

ANNO 169° - SUPPLEMENTO FASC. 3/2019

FONDATO NEL 1851

GIORNALE DI MEDICINA MILITARE - ANNO 169° SUPPLEMENTO FASCICOLO 3/2019 - SETTEMBRE-DICEMBRE 2019



Edito a cura dell'Ispettorato Generale della Sanità Militare

Giornale di Medicina Militare

Periodico Medico-Scientifico del Ministero della Difesa

Direttore Responsabile

Ten. Col. Me. Francesco Ruggiero

Presidente Comitato Scientifico

Magg. Gen. Nicola Sebastiani

Comitato Scientifico

Gen. Isp. CSA rn Domenico Abbenante
Amm. Isp. Mauro Barbierato
Magg. Gen. Antonio Battistini
Gen. B. GdF Beniamino Colagrosso
Gen. D. CC R.T. (me) Vito Ferrara
C.te C.M. SMOM Brig. Gen. Mario Fine
Magg. Gen. CRI Gabriele Lupini
Col. sa. (vet.) Giovanni Rucco
Dir. Cen. PS Fabrizio Ciprani

Referenti Scientifici

Ten. Col. Massimiliano Mascitelli
Ten. Col. sa. (vet.) Sergio Carta
Magg. (psi) Giorgio Fanelli
Ten. Sa. RS Antonio Ruggiero
C.F. (SAN) Francesco Tavella
T.V. (SAN) psi Giorgia Trecca
T.V. (SAN) Marco Gasparri
Brig. Gen. CSA rn Marco Lucertini
S.Ten CSAs (psi) Valeria Ceci
1° Mar. Lgt. Antonio Di Fabrizio
Ten. Col. CC (me.) Giuseppe De Lorenzo
Cap. (psi) Paolo Trabucco Aurelio
Dir. Med. PS Clementina Moschella
Dir. Tecnico Capo (psi) Petri Cucè
Sovrintendente Capo Maurizio Bellini
Col. me. CRI Romano Tripodi
Col. me. CRI Ettore Calzolari
Cap. com. CRI Sergio Mattaccini
Ten. com. CRI Domenico Nardiello
Magg. (psi) GdF Luigi Cinque
Cap. me. GdF Carlo Buonomo
Cap. me. GdF Fabio Castrica
Appuntato GdF Emiliano Cutelli
Brig. Gen. farm. ANSMI Vincenzo Barretta

Board dei reviewers

Prof.ssa Rosaria Alvaro
Prof. Giovanni Arcudi
Prof. Francesco Carinci
Prof. Rostislav Kostadinov
Prof. Roberto Mugavero
Dott. Giuseppe Noschese
Prof. Francesco Riva
Prof. Fabrizio Tagliavini
Prof. Giorgio Trenta
Prof. Paolo Voci

Redazione e Segreteria

Francesca Amato
Mosè Masi
Danilo Di Mambro

Direzione e Redazione

Via S. Stefano Rotondo, 4 - 00184 Roma
Tel.: 06/777039077-06777039082
Fax: 06/77202850
@ e-mail: gmedmil@igesan.difesa.it
@ e-mail: giornale.medmil@libero.it

Amministrazione

STATO MAGGIORE DIFESA
Ufficio Amministrazione
Via XX Settembre, 11 - 00187 Roma

Stampa, realizzazione e distribuzione

FOTOLITO MOGGIO s.r.l.
Strada Galli snc
00010 Villa Adriana - Tivoli (RM)
www.fotolitomoggio.it

Autorizzazione del Tribunale di Roma

al n.11687 del Registro della stampa il 27-7-67
Codice ISSN 0017-0364
Finito di stampare in dicembre 2019

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).

Ringraziamenti

Si ringrazia per le traduzioni il Ten. Col. Paolo Cappelli della Sezione Interpretariato e Traduzioni dello Stato Maggiore della Difesa.

Il Giornale di Medicina Militare viene inviato a titolo gratuito agli Ufficiali Medici delle FFAA. ed agli Organismi Centrali della P.A. e 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

Estero: € 86,00 - \$ 125,20

Librerie: Sconto del 10% sull'importo annuo: Italia € 32,54; Estero € 77,40 - \$ 112,80

Il versamento deve essere effettuato sul c/c postale n. 1007604034 intestato a: Difesa Serizi S.p.a. Via Flaminia, 335 - 00196 Roma (RM), indicando nella causale "Abbonamento al Giornale di Medicina Militare, Cognome e Nome e indirizzo esatto per la spedizione". Inviare copia della ricevuta del versamento alla Redazione del Giornale via e-mail a gmedmil@igesan.difesa.it.

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.



Sommario

La Sanità Militare come sistema: nuove complessità e sfide organizzative

a cura di Col. AZZENA GIUSEPPE

- S3 Introduzione dell'Ispettore Generale della Sanità Militare
MAGG. GEN. SEBASTIANI N.
- S5 1. Introduzione
- S6 2. Il "Sistema" Sanità Militare
- S8 3. Problematiche strutturali delle Sanità Militari
 - 3.1 Reclutamento e mantenimento in servizio del personale medico
 - 3.2 Ruolo clinico e ruolo gestionale
 - 3.3 Mantenimento delle capacità cliniche e soddisfazione delle capacità operative
 - 3.4 Competenze tecnico militari
- S14 4. Aspetti culturali e morali in Sanità Militare
 - 4.1 La persistenza del giudizio clausewitziano
 - 4.2 L'identità del ruolo sanitario militare
- S16 5. Modelli organizzativi
- S19 6. Fabbisogno specialistico
 - 6.1 Specialità cliniche
 - 6.2 Specialità non cliniche
- S22 7. Fabbisogno gestionale e Governance Sanitaria Militare
 - 7.1 Mantenimento delle capacità cliniche
 - 7.2 Capacità gestionali
 - 7.3 Sanità Interforze
- S29 8. Conclusioni: Pensare la Sanità Militare come Sistema
- S30 Indice per Autori - Anno 2019



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 (cd-rom, oppure come allegato e-mail) con una copia a stampa. Il testo può contenere già impaginate eventuali tabelle e figure che, comunque, andranno anche allegate in un file a parte.

L'indirizzo per l'invio è:

Redazione del Giornale di Medicina Militare - Via Santo Stefano Rotondo n. 4 - 00184 Roma - Italia - Telefono 06/777039077 - Fax 06/77202850; e-mail: gmedmil@igesan.difesa.it (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.

Gli elaborati scientifici dovranno uniformarsi alle indicazioni contenute nelle norme redazionali e consultabili all'indirizzo: www.difesa.it/GiornaleMedicina/rivista/Pagine/Norme_Redazionali.aspx.

Le presenti indicazioni sono state elaborate nel rispetto delle norme previste in materia di "Protezione del diritto d'autore e di altri diritti connessi al suo esercizio" (Legge del 22 aprile 1941, n. 633).

Gli Autori degli elaborati, accettando le condizioni delle norme, cedono a "Giornale di Medicina Militare", a titolo gratuito, il diritto di utilizzazione economica della/delle opere dell'ingegno, la cui proprietà intellettuale resta in capo all'Autore e con le limitazioni discendenti dall'attribuzione del predetto diritto di pubblicazione.

Gli elaborati destinati alla pubblicazione dovranno rispettare i vincoli del Codice in materia di protezione dei dati personali (Decreto Legislativo del 30 giugno, n. 196) nonché quelli discendenti dalla normativa sul Segreto di Stato e quelli inerenti al divieto di pubblicare informazioni riser-

vate/controllate/classificate in ambito Nato-UEO e/o nazionale(1).

La collaborazione è aperta a tutti gli Autori che godano dei diritti civili e politici nello Stato di appartenenza o di provenienza.

La responsabilità dell'effettiva titolarità di tali diritti ricade nella sfera personale dell'Autore che dichiara di esserne in possesso.

I prodotti editoriali destinati alla pubblicazione devono essere inediti ed esenti da vincoli editoriali.

A tal fine, gli Autori dovranno sottoscrivere apposita dichiarazione sostitutiva di certificazione e dichiarazione di conflitti d'interesse (Disclosures) disponibili on-line al link www.difesa.it/GiornaleMedicina/rivista/Pagine/Norme_Redazionali.aspx.

L'accettazione è condizionata al parere del Comitato Scientifico, che non è tenuto a motivare la mancata pubblicazione. Il Comitato nel processo di revisione dell'articolo potrà richiedere agli autori modifiche, chiarimenti ed aggiunte ritenuti necessari per l'accettazione dell'elaborato.

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. Al fine di abbreviare i tempi di pubblicazione si raccomanda di far pervenire l'elaborato già corredato del parere favorevole dei Superiori gerarchici.

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, od in alternativa alla C.R.I., allo S.M.O.M., ai VV.FF. 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 o militare 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 del Giornale e non possono essere pubblicati in tutto o in parte altrove senza

il permesso dell'Editore.

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 presentazione degli elaborati implica l'osservanza da parte dell'Autore, senza riserva alcuna, di tutte le norme, condizioni e vincoli richiamate nelle presenti norme, nonché la presentazione contestuale all'elaborato delle dichiarazioni e la mancata ottemperanza comporta l'automatica esclusione dal procedimento. Per quanto non espressamente previsto dal presente Regolamento, si fa comunque riferimento alle norme dettate dalla legislazione in materia e successivi/correlati provvedimenti legislativi e/o regolamentari.

Ai sensi del Decreto Legislativo del 30 giugno 2003, n. 196, si informa che i dati personali forniti dagli Autori saranno utilizzati esclusivamente per l'espletamento del procedimento in parola. In particolare, l'Autore potrà espletare il diritto all'accesso ai dati personali, richiederne la correzione, l'integrazione, ovvero ogni altro diritto contemplato dall'art 7 e successivi del sopraccitato decreto.

Ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. del 28 dicembre 2000, n. 445, l'Amministrazione ha d'altro canto la facoltà di effettuare idonei controlli, anche a campione, nonché in tutti i casi in cui sorgessero dubbi sulla veridicità della dichiarazione sostitutiva di certificazione resa ai fini della partecipazione alla valutazione per la pubblicazione degli elaborati.

Ai sensi della Legge del 7 agosto 1990, n. 241, il responsabile unico del procedimento in parola è il Capo Ufficio Coordinamento Generale dell'Ispettorato Generale della Sanità Militare - Via di Santo Stefano Rotondo n. 4 - 00187 - ROMA - Tel 06/777039049.

(1) L. n. 633/1941; L. n. 124/2007; D.P.C.M. 06/11/2015, n. 5; Direttiva Nato AC/324-D-2014.



Introduzione dell'Ispettore Generale della Sanità Militare, Magg. Gen. NICOLA SEBASTIANI

*N*ella sua meritoria attività, il *Giornale di Medicina Militare* continua a rimanere un punto di riferimento per il suo apporto scientifico, storico ed informativo rivolto a tutta la comunità sanitaria militare. Negli ultimi anni, inoltre, pur non rinunciando alla tradizionale versione stampata a cui siamo affezionati, grazie all'uso esteso della comunicazione digitale, il nostro *Giornale* è diventato uno strumento di informazione in tempo reale per tutte le iniziative che riguardano la Sanità Militare, siano esse legate ad eventi di Educazione Continua in Medicina (ECM) o altre attività di particolare rilievo.

Con questo supplemento, il *Giornale di Medicina Militare* ci propone un nuovo aspetto della sua attività pubblicistica, ovvero la pubblicazione di una monografia su un argomento specifico di interesse per la Sanità Militare che io auspico possa diventare un appuntamento ricorrente. Io sono certo che molti dei nostri Ufficiali e Sottufficiali siano interessati a contribuire al *Giornale* non soltanto, come molto bene accade, con case reports e lavori di natura scientifica ma anche con prodotti di natura più speculativa ed analitica sull'innovazione e lo sviluppo della Sanità Militare. In tempi di grandi trasformazioni dobbiamo essere capaci di leggere la nostra realtà di riferimento in maniera oggettiva e capire se e quando è opportuno aggiornare il nostro modo di confrontarci con essa. Ogni contributo di pensiero in tal senso, soprattutto se articolato e corroborato da dati e riferimenti univoci, renderà il *Giornale* un punto di riferimento importante per chi dovrà sviluppare indicazioni per il futuro.

Lo studio che state per leggere ha come oggetto la stessa Sanità Militare ed ha, quindi, l'ambizioso compito di analizzarla nella sua interezza, nel suo essere, come dice l'autore, un "sistema". Si tratta di un lavoro quanto mai attuale visto che la revisione della Sanità Militare è stata, negli ultimi anni, un argomento di interesse ai più alti livelli e che, in ambito strettamente istituzionale, continua tuttora. La monografia "La Sanità Militare come sistema: nuove complessità e sfide organizzative" nasce dall'iniziativa del Colonnello Giuseppe Azzena, Capo Ufficio Formazione e Ricerca dell'Ispettorato Generale, che ha voluto mettere in unico documento le sue riflessioni, maturate nel corso di una variegata carriera ed esperienze di lavoro non comuni. Il Colonnello Azzena ha avuto, infatti, l'opportunità di svolgere, dopo un'iniziale percorso clinico e medico-legale, incarichi all'estero e in ambito multinazionale nel territorio nazionale che gli hanno consentito di maturare una conoscenza diretta delle organizzazioni e modalità di lavoro di altre Sanità Militari dell'Alleanza Atlantica, nonché una lunga dimestichezza con l'organizzazione e la Dottrina Sanitaria della NATO. Questo confronto con altre realtà lo ha portato ad elaborare un modello teorico sulle Sanità Militari che parte dal riconoscimento che molte delle loro caratteristiche peculiari, incluse le criticità, sono "strutturali" e legate alla natura stessa dell'Istituzione. Nella sua dissertazione l'autore esamina come altre nazioni affrontino questi aspetti strutturali e le confronta con la realtà italiana, proponendo anche delle ipotesi organizzative per il futuro.



Molti degli argomenti trattati nello studio risultano di immediata comprensione mentre altri, di maggiore complessità, richiederanno più di una lettura ed una conoscenza delle fonti per essere assimilati nella loro interezza. Tutti, però, sono sicuramente validi come spunto di riflessione e sono certo che alcune delle soluzioni proposte verranno incorporate nelle modalità di revisione della Sanità Militare al vaglio delle Superiori Autorità.

Mi sia consentita una riflessione personale su un tema che ricorre nella monografia del Col. Azzena e che ne rappresenta uno degli elementi centrali: la Sanità Militare Interforze. Avendo frequentato l'Accademia di Sanità Militare Interforze, oramai molti anni fa, sono ben consapevole che questo concetto è da lungo presente nella storia dei nostri Servizi Sanitari e in diverse occasioni è sembrata prossima a realizzarsi. Circostanze più o meno fortunate hanno sinora fermato questo processo che è invece, come ci ricorda il Col. Azzena, una realtà consolidata in molti Paesi amici e in alcuni di questi anche da molti anni. Dobbiamo forse pensare che questa non è una soluzione adeguata per il nostro Paese o che forse finora in questa soluzione non ci si è creduto abbastanza? Non credo esista una risposta univoca a queste domande. Credo sia però costruttivo continuare a pensare che questa opzione costituisca una opportunità di razionalizzazione e forse, consentitemelo, di valorizzazione del ruolo e dell'identità della Sanità Militare. Ritengo che, almeno culturalmente, tutte le componenti sanitarie dovrebbero "pensare" in senso interforze, indipendentemente dalla effettiva riorganizzazione in tal senso. Se e quando i decisori dovessero ritenere che questa soluzione sia percorribile e necessaria dovremmo essere preparati a cambiare il nostro modo di operare e lavorare. Se la nostra mentalità sarà già pronta a vivere un tale cambiamento, i necessari processi di rinnovamento non ci troveranno impreparati ma pronti ad affrontare le sfide, minimizzando i passaggi difficili, che pure potrebbero esserci, e cogliendo le opportunità che ci verranno offerte. In questo senso, gran parte del lavoro svolto dall'Ispettorato Generale in questi ultimi anni è stato proprio dedicato alla creazione di uno spirito di collaborazione interforze attraverso numerose iniziative di coordinamento, la pubblicazione e revisione di Direttive e la stesura di diverse convenzioni a vantaggio di tutte le componenti sanitarie della Difesa. Devo, quindi, cogliere l'occasione per rendere atto a tutti i miei collaboratori per aver contribuito in maniera sostanziale, con le iniziative che mi hanno proposto e mandato avanti con grande determinazione, alla definizione di un patrimonio interforze di cui l'Ispettorato Generale è stato ed è il centro comune.

Nell'augurare buona lettura di questo interessantissimo supplemento del Giornale di Medicina Militare auguro a tutti noi ed alla nostra Sanità Militare un sereno presente ed un felice futuro.

Magg. Gen. Nicola Sebastiani



La Sanità Militare come sistema: nuove complessità e sfide organizzative

Giuseppe Azzena *

1. Introduzione

Raramente la Sanità Militare è oggetto di trattazione nel suo insieme ed è, piuttosto, esaminata come somma di alcune sue parti o, molto più spesso nelle sue competenze specialistiche ed aree di settore. Anche il recente esame effettuato dalla Corte dei Conti¹ che rappresenta una delle più complete disamine sulla materia svolte negli ultimi anni, per la natura stessa dell'indagine che lo ha generato, non può coprire tutte le dimensioni significative della Sanità Militare. Nel mondo anglosassone, e in USA in particolare, esistono agenzie di analisti che lavorano per il Ministero della Difesa e forniscono elementi a supporto del miglioramento delle performance e l'efficientamento delle varie componenti delle Forze Armate, e tra queste, il servizio sanitario è soggetto a particolari attenzioni. Peraltro, la natura peculiare dei servizi sanitari militari li rende oggetto di dibattito e dissertazione più "aperta", rispetto ad altri settori della Difesa che presentino finalità e funzioni di esclusivo interesse militare. In letteratura sono presenti riflessioni articolate sulle sanità militari del mondo occidentale e di membri dell'alleanza Atlantica², di quello anglosassone in particolare, ma non sono infrequenti anche analisi tecniche e programmatiche provenienti da realtà di diverso orientamento, come, ad esempio, quella cinese³⁻⁴. La cultura dell'esame esterno o interno dei sistemi complessi è un fattore essenziale per un appropriato processo di miglioramento continuo di qualsiasi sistema⁵ e la Sanità Militare, per le alte responsabilità che deve attendere, dovrebbe prevedere tale processo in maniera organica.

Il presente lavoro intende fornire una riflessione articolata sulle funzioni della Sanità Militare rispetto a scenari, che, essendo in costante evoluzione, richiedono un adattamento efficace alla risoluzione del proprio compito al mutare delle condizioni di riferimento. In questa trattazione, verranno considerati gli aspetti intrinseci e comuni ad ogni Sanità Militare e le diverse risposte e soluzioni organizzative messe in atto da Paesi alleati per compararle alla realtà italiana. Verranno anche proposte alcune ipotetiche soluzioni che possano riallineare la situazione nazionale a quella di standard già attualizzati considerabili come veri e propri *benchmark* di riferimento. Questo lavoro si propone pertanto come elemento iniziale di discussione su problematiche che necessitano di risposte attualizzate e coerenti con le finalità primarie dell'Istituzione. Pur nella sua parzialità e nei limiti derivanti dall'essere collegato al profilo esperienziale dell'autore, è auspicabile che ulteriori lavori di natura analitica sulla Sanità Militare⁶ possano essere prodotti a sostegno dei processi decisionali che la riguarderanno nel futuro.



* Col. Capo Ufficio Formazione, Studi, Ricerca e Sviluppo Tecnologico - Ispettorato Generale della Sanità Militare - SMD - Roma.

¹ Deliberazione 7 agosto 2019, n. 16/2019/G, "Il Servizio Sanitario Militare"

² SJ Wood, ML Nathan "When the world calls for emergency services, who answers? A surgeon general's perspective on running a high performance health services organization", Health Systems Volume 6, Issue 2, 2017

³ F Xiao Bing, Military medicine in China: old topic, new concept, Mil Med Res. 1: 2, .2014

⁴ Y Pei, Y Song et al, "A New Approach to Organization and Implementation of Military Medical Treatment in Response to Military Reform and Modern Warfare in the Chinese Army", Military Medicine, Volume 182, Issue 11-12, 2017

⁵ Uno degli strumenti più in termini di miglioramento continuo delle organizzazioni è il ciclo di Deming, sviluppato negli anni '50. Si veda, come approfondimento, l'articolo "Circling Back" di RD Moen e CL Norman: <http://www.apiweb.org/circling-back.pdf>

⁶ Il Giornale di Medicina Militare potrebbe diventare un Forum di riflessione su questo tema e ulteriori elementi di sviluppo analitico sulla Sanità Militare potrebbero essere proposti al Centro Militare di Studi Strategici (Ce.Mi.S.S.).

2. Il “Sistema” Sanità Militare

La medicina militare intesa come trattamento e cura dei feriti in guerra è probabilmente antica quanto la guerra stessa⁷. Tuttavia la Sanità Militare intesa come sistema organizzato e strutturato all'interno delle stesse forze combattenti è un prodotto del XIX e XX secolo⁸. Fu infatti durante le guerre napoleoniche agli inizi del XIX secolo che iniziò la pratica della medicina militare durante lo svolgimento delle battaglie con il recupero dei feriti anche durante l'azione. A *Dominique Jean Larrey*, il Capo del servizio sanitario delle armate napoleoniche (**Fig. 1**) è attribuito l'indiscusso merito di avere per primo considerato il problema del supporto sanitario alle truppe come un “unicum” e non, quindi, strettamente collegato alla sola capacità professionale dei medici e dei chirurghi militari. Pur essendo un chirurgo egli stesso di grandissimo valore, *Larrey* comprese ed attuò un insieme di soluzioni organizzative innovative per l'epoca⁹ volte alla gestione totale dei feriti e malati in guerra con un approccio che oggi definiremmo “manageriale”. Altrettanto significativa nella storia dell'organizzazione dei servizi sanitari militari è l'introduzione, da parte di *Jonathan Letterman*, dei primi Ospedali da Campo durante la guerra civile americana, studiati per rispondere alle esigenze di mobilità e poter “medicare le ferite entro sei ore dalla battaglia, ed eseguire ogni maggiore chirurgia entro 24 ore dal ferimento”¹⁰.

Soluzioni organizzative fondamentali nell'organizzazione del servizio sanitario sabauda si devono ad *Alessandro Riberi*¹¹ e, tra queste, la necessità per i medici militari di acquisire sia la laurea in medicina che quella in chirurgia, all'epoca divise. Il particolare contesto operativo della medicina militare nei grandi conflitti dell'800 oltre portare grandi contributi ed innovazioni nelle tecniche chirurgiche, nella prevenzione delle malattie diffusibili e, più in generale, nella cura e nel benessere del soldato vede queste grandi personalità impegnate anche allo sviluppo del “sistema” sanitario militare come un unico elemento organizzato, la cui efficacia trova la massima espressione nel campo di battaglia.

Forse la miglior sintesi di questo concetto, e che sarà un tema portante di questa monografia, è quella espressa nel trattato “Principi generali di chirurgia di Guerra”¹² del grande chirurgo russo *Nikolaj Ivanovič Pirogov* dove, forse ricordando i tempi in cui gestiva il supporto sanitario nel corso dell'assedio di Sebastopoli durante la guerra di Crimea, afferma che “*l'organizzazione, non la medicina, è di prima importanza in guerra*”. I pochi e limitati esempi che ho voluto estrapolare nell'ambito della ampia storia della medicina militare moderna hanno lo scopo di ricordare, o a qualcuno far conoscere, figure di grandi innovatori che dovrebbero continuare ad ispirare il progresso delle Sanità Militari. Il loro operato, tuttavia, deve fare riflettere sul fatto che in ambito militare il buon esercizio della medicina, e di tutte le professioni ad essa correlate, è certamente la “*conditio sine qua non*” ma, ultimativamente, solo parte di un ben più complesso sistema organizzativo. Ciò è certamente vero in assoluto per ogni tipologia di servizio sanitario ma il contesto militare presenta dimensioni aggiuntive e specifiche che comportano l'integrazione organica nelle finalità della Difesa, siano esse collegate o meno ad attività operative e di combattimento. Inoltre, la stratificazione storica delle competenze attribuite alla Sanità Militare ha comportato la necessità di presidiare settori che in ambito civile sono assegnati ad organi dedicati, pur se



Fig. 1 - *Dominique Jean Larrey*, considerato il padre della moderna Sanità militare.

⁷ Ippocrate, De Medico, Capo VI: “Al nostro argomento si ricollega la chirurgia concernente le ferite attraverso le armi da guerra quanto a ciò che riguarda l'estrazione dei dardi. Nelle residenze nelle città, non c'è quasi mai occasione di esercitarsi; poiché è raro, in tutta la vita di un uomo, di vedere dei combattimenti dei cittadini contro i loro nemici; i luoghi in cui questi accidenti sono molto frequenti e quasi giornalieri sono quelli vicini a truppe che si scontrano tra loro. Dunque, colui che vuole diventare chirurgo deve arruolarsi e seguire queste truppe”

⁸ Gabriel RA., “Between Flesh and Steel: A History of Military Medicine, from the Middle Ages to the War in Afghanistan.” Potomac Books; Washington DC: 2013

⁹ Larrey sviluppò il sistema di “ambulanze volanti” ispirandosi al modello della artiglieria leggera mobile napoleonica

¹⁰ Letterman J “Medical recollections of the Army of the Potomac”, Appleton and Company, pg 157, 1886

¹¹ Fondatore, tra l'altro, del Giornale di Medicina Militare

¹² Opera in 2 volumi, 1864-1866



Fig. 2 - Schema delle aree di competenza della Sanità Militare, assimilate, per analogia, a funzioni assolute da controparti del contesto civile (indicate con asterisco)

ovviamente differenti nell'ordine di grandezza e nell'estensione delle competenze. Se si volessero dettagliare tutti gli aspetti che la Sanità Militare deve intercettare, sia per specifica norma, sia per effetti di ruoli residuali o riorganizzazioni organiche, probabilmente anche lo schema in **figura 2** risulterebbe incompleto. E' però fuor di dubbio che, anche nel contesto di queste molte responsabilità, l'impegno cardine, il "core business", della Sanità Militare rimane quello del supporto operativo alle unità combattenti¹³. Anticipando un concetto che verrà più approfondito nel paragrafo dedicato agli aspetti culturali e morali in Sanità Militare, sarebbe bene che ogni operatore sanitario militare ricordi che tale compito primario è il cuore del proprio ruolo e non una "distrazione" da altre attività che, seppure importanti, sono "periferiche" ad esso. Un caso paradigmatico, ad esempio, è quello della medicina ospedaliera che spesso

trova o rappresenta criticità dovute all'importante *turnover* del personale specialistico inviato in operazioni fuori area. L'invio del personale verso quello che è il compito primario e insostituibile della Sanità Militare e che, di fatto, la definisce come tale, viene interpretato come un carico od onere relativamente al mantenimento della capacità Ospedaliera in Patria. Naturalmente si possono ben capire le motivazioni di natura pratica che sottendono a tale atteggiamento culturale ma non si può negare che esse costituiscano un rovesciamento della ragione d'essere dei nosocomi militari in tempo di pace¹⁴. Questo specifico elemento verrà successivamente esteso nella trattazione delle "criticità strutturali" delle Sanità Militari al paragrafo 3.

Se la Sanità Militare è un sistema, e sistema reso ancor più complesso dalla doverosa necessità di rispondere a finalità di natura non omogenea, è opportuno esaminare gli aspetti che possono renderlo sempre adeguato alle finalità istituzionali e all'evoluzione dei contesti di riferimento. Come è noto, il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano ha da tempo integrato il modello aziendale nella responsabilizzazione dei processi di gestione nella produzione di attività sanitarie. Tale modello, più volte aggiornato e i cui fini non sono limitati al solo controllo della spesa, è ispirato alla teorizzazione formulata da *Mintzberg* sulla gestione aziendale delle "burocrazie professionali". Secondo tale teoria, applicabile a quei contesti organizzati ad alto contenuto professionale, quale quelli sanitari, è compito della gestione strategica formulare linee d'azione che rendano il sistema sempre efficace e sostenibile. In particolare, secondo *Mintzberg*, tale azione di "comando" è data a professionisti che intraprendano l'onere di svolgere incarichi amministrativi come una sorta di "delega" da parte di quelli che permangono nel

¹³ Il "combat service support" secondo la terminologia NATO

¹⁴ In Francia, ad esempio, il ruolo primario di alcuni Ospedali Militari nel mantenere le capacità cliniche del personale sanitario per il ruolo operativo è iscritto nella loro stessa denominazione "Hôpital d'instruction des armées".



ruolo più tecnico¹⁵. Non si può non notare come ciò rappresenti un chiaro ribaltamento dei ruoli rispetto a quanto accadeva nell'800 dove erano gli stessi eminenti professionisti, spesso al contempo anche cattedratici, scienziati e, talvolta, anche uomini politici, ad assumere su di sé anche il ruolo di grandi organizzatori del settore sanitario. Riguardo allo specifico militare, poi, le stesse personalità erano in grado di costruire interi processi di gestione per il supporto sanitario delle truppe e, al contempo, sviluppare innovazioni tecnologiche e metodologiche utili sul campo di battaglia. Ancor più singolare nelle biografie dei grandi medici militari del passato è il fatto che per essi, paradigmatico il caso di *Riberi*, quello militare era uno soltanto dei molteplici ruoli da loro rivestiti e nel quale entravano o uscivano secondo esigenza. *Mintzberg* e l'immensa letteratura sin qui prodotta sulla scienza del *management* ci indicano che i tempi dei grandi intellettuali innovatori che assumevano in sé tutte le caratteristiche professionali è definitivamente tramontato. Le competenze manageriali, anche in sanità, hanno trovato via via, in un mondo sempre più complesso e specializzato, la necessità di svilupparsi quasi come ruolo autonomo e differenziato. Nei sistemi aziendali del SSN, infatti, i ruoli della Direzione Sanitaria sono quasi esclusivamente rivestiti da personale con iter formativo e *curriculum* professionale orientato agli aspetti gestionali e, per il personale medico, spesso, con formazione specialistica riferita all'intera popolazione piuttosto che ad uno specifico ruolo clinico. Va evidenziato che anche se molte delle fasi formative essenziali per tale personale sono prevalentemente curate da Università ed Istituti di orientamento economico, le competenze richieste in tali settori non sono eminentemente "amministrative" o "contabili". E' necessario, invece, che le persone adibite a tali responsabilità siano in grado di contribuire alla elaborazione di una visione strategica per la propria azienda e, per questo scopo, acquisiscano gli strumenti utili a "governare il cambiamento"¹⁶.

Il sistema Sanità Militare non è però solo un servizio sanitario ma anche uno strumento polivalente che, pur mantenendo il suo centro nella cura della persona e, in particolare, del militare alle armi, svolge un ruolo essenziale nelle dimensioni del "*combat service support*".

Alle Sanità Militari contemporanee competono ruoli e funzioni che non hanno specifico riscontro nelle controparti civili, in particolare in riferimento ai compiti più strettamente operativi. In tale contesto si inseriscono competenze quali, tra le altre, la *medical intelligence*, la pianificazione sanitaria o il comando e controllo sanitario che assolvono a specifiche finalità militari e non possono, pertanto, che essere apprese nell'ambito militare stesso. Tali competenze costituiscono il capitale univoco di ciò che si potrebbe definire lo "specifico sanitario militare", per ottenere il quale sono previsti percorsi formativi dedicati e strutturati sia in molti dei paesi alleati¹⁷ sia in dedicati contesti multinazionali¹⁸.

La Sanità Militare, come tutti i sistemi complessi, richiede una revisione continua delle sue componenti e delle relazioni tra loro. In particolare ogni Sanità Militare deve affrontare e, ci si augura, risolvere problematiche che hanno a che fare con la propria stessa natura.



3. Problematiche strutturali delle Sanità Militari

Esistono numerose evidenze che tutte le Sanità Militari dei paesi occidentali stanno affrontando problematiche comuni legate alla natura stessa del loro ruolo, che sono quindi non contingenti ma "strutturali". Si tratta di problemi che richiedono una costante attenzione e una forte *governance* perché la loro rilevanza si modifica nel tempo ed al variare delle condizioni socioeconomiche delle

¹⁵ Mintzberg H. "La progettazione dell'Organizzazione Aziendale" Cap 10 par. 1.8.: "Nella burocrazia professionale il potere passa a quei professionisti che desiderano impegnarsi nell'attività amministrativa invece che nel lavoro professionale, in particolare a coloro che lo svolgono in maniera efficace."

¹⁶ Questa espressione, al pari della più generica "governance", pur essendo di gran moda, raramente viene letta come la necessità di azione incisiva nei confronti di un significativo cambiamento di contesto. Anticipare i cambiamenti è il modo migliore per non esserne sopraffatti ("*governare il cambiamento affinché il cambiamento non governi noi*").

¹⁷ In Italia l'esigenza di strutturare la formazione in tal senso per il personale sanitario militare è stata disposta nel paragrafo 6 della direttiva IGESAN 001 "Formazione Sanitaria Militare" del 2018

¹⁸ Si vedano i corsi sanitari presso la scuola NATO di Obberamergau (DEU) e il Centro di Eccellenza per la Medicina Militare (MILMED COE) di Budapest

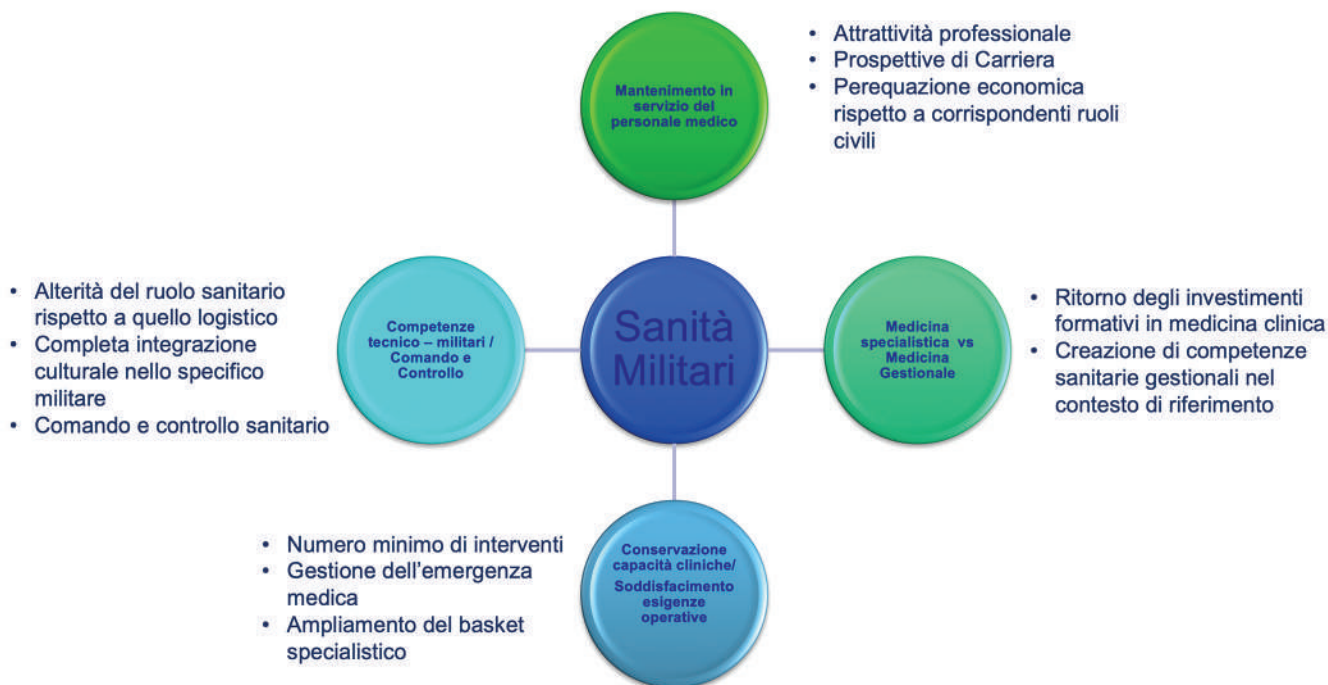


Fig. 3 - Aspetti caratterizzanti le criticità strutturali delle Sanità Militari.

realtà di riferimento (e.g. la carenza di medici nel Servizio Sanitario nazionale influenza il reclutamento in ambito militare). Inoltre, le due componenti tecniche sanitaria e militare, essendo costantemente in bilanciamento tra loro, prevedono un chiaro riconoscimento delle condizioni nelle quali una abbia la prevalenza sull'altra. In ambito militare non è, infatti, costantemente valido il luogo comune che prevede sempre e comunque l'etica o l'approccio sanitario convenzionale prevalere in ogni circostanza. Esemplificativo, al riguardo, è il caso previsto nella medicina del combattimento secondo i principi del *Tactical Combat Casualty Care*, nel quale la superiorità di fuoco deve avere la priorità su ogni atto medico¹⁹. Questa dicotomia strutturale spesso è descritta prevalentemente negli aspetti più strettamente collegati ai possibili conflitti tra le due etiche, sanitaria e militare, ed esistono, al riguardo, un discreto numero di riferimenti in letteratura^{20,21}. Senza volere minimizzare la rilevanza di tale materia, che sarà ripresa nel paragrafo seguente, è parere dell'autore che nella natura intrinseca di ogni Sanità Militare possano essere individuate quattro principali aree di criticità strutturale, schematizzate in **figura 3**, che hanno ovviamente un impatto su tutte le dimensioni sanitarie ma che trovano un elemento di particolare rilevanza per la professione medica. Nel prosieguo si farà riferimento al ruolo sanitario in generale intendendo tutte le figure professionali che ne fanno parte, ma sarà inevitabile affrontare, per le sue peculiarità, la componente specifica del ruolo medico.

3.1 Reclutamento e mantenimento in servizio del personale medico

I medici, in particolare gli specialisti, hanno quale riferimento un mercato professionale aperto che può rendere poco attrattivo l'arruolamento. Inoltre, gli Ufficiali medici possono essere invogliati a lasciare il servizio se trovano condizioni economiche e/o professionali ritenute più appaganti. Tale materia è stata esaminata da un pannello della *NATO Science and Technology Organization*

¹⁹ "The best medicine on any battlefield is fire superiority" in F K Butler *Tactical Combat Casualty Care in Special Operations* et al. . *Military Medicine*, 161, Suppl:3, 1996

²⁰ *Military Medical Ethics: Issues Regarding Dual Loyalties: Workshop Summary*, Institute of Medicine, Board on Health Sciences Policy National Academies Press, 30 gen 2009

²¹ J Tobin, The challenges and ethical dilemmas of a military medical officer serving with a peacekeeping operation in regard to the medical care of the local population, *J Med Ethics* 31:571-574, 2005



(STO), l'*Human Factor and Medicine* (HFM) 213 che nel 2012 ha pubblicato un *report*²² basato sull'esame di 20 nazioni della Alleanza Atlantica e della *Partnership for Peace* (PfP). Secondo l'analisi, gli Stati Membri agiscono su varie dimensioni per rendere attrattivo il reclutamento e il mantenimento in servizio di personale medico, con modalità piuttosto difformi. Ad esempio, alcuni paesi, tra i quali l'Italia, consentono l'esercizio dell'attività privata mentre per altri, come Francia e Olanda, è del tutto proibita. In alcuni casi è stato proposto come ruolo incentivante quello di una carriera "accelerata" per il personale medico rispetto alle controparti (Irlanda e Repubblica Ceca) mentre in altri casi è stata proposta (Australia) una progressiva riduzione dell'impatto del grado nella funzione sanitaria fino alla sua abolizione. Queste, ed altre iniziative esaminate in materia, presentano pro e contro e, in talune circostanze, le iniziative intraprese non hanno dato i risultati sperati. Ciò che invece risulta un fattore comune e considerato elemento prioritario dal pannello HFM-213 è quello della retribuzione del personale medico rispetto alle controparti civili che, pur non essendo di per sé sufficiente da solo a garantire il mantenimento in servizio del personale, risulta essere di fondamentale importanza in presenza di un mercato professionale aperto ed attrattivo. Questo argomento, per quanto controverso, è oggetto di valutazione da parte di diversi Ministeri della Difesa di paesi alleati. Nel Regno Unito è stato recentemente valutato che *"per consentire al Ministero della Difesa di continuare a reclutare, trattenere in servizio e motivare un numero sufficiente di personale medico ed odontoiatra esperto, la loro paga dovrebbe essere comparabile a quella del Servizio Sanitario Nazionale"*²³ ed è stata proposta una politica di incrementi salariali per il personale sanitario. In altri paesi il problema della perequazione con le controparti sanitarie civili è risolto dall'alto livello stipendiale degli Ufficiali, come avviene in Francia²⁴. Cionondimeno, in una recente intervista²⁵, il Capo della Sanità Militare francese ha affermato che è necessario incrementare gli incentivi economici per il personale sanitario al fine di favorirne il reclutamento e la ritenzione in servizio. In Germania gli incentivi stipendiali sono soprattutto riservati agli Ufficiali nei gradi più bassi, ai quali viene attribuita la paga corrispondente al grado superiore, mentre agli Ufficiali più anziani è consentita la possibilità di svolgere il ruolo di medico di base per il personale militare e loro familiari o, per le specialità cliniche, di esercitare attività privata *"intramoenia"* presso le strutture sanitarie militari, incluse le infermerie delle caserme²⁶.

In Italia il problema della perequazione del personale medico è stato più volte posto all'attenzione ma, di fatto, considerato un non problema, vista la possibilità per il personale medico di poter esercitare l'attività privata. Tale situazione, tuttavia, non esaurisce tutte le legittime aspettative del personale in quanto per alcuni potrebbe essere di gran lunga preferibile avere un rapporto esclusivo con l'Amministrazione Difesa, magari integrato di attività *"intramoenia"* e percepire una indennità specifica relativa al proprio ruolo che li possa equiparare alle analoghe retribuzioni del SSN. Si deve infatti ricordare che nel SSN chi opta per il rapporto privatistico *"extramoenia"* non percepisce l'indennità di esclusività²⁷ e i premi di produzione annuali. Un sistema differenziato nel quale anche per il personale sanitario militare sia possibile optare, su base volontaria e con modalità specificatamente regolamentate, se svolgere in maniera esclusiva o meno il proprio ruolo all'interno dell'AD potrebbe rendere più chiaro ed attrattivo un percorso personale all'interno dell'Amministrazione stessa.

Un altro elemento da valorizzare in maniera esplicita, anche per mezzo di campagne informative ad *hoc* è il vantaggio offerto dall'AD nella formazione medica, in particolare per chi vi accede sin dalle prime fasi nelle Accademie. Per quanto particolarmente oneroso, il sistema di reclutamento attraverso un sistema che seleziona il personale prima ancora dell'accesso alla Facoltà Universitaria, garantisce un numero certo di personale che permarrà in servizio nella ferma prefissata e che sarà quindi disponibile per gli scopi dell'Amministrazione²⁸. Alternativamente, un sistema basato sul solo reclutamento post-laurea espone al rischio, non trascurabile in un regime di forte concorrenza del SSN e del settore privato, di non poter contare su numeri sufficienti all'alimentazione delle esigenze istituzionali. Ancor più attrattivo e valorizzato dovrebbe essere l'altrettanto oneroso percorso formativo specialistico che, secondo quanto previsto dal Codice di Ordinamento Militare (COM)²⁹ consente un accesso privilegiato

²² Factors Affecting Attraction, Recruitment, and Retention of NATO Military Medical Professionals, AC/323 (HFM-213)TP/480

²³ Supplemento al 46° Report del Armed Forces' Pay Review Body (2017): "Service Medical and Dental Officers".

²⁴ Il personale sanitario ha rapporto esclusivo con l'AD e non può svolgere attività privata.

²⁵ "Interview with Lt. Gen. Gygax Généro, French Surgeon General" in European Medical Services 2019

²⁶ Tale pratica è particolarmente frequente per le cure odontoiatriche

²⁷ D.Lgs. 502/1992 e Legge 8 novembre 2012, n. 189

²⁸ "If a complete medical degree course is subsidised by the armed forces, this measure is – without any doubt – a strong argument for enlisting", (HFM-213)TP/480 cit.

²⁹ art. 757 e 758 del D.Lgs 15 marzo 2010 n.66 – Codice di Ordinamento Militare

al personale della Difesa. Mentre in passato la formazione specialistica era prevalentemente lasciata all'iniziativa del singolo professionista che poteva, al limite, accedere alle scuole di specializzazione in posti riservati ma senza alcun onere a carico dell'Amministrazione Difesa (AD)³⁰, attualmente la situazione è completamente rovesciata. L'AD sostiene le spese della formazione specialistica e, in sostanza, lo specialista in formazione, pur mantenendo il suo *status* di militare, è scarsamente o per nulla impiegabile dall'Amministrazione stessa per tutta la durata del corso.

Attribuendo il giusto valore di investimento sia alla formazione di base (laurea in medicina) che a quella avanzata (specializzazione)

dovrebbe essere chiaro che questi due elementi sono forti elementi di attrattività per chi volesse cogliere le opportunità che essi comportano. In una possibile situazione futura in cui il SSN dovesse essere così competitivo da rendere molto difficile la possibilità di arruolare personale già laureato in medicina o già specialista l'utilizzo di queste due leve offerte dall'AD dovrebbe essere valorizzato e pubblicizzato. Si dovrebbe tener conto che, come già accade in altri Paesi, si possano realizzare condizioni in cui, fisiologicamente, il personale dopo aver usufruito delle opportunità formative ed aver assolto il suo obbligo di ferma previsto lasci l'AD. Ciò dovrebbe comportare un investimento incrementale perché dovrebbe prevedere aliquote di arruolamento superiori rispetto a carriere stabili sino al raggiungimento dei limiti di età ma produrrebbe l'indubbio vantaggio di mantenere un *pool* significativo di medici e specialisti in età relativamente giovanile e, di conseguenza, utile all'impiego operativo senza restrizioni. In altre parole, enfatizzando il valore aggiunto di una formazione completamente gratuita, operando una qualificata selezione del personale e comunicando correttamente opportunità e doverose incombenze si potrebbe ottenere una situazione ottimale e vantaggiosa sia per l'Amministrazione che per il personale impiegato (figura 4).

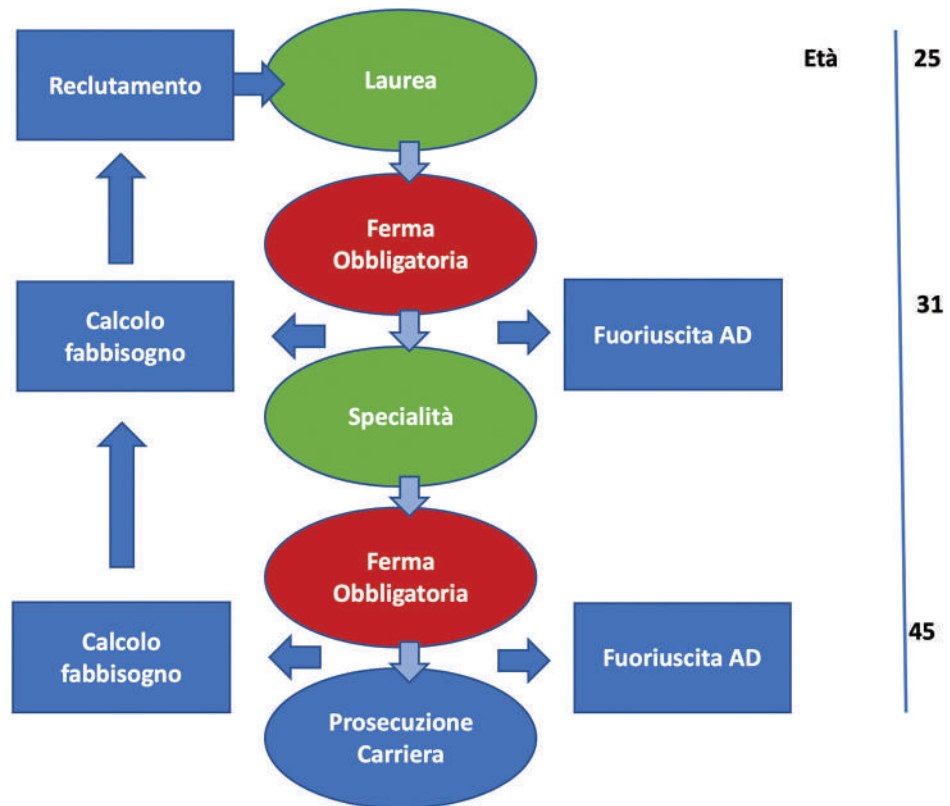


Fig. 4 - Attrattività dei titoli di laurea e specializzazione per il reclutamento, inclusa la possibilità di dimissione a fine ferma.

3.2 Ruolo clinico e ruolo gestionale

L'esercizio della medicina richiede un alto livello di preparazione scientifica e tecnologica e un lungo investimento formativo per il raggiungimento di competenze specialistiche. È quindi interesse dello specialista (e di chi lo ha formato) di potere usufruire in

³⁰ Incluso il tempo dedicato dal professionista alla formazione, totalmente a suo carico, da svolgersi con licenze o permessi orari, fatto salvo, dopo il l D.P.R. n. 395/88, il diritto alle 150 ore di studio.



pieno delle capacità raggiunte e potersi dedicare ad esse in maniera pressoché esclusiva. Come si è già visto, allo stato attuale, in Italia, al personale sanitario militare è consentito l'accesso alla specializzazione esclusivamente attraverso un processo di selezione all'interno delle singole Forze Armate, basato sul fabbisogno individuato dalle stesse. L'Ispettorato Generale della Sanità Militare provvede a segnalare le esigenze al Ministero dell'Università e della Ricerca che inserisce il personale militare nella quota designata al Ministero della Difesa, sulla base di quanto previsto al riguardo dal COM. Questo gravoso impegno economico può risultare finanziariamente vantaggioso solamente se l'investimento può garantire un concreto ritorno in termini di anni effettivi di prestazione del personale specialista a favore degli interessi della Difesa. Poiché il COM prevede che gli specialisti militari permangano obbligatoriamente in servizio per 2,5 anni per ogni anno richiesto per la formazione, è ragionevole pensare che l'Amministrazione debba impiegare lo specialista come tale, in Patria e in Operazioni Fuori area, per almeno 12 anni. In assenza di specifiche regolamentazioni che abbiano contemperato questi aspetti, può invece verificarsi che specialisti anche da poco formati possano essere adibiti ad incarichi di *staff* o altri incarichi per i quali non sia necessaria la competenza tecnica acquisita. Tale anomalia è resa ancor più paradossale dal fatto che, a normativa vigente, il titolo di specializzazione costituisce titolo privilegiato per l'accesso all'Istituto Superiore di Studi Militari Interforze (ISSMI) che, come è noto, dovrebbe riassegnare il personale frequentatore negli incarichi di Stato Maggiore³¹.

Al contempo, l'elevato livello di complessità dei sistemi sanitari richiede competenze manageriali non conciliabili con l'esercizio diretto di attività cliniche e specialistiche. Tale assunto, ampiamente riconosciuto nella moderna scienza del *management*³², è ancora più fondamentale nei sistemi sanitari militari dove, agli aspetti amministrativo-gestionali vanno affiancati anche aspetti tecnico-militari operativi. Va peraltro riconosciuto che le competenze gestionali necessitano di un lungo tempo di maturazione e devono essere processate attraverso percorsi definiti. In molte Sanità Militari dei paesi alleati la formazione nel settore organizzativo avviene in fasi relativamente precoci della carriera ed è generalmente riservata a quei professionisti che non hanno intrapreso studi specialistici clinici. Sia in Francia che in Germania il personale medico viene avviato a ruoli di staff/organizzativi/gestionali in fasi molto precoci della carriera³³. In Italia il dibattito sulle cosiddette "due carriere" per gli Ufficiali medici è stato sollevato in più sedi fin dagli anni '80³⁴ ed è stato recentemente, in una qualche misura, riproposto in ambito Forza Armata Esercito³⁵. Le motivazioni che proponevano allora ed oggi la costituzione di due ruoli distinti per gli Ufficiali medici presentano similitudini ma, in prevalenza, ciò che veniva sentito di particolare rilevanza in passato era che nel grado di Colonnello si creasse, di fatto, una quasi assoluta incompatibilità con la pratica clinica. Da quel grado in poi le uniche posizioni disponibili erano, infatti, le Direzioni Ospedaliere e le varie posizioni organizzative nelle Direzioni di Sanità regionali e negli organi centrali. Veniva ritenuto pertanto necessario che alcune delle posizioni organizzative dirigenziali venissero assegnate a personale che permanesse nel ruolo clinico, senza che questo comportasse la "distrazione" generata dalle incombenze di tipo amministrativo legate all'assunzione delle posizioni di comando o di *staff*. La condizione presente è molto diversa in quanto è possibile mantenere posizioni che prevedono la pratica clinica anche in gradi superiori a quello di colonnello. Rispetto al passato, però, la dirigenza sanitaria generatasi su una prevalente competenza tecnico-professionale non ha sempre la possibilità di passare attraverso sedi ed incarichi che comportino autonomia dirigenziale od esperienze ambientali tra loro differenziate tra tutte le aree che la Sanità Militare deve presidiare. Ciò rende difficile l'accrescimento di tutte quelle competenze che consentono lo sviluppo di una visione strategica e programmatica su tutte le dimensioni di interesse. Occorrerebbe quindi operare una sintesi che possa salvaguardare le legittime aspirazioni personali di carriera del personale e, contestualmente, garantire il buon funzionamento dell'Istituzione, attraverso delle persone più formate a svolgere gli incarichi di alta responsabilità e a prevalente valenza gestionale³⁶.

³¹ Quella citata è solo una delle distorsioni generate da mutamenti sopraggiunti nel tempo riguardanti la Sanità Militare italiana che si sono sovrapposti senza generare una coerenza sistemica dell'intero settore.

³² Mintzberg H. "La progettazione dell'Organizzazione Aziendale", cit.

³³ Tale aspetto è stato uno dei temi emersi nella sessione internazionale del Convegno "Organizzare e Curare: Processi Gestionali in Sanità Militare" promosso dall'Ispettorato Generale della Sanità Militare il 18 ottobre 2018 http://www.difesa.it/GiornaleMedicina/Pagine/Convegno2_Formazione_Sanitaria.aspx

³⁴ L. Lista, Relazione del 4 ottobre 1982 al Consiglio Superiore delle Forze Armate, sullo "Schema di disegno di legge concernente Norme per il riordinamento del Servizio Sanitario Militare" e in "Esigenze di rinnovamento della Sanità Militare", UNUCI n. 9, settembre 1991

³⁵ Direttiva "Provvedimenti urgenti inerenti al personale della Sanità Militare dell'Esercito" del 18 dicembre 2018 par. 4.1.2

³⁶ Una proposta al riguardo sarà formulata nel sottoparagrafo 7.2



Five **Bundeswehr Hospitals** located in Koblenz, Ulm, Berlin, Hamburg and **Westerstede** are directly subordinated to the Bundeswehr Medical Service Headquarters..... The military hospitals take care of a multitude of tasks, which are all necessary to maintain the basic operation of the hospitals.

Without the execution of all these tasks, an **adequate treatment of the personnel on mission would be impossible.**

Therefore, **the military hospitals treat military personnel as well as civilian patients. To acquire the required spectrum of patients, the military hospitals are involved in the civilian land based and airborne emergency service in the respective region. Without this integration in the civilian health care system, the military hospitals would not be able to fulfil their task to qualify the physicians for missions.** Therefore a relevant spectrum of patients and a relevant mix of medical cases or injuries is needed, which is required to prepare the physicians for their duties. Otherwise, the surgeons would only treat appendices or injuries resulting from sports because soldiers are usually very healthy.

Fig. 5 - Strategia del servizio medico della Bundeswehr per la necessaria qualificazione clinica del personale sanitario

nella gestione dei feriti e dei malati. Uno dei problemi più sentiti al riguardo in tutte le Sanità Militari, è la costanza dell'attività pratica dei professionisti sanitari, specie delle branche della chirurgia e rianimazione d'urgenza³⁷. In generale, è indispensabile che questi medici militari durante la permanenza in Patria, possano effettuare un numero di prestazioni adeguato a mantenere attive le capacità tecniche e manuali connesse alla branca. Nel box in **figura 5** è riportato il testo integrale della policy che ha il Joint Medical Service Tedesco a questo riguardo. Pur se in una scheda di estrema sintesi sul servizio sanitario della *Bundeswehr* elaborata ad uso dell'almanacco curato dalla *Military Medicine Worldwide*³⁸, l'enfasi è posta sul fatto che le competenze specialistiche cliniche sono finalizzate al supporto operativo e che, a questo scopo, è necessario che gli specialisti svolgano la loro pratica su tutto lo spettro di patologia di interesse e con un alto numero di prestazioni. Il problema è sentito³⁹ anche nelle Sanità Militari delle Forze Armate statunitensi, che pure possono contare su grossi volumi di prestazioni e che devono provvedere in toto ai bisogni della popolazione militare e dei familiari (attraverso il programma TRICARE⁴⁰). Molto recentemente, il Dipartimento per la Difesa (DoD) USA ha pianificato un taglio di oltre 17.000 posizioni nel settore sanitario con la motivazione che sussistono un eccesso di competenze non strettamente collegate alle esigenze di supporto operativo⁴¹ e che "il personale sovradimensionato nuoce alla qualità delle cure perché, in troppi ospedali e cliniche di base, questi fornitori di cure non trattano abbastanza pazienti per mantenere le proprie capacità"⁴². Tali argomenti, aldilà dell'evidente necessità di giustificare i tagli di *budget*, pongono comunque come tema centrale la necessità di riportare il supporto sanitario alla sua funzione primaria di *combat service support* e di riconsiderare come accessoria ogni altra funzione non strettamente collegata a questo compito.

3.4 Competenze tecnico militari

Nelle Sanità Militari, le sole capacità gestionali non sono sufficienti per assolvere i compiti istituzionali. Esiste infatti la necessità di integrare lo strumento sanitario in tutte le funzioni delle Forze Armate e renderlo efficace in tutte le dimensioni nelle quali opera,

³⁷ Si noti, al riguardo, la centralità posta dalla NATO AJP-4.10 (C) - Allied Joint Doctrine For Medical Support sulla Damage Control Resuscitation e sulla Damage Control Surgery

³⁸ <https://military-medicine.com/almanac/56-germany-joint-medical-service-federal-republic-of.html>

³⁹ *Maintaining Military Medical Skills During Peacetime*, National Defense Research Institute and RAND Health, 2008.

⁴⁰ <https://tricare.mil/>

⁴¹ Federal News Network, DoD plans to cut 18,000 uniformed health positions, but no clear plan to replace them <https://federalnewsnetwork.com/defense-main/2019/04/dod-plans-to-cut-18000-uniformed-health-positions-but-no-clear-plan-to-replace-them/>

⁴² Military.com, More Than 17,000 Uniformed Medical Jobs Eyed for Elimination, <https://www.military.com/daily-news/2019/01/10/more-17000-uniformed-medical-jobs-eyed-elimination.html>

3.3. Mantenimento delle capacità cliniche e soddisfacimento delle capacità operative

Il supporto sanitario in operazioni rappresenta il compito fondamentale ed ineludibile di ogni Sanità Militare. Condizione necessaria perché il personale possa disporre di una assistenza sanitaria in operazioni assimilabile agli *standard* della madrepatria è che il personale sanitario, e quello medico specialistico in particolare, possieda capacità tecnico-professionali tali da renderlo efficace



da quelle di “moltiplicatore della forza”⁴³ a quella di strumento di pianificazione strategica. La necessità di ricondurre queste dimensioni in una struttura coordinata e coerente, ha spinto molti paesi alleati a costituire elementi di comando e controllo sanitario univoci, cioè non aggregati con funzioni logistiche⁴⁴. In taluni contesti, come in quello tedesco, agli Ufficiali medici è richiesto di assumere posizioni di comando del tutto assimilabili a quelle dei Comandanti di unità. Pur senza voler cadere nell’eccesso di voler attribuire al personale sanitario funzioni *combat* che non gli competono, e che non potrebbe neanche assumere⁴⁵, è però necessario che esso sia completamente integrato nelle dinamiche della Difesa e, in particolare, in quelle collegate agli aspetti operativi. Si è già visto che, in diversi paesi di riferimento, una quota del personale sanitario viene assegnato precocemente a formazione e mansioni di tipo gestionale che consentono l’acquisizione di specifiche competenze nel settore. Inoltre, attraverso un percorso che prevede l’assunzione di posizioni di *staff* in vari ambiti, in maniera del tutto analoga a quanto avviene per gli Ufficiali delle Armi, tale personale acquisisce gli elementi esperienziali utili allo sviluppo di una “*vision*” del settore sanitario integralmente in linea con quelle generali della Difesa. Non ultimo, nel contesto operativo, la possibilità di gestire direttamente risorse e assetti sanitari conferisce ai responsabili un pieno ruolo di Comando al pari delle altre componenti del *combat service support*. Nel sistema tedesco, ad esempio, il comandante della *task force* sanitaria in proiezione ha il pieno comando e controllo degli ospedali impiegati, delle compagnie MEDEVAC e di tutti gli assetti di supporto mantenendo, al contempo, il suo ruolo tecnico di *Medical Advisor* del Comandante Operativo. In tali circostanze il ruolo del supporto sanitario, del tutto svincolato da quello logistico, è strutturale all’assetto complessivo del Teatro secondo una logica integrata e con la provvisione di pacchetti sanitari attagliati alla esigenza operativa. Il raggiungimento di una tale responsabilità complessiva per il supporto sanitario richiede che esso persegua primariamente una logica militare classica, nella quale l’imprescindibile aspetto medico tecnico sia visto nella sua dimensione tattica (prestazione sanitaria), operativa (assetto, capacità e funzioni) e strategica (contributo al conseguimento di obiettivi). In Italia il raggiungimento di tale ruolo per il supporto sanitario è in buona parte ostacolato da una serie articolata di fattori ma, non poco ruolo giocano gli aspetti culturali che verranno esaminati nel paragrafo seguente.



4. Aspetti culturali e morali in Sanità Militare

4.1 La persistenza del giudizio clausewitziano

L’unica citazione riservata al servizio sanitario da *Von Clausewitz* nel suo “Della Guerra” è quella riportata in **figura 6** che lo considera solo utile al benessere e morale della truppa. Senza voler commettere l’errore di giudicare con logica contemporanea un pensiero che aveva molto probabilmente senso per un generale prussiano formatosi nel periodo delle guerre napoleoniche, è tuttavia



Il Servizio sanitario, per quanto abbia anch’esso grandissima importanza per il benessere dell’Esercito, non ha tuttavia azione che sopra una piccola parte degli individui che lo compongono, e quindi la sua azione sull’impiego è debole e indiretta.

Carl Von Clausewitz: "Della Guerra" Libro II Cap I

Fig. 6 - Ruolo del servizio sanitario secondo von Clausewitz

importante sottolineare che tale giudizio, pur se oggi anacronistico, si mantiene ancora vivo in molte frange del pensiero militare. Eppure, la consapevolezza che il servizio sanitario abbia un impatto diretto sulla forza combattente comincia ad essere manifesto sin dalla fine dell’ottocento per diventare più esplicito nelle due guerre mondiali e negli altri conflitti del ‘900⁴⁶. In tempi più recenti la

⁴³ NATO AJP-4.10 (C) - Allied Joint Doctrine For Medical Support, cit., par. 1.6 “Purpose of Medical Support”

⁴⁴ In linea con la policy NATO che differenzia la funzione JMED da quella J4.

⁴⁵ Regola 25 delle Norme Consuetudinarie del Diritto Internazionale Umanitario, https://ihl-databases.icrc.org/customary-ihl/eng/docs/v2_rul_rule25

⁴⁶ R Cooter, M Harrison et al, *Medicine and Modern Warfare*, *Clio Medica* vol. 55, 2016



medicina militare ha svolto un ruolo di riferimento per traumatologia civile⁴⁷ portando un netto contributo di innovazione ed esperienza, almeno nel mondo anglosassone, tanto da contribuire a definire nuovi standard e paradigmi nel settore⁴⁸. Oltre a questo riconoscimento tecnico il supporto sanitario ha assunto un ruolo operativo diretto mai finora verificatosi nella storia militare⁴⁹. Lo strumento militare, in molti recenti e contemporanei scenari, è stato impiegato in operazioni di supporto e stabilizzazione nelle quali le teorie clausewitziane, basate sul convenzionale scontro di forze regolari contrapposte, devono essere ampiamente riconsiderate. Gli obiettivi militari sono spesso “non cinetici” ed ottenuti con strumenti diversi, molti dei quali non implicano operazioni di combattimento o dimostrazioni di classica forza militare. I tradizionali servizi di supporto, quali quello sanitario, sono stati impiegati come “core” di missioni di coalizione o nazionali⁵⁰ e il loro impiego in operazioni strutturate, quali quella in Afghanistan, ha contribuito ai processi di ricostruzione e rafforzamento istituzionale dei paesi sede di Teatro⁵¹. Inoltre, la carenza di supporto sanitario è oggi un sicuro limite alla esecuzione di missioni ed operazioni in quanto dottrinalmente inconcepibile e fattore politicamente inaccettabile per le opinioni pubbliche. Paradigmatico è il caso delle tempistiche del MEDEVAC durante l’Operazione ISAF in Afghanistan in cui la *leadership* americana aveva imposto il contenimento dell’intera azione del *Forward MEDEVAC* entro un’ora dall’attivazione⁵², secondo criteri ben più conservativi di quelli della NATO (10-1-2), all’epoca di recente introduzione⁵³. In termini culturali, il soggetto del *Forward MEDEVAC* è particolarmente suggestivo. Per i militari USA, i piloti dei *Black Hawk* dedicati alle operazioni di soccorso sanitario, i cosiddetti “*Dustoff*”, sono eredi di una lunga tradizione e considerati quelli che si espongono a più rischi in missione⁵⁴. Altrettanta considerazione hanno i *Medical Emergency Response Team* (MERT) britannici e il loro ruolo operativo è riconosciuto ben al di là del contesto specifico sanitario militare^{55,56}. In Italia, l’introduzione della figura del soccorritore militare, avvenuta nell’ultimo decennio per la gestione immediata del traumatizzato, in analogia alle storiche figure dei *combat medics* statunitensi⁵⁷, è l’evento più significativo nel riconoscimento di tali ruoli sanitari. Da tempo, infatti si assiste ad una maggiore attenzione alla preparazione “tattica” del personale sanitario da immettere in Teatro Operativo. La funzione operativa del supporto sanitario, pertanto, è sempre più rilevante, anche se non ha ancora raggiunto il livello di considerazione che si verifica in paesi alleati⁵⁸. Per ottenere analoghi risultati è necessario che la lunga persistenza del giudizio clausewitziano, volto a considerare tutto ciò che è sanitario fondamentalmente “poco importante”, sia definitivamente contraddetta dai fatti e dal sempre maggior ruolo che la Sanità Militare saprà svolgere e comunicare al riguardo.

4.2 L’identità del ruolo sanitario militare

E’ noto, ed abbondantemente dibattuto, che la natura stessa del ruolo sanitario militare pone fondamentali questioni legate alle due componenti di riferimento, talvolta, come già accennato in precedenza, confliggenti tra loro. Questa dualità è stata molto indagata e ha trovato ampio spazio particolarmente riguardo a quelle situazioni che possono comportare conflitti etici e che spesso richiedono analisi ed approfondimenti non sempre risolutivi⁵⁹. Uno dei modi che alcune sanità militari trovano nel cercare di rendere il compito del proprio personale gestibile al meglio è quello di fornire una sorta di “compasso morale” che possa guidarli

⁴⁷ C Musumeche, The Medical Lessons of War, EMSWorld, luglio 2017, <https://www.emsworld.com/article/217939/medical-lessons-war>

⁴⁸ T Wolley, JA Round et al., Global lessons: developing military trauma care and lessons for civilian practice, British Journal of Anaesthesia, Volume 119, Supplement 2017

⁴⁹ MCM Bricknell, D Thompson, Roles for international military medical services in stability operations (security sector reform), JR Army Med Corps 153(2): 95-98, 2007

⁵⁰ Come la missione in Ciad del 2008/9 e l’attuale in Libano

⁵¹ DF Thompson, The Role of Medical Diplomacy in Stabilizing Afghanistan, Defense Horizon n. 63, 2008

⁵² Si veda la revisione di Stars and Stripes, 28 March 2019, More Iraq and Afghanistan troops survived critical injuries as wars went on, <https://www.stripes.com/news/more-iraq-and-afghanistan-troops-survived-critical-injuries-as-wars-went-on-1.574629>, in cui uno dei fattori della aumentata sopravvivenza dei feriti in Afghanistan è attribuibile alla decisione del Segretario di Stato Robert Gates di contenere il tempo di MEDVAC entro un’ora.

⁵³ I Hartenstein, Medical Evacuation in Afghanistan, RTO-MP-HFM-157, 2008

⁵⁴ Dustoff: Trained To Save Lives, <https://rs.nato.int/news-center/feature-stories/2018-feature-stories/dustoff-trained-to-save-lives.aspx>

⁵⁵ <https://www.prideofbritain.com/history/2008/medical-emergency-response-team>

⁵⁶ BBC News, RAF medics who fly to the rescue <https://www.bbc.com/news/uk-13640912>

⁵⁷ Army Medicine to honor 96-year-old World War II Combat Medic, <https://www.army.mil/article/222288>

⁵⁸ Uno dei molti apprezzamenti della stampa generalista in merito: Time magazine, 14 /06/2011 “Bless the battlefield angels” <http://nation.time.com/2011/06/14/bless-the-battlefield-angels/>

⁵⁹ JC Moskop, A moral analysis of military medicine., Military Medicine 163(2), Feb 1996



nella risoluzione dei potenziali conflitti etici attraverso insegnamenti ad *hoc*⁶⁰ e linee guida ufficiali in materia⁶¹. Gli attuali conflitti asimmetrici hanno condizionato ulteriormente la complessità della problematica ponendo nuovi scenari e situazioni che non consentono una chiara applicazione delle leggi sui conflitti armati e sul ruolo dei servizi sanitari⁶². L'argomento, per vastità ed importanza, merita approfondimenti che esulano dalla natura di questo articolo e si rimanda pertanto alla vastissima e qualificata letteratura reperibile in merito.

Nel presente paragrafo si vuole invece affrontare una fattispecie più sfuggente e meno definibile ma sempre derivante dalla giustapposizione delle due nature, sanitaria e militare, nello stesso individuo. Questa fattispecie è culturale e morale e, soprattutto, identitaria, legata cioè al sovrapporsi di due *ethos* professionali che spesso richiedono stili e conoscenze divergenti e tecnicismi talvolta contrapposti. Agli Ufficiali medici viene, ad esempio, attribuita la propensione a far prevalere il proprio essere medici "prima che" all'essere militari, quasi che la componente militare sia un fattore, distraente, secondario ed accessorio rispetto alla propria natura intrinseca di operatore sanitario. Questa modalità talvolta ancora in effetti presente, si basa, probabilmente, su una presunta capacità di chi ha affrontato lunghi e impegnativi studi, quali quelli di Medicina, di poter con estrema facilità affrontare e gestire tematiche eminentemente militari solo quando necessario. In questo evidente approccio euristico, spesso smentito nei fatti, risiede uno dei principali ostacoli allo sviluppo di una Sanità Militare moderna ed efficace, come verrà esposto in seguito. Per converso vi sono anche condizioni nelle quali viene fatto prevalere l'aspetto militare, talvolta caratterizzato da formalismi e rigidità, su quello del professionista sanitario creando distorsioni altrettanto inefficaci. Il vero superamento di queste sbilanciate posizioni consiste nell'individuare il vero ed inequivocabile ruolo del medico militare come professionista indivisibile delle due componenti. Questo risultato è possibile solo se esiste una chiarezza di visione sul ruolo della Sanità Militare, sulla sua storia e sulla sua unicità senza però arroccarla in posizioni tradizionaliste in cui prevalgano elementi valoriali vuoti o, peggio, semplici interessi di convenienza. La vera sfida è pertanto quella di creare un valore aggiunto nel ruolo sanitario militare che, lungi dall'assecondare culturalmente la spinta di opposizione tra le due componenti, si riconosca nella sintesi tra conoscenze mediche e scopi e valori militari. Questa sintesi non si può realizzare in astratto ma deve passare da una chiara consapevolezza del personale sanitario del proprio "mestiere" senza confrontarlo in maniera acritica con le dinamiche delle controparti civili così come la componente operativa, e delle Armi in generale, deve sentire la componente sanitaria come parte indivisibile del proprio ruolo. Il principale collante per ottenere questa unità deve necessariamente passare per la valorizzazione dell'alto ruolo operativo che la Sanità Militare esercita e per l'insostituibile garanzia che essa porta nella tutela e ripristino della salute nella comunità della Difesa e in particolare nell'esercizio delle Operazioni.



5. Modelli organizzativi

Le criticità strutturali descritte in precedenza sono comuni a tutte le Sanità Militari e richiedono soluzioni organizzative dedicate e la capacità di monitorarle in tempo reale per governarne l'evoluzione. È necessaria una "vision" multidimensionale che reindirizzi la Sanità Militare ad ogni cambiamento sensibile (tecnologico, ordinativo etc.) ed al mutare degli scenari geopolitici. Tutte le Sanità Militari del blocco occidentale europeo hanno attraversato negli anni '90 una profonda ristrutturazione dovuta al radicale cambiamento della minaccia e al progressivo declinare della probabilità di conflitti convenzionali su larga scala. Ciò ha comportato, tra l'altro, la contrazione di strutture sanitarie non più considerate necessarie, in coerenza con la dismissione di altre unità militari. Questo passaggio ha segnato la necessità di intercettare le problematiche derivate dalle criticità strutturali e contingenti secondo un

⁶⁰ EG Howe, Teaching Military Medical Ethics at the Uniformed Services University of the Health Sciences, American Medical Association Journal of Ethics, Volume 9, Number 10, October 2007

⁶¹ Ethical Guidelines and Practices for U.S. Military Medical Professionals, Defense Health Board, March 3, 2015

⁶² I Patschke, New Values for Military Medical Personnel? Medical Ethics in Military Context, Ethics and Armed Forces, <http://www.ethikundmilitaer.de/en/full-issues/20151-medical-ethics/patschke-new-values-for-military-medical-personnel-medical-ethics-in-military-context/>



CRITICITÀ	GERMANIA	FRANCIA	ITALIA
Reclutamento e mantenimento in servizio	<ul style="list-style-type: none"> - paga al grado superiore per il personale di sanità - attività intra-moenia - medicina di base per personale militare 	<ul style="list-style-type: none"> - retribuzione elevata per Ufficiali (in linea con le retribuzioni dei medici del SSN) - rapporto esclusivo con l'AD - incentivi economici per alcune funzioni e specialità 	<ul style="list-style-type: none"> - attività libero-professionale - attività certificativa
Ruolo clinico e ruolo gestionale	<ul style="list-style-type: none"> - avvio precoce al ruolo gestionale - netta differenziazione tra ruoli clinico-specialistici e di "staff" per il personale medico 	<ul style="list-style-type: none"> - ruolo gestionale affidato di massima ai medici di base (solo il 30% dei medici è specialista) 	<ul style="list-style-type: none"> - assegnazione eventuale in ruoli di staff del personale sanitario titolato ISSMI
Mantenimento delle capacità cliniche	<ul style="list-style-type: none"> - 5 ospedali militari aperti alla popolazione civile - cliniche e poliambulatori regionali - impiego di specialisti dalla riserva selezionata 	<ul style="list-style-type: none"> - 8 ospedali Militari aperti alla popolazione civile (4 dei quali orientati alla gestione delle emergenze traumatiche) 	<ul style="list-style-type: none"> - 3 ospedali militari per personale militare o avente diritto
Competenze tecnico-militari	<ul style="list-style-type: none"> - sanità militare come Forza Armata indipendente - comando delle forze operative sanitarie a livello Divisione (3 + 2 reggimenti) 	<ul style="list-style-type: none"> - sanità militare come Forza Armata indipendente 	<ul style="list-style-type: none"> - sanità militare compresa nella logistica

Tab. I - Comparazione dei servizi sanitari militari di Germania, Francia ed Italia rispetto ad alcuni aspetti organizzativi

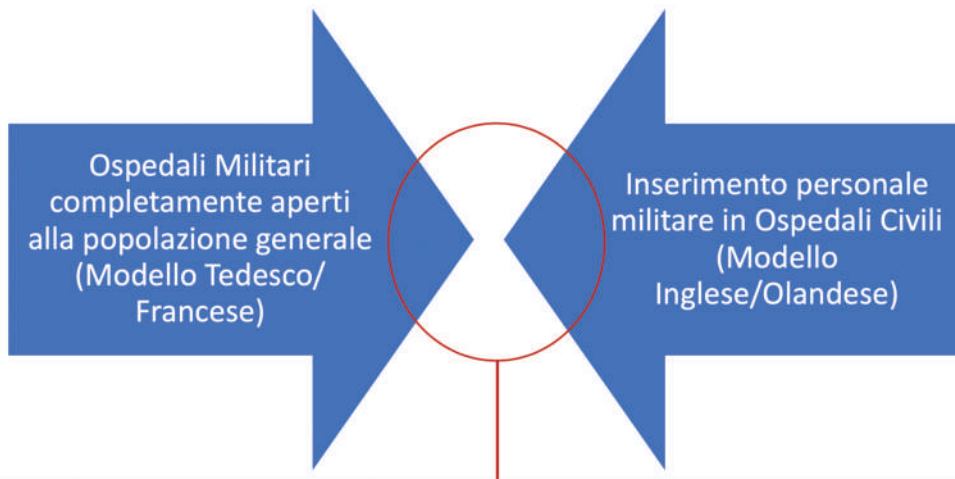
processo di sviluppo coerente e sostenibile.

Le nazioni che in Europa hanno sviluppato modelli di Sanità Militare con alto livello di risposta a tali esigenze sono la Germania e la Francia, che vanno pertanto considerati come un riferimento utile anche per la realtà italiana.

In particolare, va enfatizzata la soluzione adottata da questi 2 paesi per la più sensibile (e sicuramente più rilevante ai fini dell'assolvimento del compito primario della Sanità Militare) delle criticità: il mantenimento delle capacità cliniche del personale al fine di soddisfare le esigenze operative. Sia la Germania che la Francia hanno adottato la soluzione di mantenere attivi i loro ospedali militari integrandoli completamente nel SSN (inclusi i dipartimenti di accettazione e pronto soccorso). La logica seguita è quella di consentire al personale medico (in particolare quello specialista), di operare con casistiche adeguate⁶³ per numero e tipologia consentendo, al contempo, di condividere i costi con il SSN. Va notato, soprattutto per la Germania, stato federale, che l'apertura degli ospedali militari (attualmente 5) alla popolazione civile ha comportato la negoziazione separata con i singoli Land di riferimento. Nella **tabella I** vengono riportate, in sintesi, le soluzioni organizzative in risposta alle criticità strutturali individuate in questi 2 paesi, comparate con la situazione italiana.

I modelli organizzativi francese e tedesco, che presentano tra loro molte similitudini, hanno ispirato altre nazioni europee, tra cui la Spagna che ha riprodotto due delle caratteristiche più salienti di tale modello, ovvero la creazione di un corpo sanitario interforze unico e l'apertura degli Ospedali Militari alla popolazione civile. La Sanità Interforze risponde ad una logica di buon *management* in quanto consente di evitare duplicazioni e permette, attraverso la creazione di un centro di programmazione unica, il superamento di molte inefficienze generate dalla frammentazione del servizio. Tuttavia, mentre il mantenimento di sanità militari

⁶³ Si ricorda ancora come la Francia enfatizzi il carattere formativo delle proprie strutture sanitarie («Hôpital d'instruction des armées») e faccia prevalere le competenze di emergenza/urgenza e traumatologiche.



Al momento nessuno dei modelli appare praticabile come tale in Italia. L'attuale situazione degli Ospedali Militari Italiani è ibrida rispetto al mantenimento di alcune capacità, soprattutto quelle collegate all'urgenza/ emergenza sanitaria.

Fig. 7 - I 2 modelli prevalenti di mantenimento delle capacità cliniche nelle sanità militari.

per ogni Forza Armata, pur se anacronistico e non perfettamente funzionale, può ancora, teoricamente, rispondere al fabbisogno operativo, il discorso sugli Ospedali Militari merita un necessario approfondimento. Occorre tornare al box di figura 5 e a quanto esprime in merito il servizio sanitario della *Bundeswehr*. Il testo, chiarissimo ed inequivocabile, esprime un concetto quasi elementare nella sua semplicità: gli specialisti sanitari militari in madrepatria devono “esercitarsi” per poter svolgere il loro compito in operazioni e questo non è possibile avendo come pazienti i soli militari, mediamente più sani della popolazione generale. La casistica dei singoli professionisti deve essere adeguata per numero e per mix di tipologie di intervento, particolarmente per quelle specialità chirurgiche che richiedono anche conoscenza ed uso di specifiche tecniche. Questo punto non può essere considerato opzionale o ascritto ad un modello considerato irraggiungibile e, quindi, da non realizzare. Anche se può apparire un paragone apparentemente incongruo, il supporto sanitario operativo è del tutto assimilabile ad un sistema d’arma e dovrebbe concettualmente essere gestito come tale. La componente tecnologica e quella umana di un sistema d’arma devono essere sempre pronte al funzionamento indipendentemente dalla probabilità del loro impiego, pena inaccettabili conseguenze per la salvaguardia da una minaccia. Allo stesso modo, un’unità chirurgica potrebbe svolgere il proprio turno in Teatro in (auspicabile) assoluta inattività ma dovrebbe essere in grado di affrontare in emergenza le tipologie di intervento immediato da lesioni da combattimento o altri traumatismi. Ciò è possibile solo con un costante addestramento, che per un chirurgo coincide con la quotidiana pratica clinica e che per un chirurgo militare dovrebbe prevedere una dimestichezza non occasionale con lesioni traumatiche possibili in Teatro operativo. La soluzione adottata da Francia e Germania e da parte di molti altri Paesi alleati risponde in maniera univoca a questa esigenza. Alternativamente, altri Paesi come Gran Bretagna e Olanda, hanno optato verso l’inserimento di proprio personale sanitario militare nel contesto di strutture sanitarie civili pur mantenendo come prioritario il loro ruolo per l’impiego operativo. Come schematizzato nella **figura 7**, l’Italia si trova in una posizione intermedia tra i due modelli possibili e si trova nella posizione, certificata dalla indagine della Corte dei Conti⁶⁴, di avere una casistica non comparabile rispetto a strutture ospedaliere civili.

Se questo è per la Corte dei Conti giustificabile sul piano amministrativo e contabile⁶⁵, scopo ultimo della deliberazione, non lo è

⁶⁴ “Osserva altresì, il Dicastero, che le prestazioni erogate sono decisamente inferiori a quelle dei due ospedali civili presi a riferimento”, Deliberazione 7 agosto 2019, n. 16/2019/G, “Il Servizio Sanitario Militare”, cit, pg 130

⁶⁵ “Se ne può dedurre, che conclusivamente il Policlinico militare (e più in generale ed a maggior ragione la Sanità Militare) presentano dei profili solo in parte sovrapponibili ad omologhe strutture civili ed al SSN e, pertanto, anche i criteri di raffronto devono tenerne debita considerazione, evitando così di procedere ad una comparazione, globale e meramente numerica, senza aver adeguatamente considerato compiti e finalità tanto differenti tra loro.”, Deliberazione 7 agosto 2019, n. 16/2019/G, “Il Servizio Sanitario Militare”, cit, pg 130



però sul piano già descritto del mantenimento delle capacità cliniche. E' vero che ai medici militari in Italia è consentito l'esercizio dell'attività privata, anche sulla base del presupposto che ciò serva esattamente a compensare il mix di casistica non possibile nel solo contesto militare, ma tale fattispecie, pur se sicuramente efficace per alcuni professionisti, non offre alcuna garanzia di omogeneità e standardizzazione. E' infatti possibile che un bravo ortopedico nella sua attività privata possa considerare più professionalizzante e remunerativo dedicarsi ad una branca super specialistica (e.g. chirurgia artroscopica del ginocchio) e non mantenere dimestichezza con capacità più adatte ad un contesto operativo come, ad esempio, il trattamento chirurgico di fratture. Per converso, l'esercizio della pratica in un Ospedale Militare interamente aperto alla popolazione civile, e, come nel caso francese, orientato alla traumatologia, potrebbe consentire una più chiara capacità da parte dell'Amministrazione di gestire integralmente il processo del mantenimento delle capacità cliniche del personale. Infine, non andrebbe dimenticato che ospedali militari inseriti nel SSN potrebbero anche essere economicamente sostenibili o, quantomeno, produrre margini di reinvestimento in tecnologia e formazione sanitaria.

L'esistenza di modelli organizzativi di sanità militari che hanno intercettato problematiche sostanziali e che continuano ad evolversi con un processo di costante adeguamento, dovrebbe essere motivo di attento studio per la realtà italiana che su questi modelli dovrebbe costruire un "piano di rientro" per la propria Sanità Militare. Rinunciare aprioristicamente a replicare modalità funzionali solo perché può risultare difficile, in tempi di economia stagnante e continui tagli alla Difesa, vuol dire continuare a mantenere la Sanità Militare italiana in un limbo autoreferenziale dal quale sarà sempre più difficile uscire.



6. Fabbisogno specialistico

6.1 Specialità cliniche

Si è detto più volte che la Sanità Militare è un sistema e che il suo compito primario è l'assolvimento del supporto operativo. Nei conflitti più recenti in Iraq ed Afghanistan l'insieme di procedure capillari per il soccorso pre-ospedaliero, e la politica restrittiva sul MEDEVAC⁶⁶ hanno consentito alle Forze Armate statunitensi di avere un tasso di sopravvivenza del 92% per tutti i feriti in combattimento⁶⁷. Naturalmente, tale risultato non è attribuibile solo all'alta efficacia della catena di soccorso pre-ospedaliera ma alla capacità di trattamento chirurgico in sede, nella maggior parte dei casi effettuato a brevissimo tempo dal ferimento. Per l'assolvimento dei propri compiti, quindi, ogni Sanità Militare deve disporre di assetti specialistici sufficienti, per numero e tipologia, al supporto sanitario alle operazioni, tenendo presente i correnti scenari e, in previsione, quelli futuri. Tale fabbisogno può essere assolto con risorse presenti all'interno dell'amministrazione o con il ricorso a risorse esterne (e.g. riserva selezionata). La programmazione di tali risorse deve tenere conto dei livelli di ambizione fissati e di eventuali circostanze che richiedano un incremento di assetti sanitari in tempi ristretti. In linea di principio, devono essere quantizzate le risorse specialistiche immediatamente disponibili e quelle attingibili da riserva selezionata (o altre forme di acquisizione di tali competenze).

La Difesa ha ampi margini di programmazione del personale medico specialista in virtù di quanto stabilito all'art. 757 del Codice dell'ordinamento militare (riserva di posti sino al 5% del totale dei posti a bando)⁶⁸: ne consegue, quindi, che i limiti non sono legati alla disponibilità del MIUR⁶⁹ bensì alle risorse economiche e ai vincoli ordinativi dell'Amministrazione stessa.

Anche in questo caso si ritiene opportuno ripetere che il ruolo primario degli specialisti clinici, è quello di alimentare le strutture sanitarie Fuori Area dedicate (Role 2/3 o altre unità specialistiche come le unità chirurgiche avanzate, "Forward Surgical Teams") e pertanto l'attività in madrepatria deve essere intesa come esercizio della pratica clinica in funzione di tale ruolo. Anche in

⁶⁶ V articolo di Stars and Stripes, 28 March 2019, cit.

⁶⁷ D. Vergun, Survival rates improving for Soldiers wounded in combat, says Army surgeon general, US Army, 24 agosto 2016, https://www.army.mil/article/173808/survival_rates_improving_for_soldiers_wounded_in_combat_says_army_surgeon_general

⁶⁸ Nel 2018 sarebbero potuti accedere circa 300 specializzandi a fronte delle 35 posizioni effettivamente richieste.

⁶⁹ Ministero dell'Università e della Ricerca.



realtà nelle quali il personale militare è interamente o in parte a carico del servizio sanitario della Difesa (USA, Francia, Germania per citarne alcuni), le turnazioni del personale inviato Fuori Area comportano un depauperamento di risorse specialistiche che rende necessari aggiustamenti e mitigazioni per non ridurre il livello di prestazioni presso strutture sanitarie in madrepatria⁷⁰. In generale, questa problematica dovrebbe essere meno sentita in Italia poiché l'obbligo di assistenza sanitaria diretta al personale militare è limitata solo ad alcune tipologie di personale avente diritto⁷¹, che può, comunque, usufruire del SSN. In altri termini, le strutture sanitarie militari di ricovero e cura dovrebbero essere calibrate sul mantenimento delle capacità delle specialità di previsto impiego operativo quale compito primario⁷² ed includere una ridondanza di risorse sufficiente al mantenimento dei servizi essenziali e di quelli designati per assolvere in autonomia la funzione di Role 4, come indicato dalla dottrina NATO⁷³.

La **tabella II** definisce, a fini esemplificativi, le specialità cliniche ritenute essenziali ai fini del funzionamento territoriale e in operazioni e quelle di potenziale interesse per particolari aspetti di interesse per la Difesa.

Al momento, l'alimentazione dei Role 2 italiani avviene quasi esclusivamente con specialisti provenienti dal Policlinico Militare di Roma che sono sottoposti a frequenti turnazioni e, soprattutto per le discipline "core" quali anestesia e rianimazione, chirurgia ed ortopedia, spesso ravvicinate nel tempo. Questa situazione è generata dal numero relativamente basso di professionisti con tali specialità rispetto alle esigenze operative che, tuttavia, non può essere incrementato oltre le dotazioni organiche previste per il Policlinico Militare e gli altri nosocomi.

6.2 Specialità non cliniche

Il supporto sanitario operativo non si esaurisce nella disponibilità di discipline cliniche utili al trattamento immediato di feriti e malati ma in un ben più ampio contesto di prevenzione delle capacità della Forza combattente (*Force Health Protection - FHP*) e di pianificazione e gestione degli assetti sanitari in Teatro. Queste ultime competenze, di stretta natura tecnico-militare, ampiamente definite dalla Dottrina Sanitaria della Nato, richiedono una particolare formazione il cui percorso è prevalentemente interno alla Difesa. In tale area va tuttavia evidenziato il ruolo chiave della specializzazione in Igiene che, oltre a costituire un solido prerequisito tecnico per presidiare le aree della *Medical Intelligence* e della medicina preventiva, riferendosi alla popolazione di riferimento e non al singolo paziente, predispone alla visione unitaria del supporto sanitario e delle sue articolazioni⁷⁴. Il fabbisogno per la Difesa di questa specialità dovrebbe essere pesato sia sulla base del suo possibile impiego in ambito FHP sia sul suo significativo contributo alla formazione di una logica gestionale del servizio sanitario. Le altre due specialità non cliniche di particolare rilevanza per l'AD sono la Medicina del Lavoro e la Medicina Legale. La prima, oltre che per i noti obblighi di legge⁷⁵ sta assumendo grande rilievo riguardo le potenziali esposizioni del personale militare a sostanze lesive nei Teatri Operativi che sta richiedendo la necessità di procedere a valutazioni di rischio e misure di esposizione già nelle fasi precedenti alla proiezione delle Forze. Questa esigenza, particolarmente attuale in ambito nazionale, è oggetto di discussione in altri Paesi alleati e viene proposta come nuova frontiera di interesse per la FHP⁷⁶. L'esigenza per la Medicina del Lavoro in ambito Difesa è pertanto di natura duale; da un lato sussiste la necessità di disporre di un numero sufficiente di specialisti formati per ricognizioni e valutazioni periodiche dei contesti operativi allo scopo di creare delle mappature ambientali di esposizione, dall'altro l'esigenza di fornire qualificata assistenza e supporto all'insieme di medici competenti che provvedono agli obblighi di legge sugli ambienti di lavoro. L'esigenza di specialisti in Medicina Legale dovrà tenere conto di possibili cambiamenti nelle competenze in materia di causa di servizio e valutazione del danno biologico, che nella Sanità

⁷⁰ *Improving the Deployment of Army Health Care Professionals*, Arroyo Center and RAND Health (2013).

⁷¹ Decreto 4 marzo 2015 "Individuazione delle categorie destinatarie e delle tipologie delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie militari".

⁷² Tale concetto dovrebbe essere nella piena consapevolezza del personale sanitario specialista clinico allo scopo di evitare distorsioni culturali che vedono nell'impiego Fuori Area una "distrazione" dai compiti ospedalieri.

⁷³ AJP 4.10 (C), cit.

⁷⁴ La specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva è titolo privilegiato per le posizioni organizzative in Direzione Sanitaria nel SSN

⁷⁵ Decreto legislativo 81 del 2008, art 38

⁷⁶ Mil Med. 2011 Jul;176(7 Suppl):17-21. Assessing potentially hazardous environmental exposures among military populations



SPECIALITÀ'	IMPIEGO IN MADREPATRIA	IMPIEGO IN OPERAZIONI	OSSERVAZIONI
Anestesia e Rianimazione	Centro Ospedaliero	Role 2/ Role 3	Essenziale in operazioni
Chirurgia generale	Centro Ospedaliero	Role 2/ Role 3	Essenziale in operazioni
Chirurgia toracica	Centro Ospedaliero	Role 2/ Role 3	Essenziale in operazioni
Chirurgia vascolare	Centro Ospedaliero	Role 2/ Role 3	Essenziale in operazioni
Ortopedia	Centro Ospedaliero/ Ambulatori	Role 2/ Role 3	Essenziale in operazioni
Medicina Interna*	Centro Ospedaliero	Role 2/ Role 3	Essenziale in operazioni
Radiodiagnostica	Centro Ospedaliero/ Ambulatori	Role 2/ Role 3	Essenziale in operazioni
Patologia Clinica*	Centro Ospedaliero/ Centri di Ricerca/	Role 2/ Role 3	Essenziale in operazioni
Odontoiatria	Centro Ospedaliero	Role 2/ Role 3	Essenziale in operazioni
Ginecologia	Centro Ospedaliero	Role 2E / Role 3	Complementare in operazioni
Pediatria	Centro Ospedaliero	Role 2E / Role 3	Complementare in operazioni
ORL	Centro Ospedaliero/ Ambulatori	Role 2E / Role 3	Complementare in operazioni
Malattie infettive e Tropicali	Centro Ospedaliero/ Medical Intelligence	Role 2E / Role 3	Complementare in operazioni/ Biocontenimento
Neurologia	Centro Ospedaliero/ Ambulatori	Role 3	
Psichiatria	Centro Ospedaliero/ Ambulatori	Role 3	
Neurochirurgia	Centro Ospedaliero	Role 3	
Chirurgia Plastica	Centro Ospedaliero	Role 3	
Cardiologia	Centro Ospedaliero/ Ambulatori	Role 3	
Oftalmologia	Centro Ospedaliero/ Ambulatori	Role 3	
Dermatologia	Centro Ospedaliero/ Ambulatori	Role 3	
Ematologia	Banca del Sangue		
Medicina dello Sport	Ambulatori		Incremento delle prestazioni umane "Human Performance Enhancement"

* o equipollenti

Tab. 2 - Principali specialità in previsione del loro impiego operativo.

Militare hanno avuto storicamente molto rilievo. Vale tuttavia l'obbligo di segnalare che, sempre in considerazione di dare priorità alle esigenze operative, andrebbe valutata la costituzione di un pool ristretto di Medici Legali esperti in Tanatologia, il cui operato sarebbe di interesse strategico per la valutazione e gestione di cadaveri e resti umani, in modo particolare nelle emergenze di massa conseguenti all'azione di una minaccia, "battlefield forensics", o disastri naturali. La **tabella III** riassume le ipotesi di esigenza delle specialità non cliniche.

A completamento del presente paragrafo merita sottolineare che la programmazione specialistica e l'impiego, soprattutto quello operativo, potrebbero essere gestite in maniera ottimale in un pieno contesto interforze. Verrebbe meno in tal modo ogni particolarismo legato alla specifica componente di impiego, ovvero sarebbe ininfluente se si dovesse fare riferimento, ad esempio, ad un assetto navale o terrestre e rimarrebbe centrale la specifica competenza richiesta per l'assolvimento del compito. L'argomento sulla Sanità interforze verrà ulteriormente analizzato nel paragrafo seguente.



SPECIALITÀ	IMPIEGO IN MADREPATRIA	IMPIEGO IN OPERAZIONI	OSSERVAZIONI
Igiene e Medicina Preventiva	Area di Aderenza, Medical Intelligence	JMed FHP	
Medicina del Lavoro	Area di aderenza	JMed FHP	
Medicina Legale	DMML	Tanatologia	Eventuale team "on call"

Tab. 3 - Rilevanza operativa delle specialità non cliniche



7. Fabbisogno gestionale e Governance Sanitaria Militare

Nel paragrafo 5 è stato accennato al profondo rinnovamento che molte sanità militari hanno affrontato negli anni '90 in rispondenza delle mutate esigenze dello strumento militare nel suo complesso. È fatto obbligo segnalare che mentre in altri paesi le soluzioni individuate sono state coerenti con l'esigenza di proiettare assetti sanitari Fuori Area emantenere attive le capacità cliniche e operative del proprio personale sanitario, in Italia sono state conservate, ed in molti casi amplificate altre competenze quali, ad esempio, quella medico-legale. Tale riposizionamento della Sanità Militare ha comportato la diaspora di molti clinici dagli ex Ospedali militari e altre strutture cliniche specialistiche (passati ad altre amministrazioni dello Stato o a regime privato) e la de-specializzazione di quelli passati a ruoli medico legali. La chiusura di strutture sanitarie qualificate all'epoca funzionanti, e potenzialmente in grado di generare margini di contribuzione economica⁷⁷ all'AD, è stata verosimilmente basata su fattori finanziari di pura natura contabile ed ha prodotto la perdita netta di capacità professionali ed organizzative di difficile ricostituzione. In retrospettiva, la scelta operata in quel periodo, peraltro in controtendenza rispetto a quanto gli scenari geopolitici stavano prospettando, ha comportato problematiche alla sostenibilità del supporto sanitario operativo ed ha condotto, dopo diversi anni, alla necessità di riaprire i due poli ospedalieri di Milano e Taranto.

Riflettendo su quella che oggi appare un'errata capacità di interpretare i chiari segnali dei cambiamenti in atto, è auspicabile che in futuro la prospettiva dei decisori sull'evoluzione della Sanità Militare e dei suoi assetti sia sempre più aderente al ruolo che oggi essa ricopre e continuerà a ricoprire. In particolare, è necessario che vengano create le condizioni perché possano essere risolte o mitigate le criticità strutturali, attraverso una realistica interpretazione delle problematiche a loro correlate, e la messa in campo di soluzioni praticabili secondo una visione unitaria. Dovrebbero, cioè, verificarsi quelle condizioni che hanno improntato molte sanità militari di altri Paesi che, pur attagliate alle rispettive realtà nazionali, hanno proceduto a ristrutturazioni e soluzioni organizzative giudicate imprescindibili per il mantenimento di servizi efficaci e coerenti con i compiti istituzionali. In questo paragrafo vengono presi in considerazione, per ordine di rilevanza, gli aspetti

⁷⁷ Apertura al SSN, prestazioni in convenzione etc.



correnti che anche in Italia dovrebbero essere oggetto di particolare attenzione nei processi di *governance* sanitaria militare. Le soluzioni proposte rappresentano semplicemente degli esempi o degli indirizzi, nella consapevolezza che tali processi richiedono impegnativi *iter* decisionali, legislativi e finanziari. E' tuttavia necessario ribadire che affrontare in maniera strutturata le tematiche che seguono dovrebbe costituire un indirizzo programmatico non differibile per la Sanità Militare italiana.

7.1 Mantenimento delle capacità cliniche

Nella situazione italiana, il mantenimento del Policlinico militare di Roma e la riapertura dei due centri ospedalieri di Milano e Taranto si posiziona in un punto intermedio rispetto allo spettro delle due prevalenti soluzioni praticate presso i Paesi alleati, non eliminando però la vulnerabilità derivata dagli scarsi volumi e varietà di prestazioni sufficienti agli specialisti per un efficace mantenimento delle loro capacità cliniche. Dovrebbe essere considerato, nella plausibile ipotesi di poter perseguire in futuro il modello tedesco e francese, di integrare la pratica clinica del personale medico specialista degli ospedali militari con la frequenza presso identificate strutture civili che possano integrare la loro casistica. Per ottenere questo risultato è essenziale effettuare una identificazione univoca delle aree che richiedono maggior pratica clinica e quantificare il numero minimo di prestazioni necessarie per il mantenimento delle necessarie capacità. A tal fine, è auspicabile la creazione di normativa ad-hoc⁷⁸ che disciplini: il praticantato dei medici militari presso strutture pubbliche, la quantificazione dei tempi di lavoro nelle strutture sanitarie militari ed esterne e l'eventuale intensificazione della pratica esterna nelle fasi di «approntamento». Nella fase transitoria che possa condurre ad una regolamentazione legislativa del praticantato militare sarebbe opportuno rivedere tutte le convenzioni in atto con enti sanitari civili in un'ottica unitaria ed interforze improntata ai principi su espressi. A solo titolo di esempio, in **tabella IV** si formulano le ipotesi di impiego delle specialità cliniche “core” per l'impiego in Role 2, e la pratica di mantenimento delle capacità previste nei contesti ospedalieri militari e civili.

Anche se tale approccio apparentemente sembra costituire una perdita per l'amministrazione, vale la pena di sottolineare che la frequenza da parte di personale militare presso qualificate strutture esterne alla Difesa consentirebbe possibilità di maggiore interscambio con la Sanità pubblica e la possibilità di valorizzare convenzioni a favore del personale della Difesa.

Questa soluzione dovrebbe, comunque, essere transitoria e costituire la prima fase di un “piano di rientro” che possa riallineare i nosocomi militari nel contesto del SSN e, possibilmente, accreditarli come centri di riferimento per la traumatologia, come già accade in Francia. Il personale formato attraverso la pratica specialistica sulla popolazione generale costituirebbe il nucleo centrale per il trasferimento delle competenze acquisite in ambito militare, una volta completato l'accreditamento delle strutture sanitarie militari. Un tale piano dovrebbe prevedere una accurata analisi dei processi che hanno portato altre nazioni ad ottenere i risultati raggiunti e pianificare i relativi investimenti. Anche se ciò appare ambizioso, particolarmente in tempi di tagli alla spesa, è opportuno rammentare che il supporto alle operazioni, essendo il compito originale e primario della Sanità Militare, non può accontentarsi di soluzioni sub-ottimali ma dovrebbe essere perseguito al meglio. Andrebbero contemplate ipotesi innovative quali quelle di realizzare strutture sanitarie militari anche alternative per sede rispetto a quelle attuali ma che per posizionamento geografico e localistico potrebbero risultare attrattive per la popolazione generale. Dovrebbero essere necessari, al riguardo, studi multidisciplinari di fattibilità economica e sostenibilità di realizzazione di nuove e moderne infrastrutture sanitarie militari anche confrontandole con i costi e l'opportunità di mantenimento di quelle storiche, come si è verificato in altri Paesi⁷⁹. L'Italia è un paese che per dimensioni e ruolo internazionale dovrebbe aspirare ai modelli sanitari militari che Francia, Germania e Spagna hanno da

⁷⁸ Possibile aggiornamento del Codice dell'Ordinamento Militare in materia di Sanità Militare

⁷⁹ Si veda il box sul caso Val De Grace in **figura 8** circa la decisione francese di chiudere lo storico ospedale di Val de Grace. <https://www.theguardian.com/world/2014/oct/15/paris-val-de-grace-hospital-close-under-spending-cuts>



SPECIALITÀ'	IMPIEGO IN OSPEDALE MILITARE	IMPIEGO IN STRUTTURA SANITARIA CIVILE
Anestesia e Rianimazione	40%	60%
Chirurgia generale	30%	70%
Chirurgia toracica	30%	70%
Chirurgia vascolare	30%	70%
Ortopedia	50%	50%
Medicina Interna*	60%	40%
Radiodiagnostica	70%	30%
Patologia Clinica*	90%	10%

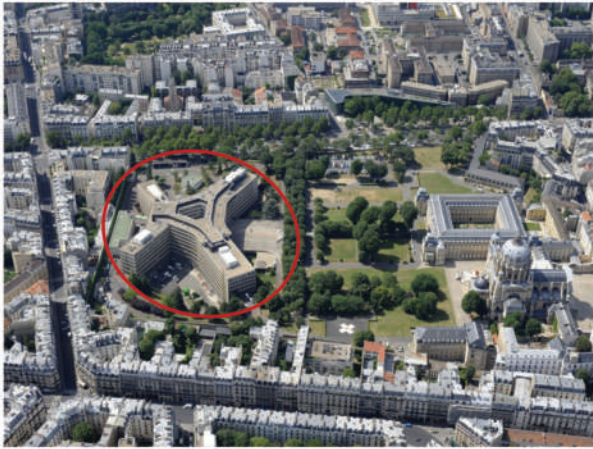
Tab. IV - Ipotesi di ripartizione della pratica di impiego per alcune specialità cliniche.

tempo intrapreso e che continuano ad essere sviluppati con l'introduzione di innovativi percorsi gestionali. Per essere perseguiti, questi modelli necessitano forte capacità di intervento di governance centralizzata che si faccia carico delle problematiche strutturali e possa individuare, per conto del decisore finale, le linee d'azione ottimali.

7.2 Capacità gestionali

La Sanità Militare è un sistema complesso che non può essere gestito con sole competenze di tipo tecnico-burocratico. La molteplicità di compiti assegnati alla Sanità Militare, sia improntati al buon funzionamento ed adeguamento agli standard tecnico-scientifici sia collegati alle varie finalità strettamente militari, operative o meno, richiedono una forte competenza gestionale. In particolare, il funzionamento ordinario e la "vision" programmatica di un tale sistema complesso prevedono univoche capacità di comprendere e gestire produzione di servizi sanitari, con competenze analoghe richieste alle componenti civili (Direzione Generale e Sanitaria), comprendere e gestire gli aspetti sanitari tecnico-militari specifici e, contemporaneamente, sviluppare quelle caratteristiche umane, morali e professionali che caratterizzano i ruoli di Comando. In realtà la Sanità Militare italiana non prevedendo, come già considerato, una separazione specifica tra carriere clinica e gestionale rende possibile che personale che abbia svolto l'intero percorso professionale nel solo ambito clinico possa giungere alla Dirigenza apicale non avendo potuto sviluppare esperienza diretta e formazione dedicata relative ad altre componenti essenziali. Sicuramente realtà cliniche complesse consentono l'acquisizione di diverse e determinate responsabilità organizzative ma esse rimangono confinate nel solo contesto di riferimento e possono prevedere, tra l'altro, carriere verticali, a volte possibili all'interno dello stesso Ente, che non necessariamente consentono l'acquisizione di tutti gli elementi utili alla creazione di una "vision" unitaria sull'intero spettro delle funzioni della Sanità Militare. In qualche misura, tali possibilità sembrano quasi tramandare le logiche ottocentesche esaminate nel paragrafo 2 dove i grandi clinici potevano permettersi di essere anche grandi organizzatori.

Per converso, la logica organizzativa corrente di molte sanità militari considera che l'esercizio diretto della medicina si configura sostanzialmente come un'azione tattica (seppure con indiretti effetti strategici) mentre lo sviluppo e la gestione degli assetti sanitari



Il Val-de-Grâce è stato un Ospedale Militare fin dalla rivoluzione francese ed è stato sede di ricovero per le più alte autorità francesi, inclusi i presidenti.

Nonostante la parte storica sia stata interamente trasferita in una nuova costruzione del 1979 (cerchiata in rosso), nel 2016 l'intera struttura è stata chiusa perchè sarebbero stati necessari 250 milioni di euro per rimetterla a norma*. Oggi Val-de-Grâce conserva comunque una grande importanza per il museo storico, la scuola di applicazione e la biblioteca dei Service de Santé des Armées (SAA)

* https://www.lemonde.fr/societe/article/2014/10/08/le-gouvernement-veut-fermer-l-hopital-militaire-du-val-de-grace_4502581_3224.html

Fig. 8 - L'ex Ospedale Militare Val-de-Grâce

devono essere affidati a personale con lauree sanitarie, spesso medici, ma con un percorso di carriera molto simile, per numero di trasferimenti ed incarichi a quello delle Varie Armi⁸⁰. Il principio seguito è pertanto esattamente analogo alla progressione tipica di ogni ufficiale: le prime fasi sono legate alla acquisizione e messa in pratica di competenze tecniche e tattiche (e.g. precisione di tiro per un artigliere) mentre, via via, esperienze ed incarichi successivi conducono ad una competenza e visione sempre più generali ed omnicomprehensive.

Anche in Italia dovrebbero, pertanto, essere considerati due ruoli distinti per gli Ufficiali medici, uno ad alta valenza tecnico-professionale rappresentato dagli specialisti clinici ed un altro ad alta valenza tecnico-militare e gestionale che costituisce la componente di comando e controllo del Servizio Sanitario e ne genera la dirigenza apicale. Questa possibile soluzione organizzativa è stata a lungo dibattuta ma non ha trovato espressione ordinativa codificata ed è stata perseguita in parte attraverso la valorizzazione in ruoli di staff degli Ufficiali Sanitari titolati ISSMI, con esiti disomogenei, anche per la diseguale valenza data a tale titolarità da parte delle diverse Forze Armate. Inoltre, la semplice apposizione di competenze tecnico-militari generali al personale sanitario non genera in maniera esaustiva il qualificato supporto di staff e "advisoring" ai Comandanti di unità operativa⁸¹. Per tale motivo, l'Ispektorato Generale della Sanità Militare ha promosso, in attuazione della Direttiva per la Formazione Sanitaria Interforze IGESAN 001, l'introduzione di specifici insegnamenti nel contesto dei Corsi di Stato maggiore di Forza Armata e la creazione di un corso *ad hoc* da realizzarsi nel contesto del catalogo formativo del Centro di Formazione Logistica Interforze (CeFLI) che costituisce una continuazione ideale dell'ISSMI per gli Ufficiali di sanità⁸². Tali insegnamenti si concentrano su specifiche tematiche sanitarie militari sinora mai espressamente strutturate in formali processi formativi ma che rispondono a molteplici esigenze di interesse, spesso convenzionalmente apprese o conosciute solo attraverso l'esperienza diretta. Attraverso tali processi formativi e la maturazione di specifiche competenze è auspicabile che si possa anche operare una differenziazione delle carriere che, anche se non marcata come in altri Paesi possa delineare dei percorsi lineari e trasparenti sulla base delle attitudini e delle aspirazioni del personale. Ciò è particolarmente necessario anche sulla base delle già considerate stratificazioni di normative e direttive che, non armonizzate, hanno generato distorsioni che comportano la perdita della professionalità tecnica senza generare, al contempo, qualificate competenze tecnico-militari gestionali. Vale la pena di ricordare ancora una volta, a titolo esemplificativo di tale situazione, come uno specialista militare, diventato tale dietro cospicuo investimento dell'AD, possa accedere all'ISSMI dopo pochi anni dalla specializzazione e, potenzialmente, essere successivamente destinato ad incarichi di staff, vanificando, di fatto

⁸⁰ Chi volesse esaminare i curriculum dell'alta dirigenza sanitaria del servizio sanitario interforze della Bundeswehr potrebbe trovarne conferma <https://www.sanitaetsdienst-bundeswehr.de/portal/a/sanitaetsdienst/start/ueberuns/person/>

⁸¹ Non si vuole ovviamente negare l'alto ruolo dell'ISSMI nell'orientare alle finalità comuni e gli interessi della Difesa di tutti i frequentatori, incluso il personale sanitario. Per tale personale è però necessaria una ulteriore esperienza formativa che possa loro consentire di approfondire le tematiche relative alla dottrina sanitaria della NATO e degli altri organismi internazionali, gli aspetti di pianificazione sanitaria strategica ed operativa, sviluppo capacitativo sanitario etc.

⁸² Corso pilota previsto nel maggio-giugno 2020



l'investimento stesso. Nel caso, invece, che uno specialista ritorni a svolgere il proprio ruolo clinico (e.g. chirurgo) questo svolgerà per molti anni mansioni quasi puramente tecnico-sanitarie e la formazione acquisita presso l'ISSMI non potrà essere rafforzata dalla esperienza diretta.

Una possibilità per risolvere questa ed altre distorsioni potrebbe risiedere nella creazione di due sistemi differenziati che, pur non creando rigide preclusioni all'avanzamento, possano rendere i percorsi personali più lineari e contribuire alla maggiore efficienza dell'organizzazione.

a. Ipotesi per Specialità cliniche e Medicina Legale

Dopo un periodo di tre anni in area aderenza, sulla base del fabbisogno individuato e secondo i criteri stabiliti, gli Ufficiali medici che si applicassero per le specializzazioni di interesse per la Difesa dovrebbero permanere nell'area clinica o medico-legale⁸³ per almeno 12 anni e non essere impiegati in ruoli ed incarichi diversi dalla loro funzione specialistica. Tale disposizione dovrebbe garantire la "restituzione" dell'investimento formativo compiuto sul personale. Il ruolo primario degli specialisti clinici dovrebbe essere quello di provvedere primariamente alle necessità operative della Difesa (impiego in Role 2/3)⁸⁴.

Per tale personale potrà essere preso in considerazione di limitare i periodi di formazione tecnico-militare al solo addestramento collegato al ruolo da svolgersi presso strutture sanitarie campali o a bordo (esentandoli dunque dalla frequenza del Corso di Stato Maggiore o analoghi). Va sottolineato che mentre tutto il personale sanitario deve avere conoscenza operativa della lingua inglese, in ambito clinico è necessaria una conoscenza avanzata di inglese medico per interagire efficacemente nel contesto delle strutture sanitarie multinazionali (*Multinational Modular Medical Unit - M3U* e similari) sia in operazioni che in esercitazione (serie *Vigorous Warrior* e altre). Al termine del periodo di 12 anni, che corrisponde circa alla permanenza obbligatoria in servizio di 2,5 anni per anno di specialità, il professionista potrebbe decidere di lasciare l'AD e sfruttare le conoscenze acquisite in area SSN o nel libero mercato. Per coloro che volessero proseguire il loro servizio potrebbe aprirsi l'opportunità di rimanere nell'area clinica e svolgere funzioni di Dirigente in tale area, con titoli di merito prevalentemente legati alle capacità tecniche e di gestione delle unità operative cliniche. Va però considerato che una carriera nel solo settore clinico non offre la possibilità di acquisire tutte le competenze necessarie per svolgere ruoli apicali di gestione generale della Sanità Militare. Gli specialisti che volessero accedere a ruoli di carriera ulteriori, e proseguire nella dirigenza gestionale, potrebbero accedere all'ISSMI ed altri livelli di formazione superiore dopo il termine minimo di esercizio specialistico per essere poi assegnati ad incarichi diversi nell'area delle competenze operativo-gestionali. La **figura 9** riassume schematicamente il percorso descritto.

b. Ipotesi per Ufficiali medici non specialisti, di medicina di base e preventiva

Dopo il periodo di tre anni in area aderenza, gli Ufficiali medici che preferiscano rimanere in tale area e/o proseguire la formazione sanitaria in medicina di base (eventuale) potranno svolgere il loro percorso di carriera nei vari incarichi a questo livello (e.g. Ufficiale di *staff* di grande unità etc.) o essere selezionati per particolari ruoli nelle competenze sanitarie operative (e.g. *medical planner*, *flying surgeon* etc). Tale personale, come schematizzato in **figura 10** potrà accedere più precocemente alla formazione tecnico-militare superiore ed avere un relativo vantaggio rispetto al personale specialista di area clinica e medico-legale. Analogo vantaggio dovrebbe essere riservato agli specialisti in Igiene e Medicina Preventiva sulla base di quanto già espresso nel paragrafo 6.2.

Uno degli aspetti che risulta più centrato sulle soluzioni di formazione e carriera qui proposte è quello della necessità di formulare con chiarezza, e comunicare parimenti, vantaggi e svantaggi delle scelte individuali e professionali.

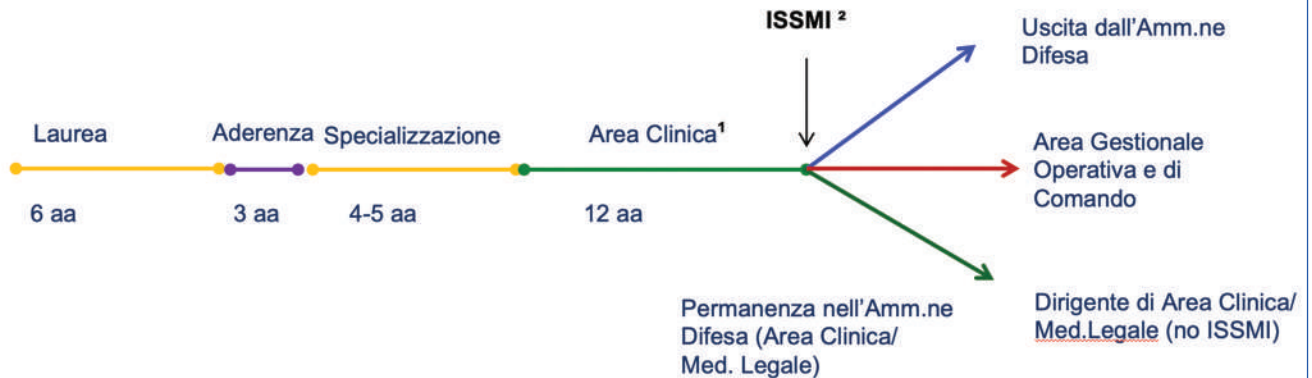
Ferma restando l'auspicabile vocazione personale di chi voglia intraprendere la professione di Ufficiale medico, l'arruolamento di cadetti da avviare alle Facoltà di Medicina e Chirurgia offre l'indubbio vantaggio della totale gratuità degli studi Universitari e quello di essere immediatamente impiegato subito dopo la laurea. Tale tipo di arruolamento è presumibile che rimarrà attrattivo anche in futuro mentre quello diretto di neo-laureati potrà risentire della concorrenza di una eventuale maggiore richiesta da parte del SSN. Un Ufficiale medico, comunque arruolato, che dovesse optare per la formazione specialistica clinica dovrebbe essere consapevole che le sue aspettative di carriera saranno leggermente minori rispetto a quelle di altri colleghi e che il suo ruolo preminente sarà quello di supportare i Role 2/3 ogniqualvolta richiesto dalle condizioni operative. La contropartita, costituita

⁸³ Dipartimenti di Medicina Legale e altri organi medico-legali.

⁸⁴ L'Amministrazione, al contempo, dovrebbe garantire loro le condizioni necessarie al mantenimento delle loro capacità specialistiche, come verrà esaminato in seguito.

Specialisti Clinici e Medico-Legali

La permanenza minima di 12 anni nell'area specialistica «clinica» è determinata dalla necessità di garantire un «ritorno» dell'investimento formativo (4-5 anni) necessario per acquisire la specializzazione.



¹ Possibile esclusione dal Corso di Stato Maggiore, sostituito da formazione operativa orientata all'impiego in Role 2/3

² In caso di passaggio ad area Gestionale - Operativa

Fig. 9 - Ipotesi di percorso di carriera per specialisti clinici e medico legali.

Aderenza (Medicina di Base e Specialistica delle Comunità)

Il personale con minor investimento formativo (Medicina di Base) o specialista in discipline ad alto contenuto gestionale (e.g. Igiene) potrà accedere più rapidamente all'Area gestionale operativa e di comando.



¹ Medical Planning, Medical Intelligence, MEDEVAC etc.

Fig. 10 - Ipotesi di percorso di carriera per generalisti e specialisti in medicina delle comunità.



dall'accesso privilegiato alla scuola di specializzazione e dalla acquisizione del titolo specialistico con costi a carico dell'AD ha un valore intrinseco che consente un posizionamento sul mercato, anche nel caso di eventuale passaggio ad altra amministrazione al termine della ferma prefissata. Secondo il modello precedentemente prospettato per gli specialisti clinici e medico-legali è possibile che una certa parte di specialisti possa lasciare l'AD o passare ai ruoli gestionali (incompatibili con il mantenimento della pratica clinica in servizio) ma tale eventuale fuoriuscita si dovrebbe verificare ad un'età di circa 45-48 anni ovvero in una fase della vita in cui più facilmente potrebbero subentrare impedimenti all'impiego in operazioni che, val la pena ricordarlo, è lo scopo primario degli specialisti clinici militari.

7.3. Sanità Interforze

Il dibattito sulla Sanità Militare interforze è stato, non solo in Italia, generalmente dominato da due fattori tra loro contrastanti: uno razionale ed economico legato alla logica gestionale dei sistemi e l'altro, legato, invece, alla persistenza di particolarismi di varia natura (legislativi, di tradizione etc.). Mentre si è più volte citato il caso di molti paesi europei dove la creazione di un servizio sanitario interforze è un fatto compiuto e consolidato, uno dei paesi che, oltre l'Italia, ha mantenuto aperta la discussione in merito sono gli Stati Uniti d'America. Il primo a proporre la creazione di un unico comando dei servizi sanitari americani pare essere stato il generale *Eisenhower*⁸⁵ dopo la fine della seconda guerra mondiale ma la forte spinta autonomista delle singole Forze Armate, molto presente nella cultura militare USA, lo ha reso una semplice ipotesi fino a pochi anni fa. Tuttavia, nonostante tali forti resistenze, un primo segnale è stata la fusione, definita storica da più parti, del *Walter Reed Hospital* (Esercito) con il *Bethesda National Naval Medical Center* nel 2011⁸⁶ seguito, nel 2013, dalla creazione della *Defence Health Agency* (DHA)⁸⁷ che in pochissimi anni è diventata, a tutti gli effetti, il comando sanitario interforze con il controllo diretto, a partire dal 1° ottobre 2019 di tutte le strutture sanitarie precedentemente in carico alle Forze Armate⁸⁸. Una delle conseguenze di questa ristrutturazione sarà la progressiva dismissione, già citata, di numerose posizioni sanitarie, in maniera non difforme dalle razionalizzazioni conseguenti alle fusioni aziendali di impresa.

In Italia il processo di interforzizzazione della Sanità Militare non ha ancora identificato un modello o una tabella di marcia, nonostante le numerose proposte sollevate nel corso degli anni e nonostante la pressante esigenza di dover ridurre gli organici del personale sanitario, medico in particolare, entro il 2024, a mente della legge 244 del 2012. Non si può non sottolineare, al riguardo, come tale esigenza avrebbe potuto rappresentare il motivo centrale utile a rivedere lo strumento sanitario militare per le conseguenti ricadute positive sulle possibili duplicazioni di funzioni e servizi. La stessa Corte dei Conti sottolinea come il processo iniziato con la costituzione dell'Ispettorato Generale della Sanità Militare come primo motore dell'interforzizzazione non abbia sortito gli effetti strategici attesi⁸⁹. Il raffronto con quanto verificatosi in USA con la DHA rende evidente che il vero fattore ostativo non è nella natura della complessità della problematica quanto nella chiara e decisa volontà di realizzare passaggi epocali indifferibili. Per quanto resistenze particolaristiche possano sembrare oggi insormontabili, è molto verosimile che la logica di efficientamento e modernizzazione avranno ragione di una realtà oggi eccessivamente frammentata. Una delle principali resistenze contro la sanità interforze è basata sulla convinzione che essa venga realizzata "a danno" di ogni singola Forza Armata. Ogni componente della Difesa vede infatti il proprio servizio sanitario con una logica proprietaria del quale dovrebbe privarsi a vantaggio di un servizio "terzo", estraneo e non controllabile. In realtà, una vera Sanità Militare interforze produrrebbe⁹⁰, al contrario, un servizio integrato e "customer oriented" nel quale le esigenze finalistiche della Difesa

⁸⁵ Citato in *Military Times*, 23 maggio 2016, <https://www.militarytimes.com/pay-benefits/military-benefits/health-care/2016/05/23/senators-call-for-abolishing-service-medical-commands/>

⁸⁶ *The Washington Post* del 26 agosto 2011 "Two military medical icons become one" https://www.washingtonpost.com/politics/two-military-medical-icons-become-one/2011/08/26/gIQAIfxHj_story.html

⁸⁷ <https://www.health.mil/About-MHS/OASDHA/Defense-Health-Agency>

⁸⁸ <https://www.health.mil/Military-Health-Topics/MHS-Transformation>

⁸⁹ Deliberazione 7 agosto 2019, n. 16/2019/G della Corte dei Conti sul Servizio Sanitario militare, pg 137: "La costituzione di Igesan quale vertice interforze della Sanità Militare non sembra, di per sé, sufficiente a sostanziare un cambio di passo in un processo che, ad oggi, nonostante avviato da oltre dieci anni ancora non esprime sufficiente incisività e, principalmente, quella pervasività che dovrebbe necessariamente caratterizzare e garantire il completo sviluppo di un concetto certamente di valenza strategica"

⁹⁰ e produce, come nei numerosi esempi citati. Si veda, ad esempio la posizione francese nei confronti del problema sanitario operativo <https://onu.delegfrance.org/Healthcare-in-armed-conflict-is-one-of-our-top-priorities>



si avvarrebbero di soluzioni dedicate e con risorse ottimizzate. Si pensi, ad esempio, come la unicità di gestione del pool specialistico potrebbe consentire una risposta ottimale alle esigenze operative di ogni componente (e.g. *team* dei *Role 2*) e un più razionale supporto per le esigenze in madrepatria. È profondo convincimento dell'autore che anche in Italia il processo verso una Sanità Interforze sia inevitabile, nonostante il ritardo finora accumulato. Come è accaduto per altri paesi, sarebbe opportuno poter programmare il processo ed ottimizzarlo per le opportunità che esso comporta piuttosto che subirlo per pragmatica necessità⁹¹.

La via più coerente sarebbe quella di analizzare in maniera analitica i modelli interforze già consolidati e funzionanti in altri paesi e replicarne tutte le modalità attuabili, partendo da un forte elemento concettuale e analitico e successivamente proporre tutte le soluzioni di natura legislativa od ordinativa necessarie.



8. Conclusioni: pensare la Sanità Militare come Sistema

Nel corso di questa analisi è stato più volte posto il centro del ragionamento sulla necessità di pensare la Sanità Militare come un sistema integrato votato all'unico obiettivo di assolvere le finalità della Difesa. Per ragioni di necessità si è dovuto parlare in molte occasioni del personale medico in quanto diversi processi organizzativi, soprattutto quelli legati al fabbisogno specialistico, permeano l'attività programmatica e rimangono "*core business*" indifferibile. Tuttavia una visione medico-centrica della Sanità Militare conduce all'errore strategico di pensare l'assolvimento di una funzione come collegata all'esistenza di una sola categoria professionale. In altre parole, i medici stanno alla Sanità Militare come i piloti stanno all'intera Aeronautica. Nessuno potrebbe dire che entrambe le figure non siano indispensabili⁹² ma esse sono in grado di svolgere il loro compito solo grazie alla complessa architettura professionale e tecnica che costituisce il sistema in cui operano, senza considerare l'enorme apparato tecnologico ed amministrativo che ne costituisce il substrato ultimo. Anche considerando il solo aspetto operativo, in Sanità Militare la catena di soccorso nella salvaguardia della salute del personale combattente prevede un lungo *set* di figure indispensabili (soccorritori, infermieri, operatori di telecomunicazioni, piloti, autisti etc.) e nel quale il medico specialista si pone solo come ultimo effetto. Un ferito che dovesse sopravvivere e recuperare la propria integrità dovrebbe tale risultato all'azione efficace di ogni operatore e, quindi, alla esistenza di un sistema strutturato ed organizzato che lo ha garantito. La valorizzazione di ogni componente di tale sistema, soprattutto se visto in termini di meccanismo coeso, dovrebbe essere essenziale per il suo buon funzionamento.

La NATO definisce il supporto sanitario come un amplificatore della Forza operativa e per tale motivo esso è stato definito, molto efficacemente, alla stregua di un vero e proprio "sistema d'arma". La sua natura intrinseca, quella cioè di integrare nella Difesa gli aspetti scientifici e tecnici collegati alla gestione della salute, richiede un *plus* di conoscenze, competenze ed esperienze non derivabili dalla semplice giustapposizione delle due componenti sanitaria e militare. Soltanto attraverso l'identificazione identitaria, culturale e programmatica del ruolo imprescindibile della Sanità Militare, ma anche della necessità di intercettare i rapidi cambiamenti del contesto in cui opera, può essere possibile governare il suo sviluppo e la sua evoluzione.



⁹¹ Vale la pena di evidenziare le parole conclusive della Deliberazione 7 agosto 2019, n. 16/2019/G della Corte dei Conti sul Servizio Sanitario militare "Dunque, se il principio della interforzizzazione della Sanità Militare deve ancora considerarsi attuale, allora sembra opportuno che, per renderlo più concreto, vengano assunte nuove e più efficaci misure attuative nonché ulteriori iniziative, sia organizzative che normative".

⁹² almeno sino a quando sistemi evoluti di intelligenza artificiale potranno sostituirli.



Agosta F., Elisio M., Petrella A., Andreozzi A., Rossetti R., Mammana G.:
La certificazione di qualità del Policlinico Militare di Roma.

pag. 260

Ampollini R., Degani G., Necciari G., Ruffino G.:
Psicologia ed immersioni subacquee. Psychology and scuba diving.

pag. 67

Andreozzi A., Elisio M., Petrella A., Agosta F., Rossetti R., Mammana G.:
La certificazione di qualità del Policlinico Militare di Roma.

pag. 260

Arcà B., Pombi M., Fortuna C., De Santis R., Faggioni G., Rezza G., Lista F., Spagnolo F.:
Sviluppo dei materiali e metodi per la realizzazione di un Sistema Integrato per la sorveglianza dei patogeni trasmessi da vettori (SENSOR).

Development of materials and methods for the realization of an Integrated System for the surveillance of vector-borne pathogens (SENSOR).

pag. 205

Azzena G.:

La Sanità come sistema: nuove complessità e sfide organizzative.

Suppl. Fasc. 3/2019

Bonito A.:

Efficacia e sicurezza dell'ibuprofene nell'analgesia postoperatoria del dito a scatto.

Efficacy and safety of ibuprofen in postoperative analgesic treatment after trigger finger surgery.

pag. 29

Carpenito E., Necciari G., Veri D., Degani G., Ruffino G.:

Il possibile ruolo dell'ossigeno terapia iperbarica nel trattamento delle uveiti: può influenzare la naturale evoluzione di questa patologia?

The possible role of hyperbaric oxygen therapy in the treatment of uveitis: "can it influence the natural progression of such illness?"

pag. 59

Carpenito E., Necciari G., Veri D., Depaulis V., Degani G., Ruffino G.:

Il ruolo attuale dell'ossigeno terapia iperbarica nel trattamento del glaucoma ad angolo aperto.

The current role of hiperbaric oxygen therapy in the treatment of primary open-angle glaucoma.

pag. 173

Caruso G., Cenname G., Trabucco Aurilio P., Poli L., De Lorenzo G., Ferrara V.:

La risposta all'emergenza medico-legale del sisma del 24 agosto 2016: lezioni apprese da "Team di assistenza sanitaria psicologica" (TASP) dell'Arma dei Carabinieri.

pag. 85

Cenname G., Trabucco Aurilio P., Poli L., Caruso G., De Lorenzo G., Ferrara V.:
La risposta all'emergenza medico-legale del sisma del 24 agosto 2016: lezioni apprese da "Team di assistenza sanitaria psicologica" (TASP) dell'Arma dei Carabinieri.

pag. 85

Cesi S.:

Metodiche di studio dell'assetto psicologico ed efficienza operativa del personale. Uno studio pilota. Methods for studying the psychological structural and operational efficiency of personnel. A pilot study.

pag. 147

Cirillo I.:

Insufficienza renale e profilo lipidico. Renal failure and lipid profil.

pag. 43

De Lorenzo G., Cenname G., Trabucco Aurilio P., Poli L., Caruso G., Ferrara V.:
La risposta all'emergenza medico-legale del sisma del 24 agosto 2016: lezioni apprese da "Team di assistenza sanitaria psicologica" (TASP) dell'Arma dei Carabinieri.

pag. 85

De Lorenzo G.:

I rapporti tra la Sanità militare e la Sanità civile. Alcune riflessioni.

pag. 183

De Santis R., Pombi M., Fortuna C., Faggioni G., Arcà B., Rezza G., Lista F., Spagnolo F.:

Sviluppo dei materiali e metodi per la realizzazione di un Sistema Integrato per la sorveglianza dei patogeni trasmessi da vettori (SENSOR).

Development of materials and methods for the realization of an Integrated System for the surveillance of vector-borne pathogens (SENSOR).

pag. 205

Degani G., Necciari G., Carpenito E., Veri D., Ruffino G.:

Il possibile ruolo dell'ossigeno terapia iperbarica nel trattamento delle uveiti: può influenzare la naturale evoluzione di questa patologia?

The possible role of hyperbaric oxygen therapy in the treatment of uveitis: "can it influence the natural progression of such illness?"

pag. 59

Degani G., Ampollini R., Necciari G., Ruffino G.:

Psicologia ed immersioni subacquee. Psychology and scuba diving.

pag. 67

Degani G., Lombardi G., Ricci F., Ruffino G.:

Analisi del danno biologico indotto dal monossido di carbonio attraverso la sua misurazione durante l'effettuazione di immersioni subacquee svolte con la tecnica della saturazione.

Analysis of biological damage induced by carbon monoxide measured during saturation dives.

pag. 133

Degani G., Necciari G., Carpenito E., Veri D., Depaulis V., Ruffino G.:

Il ruolo attuale dell'ossigeno terapia iperbarica nel trattamento del glaucoma ad angolo aperto.

The current role of hiperbaric oxygen therapy in the treatment of primary open-angle glaucoma.

pag. 173



- Depaulis V.**, Necciari G., Carpenito E., Veri D., Degani G., Ruffino G.:
Il ruolo attuale dell'ossigeno terapia iperbarica nel trattamento del glaucoma ad angolo aperto. The current role of hiperbaric oxygen therapy in the treatment of primary open-angle glaucoma.
pag. 173
- Elisio M.**, Petrella A., Andreozzi A., Agosta F., Rossetti R., Mammana G.:
La certificazione di qualità del Policlinico Militare di Roma.
pag. 260
- Faggioni G.**, Pombi M., Fortuna C., De Santis R., Arcà B., Rezza G., Lista F., Spagnolo F.:
Sviluppo dei materiali e metodi per la realizzazione di un Sistema Integrato per la sorveglianza dei patogeni trasmessi da vettori (SENSOR).
Development of materials and methods for the realization of an Integrated System for the surveillance of vector-borne pathogens (SENSOR).
pag. 205
- Favasuli M.**:
Disturbi psichici in ambito militare. Una disamina delle diagnosi psichiatriche in ambito CMO.
Psychic disorders in the military field. A review of psychiatric diagnoses in CMO.
pag. 7
- Favasuli M.A.**, Rocchetti A., Vento R., Lastilla M.:
L'osservazione del fenomeno suicidario in ambito militare.
Monitoring suicide trends in the military.
pag. 197
- Ferrara V.**, Cennamo G., Trabucco Aurilio P., Poli L., Caruso G., De Lorenzo G.:
La risposta all'emergenza medico-legale del sisma del 24 agosto 2016: lezioni apprese da "Team di assistenza sanitaria psicologica" (TASP) dell'Arma dei Carabinieri.
pag. 85
- Ferrara V.**:
Il Generale medico M.O.V. Enrico Reginato.
pag. 105
- Fortuna C.**, Pombi M., De Santis R., Faggioni G., Arcà B., Rezza G., Lista F., Spagnolo F.:
Sviluppo dei materiali e metodi per la realizzazione di un Sistema Integrato per la sorveglianza dei patogeni tra-
smessi da vettori (SENSOR).
Development of materials and methods for the realization of an Integrated System for the surveillance of vector-borne pathogens (SENSOR).
pag. 205
- Garcea R.**:
Case Report: biorigenazione con Platelet-Rich Plasma (P.R.P) e Platelet Poor Serum (P.P.S.) di una ferita "impossibile".
Case Report: bio-renovation with P.R.P. and Platelet Poor Serum (P.P.S.) for "Impossible" wound.
pag. 79
- Lastilla M.**, Vento R., Rocchetti A.:
I tumori "rari" nel personale militare.
"Rare" tumours in military personnel.
pag. 121
- Lastilla M.**, Favasuli M.A., Rocchetti A., Vento R.:
L'osservazione del fenomeno suicidario in ambito militare.
Monitoring suicide trends in the military.
pag. 197
- Lista F.**, Pombi M., Fortuna C., De Santis R., Faggioni G., Arcà B., Rezza G., Spagnolo F.:
Sviluppo dei materiali e metodi per la realizzazione di un Sistema Integrato per la sorveglianza dei patogeni trasmessi da vettori (SENSOR).
Development of materials and methods for the realization of an Integrated System for the surveillance of vector-borne pathogens (SENSOR).
pag. 205
- Lombardi G.**, Degani G., Ricci F., Ruffino G.:
Analisi del danno biologico indotto dal monossido di carbonio attraverso la sua misurazione durante l'effettuazione di immersioni subacquee svolte con la tecnica della saturazione.
Analysis of biological damage induced by carbon monoxide measured during saturation dives.
pag. 133
- Mammana G.**, Elisio M., Petrella A., Andreozzi A., Agosta F., Rossetti R.:
La certificazione di qualità del Policlinico Militare di Roma.
pag. 260
- Marchese G.**:
Ectasia coronarica destra asintomatica da verosimile fistola congenita con le sezioni cardiache di destra: riscontro occasionale in corso di accertamenti per l'idoneità al servizio nell'Esercito. Il ruolo significativo dell'uso abituale dell'ecocardiografia integrato con altre metodiche di diagnostica per immagini.
An asymptomatic right coronary ectasia due to a likely congenital fistula to the right cardiac chambers: an incidental finding detected in the course of investigation for the eligibility to serve the Army. The relevant role of the routine use of echocardiography combined with other diagnostic imaging methods.
pag. 247
- Mazza F. A.**:
Efficacia e sicurezza della Monacolina K in pazienti affetti da dislipidemia secondaria a malattia renale cronica.
Effectiveness and safety of Monacolin K in patients with dyslipidaemia secondary to chronic renal disease.
pag. 47
- Necciari G.**, Carpenito E., Veri D., Degani G., Ruffino G.:
Il possibile ruolo dell'ossigeno terapia iperbarica nel trattamento delle uveiti: può influenzare la naturale evoluzione di questa patologia?
The possible role of hyperbaric oxygen therapy in the treatment of uveitis: "can it influence the natural progression of such illness?"
pag. 59
- Necciari G.**, Ampollini R., Degani G., Ruffino G.:
Psicologia ed immersioni subacquee.
Psychology and scuba diving.
pag. 67
- Necciari G.**, Carpenito E., Veri D., Depaulis V., Degani G., Ruffino G.:
Il ruolo attuale dell'ossigeno terapia iperbarica nel trattamento del glaucoma ad angolo aperto.
The current role of hiperbaric oxygen therapy in the treatment of primary open-angle glaucoma.
pag. 173
- Petrella A.**, Elisio M., Andreozzi A., Agosta F., Rossetti R., Mammana G.:
La certificazione di qualità del Policlinico Militare di Roma.
pag. 260



Poccia S.:

Studio pilota. Assetto psicologico ed efficienza operativa.

Psychological attitude and operational efficiency. A pilot study.

pag. 155

Poli L., Cenname G., Trabucco Aurilio P., Caruso G., de Lorenzo G., Ferrara V.: *La risposta all'emergenza medico-legale del sisma del 24 agosto 2016: lezioni apprese da "Team di assistenza sanitaria psicologica" (TASP) dell'Arma dei Carabinieri.*

pag. 85

Pombi M., Fortuna C., De Santis R., Faggioni G., Arcà B., Rezza G., Lista F., Spagnolo F.:

Sviluppo dei materiali e metodi per la realizzazione di un Sistema Integrato per la sorveglianza dei patogeni trasmessi da vettori (SENSOR).

Development of materials and methods for the realization of an Integrated System for the surveillance of vector-borne pathogens (SENSOR).

pag. 205

Rezza G., Pombi M., Fortuna C., De Santis R., Faggioni G., Arcà B., Lista F., Spagnolo F.:

Sviluppo dei materiali e metodi per la realizzazione di un Sistema Integrato per la sorveglianza dei patogeni trasmessi da vettori (SENSOR).

Development of materials and methods for the realization of an Integrated System for the surveillance of vector-borne pathogens (SENSOR).

pag. 205

Ricci F., Degani G., Lombardi G., Ruffino G.:

Analisi del danno biologico indotto dal monossido di carbonio attraverso la sua misurazione durante l'effettuazione di immersioni subacquee svolte con la tecnica della saturazione.

Analysis of biological damage induced by carbon monoxide measured during saturation dives.

pag. 133

Rocchetti A., Vento R., Lastilla M.:

I tumori "rari" nel personale militare. "Rare" tumours in military personnel.

pag. 121

Rocchetti A., Favasuli M.A., Vento R., Lastilla M.:

L'osservazione del fenomeno suicidario in ambito militare.

Monitoring suicide trends in the military.

pag. 197

Rossetti R., Elisio M., Petrella A., Andreozzi A., Agosta F., Mammanna G.: *La certificazione di qualità del Policlinico Militare di Roma.*

pag. 260

Ruffino G., Ampollini R., Degani G., Necciari G.:

Psicologia ed immersioni subacquee.

Psychology and scuba diving.

pag. 67

Ruffino G., Degani G., Lombardi G., Ricci F.:

Analisi del danno biologico indotto dal monossido di carbonio attraverso la sua misurazione durante l'effettuazione di immersioni subacquee svolte con la tecnica della saturazione.

Analysis of biological damage induced by carbon monoxide measured during saturation dives.

pag. 133

Ruffino G., Necciari G., Carpenito E., Veri D., Degani G.:

Il possibile ruolo dell'ossigeno terapia iperbarica nel trattamento delle uveiti: può influenzare la naturale evoluzione di questa patologia?

The possible role of hyperbaric oxygen therapy in the treatment of uveitis: "can it influence the natural progression of such illness?"

pag. 59

Ruffino G., Necciari G., Carpenito E., Veri D., Depaulis V., Degani G.:

Il ruolo attuale dell'ossigeno terapia iperbarica nel trattamento del glaucoma ad angolo aperto.

The current role of hyperbaric oxygen therapy in the treatment of primary open-angle glaucoma.

pag. 173

Spagnolo F., Pombi M., Fortuna C., De Santis R., Faggioni G., Arcà B., Rezza G., Lista F.:

Sviluppo dei materiali e metodi per la realizzazione di un Sistema Integrato per la sorveglianza dei patogeni trasmessi da vettori (SENSOR).

Development of materials and methods for the realization of an Integrated System for the surveillance of vector-borne pathogens (SENSOR).

pag. 205

Trabucco Aurilio P., Cenname G., Poli L., Caruso G., de Lorenzo G., Ferrara V.: *La risposta all'emergenza medico-legale del sisma del 24 agosto 2016: lezioni apprese da "Team di assistenza sanitaria psicologica" (TASP) dell'Arma dei Carabinieri.*

pag. 85

Trama M.:

Le non-technical skills in ambito emergenziale.

Le non-technical skills in ambito emergenziale.

pag. 223

Vento R., Rocchetti A., Lastilla M.:

I tumori "rari" nel personale militare.

"Rare" tumours in military personnel.

pag. 121

Vento R., Favasuli M.A., Rocchetti A., Lastilla M.:

L'osservazione del fenomeno suicidario in ambito militare.

Monitoring suicide trends in the military.

pag. 197

Veri D., Necciari G., Carpenito E., Depaulis V., Degani G., Ruffino G.:

Il ruolo attuale dell'ossigeno terapia iperbarica nel trattamento del glaucoma ad angolo aperto.

The current role of hyperbaric oxygen therapy in the treatment of primary open-angle glaucoma.

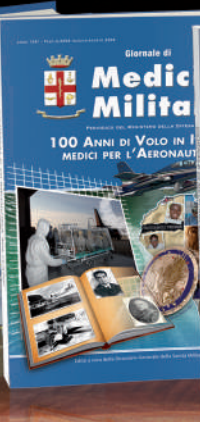
pag. 17

Veri D., Necciari G., Carpenito E., Degani G., Ruffino G.:

Il possibile ruolo dell'ossigeno terapia iperbarica nel trattamento delle uveiti: può influenzare la naturale evoluzione di questa patologia?

The possible role of hyperbaric oxygen therapy in the treatment of uveitis: "can it influence the natural progression of such illness?"

pag. 59



Dal 1851, il Giornale di Medicina Militare è la più antica pubblicazione militare edita senza interruzione.



postatarget
magazine

Tariffa Pagata
Aut: PT Magazine Editori SMA NAZ/129/2008
valida dal 1/4/2008

Posteitaliane