanti contro il tetano, visitare 370 gestanti, controllare lo stato di nutrizione di ben oltre 1.000 bambini.

E' difficile però accontentarsi, quando tante sono le difficoltà ed i problemi in sospeso. Occorre, infatti, creare le condizioni per risolvere alla radice il problema, dando alle popolazioni colpite da lunghi periodi di siccità e conseguenti carestie, la possibilità di accedere all'acqua (elemento primario e fondamentale per la vita) con la creazione di pozzi che permettano loro, in futuro, di vivere una vita dignitosa.



Le attività svolte dal Corpo Militare della C.R.I.

Testimonianza della Cap. me. Domenico MADDALONI - Medico Pediatra

Dal 22 agosto 2011 al 22 dicembre 2011 è stato attuato un progetto di cooperazione tra la Croce Rossa Italiana e la Croce Rossa Keniota al fine di assistere la popolazione Turkana nell'ambito dell' EMERGENZA UMANITARIA CORNO D'AFRICA. Viene qui descritta l'attività svolta dal Cap.Med. CRI Domenico Maddaloni, dalle II.VV. CRI Maria Grazia Boggian e Angela Rossi, dal VdS CRI Gianfranco Bortoli nel periodo ott-nov trascorso a Kaikor:

All'inizio del nostro mandato, per avvicinarci agli obiettivi specifici assegnatici, cioè: "ridurre l'eccesso di morbidità, mortalità e malnutrizione causato dalla siccità nel distretto di Kaikor", abbiamo pensato di procedere anzitutto alla mappatura dei 12 villaggi del Turkana assegnatici, per conoscere le criticità e quindi gli interventi da affrontare complessivamente e per ciascuno di essi. Così, nei confronti di: EKOPUS, KENYA OIL, KOTOME', LOKOMARINYANG, MUYEN, NAPAK, NATODOMERI, NAKINOMET, LORUMURU, KOYESA, KIBISH, KANG'KALA', è stata compilata la seguente griglia:

distance from KaiKor	Chief/Head			
residents		children		
common kitchen	well			
education. activities (*)	school			
vegetable garden	generator			
latrines		Malnutr.		
HEALT	MALARIA	HIV	TB	Food Habits
Follow-Up:				

Dalle uscite effettuate possiamo affermare che l'accesso della Kenya Red Cross costituisce un buon mezzo di contatto con una popolazione altrimenti difficile da raggiungere senza un sistema mobile ed una profonda conoscenza del territorio. Infatti nel distretto Turkana Nord si pratica un allevamento che assume forme piuttosto povere spesso associabili alla pastorizia nomade ed i bambini stessi - privi di qualsiasi diritto - sono considerati solo come "conduttori di animali" (infatti il tasso di analfabetismo è elevato, nonostante l'istruzione elementare - che dura 8 anni- sia gratuita). Siamo poi capitati nella stagione delle "piogge del miglio" o "piccole piogge" che invece sono abbondanti e creano corsi d'acqua a carattere torrentizio per cui le strade, costituite da piste in terra, possono diventare molto difficoltose da percorrere e talvolta ci han costretto a tornare alla base. Ma il futuro utilizzo del "Lince", che è stato donato dalla C.R.I., eviterà queste difficoltà (si consideri, come esempio, che la distanza Kaikor/ Lodwar - 230 Km - e' percorribile in 4 ½ bb. !!). Si è proceduto poi alla riorganizzazione delle visite, tenendo conto della situazione riscontrata nei mesi precedenti, con l'applicazione d'un TRIAGE all'ingresso, per evitare la richiesta di visite inappropriate o ripetute. In particolare: sono state valutate le condizioni di salute generale dei bambini malnutriti, sottoposti nel controllo alla misurazione del MUAC + peso + lunghezza, rispettando così le Linee Guida dettate dallo stesso Ministero della Salute del Kenya (Cfr: "NATIONAL GUIDELINE FOR INTEGRATED MANAGEMENT OF ACUTE MALNUTRITION" Ministry of Public Health & Sanitation - Kenya). E' dimostrato infatti che un accurato monitoraggio clinico è il fattore maggiormente associato ad un outcome favorevole per questi bambini. E' stato necessario quindi programmare visite di follow-up con cadenza mensile o bisettimanale in base alle problematiche sociosanitarie del bambino ed alla necessità di garantire la regolare distribuzione del "Plumpy nut", pretendendo una calendarizzazione rigorosa ed intervalli cadenzati tra una visita e la successiva per assicurare anche il rispetto dei richiami vaccinali.

Al fine di uniformare la nostra attività con quella di eventuali contingenti che seguiranno (o per altre missioni) abbiamo anche elaborato una sintesi delle metodologie attualmente accettate secondo i principi della "best practice" per l'approccio alla malnutrizione (documento disponibile su richiesta all'autore).

Riguardo l'alimentazione nel Turkana, non e' attualmente noto il reale fabbisogno nutrizionale e non si conosce pertanto se l'alimentazione e' sufficiente sia dal punto di vista calorico che qualitativo per permettere un accrescimento normale. L'alimentazione e' fornita su base tradizionale, utilizzando le risorse a disposizione (poco accettabili dal punto di vista igienico) ed approfittando dell'assistenzialismo che numerose ONG offrono di continuo. In definitiva i bambini non sono controllati da un punto di vista nutrizionale e non si sa -vista la distanza dai villaggi- se hanno la possibilità di accedere alle strutture sanitarie locali in caso di bisogno.

Nel riorganizzare l'attività, i bambini malnutriti vengono sottoposti a visita medica per valutare lo stato di salute generale e di crescita secondo i parametri della letteratura internazionale, lo stato vaccinale e le patologie note (malaria, TB). Va segnalata la problematicità nella fase della visita dei bambini per mancanza perfino di un piano dove potersi appoggiare per effettuare la visita; c'è poi pochissima collaborazione da parte delle madri. Si rivela inoltre la necessità di diffondere norme igienico-sanitarie di base, tanta è l'arretratezza in tal campo a partire dalla lotta al fecalismo ambientale. Abbiamo così dovuto introdurre nel briefing iniziale alla popolazione, la dimostrazione di come si lava un bambino...

Per i malnutriti viene compilata una scheda personale (recentemente ne è stata elaborata una versione più precisa, attualmente in press) da utilizzare nei successivi controlli. Da notare la difficoltà nell'identificazione anagrafica: pur nel pieno rispetto delle tradizioni, della cultura locale e delle note difficoltà logistiche soprattutto in ambiente rurale, abbiamo scoperto scambi di cartellini e/o di bambini per accaparrarsi gli integratori alimentari o i farmaci...

Si è cercato di ottenere il miglioramento dello stato di salute attraverso i seguenti interventi: -valutazione dello stato nutrizionale: abbiamo verificato come sia stato sopravvalutato il severo stato nutrizionale della popolazione;

- controllo longitudinale dell'accrescimento: a questo proposito abbiamo fortemente promosso un'accurata aderenza al protocollo; i bambini malnutriti venivano visitati, misurati in altezza, peso, circonferenza brachiale, essendo la scala WHO P/A indispensabile per una valutazione obiettiva della malnutrizione; in presenza d'uno stato di malnutrizione severa, veniva poi aggiunto un integratore ipercalorico (Plumpy nut) alla dieta, riconosciuto dalle organizzazioni internazionali come uno strumento efficace, economico e sicuro.
- screening sanitario e valutazione dello stato di salute: trattamento delle patologie comuni con riferimento del bambino alle strutture ospedaliere per patologie complesse; attraverso le visite mediche sono state evidenziate condizioni morbose (URI, malaria, inf. intestinali, affezioni cutanee, piccole lesioni traumatiche a rischio di complicanze) ed in accordo con le istituzioni sanitarie locali, praticata una terapia ambulatoriale (per patologie semplici) o sollecitato l'intervento delle S.S. a cui il paziente veniva indirizzato. Va sottolineato che durante la visita si è registrata una frequenza rilevante di patologie –per lo più facilmente risolvibili– quali parassitosi ed infezioni respiratorie che potessero influenzare le condizioni di crescita del bambino, trattate con distribuzione gratuita dei farmaci;
- valutazione dello stato vaccinale: necessità d'intervento diretto se riscontrato un incompleto stato vaccinale; - per mezzo delle II.VV. e del V.d.S. sono state fornite alle madri ed alle famiglie indicazioni sui principi igienici e le corrette modalità di mantenimento della pulizia, con distribuzione gratuita di sapone di marsiglia.

Nelle ore di riposo, siamo stati più volte chiamati per urgenze nei villaggi vicini.

Abbiamo condotto attività c/o l' H. Rurale di KaiKor, la cui funzione è di provvedere alle vaccinazioni (con campagne mirate); assistere eventuali gestanti (che abbiamo aiutato a partorire), compreso il trasferimento assistito in elicottero (in collaborazione con AMREF) di una gravida poi sottoposta a TC; prime cure ai neonati con relative profilassi (Credè, penicillina, etc.); trattamento di affezioni comuni dopo test di conferma (malaria, infezioni intestinali, leishmaniosi, TB); selezione di casi da inviare negli H. Distrettuali maggiori. Le II.VV. con il V.d.S. hanno dedicato un fine settimana alla intera pulizia della degenza e dei locali materno-infantile, riordinando i presidi medico-chirurgici in dotazione, ma in stato di abbandono.

Concludendo, nell'ottica della solidarietà e della cooperazione vs. la popolazione del Turkana, il prolungamento del PIA (Project Implementation Agreement) oltre i 4 mesi è condizionato, a nostro parere, dal miglioramento e dalla realizzazione delle seguenti attività:

- Completare la mappatura dei villaggi
- Definire il calendario di visite ai villaggi e rispettarlo rigorosamente (1 o 2 gg. max di tolleranza)
- Riorganizzazione delle visite libere (triage)
- Maggiore aderenza al protocollo nutrizionale con operatori motivati
- Presenza continuativa del personale sanitario kenyota
- Disponibilità continuativa delle scorte di Plumpy nut (futura produzione in loco ?) ed Unimix (controllo di Q !)



Al Centro Alti Studi della Difesa (CASD) il workshop inaugurale dell'Ambassador Platform for Dual - Use Space - based Services (APDUSS) dell'Agenzia Spaziale Europea



*Puntare sul settore aerospaziale quale elemento di crescita del Paese, anche in termini occupazionali, è basilare. Questo, in sintesi, il messaggio che il Ministro della Difesa **Giampaolo Di Paola** ha lanciato intervenendo all'inaugurazione del workshop APDUSS dell'Agenzia Spaziale Europea (ESA), che si è svolta al Centro Alti Studi della Difesa (CASD) di Roma.*

*Un appuntamento, al quale erano presenti, tra gli altri, i Sottosegretari alla Difesa **Gianluigi Magri** e **Filippo Milone**, il Capo di Stato Maggiore della Difesa Gen. **Biagio Abrate** ed i Vertici delle Forze Armate, che ha consentito di fare il punto della situazione su programmi e iniziative legati all'utilizzo dello spazio. Attività che vedono l'impegno della Difesa e dell'imprenditoria civile, con in primo piano l'ASI (Agenzia Spaziale Italiana) e l'ESA.*

*Il workshop, al quale hanno preso parte il Presidente dell'Agenzia Spaziale Italiana **Enrico Saggese** ed il Consigliere per le Attività Aerospaziali del Ministro della Difesa **Marco Airaghi**, è stata l'occasione per parlare anche di telemedicina nelle missioni di peacekeeping.*

*Ad illustrarne l'importanza, il Consigliere per la Sanità Militare del Ministro della Difesa **Michele Anaclerio**. La telemedicina, infatti, soprattutto nell'ambito delle missioni internazionali alle quali le Forze Armate partecipano, consente di risparmiare risorse umane e finanziarie.*

“Italian Satellite Telemedicine: experience in peacekeeping missions”

APDUSS Inauguration Workshop - CASD - Roma 1 Febbraio 2012

Intervento del Generale *Michele Anaclerio* *

Dopo una lunga ed entusiasmante fase teorico-sperimentale in cui per un miracolo tipicamente italiano si erano sinergizzate le competenze dell'Ente Spaziale Europeo (ESA) quelle dell'Agenzia Spaziale Italiana (ASI), la lungimiranza del fondatore dell'Istituto di Ricerca e Cura a carattere scientifico San Raffaele di Milano Don Luigi Maria Verzè, nonché di alcuni vertici dello Stato Maggiore della Difesa in un giorno di settembre dell'ormai lontano 1996 avveniva il primo collegamento tramite il Celio su cui sveltava la grande parabola satellitare e l'Ospedale campale italiano installato in quanto restava dell'Accademia militare di Sarajevo nel territorio dell'ex Jugoslavia (di cui vedete in successione una immagine sconvolgente di quel drammatico conflitto e quella della parabola ubicata nell'ospedale da campo nel Natale del 1997).

Fin da subito si comprese che mediante l'utilizzo di quello strumento



già utilizzato dalle Forze Armate degli Stati Uniti si poteva stabilire un contatto continuo ed efficace tra i nostri uomini e la madre Patria ed in particolare tra i componenti del team sanitario della struttura campale (in prevalenza provenienti dal Policlinico Militare) e le strutture di riferimento di eccellenza in quella circostanza pre-attivate: il Celio e contestualmente la struttura clinica del San Raffaele di Milano.

Fin dall'inizio risaltò che i sanitari comandati in missione in territorio bellico anche molto distante potevano disporre di un collegamento affidabile e costante con due strutture di eccellenza sul territorio nazionale.

Si comprese e si mise in pratica la possibilità di poter eseguire interventi



* Magg. Gen. me. Prof. - Consigliere del Ministro della Difesa per la Sanità Militare.

chirurgici a distanza con il chirurgo operante nella sala operatoria campale in cui il campo visivo dell'intervento consentiva al primario chirurgico di riferimento delle strutture sopra indicate di dare indicazioni e supportare efficacemente l'opera del chirurgo lontano.

Furono in tal modo effettuati con successo delicati interventi di oculistica e di chirurgia plastica-ricostruttiva senza la necessità di spostare i pazienti vittime di eventi bellici.

Fu immediata la percezione che l'utilizzo della connessione satellitare (allora il satellite utilizzato era l'EUTELSAT 2) rappresentava un importante elemento di supporto per i nostri medici lontani ed inoltre poteva in un numero non irrilevante di casi evitare i rischi ed i costi di un trasferimento tramite vettore aereo.

Si comprese soprattutto da parte dei vertici sanitari e di Stato maggiore di allora che era iniziato un percorso irreversibile nell'utilizzo di tale formidabile strumento di interconnessione.

E' per tale motivo che per molti anni e per buona parte del decennio scorso l'Italia ha potuto vantare una struttura di collegamento tramite satellite con uomini preparati e tecnologie avanzate collocandosi dopo il colosso statunitense in seconda posizione al mondo nell'utilizzo del satellite per scopi sanitari nelle missioni estere.

Mi piace mostrarvi l'immagine storica relativa all'inaugurazione del collegamento tra il Celio e l'Ospedale da campo allestito in Iraq nel corso dell'Operazione Antica Babilonia (siamo nel maggio 2004)

Riconoscerete in questa immagine il Ministro della Difesa dell'epoca On Antonio Martino e l'allora Capo di Stato Maggiore della Difesa Amm. Gianpaolo Di Paola ora al vertice del Dicastero.

La qualità dei collegamenti con la rapidissima evoluzione tecnologica nel



Il Ministro della Difesa dell'epoca On. Antonio Martino e l'allora Capo di Stato Maggiore della Difesa Amm. Gianpaolo Di Paola ora al vertice del Dicastero.

settore delle telecomunicazioni è da allora enormemente migliorata con un utilizzo attuale di una banda larga che consente una visione incredibilmente nitida di qualsivoglia immagine.

E' possibile che un nostro ultraspecialista prenda visione di un vetrino microscopico o di una lesione cutanea o di una frattura esposta con una nitidezza di immagini impressionanti di cui qui potete vedere l'esemplificazione.

E' possibile ad un esperto radiologo comodamente assiso alla consolle della sala operativa del Dipartimento di Diagnostica per Immagini del Celio refertare con sicurezza una serie di immagini trasmesse da migliaia di chilometri da una TAC campale gestita in loco da una nostro tecnico-radiologo.

Credo di aver espresso con chiarezza la mia convinzione che l'utilizzo di tale strumento sia al giorno d'oggi irrinunciabile anche in termini di risparmio di risorse sia umane che finanziarie consentendo ad esempio di inviare strutture sanitarie agili nelle loro composi-

zione, ben addestrate tecnologicamente, migliorando la qualità dell'assistenza sanitaria fin dai primi momenti dell'evento lesivo e selezionando correttamente i casi in cui sia necessario un trasporto sanitario rischioso ed oneroso.

Nell'immagine che a conclusione di questo breve intervento desidero mostrarvi, potete vedere la casistica aggiornata al 31 dicembre 2011 relativa ai teleconsulti effettuati, considerando che attualmente siamo collegati solo con la nostra missione residuale in Kosovo.

Se considerate che ogni medevac o stratevac (brutto termine adottato negli standard Nato per significare un trasferimento sanitario dal teatro alla madre Patria) costa alcune decine di migliaia di Euro non c'è bisogno di commenti per fare una moltiplicazione e quantificare i risparmi realizzati.

Spero di non avervi tediato con questo mio intervento di testimonianza di quanto la Sanità Militare delle nostre Forze Armate ha realizzato e vi ringrazio della cortese attenzione.

“Use of Satellite Telemedicine in the missions of the Armed Forces outside “

Lesson by Major General *Michele Anaclerio* *

After a long and exciting theoretical and experimental phase during which they had the skills synergize European Space Agency (ESA), the Italian Space Agency (ASI), the foresight of the founder of the Institute for Research and Treatment of a scientific San Raffaele Hospital in Milan, as well as some vertices of the Defence, in a September day in 1996 occurred on the first link using the Celio on which soared the big satellite dish installed and the Italian Hospital pitched in what remained of the Military Academy Sarajevo in the former Yugoslavia (of which you see a picture of ‘an idea of the dramatic conflict).

From the beginning it was realized that by using that tool already used by the Armed Forces of the United States could establish an effective and continuous contact between our people and the Motherland and in particular between the components of the structure of the health care team pitched (mainly from the Military Hospital) and frames of reference of excellence in the preactivated condition: Celio and the same structure of the San Raffaele hospital in Milan.

Stood out from the beginning that the medical mission in the territory controlled war also far could have a reliable connection and steady with two centers of excellence throughout the country.

It is understood and put into practice the opportunity to perform surgery at a distance with the surgeon working in the operating room where the pitched visual field to the primary surgical inter-

vention allowed reference facilities described above to give directions and provide effective support to the ‘ by the surgeon away.

They were so delicate operations carried out successfully in ophthalmology and reconstructive plastic surgery-without the need to move patients who are victims of war.

He was immediately aware that the use of satellite connection (at the time the satellite was used to EUTELSAT 2) represented an important element of support for our doctors and also far could a not insignificant number of cases to avoid the risks and costs a transfer via air carrier.

It was understood, especially by health professionals and top-of-Staff of the time it was an irreversible path started using this powerful tool interconnection.

And for this reason that for many years and for much of the past decade, Italy has been able to boast a structure connecting via satellite with men and ranking technology after the U.S. giant in second place in the world in the use of satellite for health purposes in Foreign Missions.

You see the image in this slide at the opening of its historical connection between Celio and the field hospital set up in Iraq during Operation Ancient Babylon (we are in May 2004).

Recognize the Minister of Defense Antonio Martino On the time and the then Chief of Defence Staff Gianpaolo Di Paola hours at the top of the Congregation.

The quality of links with the rapid

technological change in telecommunications has greatly improved with use of a broadband which allows a view of any incredibly sharp image.

It ‘possible that one of our ultraspecialista take cognizance of a microscopic slide or a skin lesion or an open fracture with some a sharp images by striking of which we can see the amplification.

I think I clearly stated my belief that the use of this instrument is nowadays indispensable in terms of resource saving both manpower and financial resources allowing, for example to send targeted health facilities only agile in their composition well-trained technology improving the quality of healthcare from the first moments of the event and selecting the correct detrimental in cases where the need for a risky and expensive medical transportation.

In the image at the end of this short paper I want to show, you can see the case study updated a few days ago on teleconsultations performed whereas at present we are only connected with our mission in Kosovo residual.

If you consider that each stratevac (term used in the standard Born to mean a transfer from theater to health Motherland) costs several tens of thousands of dollars you do not need comments to make a multiplication and quantify the savings made.

I hope I have been on time with this intervention as the testimony of the relevant activity in this field of the Military Health of our Armed Forces, and thank you for your kind attention.



Formazione sanitaria

Salomone alla prova della mediazione

di Beatrice Lomaglio*

Il giudizio di Salomone

Che la mediazione possa portare a raggiungere risultati più soddisfacenti per le parti rispetto ad una sentenza l'aveva già dimostrato il famoso giudizio di Salomone. Chiamato a decidere di chi fosse un bambino conteso da due madri, Salomone ordinò di prendere una spada e di dividere in due il bambino. Una decisione all'apparenza equa, trattandosi di una divisione imparziale dell'oggetto del contendere. Una decisione che però non soddisfaceva certo i desideri della madre, che subito si dichiarò pronta a cedere il bambino all'altra donna purché non venisse ucciso. Facendo emergere i reali interessi delle parti al di là delle richieste iniziali, Salomone riuscì così a smascherare la falsa madre, potendo così compiere un vero atto di giustizia (restituire il bambino alla madre naturale).

L'episodio biblico si conclude con una sentenza che determina un vincitore e un perdente.

Ammettiamo però che la falsa madre abbia agito per un reale attaccamento al bambino, dal quale non voleva separarsi. Quale soluzione negoziale si sarebbe potuta raggiungere attraverso l'intervento di un mediatore? Forse un

accordo per il quale il bambino sarebbe stato restituito alla madre naturale ma avrebbe potuto continuare a vedere l'altra donna, mantenendo con lei un legame affettivo. Una soluzione che avrebbe implicato il superamento delle iniziali posizioni di principio (il bambino è mio) per arrivare all'individuazione dei rispetti interessi e al ripristino del clima di dialogo e fiducia necessari per riuscire a soddisfarli.

I dubbi della mediazione

E' facile vedere il vantaggio della mediazione quando ci si riferisce ad un episodio di più di duemila anni fa. Ma per il medico chiamato in mediazione oggi il primo dubbio è: vi è un'ammissione implicita di responsabilità nell'accettare di sedersi al tavolo negoziale? La questione della responsabilità non è questione di poco conto, ma se la giustizia deve fondarsi sull'accertamento delle colpe, sulla dimostrazione dei nessi di causalità e sulla quantificazione di un equo risarcimento, la mediazione può prescindere da tutto questo. Infatti, pur considerando i dati oggettivi, essa tiene conto anche delle percezioni soggettive ed ha l'obiettivo di far convergere le parti verso un accordo il cui requisito è

che sia accettabile e quindi soddisfacente per entrambe, senza che questo implichi un accertamento di responsabilità "dall'alto".

Le possibilità del grigio

Immaginiamo un paziente sia convinto di aver subito un danno dal medico e che il medico ritenga onestamente di non esserne la causa. Queste due letture opposte della realtà potrebbero, ad un'indagine più approfondita, nascondere delle aree di grigio.

Il medico potrebbe rimproverarsi in cuor suo di essere stato troppo frettoso o di non aver utilizzato un linguaggio sufficientemente chiaro. Il paziente potrebbe essere consapevole, nel proprio intimo, di non aver seguito con precisione le indicazioni terapeutiche ricevute o di aver tenuto comportamenti che gli erano stati sconsigliati.

Queste zone grigie permettono di dare spazio ad una negoziazione che consenta dapprima di far emergere ed esprimere le emozioni in gioco - siano esse di rabbia, frustrazione, delusione - e poi di identificare quali siano, al di là degli enunciati di principio, i reali interessi delle parti. Interessi che potranno probabilmente trovare una risposta più adeguata attraverso il raggiungimento di un accordo piuttosto che nel dettato di una sentenza. Perché ciò sia possibile è necessario introdurre la figura del mediatore come facilitatore del dialogo.

* Formatrice ecm per Assomedico.

Tentare la mediazione, perché no?

Esprimere il desiderio di trovare una soluzione che eviti un procedimento giudiziario non significa ammettere una colpa, ma accettare di ascoltare le ragioni dell'altro. Cercare di evitare un processo che durerà anni e il cui esito resta comunque aleatorio può essere una scelta ragionevole anche per un professionista che ritenga di non avere

responsabilità alcuna. Scegliere di essere accompagnato in mediazione da un avvocato che aiuti a trovare un accordo equilibrato è comunque consigliabile, perché la mediazione non deve diventare un'occasione di speculazione da parte del paziente. Inoltre, partecipare ad una mediazione non significa essere costretti a firmare un accordo: di fronte a richieste immotivate ci sarà sempre la possibilità di fare un passo indietro.

Anche se i dati ci dicono che quando le parti si presentano davanti al mediatore nella maggior parte dei casi si raggiunge un accordo.

Saresti interessato a frequentare un corso per diventare mediatore in ambito di responsabilità medica? Segnalalo a:
giornale.medmil@smd.difesa.it

IL GIORNALE DI MEDICINA MILITARE & IL WEB

La nostra rivista è raggiungibile on-line attraverso il sito web del Ministero della Difesa www.difesa.it seguendo le indicazioni contenute per la "pubblicità militare".





Indice per Autori Anno 2011

Ajello C., Cennane G., Germani M.A.:
*Applicazioni militari della teleradiologia:
normativa e capacità operativa.*
pag. 235

Annibali D., Simonelli M., Buccolieri C.,
Sciarretta L., Lombardozzi M.:
*Studio pilota sull'efficacia del
trattamento osteopatico nella dispepsia
funzionale e nel reflusso gastro-esofageo
non erosivo.*
pag. 155

Balbi R., Ruggiero F., Mazzucchi F.:
*Approccio psicodinamico alle
palpitazioni "benigne" da stress.*
pag. 115

Baldoni M., Cioffi C., Caccianiga G.,
Giacomello M., Cioffi D.:
*La teletermografia dinamica nella
valutazione posturologica dei piloti
militari da combattimento.*
pag. 171

Bonagura L.:
*Attività legate alla psicologia
dell'emergenza nella Polizia di Stato.*
pag. 143

Buccolieri C., Simonelli M., Annibali D.,
Sciarretta L., Lombardozzi M.:
*Studio pilota sull'efficacia del
trattamento osteopatico nella dispepsia
funzionale e nel reflusso gastro-esofageo
non erosivo.*
pag. 155

Caccianiga G., Cioffi C., Giacomello M.,
Cioffi D., Baldoni M.:
*La teletermografia dinamica nella
valutazione posturologica dei piloti
militari da combattimento.*
pag. 171

Caramanica A., Cotugno E., Piccirillo
R., Vicerè F.:
*L'accuratezza diagnostica dell'isteroscopia
nei sanguinamenti uterini anomali.*
pag. 165

Caruso R., **Wierzbicki V.**, Marrocco L.,
Landolfi A.:
Artroplastica cervicale.
pag. 241

Caserta L., Romano O., Romano C.,
Cerbone D., Cimmino G., Sorrentino S.:
*Pancreatite acuta: esperienza nella
popolazione rurale della Campania.*
pag. 133

Ceci G.:
*15 giugno 1864 - Nascita del primo
Comitato della Croce Rossa in Italia e
suo intervento nella 3^a Guerra
d'Indipendenza.*
pag. 227

Cennane G., Ajello C., Germani M.A.:
*Applicazioni militari della teleradiologia:
normativa e capacità operativa.*
pag. 235

Cerbone D., Romano O., Romano C.,
Caserta L., Cimmino G., Sorrentino S.:
*Pancreatite acuta: esperienza nella
popolazione rurale della Campania.*
pag. 133

Cimmino G., Romano O., Romano C.,
Cerbone D., Caserta L., Sorrentino S.:
*Pancreatite acuta: esperienza nella
popolazione rurale della Campania.*
pag. 133

Ciniglio Appiani G., Guadagno A.G.:
*Addestramento aerofisiologico del
personale navigante in Aeronautica
Militare.*
pag. 147

Cioffi C., Caccianiga G., Giacomello M.,
Cioffi D., Baldoni M.:
*La teletermografia dinamica nella
valutazione posturologica dei piloti
militari da combattimento.*
pag. 171

Cioffi D., Cioffi C., Caccianiga G.,
Giacomello M., Baldoni M.:
*La teletermografia dinamica nella
valutazione posturologica dei piloti
militari da combattimento.*
pag. 171

Cotugno E., Piccirillo R., Caramanica A.,
Vicerè F.:
*L'accuratezza diagnostica dell'isteroscopia
nei sanguinamenti uterini anomali.*
pag. 165

D'Angelo G., Damiano M.:
*Integratori alimentari, fitoterapici e
prodotti di erboristeria. Più facce di una
stessa medaglia?*
pag. 121

Damiano M., D'Angelo G.:
*Integratori alimentari, fitoterapici e
prodotti di erboristeria. Più facce di una
stessa medaglia?*
pag. 121

De Felici C.:
*Il Corpo Militare della Croce Rossa
Italiana - Ausiliario delle Forze Armate.
146 anni al servizio dell'umanità
sofferente.*
pag. 213

Fontana C.:
*La gestione dell'erezione intraoperatoria
in endourologia.*
pag. 137

- Friscia F.:**
Emergenze sanitarie: competenze e ruoli operativi nel moderno status delle II.VV. CRI:
pag. 223
- Germani M.A.,** Cennamo G., Ajello C.:
Applicazioni militari della teleradiologia: normativa e capacità operativa.
pag. 235
- Giacomello M.,** Cioffi C., Caccianiga G., Cioffi D., Baldoni M.:
La teletermografia dinamica nella valutazione posturologica dei piloti militari da combattimento.
pag. 171
- Guadagno A.G.,** Ciniglio Appiani G.:
Addestramento aerofisiologico del personale navigante in Aeronautica Militare.
pag. 147
- Indelicato S.:**
Aspetti procedurali della selezione della Marina Militare presso il Centro di Selezione di Ancona.
pag. 253
- Landolfi A.,** Wierzbicki V., Caruso R., Marrocco L.:
Artroplastica cervicale.
pag. 241
- Lombardozi M.,** Simonelli M., Buccolieri C., Annibali D., Sciarretta L.:
Studio pilota sull'efficacia del trattamento osteopatico nella dispepsia funzionale e nel reflusso gastro-esofageo non erosivo.
pag. 155
- Marrocco L.,** Wierzbicki V., Caruso R., Landolfi A.:
Artroplastica cervicale.
pag. 241
- Masetti A.,** Ruscetta G.:
Catastrofi ambientali dovute all'acqua.
pag. 39
- Masetti A.:**
"Salus per Aquam": terme e termalismo nella storia.
pag. 11
- Mazzucchi F.,** Ruggiero F., Balbi R.:
Approccio psicodinamico alle palpitazioni "benigne" da stress.
pag. 115
- Paduano A.,** Savinelli F.:
Lo Stabilimento Balneotermale Militare di Ischia.
pag. 23
- Paduano A.:**
L'antica Reggia di Ferdinando II di Ischia: dalla villa del Protomedico alla Casina Reale.
pag. 79
- Pelino V.:**
L'acqua e la dinamica del clima: inondazioni e siccità.
pag. 45
- Piccirillo R.,** Cotugno E., Caramanica A., Vicerè F.:
L'accuratezza diagnostica dell'isteroscopia nei sanguinamenti uterini anomali.
pag. 165
- Pierini S.:**
Strategie di coping e sostegno familiare nel fronteggiamento dello stress tra gli appartenenti al Corpo della M.M.
pag. 267
- Piffer Gamberoni I.,** Rupolo G., Redaelli L., Visonà Dalla Pozza L., Tripodi R.:
L'emergenza migranti 2011: attività del posto medico avanzato del Corpo Militare della Croce rossa Italiana a Lampedusa.
pag. 245
- Ramella S.:**
L'acqua che manca: non possiamo lavarcene le mani.
pag. 53
- Redaelli L.,** Rupolo G., Visonà Dalla Pozza L., Gamberoni I.P., Tripodi R.:
L'emergenza migranti 2011: attività del posto medico avanzato del Corpo Militare della Croce Rossa Italiana a Lampedusa.
pag. 245
- Redazione:**
La crenoterapia: medicina del benessere.
pag. 17
- Romano C.,** Romano O., Cerbone D., Caserta L., Cimmino G., Sorrentino S.:
Pancreatite acuta: esperienza nella popolazione rurale della Campania.
pag. 133
- Romano O.,** Romano C., Cerbone D., Caserta L., Cimmino G., Sorrentino S.:
Pancreatite acuta: esperienza nella popolazione rurale della Campania.
pag. 133
- Ruggiero F.,** Mazzucchi F., Balbi R.:
Approccio psicodinamico alle palpitazioni "benigne" da stress.
pag. 115
- Rupolo G.,** Redaelli L., Visonà Dalla Pozza L., Gamberoni I.P., Tripodi R.:
L'emergenza migranti 2011: attività del posto medico avanzato del Corpo Militare della Croce rossa Italiana a Lampedusa.
pag. 245
- Ruscetta G.,** Masetti A.:
Catastrofi ambientali dovute all'acqua.
pag. 39
- Salducci M.:**
Utilità della microscopia confocale nello studio del plesso nervoso corneale in pazienti affetti da cheratocono sia trattati che non trattati con la nuova tecnica di cross linking corneale.
pag. 127
- Saturnino A.:**
Potabilizzazione delle acque a favore dei contingenti impiegati in teatro operativo.
pag. 31
- Savinelli F.,** Paduano A.:
Lo Stabilimento Balneotermale Militare di Ischia.
pag. 23
- Sciarretta L.,** Simonelli M., Buccolieri C., Annibali D., Lombardozi M.:
Studio pilota sull'efficacia del trattamento osteopatico nella dispepsia funzionale e nel reflusso gastro-esofageo non erosivo.
pag. 155
- Serra A.:**
Acqua e Sport.
pag. 73

Sfrappini M.:

Gli anziani e l'acqua: un delicato rapporto.

pag. 67

Simonelli M., Buccolieri C., Annibali D., Sciarretta L., Lombardozi M.:

Studio pilota sull'efficacia del trattamento osteopatico nella dispepsia funzionale e nel reflusso gastro-esofageo non erosivo.

pag. 155

Solimene U.:

Il moderno concetto di termalismo applicato alla salute ed al benessere.

pag. 19

Sorrentino S., Romano O., Romano C., Cerbone D., Caserta L., Cimmino G.:

Pancreatite acuta: esperienza nella popolazione rurale della Campania.

pag. 133

Tripodi R., Rupolo G., Redaelli L., Visonà Dalla Pozza L., Gamberoni I.P.:

L'emergenza migranti 2011: attività del posto medico avanzato del Corpo Militare della Croce rossa Italiana a Lampedusa.

pag. 245

Ugazio A.G., Valentini D.:

Acqua ed infanzia: la disidratazione nel bambino.

pag. 59

Valentini D., Ugazio A.G.:

Acqua ed infanzia: la disidratazione nel bambino.

pag. 59

Vicerè F., Cotugno E., Piccirillo R., Caramanica A.:

L'accuratezza diagnostica dell'isteroscopia nei sanguinamenti uterini anomali.

pag. 165

Visonà Dalla Pozza L., Rupolo G., Redaelli L., Gamberoni I.P., Tripodi R.:

L'emergenza migranti 2011: attività del posto medico avanzato del Corpo Militare della Croce rossa Italiana a Lampedusa.

pag. 245

Wierzbicki V., Caruso R., Marrocco L., Landolfi A.

Artroplastica cervicale.

pag. 241



Dal 1851, il Giornale di Medicina Militare è la più antica pubblicazione militare edita senza interruzione.



ASSOMEDICO: FORMAZIONE E SERVIZI PER LA TUTELA DEL MEDICO



LA FORMAZIONE CHE AIUTA IL MEDICO A PREVENIRE IL CONFLITTO

Un'associazione dedicata alla tutela e alla sicurezza dei medici: Assomedico realizza sistemi di prevenzione e difesa per i professionisti della sanità.

Ogni giorno Assomedico si impegna a trovare le soluzioni più efficaci per tutelare il medico in tutte le aree della professione. In particolare, parte dell'attività è concentrata in ambito formativo per aiutare il medico ad acquisire le competenze necessarie a gestire i rapporti con i pazienti e le eventuali situazioni di conflitto partendo dallo strumento della mediazione in sanità.

I programmi ecm realizzati da Assomedico permettono al medico di apprendere come relazionarsi con il paziente e come rendere efficace, in caso di contenzioso, il tentativo di mediazione secondo quanto previsto dal decreto legislativo 28 del 2010.

Oltre a *workshop* ecm e a corsi di formazione per mediatori professionisti, Assomedico offre ai propri soci anche un servizio di primo soccorso legale e coperture assicurative per la responsabilità civile professionale.

**VISITA IL SITO
WWW.ASSOMEDICO.IT,
TROVERAI LE INFORMAZIONI
UTILI SUI PROSSIMI CORSI
DI FORMAZIONE, SUL SERVIZIO
DI TUTELA LEGALE E SULLE
COPERTURE ASSICURATIVE.**

**I NOSTRI E I TUOI PUNTI
DI RIFERIMENTO
PUOI VISITARCI
E AGGIORNARTI SU**

- www.assomedico.it
- [scriverci a segreteria@assomedico.it](mailto:segreteria@assomedico.it)
- oppure telefonarci al numero gratuito 800.99.33.00

