



**CENTRO ALTI STUDI  
PER LA DIFESA**



**CeMISS** **CENTRO MILITARE  
DI STUDI STRATEGICI**

**Michele NEGRI**

**Sanità militare.  
Ottimizzazione della cooperazione  
tra Enti/Strutture militari e  
Organismi del Servizio Sanitario Nazionale,  
con particolare riferimento alla componente personale**

---



RICERCA CEMISS AI-SA-07  
PROGRAMMA 2015

***Sanità militare.***  
***Ottimizzazione della cooperazione tra Enti/Strutture militari e***  
***Organismi del Servizio Sanitario Nazionale,***  
***con particolare riferimento alla componente personale***

di  
***MICHELE NEGRI***

**31 OTTOBRE 2015**

## INDICE

Abstract (in inglese)	p. 3
Sommario	p. 4
Introduzione	p. 9
1. <i>Framework</i> teorico-concettuale	p. 10
2. I protagonisti della relazione inter-organizzativa indagata	p. 20
3. Quadro della situazione nei principali Paesi UE e negli USA: la sanità militare in generale e verifica/descrizione di veri e propri modelli o di semplici processi di integrazione	p. 38
4. Un modello fattibile di integrazione del personale militare medico ed esercitante le professioni sanitarie nelle strutture sanitarie del SSN	p. 47
5. Impatto del modello in termini di status del personale militare, eventuali oneri a carico della Difesa e procedure	p. 58
6. Linee da sviluppare per l'implementazione del modello: eventuali modifiche al vigente quadro normativo, procedure attuative	p. 63
Conclusioni	p. 75
Appendice 1	
<i>Estratto del documento di revisione della spesa - SMD – Sanità Militare (2015: Conclusioni, pp.14-17)</i>	p. 80
Appendice 2	
<i>Decreto Interministeriale – Difesa-Sanità 4 marzo 2015 Individuazione delle categorie destinatarie e delle tipologie delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie militari (GU Serie Generale n.62 del 16-3-2015)</i>	p. 86
Biblio-emero-webgrafia	p. 90
Siti consultati	p. 94
Principali riferimenti normativi, documenti di supporto al processo decisionale e attuativi (relativi al caso italiano)	p. 95

## **ABSTRACT**

In a period of radical reorganization of the Italian MHS, the cooperation with the Italian NHS is going to play an even more prominent role as compared to the one already assumed in the recent past. The process of change has already been largely traced (at least according to what planned by the military part of the systemic relationship investigated) and, in the case of Italy, it would appear to follow a peculiar path in comparison with the models built and implemented in major Western countries. If much of what envisaged is translated into action, the foundations will be laid not only for fruitful cooperation, but also and especially for genuine integration in the context of an upper complex system. The purpose of the study is to incorporate in a systemic model, through a review of specialist literature and an inter-organizational and professional theoretical introduction, the change expected and, at least in part, already in progress. For this purpose, however, the study also uses the proposals already put forward by experts as well as introducing new ones consistent with those planned, able to address old and new requirements of the Italian MHS (Military Health System) while at the same time increasing the range of relational patterns with the NHS, which will ultimately result into a more solid relationship characterized by a truly integrating and complex approach.

## SOMMARIO

In una fase di radicale riordino del SSM, la cooperazione con il SSN tenderà necessariamente ad assumere un ruolo sempre più rilevante rispetto a quello già significativo del recente passato. Il processo di mutamento è già stato in larga misura tracciato (almeno stando a quanto programmato dalla parte militare della relazione sistemica indagata) e sembrerebbe seguire un percorso peculiare nel caso italiano rispetto ai modelli costruiti e implementati nei principali paesi occidentali. Se gran parte di quanto previsto verrà tradotto in azione, saranno state gettate le base non soltanto per una produttiva cooperazione, ma anche, e soprattutto, per una autentica integrazione nell'ambito di un sistema complesso di livello superiore, a premessa della quale appare inderogabile un netto sviluppo della stessa integrazione interna (regolamentare e, possibilmente, anche strutturale).

Attraverso un' analisi della letteratura specialistica ed un inquadramento teorico di carattere inter-organizzativo e professionale, lo studio cerca di inquadrare in un modello sistemico il cambiamento preventivato e, almeno in parte, in atto. Per farlo, tuttavia, utilizza anche proposte già ventilate dagli addetti ai lavori e ne introduce altre, con l'intento di formulare proposte di cooperazione coerenti con quelle pianificate, in grado di soddisfare vecchie e nuove esigenze della Sanità Militare e di aumentare la gamma delle modalità relazionali con il SSN, così da consolidare il rapporto e conferirgli una autentica connotazione inter-organizzativa di carattere complesso.

Dal punto di vista tecnico-metodologico la ricerca presenta le seguenti caratteristiche:

- il complesso delle finalità perseguite si configura come descrittiva, di inquadramento teorico e propositiva,
- la modalità analitica della letteratura (sia scientifica in senso stretto, sia prodotta da fonti istituzionali qualificabili come addette ai lavori) è implicitamente comparativa nello spazio (sono riportati o comunque tenuti in considerazione nel lavoro quegli elementi dei casi esaminati, francese, inglese, spagnolo, statunitense e tedesco, potenzialmente utili a delineare l'inquadramento tipologico delle innovazioni in via di introduzione od a individuare possibili ulteriori forme cooperative da introdurre) ed esplicitamente esplorativa (alla ricerca di elementi in grado di agevolare la costruzione modellistica ed il conseguimento degli obiettivi

propositivi).

A fronte di uno stimolo non solo qualitativo ma anche economico al riordino, le istituzioni sono chiamate non solo a riorganizzarsi in modo tale da fare di più e meglio avendo meno risorse a disposizione, ma devono anche razionalizzare i mutamenti, sicuramente *ex post*, in parte *in itinere* ed auspicabilmente anche *ex ante*. Debbono, in altri termini, conferire senso a ciò che altrimenti, se non adeguatamente corretto e governato, rischierebbe di non averne mai. Tuttavia, una volta che i processi sono avviati ed amministrati, le cose possono andare molto meglio del previsto. Il miracolo dell'efficienza e dell'efficacia, che addirittura dimostrano di potersi realizzare non solo nel breve periodo, ma anche a lungo termine, può a un certo punto tradursi in realtà. La qualità, specialmente se fondata sulle sinergie, sull'integrazione, sull'apprendimento, sulla diffusione, può raggiungere livelli tali da consentire il "salto" sistemico per eccellenza, ovvero, quello che porta a una configurazione autenticamente complessa. Nel caso in esame, poi, a tutti questi si vanno ad aggiungere altri elementi di forza, quali le dimensioni istituzionali-organizzative e professionali del personale. Gli ingredienti fondamentali per arrivare a un simile risultato sono indubbiamente presenti nella relazione cooperativa indagata, anche se è chiaro che le identità che caratterizzano SSM e SSN difficilmente, soprattutto, nella fase iniziale del processo, si dimostreranno del tutto conciliabili. Sarà necessaria una fase di sperimentazione. Nell'ambito di essa appare opportuno tentare di introdurre il prima possibile una serie di contesti cooperativi. Di ciascuno di essi andranno studiate accuratamente la fattibilità e le concrete possibilità di successo ma nella valutazione, circa la loro opportunità o meno, bisognerà mettere in conto anche la capacità di assolvere una funzione integrativa per la transizione verso un sistema complesso. C'è una nuova cultura organizzativa da creare e sviluppare. Mutamenti di questo tipo necessitano di tempi non brevissimi e di una pluralità di contesti e modalità di socializzazione al nuovo dei quali e nei quali dimostrare ai destinatari degli interventi i successi che grazie ad essi è possibile ottenere. Concentrare l'azione in pochi ambiti può risultare molto rischioso e può determinare, nella migliore delle ipotesi, un forte rallentamento al processo di trasformazione avviato. Le proposte originali non mancano né a livello nazionale (come nel caso dell'ipotesi di Regione o Asl virtuale descritta nel quarto capitolo) né a livello internazionale (come in riferimento alle esigenze di comunicazione scientifica e di gestione e

produzione di contenuti e materiali da mettere a disposizione dell'utenza e degli addetti ai lavori). Tra queste appaiono particolarmente significative le seguenti:

- accorpamento in un'unica scuola di sanità interforze delle competenze in tema di formazione sanitaria specialistica e di base (a premessa dell'integrazione formativa tra le due istituzioni indagate),
- attività in convenzione presso le strutture ospedaliere del SSN (con finalità di formazione e specializzazione *on the job*),
- affidamento alla veterinaria militare di competenze in materia di controllo della filiera alimentare (oggi effettuata a titolo oneroso dalle ASL),
- garanzia per il personale medico militare della possibilità di svolgere un'attività libero-professionale anche di carattere *intra moenia* (anche se, tenuto conto del numero esiguo di strutture ospedaliere, si tratterebbe di una misura sostanzialmente riservata a pochi, inoltre, la questione presenta diverse difficoltà di attuazione, di carattere assicurativo, relativa all'accessibilità alle strutture da parte di soggetti esterni al mondo militare e via dicendo),
- revisione dei Protocolli sanitari per una formale esternalizzazione delle funzioni di accertamento di idoneità del personale, da attribuire al Medico di Medicina Generale e delle Commissioni operanti presso il SSN (anche se potrebbero esserci difficoltà legate sia alla eventuale difficoltà del medico civile ad adattare la propria professionalità alla condizione militare sia all'esposizione dell'organizzazione militare al rischio di paralisi operativa a fronte di possibili flussi sovrabbondanti di inidoneità in un particolare momento),
- istituzione di una Regione od Azienda virtuale appartenente al SSN (per semplificare le procedure di acquisizione delle entrate da parte del SSM, sotto voce di ticket, DRG, prestazioni *et similia*, che potrebbero concorrere al bilancio del Ministero della Difesa),
- maggiore istituzionalizzazione della attiva partecipazione del SSM al servizio "118" del SSN,
- rafforzamento in chiave integrativa della formazione e dell'operatività della telemedicina.

Tali specifiche proposte, ma anche il significato organizzativo che le ha ispirate e l'analisi delle caratteristiche dell'organizzazione sanitaria militare di alcuni dei principali Paesi

occidentali, ne hanno stimulate altre. Esse costituiscono l'*output* principale del presente lavoro insieme al modello complesso delineato (vedi pp. 55-56):

- servizio di Pronto Soccorso aggiuntivo (quello che potrebbe essere denominato PS PLUS) o di Guardia Medica (integrativa o sostitutiva),
- studio preventivo degli scenari sanitari di interesse per la Difesa (ma che presentano inevitabilmente anche una valenza critica, diretta od indiretta, di carattere generale),
- rafforzamento del Centro Studi e Ricerche di Sanità e Veterinaria, attraverso una accurata selezione e formazione degli addetti e un ampliamento delle funzioni assolute con riguardo alla comunicazione della ricerca scientifica e alla gestione e produzione di contenuti (materiale didattico, *training booklets*, *toolkits*, e così via) (del contributo cognitivo così garantito ne beneficerebbe non solo l'organizzazione militare italiana e in particolare la Sanità Militare, ma l'intera comunità operativo-scientifica sanitaria nazionale; ciò che potrebbe rafforzare l'integrazione tra i sistemi civili e militari),
- costituzione di Consorzi Formativi Misti (istituzionali civili e istituzionali militari) (i quali, ad esempio, potrebbero concorrere in modo decisivo alla definizione delle procedure di implementazione dei tre punti seguenti ma, soprattutto, potrebbero inquadrarle nell'ambito di una progettualità formativa complessiva),
- creazione di posti aggiuntivi riservati ai medici militari nelle scuole di specializzazione e, soprattutto, nella messa in opera di un percorso formativo parzialmente innovativo rispetto a quello tradizionalmente erogato (la collaborazione sinergica tra SSM e SSN, dovrebbe infatti fondarsi, tra l'altro, sui benefici formativi assicurati al primo sistema dal secondo),
- costituzione di corsi di perfezionamento, master di primo e di secondo livello a vocazione squisitamente operativa, anche in questo garantendo un accesso riservato ai medici militari, ma non limitando la destinazione dei contenuti formativi ai soli impegni militari, specialmente ai soli TT.OO (la motivazione sarebbe complementare rispetto a quella indicata in relazione al punto precedente),
- sviluppare gli spazi Web nei quali aggiornare costantemente il personale sanitario delle Forze Armate in merito ai corsi universitari di interesse per la Sanità Militare ed a ogni altra iniziativa ritenuta di interesse istituzionale (e di norma in grado di garantire CFU, ECM, titoli, ecc.) (sulla falsariga del DAU - Defense Acquisition University, del MHS – USA) (si tratterebbe di una iniziativa che potrebbe costituire l'esito della cooperazione



- civile-militare e, nel contempo, la premessa per una possibile maggiore integrazione),
- estendere al massimo (possibile) l'orario di servizio delle strutture ospedaliere (nella prospettiva di un possibile ampliamento dell'erogazione di prestazioni all'utenza non militare),
  - rafforzamento della funzione di assistenza psicologica del militare (preventiva e post-traumatica) ed introduzione di quella di *post-military support* (con implicazioni funzionali che sono evidentemente sia militari sia civili e possono assumere una valenza che trascende la dimensione strettamente sanitaria relativa al singolo paziente, coinvolgendo invece il benessere psico-sociale delle famiglie dei destinatari del supporto),
  - introduzione di specifici interventi categoriali (trasversali alle singole Forze Armate), legati al genere, alla generazioni, al tipo di mansioni e via dicendo (razionalizzando gli interventi sanitari destinati al personale della Difesa in chiave non esclusivamente militare),
  - integrazione ad hoc (in relazione a specifiche necessità di intervento civile-militare) o strutturata (con riguardo a esigenze continue di intervento civile-militare) in organizzazioni aventi finalità decisionali e valutative, sia *in itinere* sia *ex post* (l'azione sinergica sarebbe indubbiamente rafforzata dalla partecipazione di componenti di entrambe le istituzioni alle fasi propedeutiche e consequenziali all'implementazione delle politiche sanitarie),
  - costituzione Unità Operative Integrate Ad Hoc (*Adhocratic Integrated Operative Units, AIOU*), deputate all'assolvimento di compiti di straordinaria amministrazione (andando oltre le attività di ordinaria amministrazione, l'integrazione assumerebbe una connotazione ad ampio spettro e contribuirebbe a "coprire" una specifica esigenza funzionale delle società complesse)
  - introduzione di un bilancio sociale del SSM formalizzato da produrre con cadenza perlomeno biennale (nel quale andrebbero contabilizzati i benefici garantiti agli *stakeholders* e in cui verrebbero evidenziati le positività socio-economiche garantite alla Sanità Militare dalla collaborazione sinergica con il SSN),
  - tenuto conto della precisazione in merito alla proposta precedente (indicata tra parentesi), potrebbe essere costruito anche un bilancio socio-economico specificamente dedicato all'integrazione tra SSM e SSN,
  - introduzione, a livello intra-organizzativo, di un *regolamento sanitario interforze* quale premessa della integrazione inter-organizzativa SSM-SSN.

## Introduzione

In una fase di radicale riordino del SSM la cooperazione con il SSN tenderà necessariamente ad assumere un ruolo sempre più rilevante rispetto a quello già significativo del recente passato. Il processo di mutamento è già stato in larga misura tracciato (almeno stando a quanto programmato dalla parte militare della relazione sistemica indagata) e sembrerebbe seguire un percorso peculiare nel caso italiano rispetto ai modelli costruiti e implementati nei principali paesi occidentali. Se gran parte di quanto previsto verrà tradotto in azione, saranno state gettate le basi non soltanto per una produttiva cooperazione, ma anche e soprattutto per una autentica integrazione nell'ambito di un sistema complesso di livello superiore. Attraverso una analisi della letteratura specialistica e un inquadramento teorico di carattere inter-organizzativo e professionale, lo studio cerca di inquadrare in un modello sistemico il cambiamento preventivato e, almeno in parte, in atto. Per farlo vengono utilizzate proposte già ventilate dagli addetti ai lavori, introducendone anche altre. L'intento scientifico perseguito è infatti quello di formulare proposte di cooperazione conformi rispetto a quelle pianificate, in grado di soddisfare vecchie e nuove esigenze della Sanità Militare e di aumentare la gamma delle modalità relazionali con il SSN, così da consolidare il rapporto e conferirgli una autentica connotazione integrativa di carattere complesso. Coerentemente con tale impostazione i primi due capitoli sono dedicati alla descrizione del framework teorico-concettuale e all'esame dei due soggetti istituzionali indagati e della relazione inter-organizzativa che li caratterizza. Seguono una breve ricognizione e analisi comparata dei paesi tradizionalmente oggetto di confronto con il nostro ovvero Francia, Germania, Regno Unito, Spagna e Stati Uniti d'America. La seconda parte del lavoro (capitoli 4, 5 e 6) è incentrata sulla illustrazione del modello di integrazione, sulla analisi dell'impatto professionale e amministrativo e delle modalità di implementazione. Un grande ringraziamento va rivolto al Generale Alfredo Vecchione, esperto di Sanità Militare (che ha ricoperto incarichi istituzionali quali: Direttore del Centro Militare di Medicina Legale di Torino, Direttore del Centro Studi e Ricerche di Sanità e Veterinaria, Direttore del Centro Ospedaliero Militare di Milano e Direttore di Sanità del Comando Logistico Nord) e al Colonnello Antonino Zarcone, Vice Direttore e Capo Dipartimento di Sociologia Militare del CeMiSS, per le preziose indicazioni concettuali e documentali e per il continuo confronto nel corso dello sviluppo della ricerca, soprattutto nella fase di avvio e in quella di conclusione del lavoro.

# 1. INQUADRAMENTO TEORICO-CONCETTUALE

La questione della integrazione tra SSM e SSN, con particolare riguardo alla componente personale, rimanda chiaramente ad almeno due processi relazionali principali. Il primo pertiene ai rapporti inter-organizzativi, il secondo alla dimensione professionale degli operatori strutturalmente appartenenti ai due sistemi. Il primo rappresenta lo scenario in cui si svolge il secondo, più direttamente concernente le risorse umane.

Il fenomeno indagato, come noto, è già in essere, verrebbe da dire “naturalmente”, in virtù di un senso, decisionale ed operativo, in larga parte condiviso dai sistemi che ne sono protagonisti. La volontà-necessità della ottimizzazione per essere soddisfatta implica l'introduzione di cambiamenti inquadrabili in termini di *complessità* (che rappresenterà la cornice e la sostanza del modello di cooperazione), *resilienza* (cruciale per sistemi chiamati al ripristino della salute, al gestione e possibilmente superamento delle emergenze; ricorrerà più volte nel corso dell'analisi) e *diffusione* (ugualmente imprescindibile per garantire interventi capillari e tempestivi; sarà approfondito nel terzo paragrafo del presente capitolo).

## 1.1. Le relazioni inter-organizzative

Se si osserva l'integrazione sistemica con riguardo alla componente personale, il SSM risulta di difficile collocazione, a causa del suo essere parte di due sistemi apparentemente distinti: quello della Difesa e della Sicurezza, da un lato, e quello della Sanità nazionale, dall'altro. A ben guardare, peraltro, in un'ottica sistemica complessa, si può parlare di due sottosistemi facenti parte di un unico grande sistema, quello delle politiche sanitarie, a sua volta inquadrabile nell'ambito del sistema della Sicurezza Sociale italiana, per definizione proteso verso uno scopo resiliente: il ripristino della sicurezza. Tale finalità è conseguibile eliminando o contenendo i fattori di insicurezza, agendo sul contingente e prevenendo, adattandosi a una domanda in evoluzione (in continuo ampliamento), della quale fanno a pieno titolo parte

anche esigenze di mera assicurazione sociale (sempre più numerose e pressanti in una società diventata ormai “intollerante verso il rischio”, in ogni sua possibile forma) (cfr. Castel, 2003, pos. 58/1530 del formato e-book, con riguardo al riferimento alla “proliferazione contemporanea di un’avversione al rischio”). Come emerso dall’analisi di sfondo effettuata, tale sistema tende sempre più a connotarsi in chiave complessa, dal che deriverà anche l’analoga proposta modellistica di collaborazione tra SSM e SSN illustrata nel quarto capitolo. L’adozione di un simile approccio analitico non può che preludere a una notevole attenzione ai rispettivi ambienti di riferimento, in parte complementari, in parte coincidenti e per il resto comunque composti innanzitutto da altre organizzazioni. In tale contesto potranno risultare particolarmente utili per la riflessione qui sviluppata anche concetti come quelli di reti organizzative e di comunità di pratica.

Tornando, però, alla teoria delle relazioni inter-organizzative (Evan, 1966), ne va evidenziata la capacità di qualificare puntualmente l’ambiente organizzativo, anche e soprattutto grazie all’introduzione di una nuova unità di analisi teorica ed empirica, che trascende la singola organizzazione e finisce col riguardare un insieme di organizzazioni. Si tratta dell’*organization-set*, un concetto trae origine per analogia dalla nozione di *role-set* introdotta da Merton (1992) nell’ambito dello studio dei ruoli sociali. Le relazioni tra organizzazioni vengono così considerate interne ad un reticolo (od un a sistema) di organizzazioni. Adottando la prospettiva delle teorie di rete, le singole organizzazioni vanno qualificate come sistemi concreti di azione, nei quali confluiscono, si intrecciano e si conciliano comportamenti e rappresentazioni di individui e gruppi. Nel caso dei reticoli organizzativi invece sono i comportamenti e le rappresentazioni di organizzazioni differenti a incontrarsi su un terreno di mediazione.

La storia delle Forze Armate italiane degli ultimi 25 anni è stata fortemente caratterizzata in senso inter-organizzativo. Innanzitutto questo è accaduto nelle relazioni con segmenti delle Forze Armate di altri Paesi (seppur spesso a livello integrato nell’ambito di una sovra-organizzazione già esistente, la Nato), ma anche con le ONG, con le organizzazioni governative, con le istituzioni in via di costruzione o di ricostruzione nei TT.OO. e via dicendo. La relazione tra SSN e SSM sembra presentare il maggior numero di elementi in comune con quella dei rapporti inter-organizzativi nei contingenti multinazionali e in special modo, con quelli internazionali: stesse professioni, strumenti, tecnologie e così via. Nel caso oggetto del presente studio, a tutto questo va ad aggiungersi anche la medesima cultura nazionale,

anche se cambiano, almeno in parte, le funzioni. Questo accade a causa della specificità militare, che incide, e molto, sulla vocazione sanitaria di un sistema e lo distingue in modo significativo dall'altro (civile). Peraltro, la collaborazione delle Forze Armate con le ONG, sia sui territori nazionali (in particolare nelle zone estensivamente classificabili come "di frontiera") sia nei paesi in via di pacificazione, in particolare a livello di strutture e di attività sanitarie, rappresenta un tipico esempio di cooperazione inter-organizzativa civile-militare nei contesti emergenziali od altrimenti critici. Val la pena di tenerlo in considerazione per l'analisi di soggetti, attività e circostanze analoghe, anche nei casi in cui venga meno la connotazione inter-istituzionale.

Contesti di cooperazione strutturale tra SSM e SSN (legati ad accadimenti tendenzialmente eccezionali) sono quelli nei quali si attiva la protezione civile. In simili realtà i professionisti appartenenti ai due sistemi dovrebbero essere chiamati a svolgere esattamente le stesse funzioni? In larga misura sì. Tuttavia, una buona divisione del lavoro, tanto più utile muovendosi sul terreno dell'emergenza, potrebbe conferire efficienza ed efficacia alla prestazione sanitaria. Da questo punto di vista, i contributi che ciascuna parte potrebbe mettere in campo appaiono almeno in parte diversificati. Ad esempio, a livello generazionale il SSN ha una competenza nel trattare (sia dal punto di vista dell'intervento sanitario in senso stretto sia per quel che attiene al rapporto medico-paziente) le fasce di età infantili e adolescenziali (peraltro, con la significativa eccezione delle scuole militari) e quelle più anziane che, per definizione, non può essere detenuta in egual misura dal SSM e dalle sue risorse umane. A chiarire meglio la questione basti pensare che nel caso delle fasce indicate (approssimativamente quelle degli under 18 e degli over 65) spesso il medico è chiamato a interagire non soltanto con il paziente, ma anche e soprattutto con figure dotate di autorità (nel caso dei minori) o di autorevolezza (nel caso degli anziani) su di esso. Per quel che riguarda invece la capacità di confrontarsi con situazioni limite, ad una prima analisi potrebbero non essere riscontrate grandi differenze, tenuto conto dell'estrema gravità di situazioni da gestire che accomuna il pronto soccorso civile e quello militare (che sostanzialmente si attiva nei TT.OO. e nei contesti di addestramento operativo). Tuttavia, differenze significative, a ben guardare, ci sono. Intanto in ambito militare la gamma dei casi di fronte alla quale ci si viene a trovare è relativamente più prevedibile. Le procedure sono quindi in una certa misura più standardizzate. Nel caso del "Pronto Soccorso ad hoc" del SSM rischi e minacce sono tendenzialmente noti. La numerosità degli interventi da attuare è

ipotizzabile con un buon livello di approssimazione alla realtà. Le risorse strumentali e professionali sono mobilitabili in modo coerente con tali informazioni, che, se non sono note, risultano quantomeno stimabili. Ne consegue un potenziale organizzativo posseduto in modo considerevolmente maggiore dal SSM, laddove per gli operatori del SSN, in condizioni di emergenza sociale (meritevoli di interventi di protezione civile), per quanto vengano seguite procedure, di fatto molte decisioni di adattamento organizzativo vengono prese istantaneamente, caso dopo caso, in modo incrementale. Con questo non si vuole attribuire una competenza assolutamente razionale a un sistema e limitatamente razionale all'altro, ma semplicemente un relativo maggiore potenziale di controllo dei processi decisionali in situazione di emergenza alla componente militare. Quelli sopra descritti sono esempi che testimoniano l'esigenza di studiare procedure che tengano conto delle diverse forme di sapere detenute rispettivamente dal settore sanitario civile e da quello militare, ovvero, che sappiano impiegarle in modo tale da realizzare processi decisionali e operativi massimamente efficienti ed efficaci.

Tornando alla relazione tra SSM e SSN, da quanto emerso nel corso dell'analisi appare evidente che tali soggetti istituzionali possano essere sì considerati come distinti, ma, nel contempo, possano solo illudersi di essere autenticamente separati (cfr. Fromm, 1968). Questo anche e soprattutto perché nella realtà si tratta di due parti di un sistema complesso, di livello gerarchicamente superiore: quello delle politiche sanitarie. Quest'ultimo, a propria volta, può essere considerato come parte di un tutto ancora più ampio: il sistema complesso della sicurezza sociale.

## **1.2. La dimensione professionale**

Con riguardo all'integrazione dal punto di vista del personale coinvolto nel fenomeno, particolare rilievo riveste evidentemente la dimensione professionale, ovvero, un fattore potenzialmente in grado di agevolare, sulla scorta della condivisione di alcune significative caratteristiche culturali, la cooperazione inter-organizzativa.

Le diverse componenti lavorative, per quel che concerne i livelli e profili funzionali, presentano caratterizzazioni comuni, che vanno al di là dei confini (non esattamente impermeabili) delle rispettive organizzazioni di formale appartenenza. Si tratta, innanzitutto,

delle cosiddette super-organizzazioni, ovvero aggregati sociali che coniugano la dimensione organizzativa con quella della rete, che collegano trasversalmente e in modo intenso soggetti facenti formalmente parte di organizzazioni diverse, ma non per questo meno legati tra loro da un filo che li accomuna profondamente. Tra le super-organizzazioni Collins (1992) annovera esplicitamente anche le professioni. Nel mondo sanitario rientrano a pieno titolo in questa categoria sia i ruoli socio-lavorativi dei medici sia quelli degli infermieri. In effetti, però, concorrendo all'assolvimento di una funzione professionale, anche ad altri lavoratori (sia del SSM sia del SSN) potrebbe essere attribuita (per estensione e per "contaminazione" culturale) tale caratterizzazione lavorativa.

Dall'analisi della letteratura dedicata alle professioni è emersa in molti autori la tendenza, come *output* ricorrente delle proprie analisi, all'elaborazione di elenchi degli elementi costitutivi di tale fenomeno lavorativo ed organizzativo. Ad esempio, nell'analisi della figura del militare (ufficiale) di professione, Huntington (1957), facendo riferimento a competenza, responsabilità e corporativismo (impiegando il termine in senso positivo, come spirito di corpo), di fatto descrive la necessità di detenere tre tipi di saperi. Si tratta del *sapere tout court* (cognitivo) e del *saper fare* (che confluiscono nel concetto di competenza) ed infine del *saper essere* (che si concretizza nella responsabilità e spirito di corpo, ovvero nella loro sintesi, la deontologia). A queste forme di sapere se ne potrebbe aggiungere una quarta, ovvero, il *sapere di non sapere* (la vocazione all'apprendimento). Olmeda Gomez (1990), la cui analisi teorica si ispira a quella di Huntington, invita a prestare attenzione anche agli aspetti comunicativi di una professione, che rappresenta non solo una comunità operativa (o di pratica per dirla con Lave e Wenger, 1991), ma anche una comunità linguistica.

Greenwood (1957) infine segnala ulteriori caratteristiche delle professioni, quali il riconoscimento sociale, l'autorità, l'autorevolezza e il potere sanzionatorio (sia socialmente premiante sia socialmente punitivo) esercitato dai non professionisti (la collettività, i cittadini, e via dicendo) sui professionisti. Inoltre, nella propria definizione tale autore richiama indirettamente la necessità di sviluppare adeguati processi di selezione e formazione, tramite la precisazione in merito ad una competenza che richiede peculiari, esplicite e condivise componenti teoriche e di metodo<sup>1</sup>. Anche in questo caso non mancano riferimenti ad aspetti corporativi (nel senso originario del termine), deontologici e di organizzazione della

---

<sup>1</sup> Come evidenziato da Gui, nel riferirsi alla presenza di una "abilità superiore" del professionista, Greenwood fa riferimento "all'insieme di competenze fondate su una teoria esplicita e condivisa e su un metodo scientifico" (A. Gui, a cura di, *Organizzazione e servizio sociale*, Carocci, Roma, 2009, p. 148).

professione. Nell'elenco dei fattori che rendono professionale un'attività lavorativa Greenwood, infatti, inserisce anche la presenza di un codice di norme etiche e l'appartenenza ad associazioni di categoria. Alla luce di queste considerazioni, appare evidente che integrare due sistemi come quelli sanitari, civile e militare, vuol dire sostanzialmente attendersi anche e soprattutto la cooperazione tra professionisti dello stesso tipo, presenti in entrambe le organizzazioni.

Secondo Giddens (1994), ogni professione può essere considerata come un tipico *sistema esperto*, specializzato nell'assolvimento di compiti peculiari e complessi nell'ambito di una società. La riflessione del sociologo inglese si presenta come utile nell'analisi della fiducia e della dipendenza, della legittimazione e del controllo degli esperti da parte dei non esperti<sup>2</sup>. Prendendo poi in esame altri contributi pertinenti che si possono desumere dall'opera di autori quali Herzberg (1966) (con la sua distinzione tra ricercatori di igiene e di motivazioni<sup>3</sup>), si può notare che alcuni ragionamenti, variamente sviluppati in merito alla motivazione e alla connotazione culturale delle organizzazioni (e delle super-organizzazioni), enfatizzano molto la questione della appartenenza istituzionale e della piena adesione alla *mission* di esse. Possiamo poi considerare il contributo di Moskos (1977), risalente a quasi quarant'anni fa. Si tratta della nota dicotomia Istituzione/Occupazione<sup>4</sup>, rivelatasi di notevole efficacia euristica nell'interpretazione dei fenomeni sociologico-militari. L'applicazione al caso italiano contemporaneo del modello di Moskos potrebbe, ad esempio, allertare in merito all'esigenza di verificare una possibile deriva verso l'estremo occupazionale del *continuum*

---

2 Si vedano a questo proposito anche i contributi di D. Rueschemeyer (*Professional Autonomy and the Social Control of Expertise*, in R. Dingwall e P. Lewis, a cura di, *The Sociology of the Professions. Lawyers, Doctors and Others*, Quid Pro Books, New Orleans, 2014, pp.38-58), S. Lester (*On professions and being professional*, *Journal of the Society of Archivists*, 23, 1, 2002) e P. De Nardis (voce "Sociologia delle professioni", in *Enciclopedia Italiana*, V Appendice, 1995, Treccani, Roma).

<sup>3</sup> L'autore (appartenente alla scuola dei cosiddetti motivazionalisti) con le espressioni "igiene" e "motivazione" descrive i due fondamentali tipi di fattori di soddisfazione lavorativa. Nel primo caso prevalgono i fattori di stimolo, ovvero non direttamente attinenti alla mansione svolta e allo scopo organizzativo che essa concorre a conseguire (ad esempio, un ambiente lavorativo sano e sicuro, un orario di lavoro che consenta di conciliare adeguatamente lavoro e vita privata, adeguate relazioni sociali nella realtà lavorativa, un livello retributivo soddisfacente e via dicendo), mentre nel secondo caso il lavoratore aderisce pienamente alla *mission* dell'organizzazione d'appartenenza, facendola propria e traendo essenzialmente soddisfazione direttamente dal lavoro svolto.

<sup>4</sup> In questo caso la dicotomia descrivere efficacemente diversi tipi di orientamento lavorativo. I soggetti qualificabili come "occupazionali" sono coloro che considerano l'attività svolta come una semplice occupazione, grazie allo svolgimento della quale si può ottenere un reddito che consentirà di realizzare obiettivi extra-istituzionali, ovvero i soli autenticamente soddisfacenti. Gli "istituzionali" fanno invece pienamente proprio lo scopo dell'organizzazione d'appartenenza e traggono soddisfazione dal lavoro ben fatto, vale a dire efficiente ed efficace dal punto di vista istituzionale.



Istituzione/occupazione, con una relativa prevalenza dei fattori di stimolo (o “igienici”) rispetto a quelli autenticamente motivazionali (nel senso proposto da Herzberg, 1966).

Riepilogando, la qualificazione professionale implica (ed è questo che più conta, in generale e rispetto all’oggetto del presente studio) la presenza di alcuni elementi comuni assolutamente imprescindibili, caratteristiche tipiche di ogni professione: la competenza, la deontologia, lo spirito di corpo (ovvero un senso di appartenenza che, sotto molti aspetti, travalica i confini delle organizzazioni dalle quali formalmente si dipende, assumendo un significato super-organizzativo), la motivazione (spesso nel senso della vocazione), il riconoscimento sociale, l’autorità, l’autorevolezza e il potere sanzionatorio (positivo e negativo) esercitato dai non esperti (la collettività, i cittadini) sugli esperti. Inoltre, tali aspetti sono nel loro complesso riconducibili a tutte le fondamentali forme del sapere lavorativo (dal sapere *tout court* a quelli legati al fare e all’essere, ma anche il cosiddetto sapere di non sapere, ovvero la predisposizione all’apprendimento; un fenomeno quest’ultimo, che nel caso in esame assume una valenza marcatamente organizzativa piuttosto che semplicemente individuale). Qualsiasi tentativo di integrare il sistema sanitario militare e quello sanitario civile dovrà quindi necessariamente tenere conto dei diversi aspetti impliciti nella caratterizzazione professionale di buona parte dei rispettivi lavoratori.

### **1.3. La diffusione sociale: tra *comunità di politica*, apprendimento organizzativo, capillarità nello spazio e prospettiva multitemporale**

Il concetto di diffusione sociale (Negri, 2015) può essere utilizzato per descrivere il sorgere o il rafforzarsi di una *comunità di politica* (ovvero, un aggregato socio-organizzativo che prenda vita in relazione a un tipo di politica pubblica<sup>5</sup>) od una *comunità di politiche* (vale a dire un intreccio sinergico di soggetti appartenenti a organizzazioni impegnate ad implementare

---

<sup>5</sup> Quest’ultimo aggettivo, peraltro, è da intendersi non tanto come relativo a un soggetto statale quanto piuttosto come concernente l’azione in un contesto pubblico e il coinvolgimento di un pubblico, che non si limita ad assistere o, nella migliore delle ipotesi, a dire la propria, ma garantisce, invece, un contributo talvolta utile (specialmente sotto il profilo simbolico ed esemplare), più spesso essenziale (per il conseguimento di scopi di portata generale). Si tratta di una precisazione assolutamente necessaria per limitare il contesto analizzato e quello prospettato soltanto o alla democrazia partecipativa o alla sussidiarietà circolare. Si tratta di un concetto introdotto per analogia rispetto a quello di *comunità di pratica*, di cui però se ne propone una significativa espansione semantica, tenuto conto che quando si parla di politiche si fa riferimento non solo alla dimensione strettamente della messa in pratica, della implementazione, ma anche a quella della presa di decisione e a quella della valutazione (*in itinere* ed *ex post*).

politiche formalmente distinte, ma in realtà non del tutto separate, Fromm, 1968, per funzioni assolute, premesse su cui si fondano ed esiti a cui danno luogo). Questo è il caso, ad esempio, dei ruoli assolti dagli addetti ai lavori nel comparto dei servizi sanitari (civili e militari). La premessa è che, in corrispondenza di una cultura della sicurezza sociale in via di significativo sviluppo, essi hanno conosciuto negli ultimi 20 anni un duplice processo di diffusione: *estensivo* (per varietà dei soggetti coinvolti; basti pensare a quella che per usare un aggettivo chiaro, ancorché probabilmente superato, si può ancora qualificare una certa parte della medicina come “alternativa”) ed *intensivo* (per gamma di attività espletate).

Al momento non si può sancire il sorgere di un *sistema complesso di condivisione di funzioni e ruoli, di responsabilità decisionali, operative e valutative*. La sua organizzazione si presenta ancora ad un livello embrionale, ma rappresenta una prospettiva concreta. La volontà della Difesa e del SSN di intraprendere con incisività la strada della cooperazione sanitaria civile-militare (testimoniata dalla stipula di accordi inter-istituzionali in tal senso) lo fa presagire in modo piuttosto chiaro.

Una ulteriore accezione della diffusione utile, ai fini della presente analisi, è quella definita in termini di *apprendimento organizzativo*, nel senso di consolidamento delle esperienze di successo da una dimensione micro (individuale o di gruppo) a una di carattere sistemico. A questo proposito, occorre sottolineare la necessità di “superare la tradizionale separazione tra insegnamento e attività pratica e riconoscere che l’apprendimento avviene all’interno di una *attività situata*, ossia di una attività definita ed influenzata dal contesto sociale e dalle situazioni che in esso si sviluppano. Tali situazioni producono conoscenza attraverso l’attività, di conseguenza contesti e situazioni differenti danno luogo a differenti processi di apprendimento e a differenti conoscenze” (Bonazzi, 2008, p. 318). In presenza di un impegno reciproco tra i partecipanti, di uno scopo comune e di una cassetta degli attrezzi (le competenze tecniche, comunicative ed operative), si può affermare di trovarsi in presenza di una *comunità di pratica* (Lave e Wenger, 1991). Tra le caratteristiche di tale forma di aggregato socio-organizzativo possono essere annoverate le seguenti: “1. Le comunità non richiedono la prossimità fisica dei loro membri perché nulla vieta che le pratiche si possano svolgere mediante comunicazioni a distanza (tipicamente le pratiche *on line*); 2. Le comunità sono dei sistemi sociali aperti, nel senso che si ridefiniscono continuamente con l’entrata e l’uscita dei loro membri; 3. Le pratiche non sono un patrimonio esclusivo dei membri esperti della comunità ma devono essere messe a disposizione dei membri nuovi (i *tirocinanti*, da

intendere in senso esteso) che le apprendono gradualmente man mano che aumenta il loro coinvolgimento” (Bonazzi, 2008, p. 318). Si tratta, quindi, di comunità protese verso l'apprendimento organizzativo, nelle quali la pratica assume un ruolo assolutamente centrale, perché senza chiare spiegazioni delle concrete difficoltà che si può essere chiamati a fronteggiare durante il processo lavorativo, è impossibile farlo con successo, non necessariamente in piena continuità rispetto al passato, ma anche in modo innovativo (cfr. Brown e Duguid, 1991).

In verità, questa concezione rimanda implicitamente a una estensione nello spazio (prevedendo un coinvolgimento di realtà sociali di dimensioni più ampie) e nel tempo (attribuendo senso alle esperienze passate, dettando delle regole del gioco e determinando le relative aspettative di ruolo per l'oggi e il domani, sia prossimo sia eventualmente molto di là da venire, nel caso dell'adozione di una prospettiva complessa, multi-temporale). Con il riferimento alla diffusione come *capillarità nello spazio*, si sottintende, peraltro, non solo il riferimento a una presenza estesa a livello territoriale, ma anche la considerazione delle cause e degli effetti che dal locale vanno verso il globale e viceversa. In questo senso, si potrebbe parlare di diffusione come *condivisione in un contesto spaziale esteso*<sup>6</sup>. Diffusione nello spazio, inoltre, se si estende al massimo la valenza del concetto, finisce col significare intervenire mettendo in campo tutte le risorse a disposizione. Il concetto di diffusione nel tempo, ovvero, di adozione di una *prospettiva multi-temporale e continua*, in relazione a dinamiche contingenti, di breve, medio, lungo e lunghissimo periodo (anche con riguardo alla gittata temporale di avvenimenti passati), sottintende la capacità di pensare, decidere e agire sia preventivamente sia nell'immediato. Ciascuno degli utilizzi delineati costituisce una applicazione della prospettiva complessa ai processi decisionali, di messa in opera e valutazione. La piena conciliazione degli aspetti di diffusione descritti può determinare effetti resilienti, laddove, al contrario, con la mancata compresenza e l'assenza di un coordinamento si corre il rischio di non riuscire a superare il livello del semplice tentativo e ad accedere quindi a una dimensione di autentico *esperimento*, ovvero, di andare oltre la dimensione contingente a vantaggio di una complessa (Moro, 2009).

---

<sup>6</sup> Si veda a tal proposito, l'analisi di Appadurai (*Modernity at large. Cultural Dimensions of Globalization*, University of Minnesota, Minneapolis, 1996) e la relativa descrizione dei passaggi contemporanei (cit. in Magatti, *Globalizzazione e politica*, pp. 25-52, in A. Montanari e P. Fantozzi, a cura di, *Politica e mondo globale. L'internalizzazione della vita politica e sociale*, Carocci, Roma, 2008, pp. 31 e ss.

Il sistema sanitario complesso che verrà più volte evocato nel corso del presente lavoro, qualora riesca a presentare le diverse forme di diffusione descritte, può connotarsi come organizzazione diffusa, capace di essere ovunque o quasi, grazie alla capacità di occupare tutti gli spazi locali e, soprattutto, costantemente presente, in quanto operativa H24, in ogni giorno della settimana (24/7) e in qualsivoglia periodo dell'anno. Guardando poi alla dimensione temporale secondo un'ottica massimamente estensiva, una simile organizzazione dovrebbe conoscere ed apprendere dal passato, presidiare e monitorare il presente, mobilitarsi "per tempo" ad agire nel futuro e, almeno in parte, a prevederlo. Così descritta potrebbe sembrare né più né meno di una organizzazione utopistica. In verità, è una normale organizzazione postmoderna, che aspira all'efficienza e, soprattutto, alla piena efficacia (cfr. Negri, 2015).

I concetti di relazioni inter-organizzative, professione e diffusione rappresentano, insieme a quello della complessità sistemica e di resilienza, gli elementi fondamentali del *framework teorico* di riferimento del modello di cooperazione che si tenterà di costruire. Ad essi si farà via via ricorso, talvolta in modo esplicito, talaltra implicitamente. Nei capitoli che seguono sarà invece delineato il quadro di riferimento contestuale ed empirico, con l'individuazione di alcuni elementi organizzativi a cui potersi ispirare nel tentativo di delineare interventi specifici in cui si possa sostanziare una eventuale effettiva introduzione nel modello stesso.

## **2. I PROTAGONISTI DELLA RELAZIONE INTER-ORGANIZZATIVA INDAGATA**

### **2.1. Il Sistema Sanitario Nazionale: aspetti modellistici**

Il sistema della salute di una società si articola in molteplici realtà sottosistemiche, istituzionali e civili, aziendali e professionali. Le prestazioni ambulatoriali e ospedaliere possono essere svolte in modo efficiente ed efficace solo quando il settore farmaceutico e l'industria dei dispositivi medici si dimostrano capaci di evolvere costantemente la propria produzione (per qualità per quantità) e di garantire una distribuzione diffusa (e quindi equa in termini di disponibilità). La funzione sociale assolta dal sistema richiede una continua interazione tra gli addetti ai lavori sia a livello intra-organizzativo sia inter-organizzativo. La comunicazione sociale relativa all'universo sanitario italiano ne veicola un'immagine quasi del tutto stereotipata, prevalentemente in senso negativo. Non mancano, tuttavia, narrazioni sociali di casi di eccellenza, ma anche in questi casi si propongono troppo facilmente letture generalizzate e assolutizzanti sulle strutture, sui professionisti (cfr. Toth, 2014, pp. 6-7).

Il sistema nazionale della salute non si esaurisce nella dimensione istituzionale pubblica. Questo avviene nonostante (o forse proprio per questo motivo) esso sia chiamato ad implementare politiche riguardanti un diritto costituzionalmente sancito, che rientra a pieno titolo nella categoria dei diritti umani (e in relazione al quale anche evocando un concetto limite come quello di universale culturale, non si dovrebbe temere di aver osato troppo). Lo testimonia il fatto che anche organizzazioni umanitarie non governative la cui propensione operativa è stata da sempre rivolta in prevalenza alla dimensione internazionale come, ad esempio, Emergency, abbiano avviato programmi di intervento sul territorio nazionale (messi in opera mediante proprie risorse umane ed ambulatoriali) la cui valenza è evidentemente sussidiaria e compensativa rispetto al sistema pubblico. Le prestazioni sono gratuite, si rivolgono al target di soggetti, sia stranieri sia italiani, che vivono in condizioni di povertà relativa od assoluta (cfr. Toth, 2014, pp. 7-8). Ce ne era effettivamente bisogno?

Probabilmente sì, visto che l'utenza non è soltanto potenziale, ma reale. Inoltre, la scelta per tale forma di servizio parrebbe vissuta come obbligata, piuttosto che soltanto opportuna. Quel che, però, importa i fini del presente ragionamento è comunque soprattutto altro, ovvero che il panorama sanitario italiano si caratterizza come estremamente variegato e in fase di significativa evoluzione, con modalità in parte incrementale e per altri versi quasi rivoluzionaria, operativamente e in termini di cultura organizzativa e sistemica. La complessa realtà con cui è chiamata a relazionarsi la componente pubblico-istituzionale è infatti sia endogena sia legata a soggetti e contesti esogeni, primo fra tutti quello in cui si muove, segnalando problemi e proponendo soluzioni, la società civile. In un mondo composito e in mutamento come questo potrebbe sembra difficile, se non addirittura impossibile, parlare in termini di organizzazione (ancorché diffusa), di modello, di politica sanitaria unitaria. Non è però del tutto da escludere la possibilità di farlo sia con riguardo al SSN nel suo complesso, sia, quantomeno, in relazione a specifiche realtà relazionali (inter-organizzative) di esso, come quella in cui l'altra parte è costituita dal SSM. Esaminiamo innanzitutto la prima eventualità.

Con Toth (2014, pp. 11-14) è possibile ricorrere una tripartizione modellistica per descrivere la storia delle forme di organizzazione del finanziamento e dell'erogazione di servizi sanitari sperimentate in Italia rispettivamente fino ai primi anni Quaranta, nel 1943, poco prima della caduta del regime fascista (*l'assicurazione volontaria*), durante i successivi 35 anni (*l'assicurazione sociale, o obbligatoria, di malattia*) e dal 1978 (in un momento storico particolarmente critico per l'Italia) a oggi (il *Servizio Sanitario Nazionale*, in vero radicalmente riformato all'inizio degli anni Novanta, nel 1992-1993, in piena Tangentopoli). Solo nel primo caso non viene imposto alcun obbligo ai cittadini. La scelta di assicurarsi o meno contro i rischi da malattia è libera. Va effettuata provvedendo a sottoscrivere, a proprie spese, una polizza con una compagnia privata. Rischi e prestazioni, per quanto relativamente standardizzate, possono essere considerati, in buona sostanza, "su misura". Professionisti e strutture per l'erogazione delle prestazioni previste, nei casi di emergenza della malattia, sono di norma esterni alla società assicuratrice. Tuttavia, nell'ambito di una transazione privata, potrebbero anche essere formalmente e sostanzialmente interni ad essa. Nel modello di assicurazione sociale di malattia, soltanto alcune categorie lavorative sono tenute al pagamento di una quota assicurativa sanitaria obbligatoria. Entrano in gioco persone giuridiche *ad hoc*, le casse malattia (organizzazioni che raccolgono i contributi lavorativi

obbligatoria su base categoriale o territoriale e che non perseguono fini di lucro). La contribuzione, a carico in parte del datore di lavoro e in parte dal dipendente, può essere proporzionata al reddito o forfettaria (uguale per tutti gli iscritti). L'abbinamento lavoratore-cassa avviene d'ufficio, senza alcuna possibilità di scelta per il lavoratore. Almeno un elemento di libertà in più rispetto al precedente è peraltro presente e riguarda la scelta strutturale-professionale per la prestazione delle cure, erogate da soggetti altri rispetto alle casse. La procedura prevede il rimborso da parte delle casse delle spese per le prestazioni sanitarie. Nel modello sistemico del Servizio Sanitario Nazionale la raccolta dei contributi viene effettuata dallo Stato tramite il prelievo fiscale, le prestazioni sono garantite a tutti i cittadini (vige il diritto alle cure mediche essenziali) e in prevalenza vengono fornite direttamente dall'ente di raccolta, mediante proprie strutture, ambulatoriali e ospedaliere, e proprio personale dipendente o convenzionato (come avviene nel caso della medicina di base e della pediatria di base).

Prima di addentrarsi nell'analisi comparata e in quella relativa al possibile utilizzo di letture unitarie di carattere organizzativo, modellistico o in termini di politiche pubbliche, per quel che attiene alla relazione tra SSN e SSM, occorre richiamare, in modo sintetico, alcuni degli aspetti più tipicamente attribuibili al secondo soggetto protagonista della relazione.

## **2.2. La Sanità Militare**

A cosa serve la Sanità Militare se gli uomini e le donne di cui istituzionalmente si deve occupare sono selezionati, formati e valutati nel corso della carriera attribuendo assoluto rilievo a condizioni di salute che devono tendere alla perfezione? Una simile domanda, che può capitare di leggere in pezzi scritti da giornalisti il cui orientamento non è propriamente favorevole verso le Forze Armate, può essere senz'altro qualificata come miope e poco scientifica. Questo perché non tiene conto della valenza *ex ante* dell'attività sanitaria militare e del conseguente profondo significato economico, in termini di riduzione della spesa, rivestito dalla medicina preventiva, che tutela la salute anticipando l'insorgere di infortuni e malattie, anziché gestendone "semplicemente" il superamento. Peraltro, il SSM assolve per il militare molti dei tipici compiti della medicina di base e di parte di quella specialistica, sgravando, in modo corrispondente (sotto il profilo operativo ed economico), il SSN. Per

rendere più razionale (ed equo) il sistema sanitario, in relazione a questo aspetto occorrerebbe individuare una modalità di attribuzione della spesa ai soggetti che si fanno effettivamente carico di ciascuna specifica prestazione del servizio. Una interessantissima proposta al riguardo sottolinea la necessità di creare un meccanismo, una struttura ad hoc o qualcosa di altro che sia comunque in grado di connettere SSM e SSN. Questo risultato potrebbe essere ottenuto attraverso “una piena convenzione con il SSN istituendo una **Regione o Azienda virtuale**. Con questo artificio si potrebbe fare in modo che tutte le entrate che il SSM verrebbe a percepire sotto voce di ticket, DRG, prestazioni *et similia*, potrebbero concorrere al bilancio del Ministero della Difesa” (mio neretto, GDL, 2011, p. 48). Attraverso provvedimenti di questo tipo si potrebbe governare con efficienza ed efficacia la questione, ricollocando l’onere del servizio in modo perfettamente corrispondente alla destinazione delle risorse per il suo svolgimento.

Lo stato organizzativo, strutturale e funzionale del comparto sanitario dell’Amministrazione della Difesa, in estrema sintesi, appare attualmente caratterizzato nel modo seguente. Sotto il profilo infrastrutturale, l’aspetto più tipico consiste nella presenza di segmenti funzionali legati non tanto ad aspetti specificamente medici quanto, piuttosto, ad elementi di carattere militare (riproposizione anche in ambito sanitario della suddivisione di comparti di Forza Armata). Tale ripartizione, peraltro, non concerne la sola dimensione operativa e determina una frammentazione nella formazione professionale-istituzionale, nella ricerca e via dicendo. L’analisi effettuata ha consentito di individuare alcuni ambiti di relativo sottoimpiego e altri di impiego eccessivo; ridondanze e aree sanitarie scoperte o quasi; attività specificamente militari, attività non riconducibili in modo esclusivo al mondo militare o a quello civile, nonché attività che sembrerebbe opportuno qualificare come specificamente civili ma che vengono, comunque, esplicate all’interno dell’organizzazione militare.

Alla luce delle finalità della presente ricerca, particolare attenzione è stata dedicata alle funzioni il cui rilievo (al di là dell’effettiva attuale capacità di svolgerle, da parte della sola Sanità Militare od in concorso con altri organismi delle Forze Armate) è in aumento rispetto al passato. Si tratta, innanzitutto, della nuove esigenze di medicina preventiva e di medicina del lavoro, ma anche di funzioni riguardanti il supporto psicologico, i profili di impegno, l’addestramento e la formazione in genere, la ricerca, i contenziosi, le emergenze e gli sgomberi sanitari, l’attività ispettiva ed autorizzativa, la farmaceutica e la medicina legale.



### 2.2.1. Attività, attribuzioni e livelli di operatività

Ai sensi dell'art. 6, lettere v) e z), della L.833/1978, sono di **competenza statale non decentrata**, le competenze riguardanti l'organizzazione sanitaria militare ed i servizi sanitari istituiti per le Forze armate (analogamente a quanto accade per quelli istituiti per i Corpi di polizia, per il Corpo degli agenti di custodia e per il Corpo nazionale dei vigili del fuoco).

La cooperazione più intensa ed innovativa tra SSM e SSN, potrebbe essere interpretata, dal punto di vista del secondo soggetto protagonista della relazione inter-istituzionale, come una implicita re-introduzione in esso di logiche centraliste, in chiara controtendenza per una organizzazione prevalentemente decentrata.

Guardando la questione dal punto di vista militare si potrebbe verosimilmente parlare di un processo di parziale decentramento di un'organizzazione nel complesso assolutamente centralista, anche in materia di sanità militare.

L'intero contesto sanitario non è più lo stesso. Se solo si volge lo sguardo non di molto all'indietro nel tempo è piuttosto agevole accorgersene. Negli ultimi decenni si è assistito a radicali cambiamenti sia nella cultura sanitaria materiale (relativamente alle tecnologie e agli strumenti disponibili), sia nelle professioni sanitarie. Sono mutate la comunicazione, interna ed esterna, le competenze (anche grazie a processi di formazione continua in costante aggiornamento ed ampliamento) e la stessa deontologia (ad esempio, con riguardo alla necessità di adeguarsi alle nuove esigenze di tutela della *privacy*, da conciliare con quella di assolvere il ruolo di sensori sociali, e via dicendo). Si trasforma anche l'organizzazione dei gruppi di interesse (singolarmente e complessivamente considerati). Si amplia la gamma di malattie, infortuni e altre problematiche che investono la sfera medica, la quale si estende, a sua volta, grazie a modalità parzialmente innovative per fronteggiarle, ovvero, nuovi farmaci (addirittura tipologie non annoverabili tra quelle tradizionali) e nuove terapie, sempre più complesse, articolate in interventi concomitanti e talvolta integrati).

Tale mutamento di carattere generale e la considerazione delle esigenze (a loro volta significativamente cambiate) dello strumento militare postmoderno hanno ispirato una serie di proposte di riordino della Sanità Militare. Esse sono finalizzate a una riorganizzazione conforme al nuovo contesto funzionale ed operativo. Tuttavia, sotto il profilo giuridico, il

modello organizzativo e gestionale del comparto sanitario militare nella sostanza sembra che continui ad applicare il Regio decreto del 17/11/1932<sup>7</sup> (“Regolamento sul servizio sanitario territoriale militare”), ormai inadeguato sotto molteplici profili, ovvero, sia rispetto alla *mission* dettata dal Nuovo Modello di Difesa (così come evidenziato nello stesso Libro Bianco della Difesa) sia relativamente al nuovo assetto organizzativo della Sanità italiana complessivamente considerata. Da un’analisi attenta della normativa vigente (come evidenziato nel Progetto di riordino della Sanità militare descritto in una relazione per il Capo Ufficio Generale della Sanità Militare del 23 febbraio 2011, a p. 6), emerge infatti che: “Le stesse norme, ancorché espressamente abrogate dall’art. 2268 del Codice dell’ordinamento militare, approvato con Decreto Legislativo 15 marzo 2010, n. 66, continuano a trovare applicazione in quanto compatibili col presente Codice ed il Regolamento, fino alla loro sostituzione, ai sensi dell’articolo 2185, comma 2”.

Accade così che nel contesto sanitario militare attuale, la maggior parte del personale delle Forze Armate (oggi totalmente professionale, da oltre un quarto di secolo frequentemente impegnato all’estero, da sempre soggetto a ripetuti trasferimenti e via dicendo) non fruisca, se non eccezionalmente delle prestazioni della medicina di base e dei servizi ambulatoriali e ospedalieri civili. Nonostante conservi formalmente l’assistenza sanitaria del SSN, beneficia innanzitutto della medicina preventiva dell’istituzione professionale di appartenenza (basti pensare ai servizi di vaccinazione, alle visite periodiche di routine e ai check-up realizzati nell’ambito delle procedure di valutazione della compatibilità del livello stato di salute complessivo con gli standard richiesti per il mantenimento del posto di lavoro). Non basta. Ulteriori prestazioni garantite, se necessario, al personale militare dalla Sanità delle Forze Armate in luogo del SSN concernono sia la medicina di base di primo e di secondo livello (per attività di primo intervento e di diagnostica ambulatoriale), sia le attività di ricovero e cura presso le strutture sanitarie militari. Peraltro, occorre sottolineare l’emergere, almeno con riguardo agli ultimi anni, di una relativa normalizzazione della divisione del lavoro tra SSM e SSN, in virtù della quale le funzioni non di stretta pertinenza militare tendono ad essere assolte dalla sanità civile, così come è corretto che accada secondo la divisione del lavoro istituzionale di carattere sanitario attualmente prevista dall’ordinamento italiano.

La specificità della Sanità Militare, inoltre, riguarda le attività selettive per reclutamento, la costante verifica idoneità al servizio militare incondizionato, a particolari specializzazioni e alle

---

<sup>7</sup> Anche per quel che attiene alla deroga all’esercizio della libera professione.

correlate attività di ricerca per l'assistenza sanitaria in attività operative/d'istituto e le attività sanitarie specifiche in ambiti non coperti dal SSN (ad es.: prestazioni nei teatri operativi e addestrativi, *medical intelligence*, e via dicendo).

**Box 1 - Ambiti specifici della Sanità Militare - Fonte: SMD, 2015, pp. 9-10**

Alcune funzioni che rientrano nella specifica *mission* delle Forze Armate, non possono comunque essere delegate al SSN. Tra queste meritano menzione le attività sanitarie a sostegno dell'attività operativa in Patria e fuori dai confini nazionali, le attività di reclutamento e selezione del personale militare e l'accertamento dell'idoneità al servizio e delle infermità dipendenti da causa di servizio.

La natura militare delle operazioni impone che il personale sanitario debba essere in possesso di un ventaglio di adeguate competenze mediche e di specifiche conoscenze dei contesti d'impiego, acquisibili soltanto con un mirato addestramento.

Lo svolgimento dell'attività sanitaria nei contesti operativi, inoltre, non può prescindere dal possesso dello status giuridico di militare necessario a poter assolvere anche gli obblighi di natura disciplinare e penale connessi con lo svolgimento dei compiti. Nelle macro aree indicate, l'area sanitaria della "Difesa", nel suo complesso aggregato di singole componenti di F.A., svolge un'ampia gamma di funzioni di esclusiva pertinenza militare, concorrendo con il SSN per alcune particolari emergenze:

- supporto dei reparti con assetti sanitari nei teatri operativi e in Patria (Role\* 1-2-3-4), Medevac/Stratevac, *Air expeditionary medical support*;
- raccolta, Analisi, Valorizzazione delle informazioni mediche, bio-scientifiche ed ambientali, estesa alle componenti sanitarie ed assistenziali, che possono interessare la pianificazione di una strategia bellico-militare e la raccolta degli elementi informativi per la valutazione del rischio sanitario e individuazione delle risorse sanitarie da proiettare nei Teatri Operativi (*medical intelligence*);
- certificazioni per particolari specializzazioni (es. idoneità al volo e controllo spazio aereo anche a personale civile di Aviazione Generale, Forze di Polizia, Corpi Armati, incursori, aviolancio, ecc.);
- aviotrasporto sanitario cittadini civili (su richiesta Prefetture);
- assistenza sanitaria al personale imbarcato, con particolare riferimento alle Unità Navali della Marina Militare impegnate in attività operative e addestrative in alto mare ovvero in aree geografiche non in grado di offrire sufficienti garanzie assistenziali sanitarie;
- assistenza sanitaria al personale di volo, presso i Reparti operativi stanziali e durante campi, manovre, esercitazioni;
- supporto ai reparti CC in attività di indagine (medici con qualifica UPG);
- Medicina Veterinaria (sanità e benessere animale, controllo della filiera alimentare nei Reparti in Teatro Operativo);
- concorso sanitario in caso di calamità naturali, emergenze;
- studi e sperimentazioni in nicchie di specializzazione operativa (volo, subacquea, stress operativo).

\*L'organizzazione sanitaria della NATO si articola su 4 livelli (Role 1, 2, 3, 4).

Il loro dimensionamento viene determinato in considerazione del livello delle unità, dell'area di schieramento e delle tipologie di assistenza al ferito-malato.

Il Role 1 si occupa di primo soccorso, stabilizzazione ed evacuazione a livelli superiori in quanto molto vicino alla linea del fronte.

Il Role 2 continua la stabilizzazione ed effettua interventi d'urgenza (in versione Role 2+ possiede anche minime capacità di ricovero).

Il Role 3 è l'organo deputato al ricovero e cura in teatro, in strutture ospedaliere campali.

Il Role 4 è in madrepatria (Celio) e si occupa di cure a lungo termine e di riabilitazione.

### 2.2.2. Il riordino delle strutture sanitarie militari

La conformazione strutturale pre-riordino della Sanità militare si connota chiaramente in chiave di separazione a livello di singole Forze Armate. Se, da un lato, le similitudini o le duplicazioni possono aver indotto a pensare a una riorganizzazione possibile e necessaria, dall'altro lato, può essere accaduto lo stesso in relazione a differenze significative non riconducibili alle specificità di Forza Armata.

**Tabella 1 - STRUTTURE SANITARIE MILITARI DI F.A./C.C.**

<b>PRE-RIORDINO</b>			
<b>ESERCITO</b>	<b>MARINA</b>	<b>AERONAUTICA</b>	<b>CARABINIERI</b>
POLICLINICO MILITARE			
CENTRO OSPEDALIERO	CENTRO OSPEDALIERO	ISTITUTI DI MEDICINA AEROSPAZIALE	CENTRO POLISPECIALISTICO
COMANDI SANITÀ NORD/SUD	DIREZIONI SANITÀ NORD/SUD	ACCADEMIA AERONAUTICA E IST. PERF. ADD. MEDICINA AEROSPAZIALE	
ACCADEMIA MILITARE E SCUOLA SANITÀ E VETERINARIA	ACCADEMIA NAVALE		
6 CENTRI DI SELEZIONE	3 CENTRI DI SELEZIONE	1 CENTRO DI SELEZIONE	CNSR UFFICIO SANITARIO
10 DMML	2 DMML	1 DMML	
1 C.M. 2° ISTANZA (ROMA)	1 C.M. 2° ISTANZA	1 C.M. 2° ISTANZA	1 C.M. 2° ISTANZA
		COMMISSIONE SANITARIA APPELLO	
CENTRO STUDI E RICERCHE	CENTRO STUDI DI FISIOLOGIA IPERBARICA	REPARTO MEDICINA AERONAUTICA (CSV)	SEZIONI/SERVIZI DI SANITÀ/INFERMERIE DI CORPO
POLIAMBULATORI E INFERMERIE DI CORPO	INFERMERIE DI CORPO TERRA/BORDO	INFERMERIE PRINCIPALI/DI CORPO	

Fonte: SMD, 2015, p.3 (con modifiche al formato di rappresentazione)

Il riordino in atto è, innanzitutto, quantitativo, sia a livello complessivo, che in relazione a specifiche destinazioni d'uso ed alle singole Forze Armate.

L'obiettivo della piena transizione verso una Sanità Interforze è ancora molto di là da venire.

La fase in essere è semplicemente quella del ridimensionamento. L'avvento di una Sanità Militare internamente integrata a livello intra-organizzativo, peraltro, avrebbe potuto essere compiuto ex novo, costruendo nuovi soggetti organizzativi, frutto della combinazione di altri già esistenti e della eliminazione di altri. Lo stesso mantenimento di vecchie denominazioni per soggetti sostanzialmente nuovi potrebbe rallentare il mutamento. La sensazione di trovarsi tutti di fronte alla necessità di cedere una funzione a un nuovo soggetto di livello gerarchicamente superiore avrebbe potuto limitare le resistenze di Forza Armata lungo la strada del mutamento.

Probabilmente, il riordino che si sta realizzando rappresenta la premessa di una vera e propria riforma. La spinta all'integrazione con il SSN potrà assolvere un ruolo cruciale in tale possibile processo.

<b>Tabella 2 - STRUTTURE SANITARIE MILITARI DI F.A./C.C.</b>			
<b>IN ITINERE</b>			
<b>ESERCITO</b>	<b>MARINA</b>	<b>AERONAUTICA</b>	<b>CARABINIERI</b>
POLICLINICO MILITARE	CENTRO OSPEDALIERO	ISTITUTI DI MEDICINA AEROSPAZIALE	CENTRO POLISPECIALISTICO
ACCADEMIA MILITARE E SCUOLA SANITÀ E VETERINARIA	ACCADEMIA NAVALE	ACCADEMIA AERONAUTICA E IST. PERF. ADD. MEDICINA AEROSPAZIALE	
3 CENTRI DI SELEZIONE	CENTRO DI SELEZIONE	1 CENTRO DI SELEZIONE	CNSR UFFICIO SANITARIO
5 DMML	1 DMML	1 DMML	
1 C.M. 2° ISTANZA (ROMA)			
		COMMISSIONE SANITARIA APPELLO	
CENTRO STUDI E RICERCHE	CENTRO STUDI DI FISIOLOGIA IPERBARICA	REPARTO MEDICINA AERONAUTICA (CSV)	SEZIONI/SERVIZI DI SANITÀ/INFERMERIE DI CORPO
POLIAMBULATORI E INFERMERIE DI CORPO	INFERMERIE DI CORPO TERRA/BORDO	INFERMERIE PRINCIPALI/DI CORPO	

Fonte: SMD, 2015, p.6 (con modifiche al formato di rappresentazione)

La ventilata tripartizione delle strutture ospedaliere avrebbe potuto agevolare una cooperazione tendente all'integrazione tra SSM e SSN, garantendo la copertura strutturale delle fondamentali macro-aree territoriali del nostro Paese (grazie al Policlinico militare di Roma ed ai Centri Ospedalieri di Milano e Taranto). Tuttavia, tale prospettiva appare superata da un assetto ospedaliero definitivamente orientato verso le due sole unità, con l'eliminazione di quella milanese. Il ridimensionamento strutturale al ribasso non riguarda, peraltro, i soli ospedali, bensì tutti gli organi sanitari.

<b>Tabella 4 - EFFETTI DEL RIORDINO (L.244/2012)</b>				
<b>ENTI</b>	<b>2006</b>	<b>2012</b>	<b>2014</b>	<b>VARIAZIONE %</b>
<i>COMANDI SANITARI INTERMEDI DI F.A.</i>	1 POLICLINICO 2 CENTRI OSPEDALIERI	1 POLICLINICO 2 CENTRI OSPEDALIERI	1 POLICLINICO 1 CENTRO OSPEDALIERO	- 100%
<i>AREA RICOVERO E CURA</i>	18CMML/CMO 6 CM2 <sup>A</sup> ISTANZA	183CMML 4 CM2 <sup>A</sup> ISTANZA	7CMML 1 CM2 <sup>A</sup> ISTANZA	-50%
<i>AREA MEDICINA LEGALE</i>	8 CENTRI DI SELEZIONE VFP1	8 CENTRI DI SELEZIONE VFP1	5 CENTRI DI SELEZIONE VFP1	-61% -84%
<i>AREA DELLA SELEZIONE</i>	1 CENTRO (POL. RM)	1 CENTRO (POL. RM)	1 DIPARTIMENTO TRASF.(POL. RM)	-37%
<i>SERVIZIO TRASFUSIONALE</i>	3 CENTRI TRASFUSIONALI (SP-TA-FI)	3 CENTRI TRASFUSIONALI (SP-TA-FI)	2 CENTRI DI RACCOLTA (SP-TA)	-33%
<i>MAGAZZINI SANITARI INTERFORZE</i>	1	1	0	-100%

Fonte: SMD, 2015, p. 5 (con modifiche al formato di rappresentazione)

La razionalità dei processi decisionali e attuativi in corso di realizzazione è inquadrabile in un contesto motivazionale essenzialmente economico. Tuttavia, essa incentiva meccanismi di razionalizzazione che possono comunque determinare altre ricadute istituzionali, positive e in larga misura inaspettate. Si tratta in buona sostanza del fortissimo stimolo a una interpretazione del cambiamento organizzativo in termini di “Qualità”, ritenuta indispensabile per compensare il ridimensionamento al ribasso di carattere quantitativo (ovvero, una sorta di “chiave di volta” per il risparmio e per il reperimento delle risorse). Coerentemente con tale impostazione “semantica”, si moltiplicano gli inviti a seguire con decisione una strada le cui parole d’ordine sono “sinergia”, “cooperazione” e via dicendo. In tale contesto, appare particolarmente coerente ed adeguata la logica ispiratrice di una riorganizzazione ospedaliera doppiamente integrata, sia a livello intra-organizzativo sia con il sistema sanitario civile. Infatti, considerando le capacità e le potenzialità operative del SSM, si è cercato di dare un forte impulso alla stipula di accordi con il SSN, sia ad hoc sia di più ampia portata spazio-temporale (ma in ogni caso parziali, ovvero, capaci di tenere conto della specificità delle funzioni di Sanità Militare).

Il processo in atto in ambito sia endo-organizzativo sia inter-organizzativo coinvolge necessariamente in modo considerevole il personale sanitario militare. Tutto questo in quanto occorre garantirne un impegno professionale, quantitativamente e qualitativamente adeguato, in termini di efficienza ed efficacia (non solo a livello di *output* immediato, ma anche a livello di *outcome* e di significatività strategica della funzione sanitaria implementata). Le ricadute positive di una riorganizzazione con finalità di innalzamento della qualità, anche e soprattutto

in chiave di integrazione, riguardano principalmente la necessaria formazione professionale *on the job*, di cui è già stata segnalata l'assoluta necessità, soprattutto per la pluralizzazione delle mansioni e dei contesti operativo-relazionali (assolutamente indispensabile per una componente sanitaria, come quella militare, impegnata nell'assolvimento di compiti in costante evoluzione). Questo riguarda non solo le emergenze, ma anche l'ordinaria amministrazione, sia le modalità di trattamento sia la strumentazione impiegata. Il tutto in un contesto caratterizzato dall'estrema variabilità delle condizioni di salute e da caratteristiche socio-culturali dei destinatari degli interventi sanitari che tendono a cambiare più rapidamente rispetto al passato.

Una eventuale piena integrazione potrebbe realizzarsi attraverso la caratterizzazione mista (SSM/SSN) della struttura ospedaliera meridionale (che, per chiarezza identitaria e per esigenze di riconoscibilità interna ed esterna, potrebbe assumere un nuovo nome, in quanto, oggettivamente molto diversa rispetto alla connotazione organizzativa attualmente detenuta). La relativa condivisione delle risorse possedute (in special modo quelle umane, sia del SSM sia del SSN) garantirebbe, come è agevolmente intuibile, ricadute positive innanzitutto in termini di efficienza (non soltanto a livello intra-organizzativo, ma anche a livello inter-organizzativo e territoriale) ed economicità (contenimento di alcune delle voci di costo che gravano sul bilancio Difesa), nonché in termini di efficacia immediata (miglioramento complessivo della prevenzione, della diagnostica, della cura) e di *outcome*. Sotto quest'ultimo aspetto, va infatti sottolineata esigenza di tornare a guardare agli effetti e a prendere decisioni la cui gittata spazio-temporale vada ben oltre il "semplice" qui e ora. Ad esempio, occorrerebbe considerare l'ampliamento dei contesti sia relazionali (in virtù dei contatti con una utenza allargata e maggiormente differenziata), sia operativi (con riguardo a una casistica più variegata e alla conseguente moltiplicazione di funzioni, mansioni e ruoli), di cui si gioverebbe l'addestramento del personale sanitario. Gli uomini e le donne del SSM vedrebbero infatti aumentare in modo considerevole le proprie potenzialità di qualificazione d'eccellenza, in quanto coinvolti in attività nel contempo altamente specializzate e marcatamente flessibili. Una connotazione complessa, quest'ultima, in linea con l'esigenza di conciliare compiti quotidiani ed emergenziali, di operare in contesti di ordinaria amministrazione, per nulla, o quasi, pericolosi, rischiosi o minacciosi e nei quali tendenzialmente si palesano infortuni e malattie "civili", oppure in teatri operativi militarmente caratterizzati. La razionalità del processo di integrazione eventualmente implementato in tale

direzione con grande convinzione potrebbe chiaramente riguardare anche gli aspetti strutturali, tecnologici e strumentali di cui necessitano i contesti operativi chirurgici e di rianimazione, diagnostici e di analisi, con la concreta possibilità di contenere in modo significativo gli oneri economico-finanziari legati alle esigenze di rinnovamento e di manutenzione (cfr. GDL, 2011, p. 32)

Per quel che attiene invece al Policlinico, le modalità integrative con il SSN potrebbero essere differenti, ma richiederebbero comunque la individuazione di un punto di equilibrio lungo un continuum che va dalla minima alla massima aderenza organizzativa alle patologie più tipicamente militari (ovvero connesse alla attività addestrativa sul campo e operativa in senso stretto). Sicuramente l'opzione della netta specializzazione nosocomiale avrebbe il pregio di adeguare perfettamente la strutture alla *mission* istituzionale. D'altra parte, scelte differenti (in misura più o meno significativa) potrebbero essere comunque opportune o addirittura necessarie in base a valutazioni non esclusivamente legate alla dimensione intra-organizzativa, bensì ispirate a una logica sinergica e complessa, di ottimale divisione del lavoro inter-istituzionale (tra SSM e SSN). A questo riguardo, vanno però adeguatamente considerate le dinamiche che caratterizzano il SSN. Da questo punto di vista, esigenze anche in questo caso di natura in primo luogo economica hanno determinato nella sanità nazionale civile una innovazione che presenta evidenti risvolti inerenti la cultura organizzativa. Il riferimento va alla progressiva diffusione dei concetti di **accuratezza** ed **appropriatezza** ma, soprattutto, dell'esigenza di non applicarli in senso generico, bensì di **documentarne, quantificarne e, quindi, valutarne (in itinere, attraverso opportune azioni di monitoraggio, o ex post) l'effettiva o la mancata applicazione**. L'inadeguatezza degli indici di attività e delle giornate di degenza, infatti, può costituire un motivo sufficiente per la soppressione di un reparto o servizio. In un simile contesto la motivazione a riorganizzare e gestire al meglio le risorse e i servizi, come è facile immaginare, diventa inevitabilmente piuttosto forte.

Alla luce di tale nuovo approccio organizzativo e gestionale del SSN, nel caso di una *cooperazione strutturale avanzata* (una autentica integrazione) sarebbe praticamente inevitabile per le strutture (e gli operatori) del SSM l'erogazione di servizi anche a *pazienti non militari*. Tale caratterizzazione, come si vedrà nel terzo capitolo, risulterebbe, peraltro, perfettamente allineata a quella della maggior parte delle organizzazioni sanitarie militari dei principali occidentali (pur non mancando processi in controtendenza, come nel caso



francese) ed ispirata sia dalla consapevolezza della strettissima relazione esistente tra volume di attività e qualità delle prestazioni (che potrebbe invece essere messa a rischio da un impegno operativo troppo votato alla gestione dello straordinario) sia dalla conoscenza delle concrete opportunità di attirare risorse economiche non direttamente attribuite al bilancio della Difesa. In un sistema come quello della sanità pubblica civile, infatti, è coinvolta una miriade di soggetti, non solo istituzionali, ma anche convenzionati, nell'ambito di un processo di esternalizzazione che si è andato consolidando nel corso tempo e che offre ancora oggi significative opportunità anche per altri sistemi esperti pubblici che operano nel settore, qual è la Sanità Militare.

Logicamente, a livello puramente ipotetico, la cooperazione potrà fondarsi su pratiche da svolgersi all'interno di uno dei due sistemi, con i membri dell'altro invitato a recarsi part-time "in trasferta" (in modalità orizzontale, verticale o ad hoc), oppure in un contesto esterno in cui l'organizzazione ad hoc<sup>8</sup> mista SSN/SSM prende vita, grazie alla mobilitazione e all'uso coordinato delle risorse umane, materiali e immateriali di entrambi le istituzioni.

In effetti, peraltro, quando si parla di appartenenti all'una o all'altra organizzazione chiamati a confrontarsi con la sanità civile da militari o con la sanità militare da civili, il riferimento non va soltanto alla componente degli attuatori delle politiche sanitarie, ma anche agli utenti. A questo proposito va precisato che l'accesso dell'**utenza non militare** alla Sanità Militare è regolamentato dal Decreto Interministeriale Sanità/Difesa emanato il 4 marzo 2015 (che sostituisce quello risalente a quasi 15 anni prima, del 31/10/2000, come modificato dal decreto 29 marzo 2006). Il nuovo decreto cerca di soddisfare l'esigenza di considerare i

---

<sup>8</sup> È così che viene descritta da Mintzberg (1985, p. 306) la configurazione organizzativa che può caratterizzare un intero sistema o soltanto una sua parte. Altri autori utilizzano denominazioni più accattivanti e comunicativamente efficaci del concetto, quale, ad esempio, quella di modello hollywoodiano. L'utilizzo metaforico di questa particolarissima contestualizzazione per esplicitare il significato attribuito da Mintzberg alla "ad hocrazia" è dovuto al fatto che l'autore tende a qualificare come tali soltanto organizzazioni creative, non gerarchizzate, ecc. Tuttavia, in molti altri lavori ho già avuto modo di segnalare le maggiori potenzialità di utilizzo di un idealtipo che talvolta viene applicato nella realtà in modo conforme a molte delle proprie caratteristiche, ma non a ognuna di esse. Tutto questo però non ne esaurisce affatto la capacità euristica, né deve ridurne il campo di applicazione e, quindi, necessariamente indurre a impiegare altri concetti. Aspetti del tutto applicabili al caso in esame sono, ad esempio, quello dell'adozione di un meccanismo di coordinamento di adattamento reciproco, volto a mettere immediatamente in atto comportamenti che privilegino il buon uso delle risorse e la capacità risolutiva, e, ancor di più, quello di essere composta da un gruppo molto affiatato di specialisti. Come non potrebbero venire in mente il concetto di spirito di corpo e quello di competenza professionale degli operatori sanitari dei membri momentaneamente distaccati da entrambi i sistemi. Peraltro, aspetti come la mancanza di standardizzazione appaiono difficilmente applicabile anche nel campo del lavoro creativo. Infatti, l'apparente estemporaneità di alcune soluzioni innovative è spesso figlia di un lungo processo di apprendimento alla gestione delle situazioni eccezionali, emergenziali, che richiedono una risposta il più delle volte solo apparentemente rivoluzionaria, ma in realtà "semplicemente" incrementale.

cambiamenti emersi nel contesto organizzativo e operativo della sanità militare, nelle caratteristiche tecnico-professionali degli addetti ai lavori, nei cambiamenti intervenuti nei destinatari delle politiche sanitarie che coinvolgono il mondo militare (specifiche categorie di utenti, anche civili, le cui necessità sanitarie emergono) nel corso di missioni e operazioni fuori area e negli interventi in occasione di pubbliche calamità. Particolarmente apprezzabile risulta, tra l'altro, il non limitare entro precisi confini spaziali il tipo di prestazione e di utenza. La gamma dei soggetti coinvolti è davvero molto estesa<sup>9</sup>. Queste innovazioni richiederanno verosimilmente l'introduzione di forme assicurative (professionali, danni contro terzi, ecc.) delle strutture ospedaliere militari e di forme di rimborso dal SSN al SSM delle prestazioni dispensate. Al di là di quelli di natura economica, i principali benefici saranno quelli formativi, di cui beneficeranno i professionisti del SSM. Peraltro, il loro verosimile maggior impegno nel servizio pubblico, potrà ampliarne il bacino di utenza per eventuali prestazioni libero professionali, che potranno essere effettuate anche in regime di intra-moenia.

Restringendo la contestualizzazione delle prestazioni alle specifiche strutture ospedaliere civili e a quelli ambulatoriali sia militari sia civili è comunque possibile sviluppare ulteriori considerazioni, piuttosto rilevanti ai fini della presente analisi. Specifici accordi stipulati con Aziende Ospedaliere di Roma, ad esempio, riguardano il ricovero di soggetti a cui non è possibile garantire la corretta collocazione nei reparti di competenza del SSN e la relativa corresponsione all'Amministrazione della Difesa di beni e servizi pari ad una quota parte del DRG della prestazione assicurata, in misura corrispondente agli oneri sostenuti. Questa procedura potrebbe essere superata qualora si percorresse la strada dell'accreditamento, decisamente più remunerativa, efficiente ed efficace nel medio-lungo periodo.

Nella stessa direzione potrebbero andare anche altri tipi di innovazione organizzativa volti a generare una tendenziale omologia con le strutture ospedaliere civili, garantendo al personale medico militare la possibilità di svolgere un'attività libero-professionale anche in modalità intra-moenia. Peraltro, una ulteriore opportunità lavorativa libero-professionale per il personale medico della Difesa potrebbe determinare effetti positivi in termini di fidelizzazione del personale all'organizzazione militare appaiono (cfr. GDL, 2011, p. 39), che vanno sempre

---

<sup>9</sup> Informazioni dettagliate sono riportate a p. 80, nell'allegato decreto interministeriale Sanità/Difesa del 4 marzo 2015. Per capire la portata del cambiamento basti ricordare, tra l'altro, la sottolineata necessità di includere espressamente i superstiti del personale militare e civile della Difesa e il personale in quiescenza delle Forze di polizia a ordinamento militare tra i destinatari delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie militari.

ricercati stante l'estrema competitività del mercato del lavoro medico civile.

### 2.2.3. Il personale: riduzione quantitativa, esigenze qualitative e formazione specialistica

Disponendo di un organico ragguardevole, ma che non può, numeri alla mano, coprire totalmente il fabbisogno sanitario della popolazione militare italiana, per mantenere lo stesso livello di prestazioni, a fronte del ridimensionamento quantitativo, occorrerà innalzare sensibilmente il livello qualitativo dei servizi (anche in nome del meccanismo di razionalizzazione richiamato in precedenza). D'altra parte, questa prospettiva obbligata è determinata anche dalle nuove esigenze dello strumento militare nazionale. Anche in relazione ad esse, infatti, si impone la necessità di raggiungere e mantenere elevati standard di efficacia sanitaria militare, nonostante le oggettive difficoltà formative con le quali la Sanità della Difesa è chiamata a confrontarsi. Trattandosi però di attività almeno in parte innovative, si richiede al personale un apprendimento ad hoc e un fortissimo orientamento al *training on the job* (sia in una dimensione intra-organizzativa sia in un contesto relazionale inter-organizzativa).

<b>Tabella 3 - RIDUZIONE DEGLI ORGANICI – UFFICIALI MEDICI/VETERINARI/FARMACISTI</b>			
ANNO	UFFICIALI	VARIAZIONE ANNUALE IN VALORE ASSOLUTO	VARIAZIONE PERCENTUALE CUMULATIVA (BASE 2012)
2012	1.683	-	-
2013	1.632	-51	- 3,03%
2014	1.579	-53	- 6,18%
2015	1.524	-55	- 9,45%
2016	1.463	-61	- 13,07%
2024	1.325	-138	- 21,27%

Fonte: SMD, 2015, P.7 (con modifiche al formato di rappresentazione)

La riduzione degli organici segue di pari passo, o quasi, il ridimensionamento strutturale. Tuttavia, la funzione sanitaria, come detto, diventa sempre più complessa e, nel contempo, gli spazi per la formazione pratica all'interno dell'organizzazione militare tendono a ridursi. Di conseguenza, il solo modo per compensare la contrazione quantitativa delle risorse umane appare quello di migliorare la formazione in ogni altro modo possibile, soprattutto, grazie all'integrazione interna (principalmente rendendola interforze) ed alla collaborazione sinergica e all'integrazione sia inter-istituzionale (in particolare SSN ed Università) sia eventualmente

anche con soggetti esterni non istituzionali. La questione del personale sanitario militare non può limitarsi alle logiche interne all'organizzazione militare. Al contrario, l'analisi dell'integrazione con il SSN e delle prospettive del Servizio Sanitario Militare necessita in primo luogo anche il riferimento a una comparazione tra le condizioni occupazionali dei lavoratori pubblici militari e civili, con riguardo agli aspetti retributivi, assicurativi e previdenziali, ai costi di iscrizione all'Ordine professionale, alle prospettive di carriera, alla possibilità di conciliazione con la libera professione, alla mobilità territoriale. Ne emergono profili lavorativi che presentano vantaggi e svantaggi l'uno rispetto all'altro. Guardando al trend della domanda nei concorsi a nomina diretta e in ferma prefissata per ufficiali medici, pressoché costantemente inferiore all'offerta. Si tratta di un andamento ricorrente in gran parte del settore sanitario (anche in quello civile), ma nel caso militare il fenomeno appare relativamente più accentuato. Pare a questo proposito legittimo ipotizzare che il bilancio delle caratteristiche professionali sia nel complesso lievemente sfavorevole nel caso in cui l'attività sia svolta nel contesto militare italiano rispetto a quello civile corrispondente. Tenuto conto di altri fattori che vanno nella stessa direzione negativa (connotazione anagrafica del personale e tagli strutturali di natura prevalentemente economica), non è difficile prospettare complicazioni crescenti nell'assolvimento della *mission* sanitaria da parte del sottosistema militare. Il processo di *downsizing* già in atto, peraltro, non potrà essere in alcun modo compensato dalla riserva selezionata, soprattutto, per quel che riguarda i compiti potrebbero essere definiti come eccedenti l'ordinaria amministrazione in senso generale, per quanto in vero tipici dell'organizzazione militare (quali quelli espletati fuori area o in proiezione sanitaria esterna in condizioni di emergenza).

Il contenimento della varietà dell'offerta assistenziale, limitandola alle branche specialistiche di fondamentale interesse istituzionale, potrebbe avere risvolti positivi sulla formazione specialistica del personale medico, che potrebbe concentrarsi su particolarissimi contesti d'impiego, quali evidentemente sono i teatri operativi. La qualità del personale potrebbe essere migliorata e mantenuta ad alto livello con un adeguato livello di formazione, (soprattutto quella specialistica, ma non solo). Occorre, infatti, tenere presente che parte del personale è stato a lungo impiegato in strutture sanitarie con competenze non prioritariamente di carattere clinico e quindi non nel modo più efficiente ed efficace. Queste considerazioni valgono ovviamente per il personale già in organico, ma la questione va valutata anche in prospettiva, con riguardo alla *professionalità programmata*. Le

specializzazioni mediche potrebbero essere opportunamente agevolate, contenendo gli effetti negativi di una tempistica troppo differita nel tempo e di una logistica talvolta complicata e orientando le opzioni formative (tipi di specializzazioni) in modo più conforme alle aspirazioni e alle reali esigenze formative (in base ai compiti effettivamente assolti e preferibili per una evoluzione della professionalità sanitaria militare).

Il conseguimento di questo peculiare obiettivo formativo potrebbe essere agevolato attraverso tre modalità principali: la prima all'interno dell'organizzazione militare, le altre all'esterno, nelle tradizionali scuole di specializzazione civili. In dettaglio, un ruolo decisivo potrebbe essere svolto dall'accorpamento in un'unica scuola di sanità interforze di tutte le competenze in tema di formazione sanitaria specialistica e di base. La seconda appare piuttosto complicata dal punto di vista normativo e procedurale e consisterebbe nella creazione di posti aggiuntivi riservati ai medici militari nelle scuole di specializzazione e, soprattutto, nella complementare messa in opera di un percorso formativo parzialmente innovativo rispetto a quello tradizionalmente erogato. Si tratterebbe di introdurre discipline nuove, pensate per l'impegno nella straordinaria amministrazione, legate a una peculiare contestualizzazione (NB la cui valenza NON dovrà però essere esclusivamente militare). In alternativa, potrebbe essere prevista una ridefinizione in senso estensivo dei contenuti formativi socializzati nell'ambito di alcuni degli insegnamenti (possibilmente la maggior parte o la totalità di quelli aventi più dirette implicazioni operative). La terza modalità, relativamente più agevole da implementare, potrebbe invece consistere nella costituzione di corsi di perfezionamento, di primo e di secondo livello, a vocazione squisitamente operativa, anche in questo garantendo un accesso riservato ai medici militari, ma non limitando la destinazione dei contenuti formativi ai soli impegni strettamente militari, specialmente ai soli TT.OO. Occorre precisare che di questa apertura non beneficerebbero solo i civili, in quanto garantirebbe la necessaria flessibilità di risorse umane della Sanità Militare, così impiegabili in una gamma estesa di impieghi variamente straordinari. Chiaramente una simile riforma potrebbe suscitare reazioni negative nei professionisti civili, per la potenziale "concorrenza sleale" che si verrebbe a creare sul mercato del lavoro a seguito della riserva di posti garantita ai colleghi militari. Quest'ultima potrebbe quindi essere opportunamente condizionata, introducendo criteri selettivi ad hoc particolarmente stringenti o, comunque, andrebbero previsti correttivi volti non solo a riequilibrare la "competizione lavorativa", ma anche a non stimolare in alcun modo il fenomeno degli esodi. Per agevolare il conseguimento dello scopo fondamentale

dell'aggiornamento scientifico-professionale occorrerebbe contenere la conflittualità esterna e realizzare una autentica pianificazione delle attività volte a massimizzare le forme di apprendimento necessarie alle diverse professioni della sanità (sia militari sia civili). A questo riguardo, potrebbe essere opportuno percorrere la strada che porta alla costituzione di specifici Consorzi Formativi Misti (istituzionali civili e istituzionali militari), sulla falsariga di quanto accade in altri paesi occidentali. Tali organismi potrebbero, indirettamente, aumentare le possibilità di ingresso nelle Scuole di specializzazione civili, in virtù di percorsi formativi maggiormente consoni con le funzioni organizzative militari, e promuovere la costruzione di nuovi corsi post-laurea specificamente dedicati alla sanità emergenziale (e, quindi, anche militare). L'attività formativa consortile potrebbe anche coinvolgere il personale di ONG, CRI e altre organizzazioni operanti nel settore.

Tali consorzi potrebbero assolvere una funzione propositiva, organizzativa (della formazione professionale), ma anche eventualmente di produzione di alcuni specifici contenuti (ad esempio, la predisposizione di materiale didattico, *training booklets*, *toolkits*, e via dicendo). Chiaramente questo tipo di innovazioni del sistema formativo potrebbe richiedere tempi di decisione, organizzazione e implementazione quantomeno di medio termine. Per semplificare un processo di progressiva integrazione formativa dinamica, almeno in relazione ad alcuni aspetti e con riguardo ad alcuni casi specifici, potrebbe essere necessario pianificare la gestione del relativo periodo di transizione, sviluppando corsi di aggiornamento ad hoc e soprattutto sostenendo in ogni modo possibile il *training on the job*.

### **3. QUADRO DELLA SITUAZIONE NEI PRINCIPALI PAESI UE E NEGLI USA: LA SANITÀ MILITARE IN GENERALE E VERIFICA/DESCRIZIONE DI VERI E PROPRI MODELLI O DI SEMPLICI PROCESSI DI INTEGRAZIONE**

Il lavoro propedeutico alla stesura del capitolo si è sostanziato nella ricognizione e analisi bibliografica riguardante una letteratura che si è rivelata di carattere più specialistico (ovvero, composta in prevalenza da contributi degli addetti ai lavori) che scientifico (ovviamente soltanto per quel che attiene al punto di vista delle scienze socio-organizzative). Due dei principali casi esaminati per la costruzione del presente documento (quello tedesco e quello statunitense) saranno esplicitamente descritti in modo molto sintetico, in quanto sono stati meno rilevanti a livello di modello complessivo, ma hanno ispirati diverse indicazioni propositive. Non è stato invece previsto uno spazio descrittivo specifico del caso spagnolo, in quanto non sono stati riscontrati aspetti di particolare interesse, né di portata complessiva, né di dettaglio. Le forme modellistiche e gli aspetti in esse contenute a cui si è ritenuto opportuno dedicare uno spazio analitico maggiore, sono quelle francese da un lato e inglese dall'altro, esaminati sia in chiave endo-organizzativa sia con riguardo ai rapporti con i rispetti sistemi sanitari (istituzionali anch'essi, ma non militari). Il SSA francese presenta una caratterizzazione molto rilevante per quel che riguarda la propria centralità dell'organizzazione militare francese. Il MHS inglese si caratterizza per una particolarissima modalità di integrazione strutturale con il NHS.

#### **3.1. L'organizzazione della Sanità Militare in Francia (SSA): elementi utili alla costruzione del modello di integrazione SSM/SSN in Italia**

Il caso francese rappresenta una sorta di modello ideale se guardato dal punto di vista italiano. Nel caso del *Service de la Santé des Armées* la questione della dimensione interforze della funzione sanitaria militare non si pone nemmeno. Si tratta di un organismo che assolve sì una funzione al servizio delle Forze di terra, aria e mare, oltre che della Gendarmerie, ma lo fa in una condizione di autonomia e nell'ambito di una relazione assolutamente paritaria fondata sul pieno riconoscimento di una competenza essenziale per

lo strumento militare. Come si evince dalla rappresentazione di seguito riportata, il modello appare chiaramente delineato, altamente organizzato, tradizionale e nel contempo complesso (sotto il profilo della connotazione sistemica), in grado non soltanto di fronteggiare le sfide attuali, ma anche di predisporre all'analisi degli scenari futuri e all'azione nell'ambito di essi.

La considerazione del modello francese potrebbe essere ritenuta sostanzialmente inutile nello sviluppo di un modello italiano, per l'enorme distanza che li separa (e che sarà di certo incolmabile per molto tempo). D'altra parte, nella presente analisi si sta cercando non tanto di prospettare un modello riguardante per intero la Sanità militare italiana, quanto piuttosto di inquadrare e pianificare la gestione di una specifica relazione inter-organizzativa (in vero cruciale per l'intero SSM). Da questo punto di osservazione e con questi obiettivi, il modello di Sanità Militare francese può rappresentare un riferimento importante per definire in che modo "sfruttare" forme di cooperazione sinergica (prima fra tutte, ovviamente, quella con il SSN, ma non solo) per compensare l'oggettiva attuale impossibilità di dotarsi di un simile sistema autonomo di Sanità Militare che sia anche robusto e, nel contempo, complesso (ovvero, adattivo e volto all'apprendimento). Le funzioni da assolvere sono le stesse, le risorse interne sono molto differenti, occorre intraprendere percorsi alternativi, fondati non tanto su costosissime esternalizzazioni, quanto, piuttosto, su forme di proiezione esterna dell'organizzazione o di accoglienza interna, di cooperazione sinergica o di autentica integrazione.



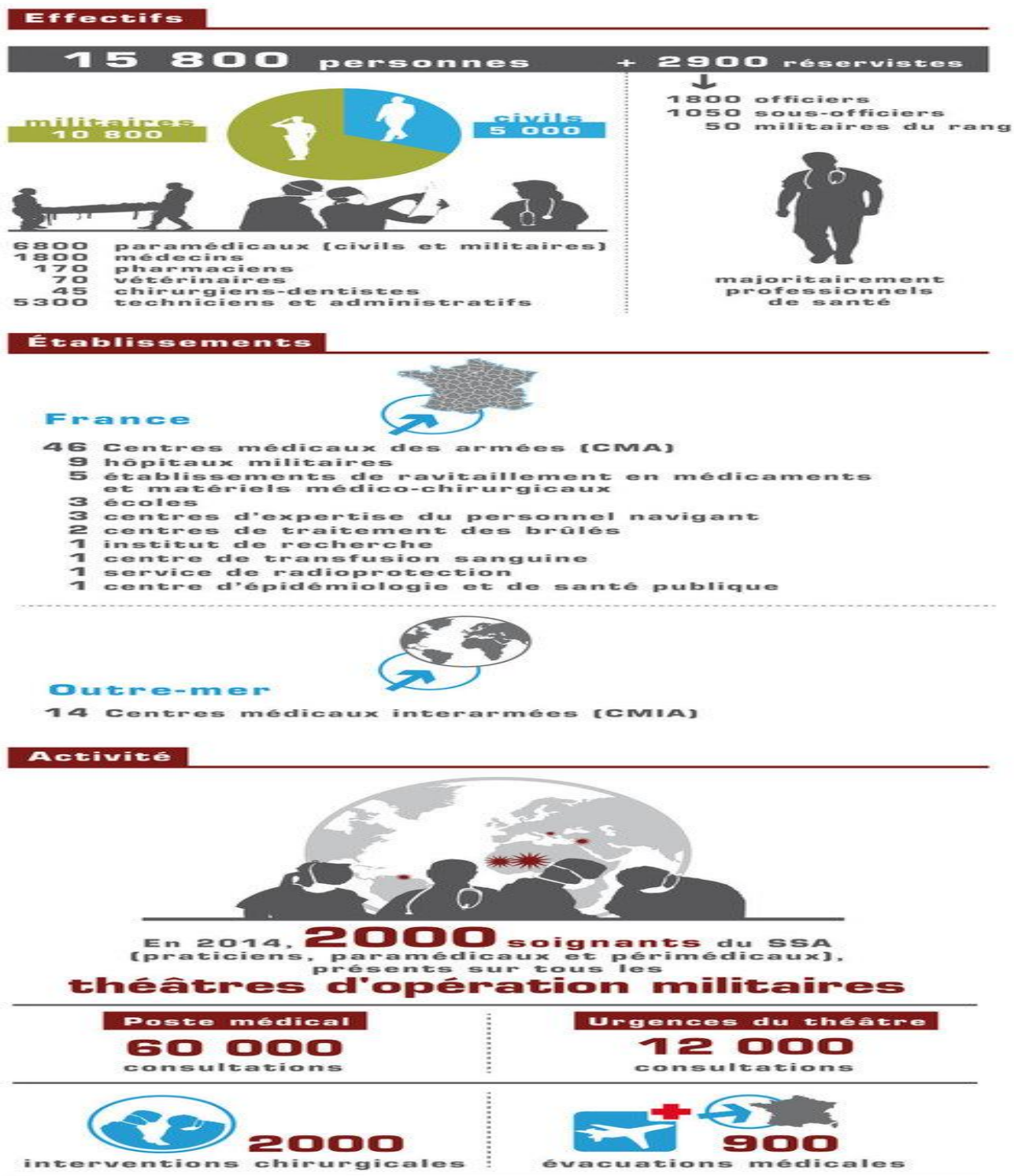
**Figura 1 – Organizzazione della Sanità Militare francese**



Fonte: Ministère de la Défense - Service de la Santé des Armées  
<http://www.defense.gouv.fr/var/dicod/storage/images/base-de-medias/images/sante/organisation-ssa/graphique-5-composantes-ssa/2425811-4-fre-FR/graphique-5-composantes-ssa.jpg>

Sono, però, soprattutto i numeri del SSA a impressionare e a mettere in luce le strutturali differenze rispetto al caso italiano. La figura che segue lo evidenzia chiaramente. Si tenga inoltre presente che il SSA dispone di un budget annuale di circa un miliardo e mezzo di euro. Gli ospedali militari francesi sono assolutamente aperti, pur riservando un accesso prioritario al personale e alle famiglie dei militari. I numeri in questo caso sono ancor più poderosi quanto a organico (sono circa 16mila gli effettivi, di cui il 20% medici). Il SSA (*Service de Santé des Armées*) si presenta come assolutamente eccezionale dal punto di vista delle risorse che lo finanziano (non solo per quantità, ma anche per qualità): il rimborso delle prestazioni ospedaliere incide, infatti, addirittura per una quota del 35%. Per quel che riguarda infine i cambiamenti in itinere, appare opportuno segnalare che nella sanità militare francese è in corso di realizzazione una radicale riorganizzazione, che tende ad abbandonare al servizio sanitario civile tutte le strutture ospedaliere per concentrarsi nelle attività sanitarie di aderenza. Si tratta di una vera e propria rivoluzione funzionale, per molti versi in linea con quanto accade in molti ambiti istituzionali contemporanei, in cui, dopo una lunga stagione postmoderna di integrazione, azione sinergica e via dicendo, si tende a reindirizzarsi verso la classica connotazione delle organizzazioni moderne, fortemente specializzate e chiaramente distinte da ogni altra sotto il profilo identitario, deontologico e operativo.

Figura 2 – Risorse umane, risorse strutturali e attività della Sanità Militare francese



données 2014 - © BCISSA/DCSSA

### 3.2. L'organizzazione della Sanità Militare (MH) nel Regno Unito: elementi utili alla costruzione del modello di integrazione SSM/SSN in Italia

Il modello inglese rappresenta un caso di autentica integrazione strutturale tra la Sanità delle Forze Armate e il Sistema Sanitario Nazionale di un paese. Questo vale in particolare a livello strutturale, ma non soltanto. Peraltro, la grande attenzione britannica alla collaborazione inter-organizzativa va chiaramente oltre la dimensione strettamente istituzionale, in quanto si estende anche a organizzazioni civili competenti nell'ambito di attività della Sanità Militare.

La specificità britannica appare legata soprattutto alla grandissima attenzione alla salute psicologica del proprio personale e alla dimensione post-traumatica.

La gamma dei servizi, tuttavia, non si limita solo a questi aspetti, tutt'altro, come si evince dalla seconda parte del testo sotto riportato all'interno di un box.

Quella che viene chiamata comunità militare e che viene considerata destinataria dei servizi della Sanità Militare è altrettanto estesa.

**Box 2 - Defence Medical Services – UK - <https://www.gov.uk/government/groups/defence-medical-services>**

The uniformed medical and dental personnel from all 3 services are known collectively as the Defence Medical Services. The Defence Medical Services (DMS) is headed by the Surgeon General (SG) and includes the Headquarters Surgeon General (HQ SG), Joint Medical Command (JMC), Defence Primary Healthcare (DPHC) and the three single service medical organisations. HQ SG includes the posts of SG and the Director Medical Policy and Operational Capability. HQ SG is part of Joint Forces Command. Medical, dental and related support services are provided to armed forces personnel by the Ministry of Defence (MOD), the NHS, charities and welfare organisations.

*Primary role of DMS*

The primary role of the DMS is to promote, protect and restore the health of service personnel to ensure that they are ready and medically fit to go where they are required in the UK and throughout the world, generally referred to as being 'fit for task'. The DMS encompass the entire medical, dental, nursing, allied health professionals, paramedical and support personnel. It is staffed by around 6,900 regular uniformed medical personnel and provides healthcare to 159,630 servicemen and women.

Personnel from all three services, Regulars and Reservists, work alongside civil servants and other supporting units providing healthcare to service personnel serving in the UK, abroad, those at sea, and in some circumstances family dependants of service personnel and entitled civilians. It also provides some aspects of healthcare to other countries' personnel overseas, in both permanent military bases and in areas of conflict.

The range of services provided by the DMS includes primary healthcare, dental care, secondary healthcare, rehabilitation, occupational medicine, community mental healthcare and specialist medical care. It also provides healthcare in a range of facilities, including Medical and Dental Centres, Regional Rehabilitation Units and in Field Hospitals as well as the RAF led Aeromedical Evacuation service.

The DMS has:

- . 6,900 regular DMS personnel
- . 15 Regional Rehabilitation Units (RRUs) across the UK and Germany
- . 4 Ministry of Defence Hospital Units (MDHU) embedded into NHS acute trusts
- . the Royal Centre for Defence Medicine (RCDM) in Birmingham
- . 16 military run Departments of Community Mental Health (DCMH) in the UK with 5 DCMHs at the major permanent overseas bases.

The NHS in England - Armed forces healthcare - Page last reviewed: 24/06/2015 - Next review due: 24/06/2017

<http://www.nhs.uk/NHSEngland/Militaryhealthcare/Pages/Militaryhealthcare.aspx>

Interessantissimo appare il concetto di Unità Ospedaliera in luogo di quello di Ospedale militare, per la valenza molto più flessibile (sotto il profilo strutturale e organizzativo), specializzata (demandando che va oltre la specificità militare alla sanità pubblica civile), integrata (anche e soprattutto sotto il profilo logistico, ma non solo), potenzialmente capillare e via dicendo.

### **Box 3 - Healthcare for the armed forces community**

Healthcare information and support for the UK's 10 million-strong armed forces community, including serving personnel, reservists, families and veterans.

#### **Serving**

Healthcare services and contacts for serving armed forces personnel.

*In-service healthcare - Hospital care - Rehabilitation - Mental health*

#### **Transition**

Services and advice for service personnel returning to duty or leaving the forces after wounding, injury or sickness.

*Defence recovery - Registering with NHS services*

#### **Veterans, families and reservists**

Information and support services for veterans, families and reservists.

*Veterans Families*

#### **Useful links**

##### **NHS Choices links**

- Stress, anxiety and depression
- Improve your mental health
- Mental health services
- Mental health helplines
- Physiotherapy
- Alcohol advice
- Young carers
- Pregnancy and baby

##### **MOD support and welfare**

- Veterans UK
- Army HIVES
- Army Families Federation
- British Army: mental health
- Army Recovery Capability
- Royal Navy welfare support
- Naval Families Federation
- RAF HIVE
- RAF Families Federation: mental health
- RAF Association
- Haig Housing
- Recovery Careers Services

##### **Further information**

- University Hospitals Birmingham
- Academic Centre for Defence
- Armed Forces covenant
- Children's Education Advisory Service

[The NHS in England](http://www.nhs.uk/NHSEngland/Militaryhealthcare/Pages/Militaryhealthcare.aspx) - Armed forces healthcare - Page last reviewed: 24/06/2015 - Next review due: 24/06/2017  
<http://www.nhs.uk/NHSEngland/Militaryhealthcare/Pages/Militaryhealthcare.aspx>

La caratterizzazione fortemente integrata con il NHS risulta chiaramente apprezzabile soltanto limitandosi a leggere l'elenco dei link presente on line (che corrispondono legami

reali di varia estensione e intensità). In questo caso si potrebbe dire che sia più il SSM ad andare verso il SSN. Nel caso tedesco e in quello francese si potrebbe affermare che tendenzialmente accada il contrario.

### **3.3. La sanità militare tedesca (ZS): una integrazione strutturale**

In Germania i dati di cinque anni fa (2010) documentavano una media di poco meno di 140 ricoveri giornalieri e un numero ancora più consistente di accessi in PS, gestiti da oltre 5.500 addetti, di cui oltre i 2/5 civili. Anche nel caso tedesco l'integrazione SSM/SSN risulta evidente, in special modo dal punto di vista funzionale, con un totale apertura per quel che riguarda l'utenza civile e standard operativi da struttura qualificabile come organica alla Sanità pubblica civile e non semplicemente accreditata (da quest'ultima e nell'ambito di essa). Si configura una relazione inter-organizzativa in cui è più la Sanità in generale a entrare in quella militare che non viceversa.

Tenuto conto della forte connotazione strutturale dell'integrazione tra i due sistemi sanitari tedeschi (quello istituzionale civile e quello istituzionale militare), parrebbe sostanzialmente impraticabile l'ipotesi di trarre ampiamente ispirazione modellistica da questo caso per quel che concerne l'analoga cooperazione in Italia. Tutto questo anche e soprattutto tenendo conto di un riordino orientato a un forte ridimensionamento quantitativo sia del personale sia, special modo, a livello di strutture. In questo caso forse l'organizzazione e l'integrazione tedesca potrebbe costituire semplicemente un esempio da tenere presente per l'eventuale percorso di accreditamento da intraprendere da parte della nostra Sanità Militare (seppur con dimensioni eventualmente ridottissime rispetto all'esperienza della Germania).

### **3.4. La sanità militare statunitense (MHS): esempi da seguire in relazione alle attività “terziarie” e “quaternarie”**

Nel caso del MHS valgono in un certo senso le considerazioni fatte in relazione al SSA. Si tratta di un modello difficilmente emulabile nella sua interezza, ma dal quale è possibile trarre spunti di riflessione e specifici elementi propositivi potenzialmente applicabili al nuovo

modello di sanità militare italiana, seppur con opportuni adattamenti, e con particolare riguardo ai processi integrativi SSM/SSN.

A livello tipologico, il modello di sanità militare statunitense si presenta come all'avanguardia sotto molti punti di vista. In particolare, questo accade in relazione a quei servizi e quelle attività che di solito si collocano nei settori economici terziario e quaternario (informazione, comunicazione, tecnologie, organizzazione, ricerca e formazione, ecc.).

Per quel che attiene alla questione dell'integrazione tra i due sistemi sanitari oggetto di analisi (istituzionale civile e istituzionale militare), occorre, peraltro, sottolineare che l'evidente differenza esistente tra il sistema sanitario italiano e quello statunitense, che va ad aggiungersi a quella altrettanto significativa riscontrabile tra i rispettivi sistemi sanitari militari, renderebbe sterile qualsivoglia tentativo di trarre ispirazione dall'uno per l'altro a livello modellistico complessivo.

### **3.5. Aspetti emersi dall'analisi comparata effettuata**

I casi dei sistemi ospedalieri militari statunitense, tedesco e francese<sup>10</sup>, così come l'approccio alla questione, assolutamente alternativo, che contraddistingue il sistema del Regno Unito rappresentano esempi degni di essere considerati con grande attenzione, per il tipo di operatività, la composizione organica (incidenza del personale militare rispetto a quello civile e numerosità complessiva) e, soprattutto, per le caratteristiche strutturali e il volume delle prestazioni. Ognuno di essi presenta una connotazione tipologicamente rilevante, ma in linea di massima è, soprattutto, uno ad aver contribuito all'elaborazione del modello ed alla sua qualificazione come in linea di principio fattibile.

La situazione all'insegna della *différence*, come si accennava in precedenza, in questo caso è quella inglese: nessun classico ospedale militare, ma "soltanto" unità ospedaliere collocate all'interno di ospedali civili e numerose organizzazioni di salute mentale e di riabilitazione distribuite a livello regionale. Nel caso italiano una relativa capillarità potrebbe essere ottenuta non tanto creando vere e proprie unità ospedaliere all'interno di strutture civili, quanto piuttosto garantendo la presenza di personale sanitario militare nell'ambito di esse,

---

<sup>10</sup> L'analisi ha riguardato anche in caso spagnolo. Tuttavia, non è stato sostanzialmente impiegato né nella costruzione del modello, né per l'individuazione di azioni specifiche coerenti con esso e quindi potenzialmente implementabili in caso di una sua adozione.

attribuendo loro compiti misti (sia civili sia militari).

Per chiudere questa sommaria analisi comparata finora incentrata, soprattutto, sulle caratteristiche strutturali dei sistemi, che rappresentano il contesto organizzativo di riferimento nel quale opera il personale, occorre sviluppare qualche breve considerazione proprio sulle risorse umane. Sotto questo profilo, occorre in primo luogo sottolineare l'eccellenza italiana, ovvero, una qualità media degli operatori civili e militari di primissimo livello, di per sé in grado di compensare buona parte dell'eventuale divario quantitativo e strutturale esistente. Di certo una connotazione relativamente deficitaria sotto il profilo strutturale può rappresentare per la sanità militare italiana un forte stimolo a sfruttare al massimo il potenziale sinergico dell'integrazione con la Sanità istituzionale civile del nostro Paese.

#### **4. Un modello fattibile di integrazione del personale militare medico ed esercente le professioni sanitarie nelle strutture sanitarie del SSN**

La prospettiva dell'integrazione SSM/SSN non è soltanto di carattere sistemico ed istituzionale. Con specifico riguardo alla componente del personale sanitario militare nell'ambito del SSN. Essa, infatti, coinvolge varie dimensioni, tra cui le principali sono l'integrazione tra *funzioni* (eventualmente trasversali rispetto a differenti ruoli sociali), l'integrazione nelle *fasi* decisionali, implementative e valutative delle politiche sanitarie e l'integrazione tra *ruoli* professionali. Peraltro, la realizzazione di simili processi integratici, potrebbe generarne altri, estesi all'esterno della sfera istituzionale, potenzialmente a tal punto da diventare parte di un modello innovativo ancora più ampio e complesso (ad esempio, le attività strutturalmente o convenzionalmente integrate tra enti militari con personale SSM e SSN, potrebbe prevedere il coinvolgimento di altre organizzazioni istituzionali e civili).

##### **4.1. Verso una prospettiva temporale complessa**

L'adozione di un'ottica complessa sembrerebbe delineare una possibile modalità di sviluppo per il SSM. La prospettiva adottata per la considerazione e la gestione della condizione militare a livello internazionale (con riguardo ad esempio ai casi inglese, tedesco e francese) sembra, infatti, assumere una *diversa connotazione temporale*, nella quale rispetto alla dimensione *ex-ante* vanno acquisendo un rilievo crescente quella *in itinere* e soprattutto quella *ex-post*. È il caso dei servizi *post-military*, ma lo è anche quello dei servizi *post-traumatici*, con specifico riguardo al ritorno da missioni di guerra o da missioni internazionali altrimenti classificate, ma comunque ad altissimo livello di insicurezza sociale (derivante da conflittualità, minacce e rischi da fronteggiare praticamente senza soluzione di continuità). Peraltro, a questo proposito, occorre precisare che le esigenze di gestione di casi critici non si esauriscono in alcun modo nel solo breve periodo, essendo invece da mettere in conto



situazioni che non possono prescindere da una lunga degenza in strutture dedicate. I sistemi sanitari dei paesi con i quali siamo soliti confrontarci (Francia, Germania, Regno Unito, e USA) stanno orientando sempre più il proprio interesse e la propria operatività in questa direzione. In Italia non si può dire altrettanto. Peraltro, essa appare invero piuttosto limitativa, ma di certo l'attenzione sulla questione è in crescita e anche il modello italiano di integrazione con il SSN dovrà necessariamente tenerne conto.

Simili considerazioni e campi di applicazione testimoniano comunque in modo evidente l'esigenza di modificare radicalmente l'approccio analitico, organizzativo e operativo, ovvero non confinandolo entro le classiche schematizzazioni funzionali legate, soprattutto, alla suddivisione in Forze Armate, ma garantendogli invece possibilità di definizione, sviluppo e attuazione che seguano direttrici alternative, che potranno, tra l'altro, portare a specifici *interventi categoriali* trasversali alle singole Forze Armate.

Con riguardo alle linee di sviluppo del SSM di là da venire va, inoltre, sottolineato che se è vero che dai modelli altrui è possibile trarre indicazioni molto significative, lo è altrettanto che una simile modalità di apprendimento potrebbe opportunamente svilupparsi nella direzione opposta. Infatti, il caso italiano più di altri sembrerebbe potersi distinguere positivamente in futuro quanto a capacità di utilizzare un approccio complesso alla condizione militare. In esso, oltre che nel *post* (in termini di condizione psicologica che fa seguito a esperienze estreme) che potrebbe attendere alcuni militari (anche grazie ai contributi conoscitivi offerti dalle esperienze di Forze Armate altre) nel Libro Bianco divulgato pochi mesi or sono si tiene infatti conto anche e soprattutto della dimensione *ex-ante*, ponendo una grande attenzione alla prevenzione e, *in itinere*, enfatizzando molto l'etica della responsabilizzazione con riguardo alla sicurezza sul lavoro.

I cambiamenti già prospettati e i numerosissimi altri che attendono il SSM dovranno essere adeguatamente "partecipati", così come vuole la prassi politicamente corretta contemporanea. Valenza di portata complessiva e specificità delle proposte dovrebbero agevolare la comunicazione e la comprensione del mutamento organizzativo che si potrebbe realizzare. Al di là dell'opportunità di estendere e vincolare a molti soggetti il processo decisionale. Per cambiare lo status quo un certo livello di condivisione dell'informazione potrebbe determinare esiti più favorevoli di quelli che potrebbero scaturire da un ampliamento della partecipazione in senso stretto. Le riforme militari degli anni Novanta, ma anche quelle realizzate più di recente nella Difesa italiana rappresentano precedenti piuttosto chiari dal

punto di vista tipologico, che potrebbero stimolare scelte altrettanto nettamente orientate nella medesima direzione. Tuttavia, la società e i cittadini italiani sono molto cambiati negli ultimi anni dal punto di vista di una partecipazione sociale e politica andatasi sviluppando sempre più in senso civico, piuttosto che restare ancorata alle tradizionali forme di mediazione massificata di tipo partitico-sindacali. Occorrerà quindi tenerne debitamente conto nei processi informativi, decisionali e operativi.

#### **4.2. Una nuova concezione della condizione militare (non solo sanitaria)**

In passato si era forse assistito a una organizzazione che non teneva pienamente in considerazione la strettissima correlazione esistente tra salute e capacità operativa del personale. Tale aspetto può dirsi superato sotto il profilo progettuale in base a quanto sancito nella sezione del Libro Bianco per la Sicurezza Internazionale e per la Difesa intitolata proprio “Salute e sicurezza sul lavoro” (Ministero della Difesa, *Libro Bianco per la Sicurezza Internazionale e la Difesa. La nostra Difesa*, 2015, p. 54) e articolata in due punti (237 e 238). Nel primo di essi si afferma che “Per l’organizzazione della Difesa, che opera normalmente con margini di rischio professionale superiori a quelli di altre attività, la salute del personale e la sicurezza sul lavoro sono temi di assoluta e prioritaria importanza, ferma restando la specificità della condizione militare in addestramento e in operazioni. Garantire condizioni d’impiego che prevenivano possibili rischi per il personale e riducano, per quanto possibile, le conseguenze per la salute che potrebbero derivare dall’operare in ambienti difficili e complessi, è un dovere morale verso chi svolge un servizio pubblico per la collettività, prima ancora che doveroso rispetto delle normative esistenti. Ugualmente indispensabile è assicurare che la cittadinanza abbia piena conoscenza delle norme con le quali la Difesa opera e degli eventuali impatti sul territorio di tali attività”. Viene così sancito a chiare lettere il principio del diritto alla sicurezza degli addetti a garantire tale funzione, che rappresentano, così, non solo figure professionali coinvolte nell’implementazione, ma anche destinatari delle politiche di sicurezza sociale. Il punto 237 sembra dare voce in prevalenza alla visuale del lavoratore, insiste molto sui doveri di istituzioni e cittadini verso gli operatori della Difesa e sulla esigenza di essere trasparenti (nel tentativo di diffondere una maggiore consapevolezza sia degli effetti immediati e locali sia della correttezza normativo-procedurale e del senso

strategico delle attività addestrative e operative svolte dalle Forze Armate). Il richiamo alla specificità della condizione militare non va interpretato come semplice residuo di un orientamento culturale e istituzionale che parrebbe in larga misura in via di superamento (seppur in modo incrementale anziché dirompente ed improvviso). Al contrario, si può piuttosto parlare della progressiva affermazione di *un nuovo modo di intendere la condizione militare* più al passo coi tempi e, in ultima analisi, più corretto, con una relativa normalizzazione rispetto ad altri ambiti lavorativi pubblici e privati. Non si chiede più al militare la messa in campo della massima disponibilità e impegno a prescindere dal reale stato personale del momento e dalle caratteristiche del contesto formativo e operativo. È chiaro che le attività in condizioni di urgenza e che non concedono soluzioni di continuità nel brevissimo o nel breve periodo continueranno a impedire l'immediata risoluzione del problema individuale (sia con riguardo alla prontezza del soccorso sia in relazione all'allontanamento dal contesto nel quale si è palesato un significativo problema in uno o più membri dell'unità operativa). È il caso, degli interventi che le circostanze non consentono di chiudere in modo rapido e nei quali risulta molto difficile, se non impossibile, sollevare momentaneamente qualcuno dall'incarico (avendo la possibilità di sostituire l'addetto) od anche soltanto assegnare mansioni più agevoli da svolgere al militare fisicamente (e/o psicologicamente in difficoltà). A parte queste significative eccezioni, la regola emergente è quella di un lavoratore professionale impegnato in attività estreme, ma per il quale, proprio per questo, è necessario ampliare la gamma delle garanzie, rendendola più, od almeno altrettanto, estesa rispetto a quella assicurata a chi svolge attività non qualificabili né come estreme né come professionali.

Nel secondo punto riguardante la Sanità Militare (il 238) viene invece precisato che: "In tale ottica, saranno rafforzate le attività di prevenzione dei rischi, di formazione e d'informazione dei cittadini e del personale, agendo lungo alcune direttrici principali d'azione, in piena intesa con gli organismi di prevenzione e controllo sia a livello locale sia nazionale". Le prospettive delineate sembrano qualificabili come espressione di un approccio sistemico piuttosto chiaramente caratterizzato in chiave di apertura (ai cittadini, alle organizzazioni extra-militari competenti, ma soprattutto attraverso l'evidentissimo riferimento alla trasparenza) e di complessità (come evidenziato dagli intenti formativi interni e di sostegno alla competenza dell'opinione pubblica, sotto il profilo temporale, dal duplice riferimento alle esigenze preventive e, per quel che riguarda la dimensione spaziale, dalla considerazione non solo del

livello nazionale ma anche di quello locale). Le linee attuative vengono così dettagliate. Con riguardo alla dimensione informativa si evidenzia che: “In primo luogo, il Ministero proseguirà nell’opera di raccolta, analisi, valutazione e diffusione di tutti i dati statistici relativi a morbosità e mortalità del personale civile e militare della Difesa, cooperando attivamente alla ricerca delle cause di insorgenza di alcune patologie, nel rispetto del necessario rigore metodologico e scientifico”. Le precisazioni rimandano a significati molto più ampi, ovvero, alla costruzione scientifica delle informazioni, mettendo in campo il rigore analitico-metodologico necessario per non limitarsi alla mera descrizione dei problemi, dedicandosi anche alla spiegazione e, soprattutto, allo *studio preventivo degli scenari sanitari*. A tal scopo diventa ancor più rilevante il ruolo del Centro Studi e Ricerche di Sanità e Veterinaria, da rafforzare quanto più possibile in corrispondenza dei tradizionali e nuovi compiti attribuitigli (direttamente riguardanti la ricerca), ma anche con riguardo alle esigenze di *comunicazione della ricerca scientifica* e, più in generale, di *gestione e produzione di contenuti*, come nel caso della predisposizione di pieghevoli, siti bacheca<sup>11</sup>, spazi web interattivi o altri tipo di materiale in cui inserire contenuti volti a descrivere i servizi svolti e quelli disponibili, i comportamenti da adottare in chiave preventiva e di gestione dei problemi ormai insorti, sia che siano di carattere strutturale sia che abbiano una connotazione emergenziale, e via dicendo). Chiaramente tutte queste attività, anche nel caso riguardino solo il personale militare, andranno adeguatamente coordinate con organismi quali l’Istituto Superiore di Sanità e dovranno essere coerenti con le indicazioni dell’OMS. Tale caratterizzazione, infatti, conferirebbe autorevolezza alla documentazione prodotta, in virtù della propria trasparenza, parziale terzietà, valenza anche extra-organizzativa e così via. Anche in questo caso si potrebbero cogliere i benefici effetti di una azione inter-organizzativa sinergica e compiere un passo fondamentale (per la valenza sostanziale e simbolica che lo contraddistingue) verso la costruzione del più volte evocato sistema complesso della sicurezza sanitaria (quale componente, o sotto-sistema, del più generale sistema complesso della sicurezza sociale).

A questo proposito, peraltro, va sottolineata la necessità di selezionare e formare in modo specifico il personale deputato all’assolvimento di questa funzione.

Per quel che attiene al secondo aspetto propositivo citato nel punto 238 del Libro Bianco, viene specificamente descritto in questi termini: “Sarà, inoltre, potenziata la rete di rilevazione

---

<sup>11</sup> Come si può abbastanza chiaramente comprendere dall’aggettivo utilizzato, si tratta di spazi web assolutamente non interattivi, come nel caso di una vera e propria bacheca, chiusa da un vetro e nella quale può inserire contenuti solo una parte, mentre l’altra può prenderne visione.

e monitoraggio degli elementi chimici e radiologici potenzialmente generabili dalle attività della Difesa in alcuni specifici siti e creata una banca dati centralizzata fruibile anche dagli organi di controllo”. Vengono così, accentuati in modo evidente, gli aspetti della trasparenza e della scientificità, soprattutto, in relazione ai contesti che sembrerebbero potenzialmente ad elevato rischio sanitario, ma senza tralasciare una attenzione informativa, formativa e preventiva in tutti gli altri ambiti lavorativi (interni ed esterni all’organizzazione militare). Da notare la sottolineatura delle modalità di assolvimento della funzione, ovvero, non solo in termini di “semplice” rilevazione, ma anche e soprattutto di analisi continua. Monitorare la situazione significa mettersi in condizione di cogliere i cambiamenti realizzando, non tanto l’illusorio controllo della situazione (inevitabile se ci si affida a valutazioni uniche o troppo diradate nel tempo), bensì un autentico sistema di valutazione complesso e, in ultima analisi, realmente scientifico. La terza direttrice, infatti, viene così prospettata: “Saranno progressivamente incrementati e capillarmente resi disponibili al personale ed ai dirigenti responsabili, specifici corsi di formazione, aggiornamento ed informazione in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, d’igiene degli alimenti, di tutela ambientale e tecnico-specialistica per la sicurezza degli impianti e delle attrezzature”. Infine, le procedure relative alla salute e alla sicurezza sul lavoro, da mettere in opera, si fonderanno sulla messa in pratica di un processo di piena responsabilizzazione dei datori di lavoro ed indirettamente, su tutti i lavoratori “Sarà, infine, richiesto ai datori di lavoro di porre in essere una serie di azioni positive finalizzate ad assicurare che il valore della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro nelle sedi stanziali sia, in concreto, assimilato dai lavoratori al fine di farlo proprio, in maniera efficace, nell’ordinaria prassi lavorativa”. Tenuto conto dell’implicita ambizione a diffondere una solida cultura della sicurezza sul lavoro tra il personale della Difesa, la modalità da adottare dovrebbe essere costituita innanzitutto dall’introduzione o dal rafforzamento di insegnamenti dedicati, nel corso della formazione presso le Accademie e le Scuole (preferibilmente inquadrati nell’ambito nei corsi universitari per ufficiali e sottufficiali), organizzandoli in modo tale da non trascurare né la parte applicativa né quella relativa al senso socio-culturale del tema.

#### **4.3. Osservazioni su realtà e prospettive della normativa e sul senso complessivo del modello di integrazione**

Attorno allo sviluppo di una autentica integrazione tra SSM e SSN, con particolare riguardo alla componente del personale, finirebbe col ruotare una trasformazione radicale della Sanità Militare complessivamente considerata, se non altro, perché l'integrazione esterna ne implicherebbe comunque anche una interna (a premessa della prima, concomitante o come conseguenza della prima). Inoltre, tale relazione inter-organizzativa molto probabilmente diventerebbe centrale non solo per la Sanità Militare, ma anche (e, forse, soprattutto) per la sicurezza sanitaria nel nostro Paese.

L'integrazione sarebbe la fine di un processo di mutamento tanto rilevante quanto necessario, ma potrebbe dare il "la" anche a molti altri cambiamenti, che, qualora si avesse la reale intenzione di realizzarli tutti, richiederebbero di essere inquadrati nell'ambito di una vera e propria riforma.

Il modello sanitario militare di là da venire dovrà definire con chiarezza "quali debbano essere i compiti minimi istituzionali della Sanità Militare e quali i compiti sociali nell'integrazione con il Servizio Sanitario Nazionale, riuscendo contestualmente a recuperare quei principi di etica e solidarietà che sembrano oggi mancare" (GDL, 2011, p. 7). Ogni scelta di carattere complessivo potrà generare cambiamenti anche nella Sanità Militare. Soprattutto, sarà necessario un approccio autenticamente modellistico e complessivo e non banalmente efficientistico ed economicistico (spesso in chiave "semplicemente" riduzionistica). Dovranno, in tal senso, essere adeguatamente coniugate le risorse alle finalità organizzative. Inoltre, queste ultime dovranno presentare comunque una significatività principalmente in termini di salvaguardia della salute del militare e, coerentemente con una accezione estensiva più aderente all'epoca contemporanea, di sicurezza sociale. Tale considerazione appare, peraltro, coerente, seppur in chiave di ulteriore ampliamento, rispetto a quella relativa a una non del tutto adeguata significatività attribuita al "contributo sempre fornito dalla Sanità Militare alla sicurezza, intesa come *security*, data ai contingenti operanti fuori area attraverso l'assistenza sanitaria assicurata anche alle popolazioni locali che si riverbera positivamente anche nella promozione di immagine delle FF.AA." (GDL, 2011, pp. 8-9).

Come accade in ogni sistema complesso, anche in quello sanitario italiano (a cui concorrono, in modo differente, i due soggetti al centro della relazione oggetto della presente analisi), è inevitabile riscontrare qualche elemento apparentemente ridonante o comunque non rigidamente ispirato alla logica della divisione sociale del lavoro. Non si tratta

necessariamente di un difetto strutturale da accettare. Infatti, esso può costituire anche un elemento di forza, in termini di capacità di adattamento ad evenienze non del tutto prevedibili, mediante risorse effettivamente disponibili in modo tempestivo laddove sorge il problema e del tutto idonee (grazie a consolidati processi di diffusione capillare dei soggetti professionali detentori delle competenze necessarie, ovvero, al proprio essere simili gli uni rispetto agli altri) all'assolvimento di un compito altamente specializzato (in questo caso di carattere sanitario). La funzione della Sanità militare va quindi intesa essenzialmente come integrativa delle funzioni di competenza istituzionale civile. Infatti, così come definito dal Decreto Interministeriale 31/10/2000, il SSN si avvale delle strutture e del personale del SSM "in luogo delle prestazioni del medico di base e delle strutture ambulatoriali od ospedaliere civili per esigenze legate alla medicina preventiva d'istituto (vaccinazioni e visite periodiche nonché valutazione dello stato di salute ai fini del mantenimento del posto di lavoro), per quelle di medicina di base di 1° e 2° livello e per attività di primo intervento, di diagnostica ambulatoriale e di ricovero e cura (Policlinico Celio di Roma e Centro Ospedaliero Militare di Taranto)" (SMD, 2015, p. 8). Non basta. Occorre anche ricordare la funzione civile assolta dai DMML a favore di tutto il personale pubblico, in termini di visite medico-legali e di pensionistica privilegiata, e quella che impegna i medici militari in qualità di medici competenti. "Infatti, le attività di medicina del lavoro, discendenti dal disposto normativo del D.Lgs. 81/08, sono essenziali ai fini della sorveglianza e sicurezza nei luoghi di lavoro. Pertanto, l'attività svolta dai medici militari, sgrava la sanità pubblica dal dover supportare tali esigenze e consente di ottenere un notevole risparmio in termini di convenzioni/consulenze esterne che sarebbero altresì da porre in essere al fine di assicurare le precipue attività" (SMD, 2015, p. 8). Si tratta di pratiche sostanziali da tenere in debito conto (letteralmente, come qualcosa che una parte deve all'altra) nella valutazione dei contributi che un sistema sanitario offre in chiave sussidiaria (ma spesso, in buona sostanza, sostitutiva) in quelle attività che per destinazione dovrebbero essere essenzialmente di competenza dell'altro sistema.

A questo riguardo, un aspetto appare concettualmente e operativamente fondamentale nel modello di integrazione proposto e riguarda la definizione di ciò che è interno e ciò che è esterno alla Sanità Militare italiana e la corretta considerazione delle eventuali internalizzazioni e delle attuali esternalizzazioni delle prestazioni (ormai non più differibile, volendo agire per contenere o addirittura eliminare il disagio dell'utenza e degli addetti ai

lavori di fronte alla progressiva perdita di capacità operativa infrastrutturali e professionali legata ai recenti “tagli” amministrativi). In tema di internalizzazione, tra le possibili innovazioni della Sanità Militare potrebbero essere annoverate anche una serie di attività in convenzione con il SSN da svolgere, sempre in chiave sussidiaria, presso le strutture militari<sup>12</sup>.

A questo riguardo, dal punto di vista dell’organizzazione e dell’utenza civile, spazi, tempi e funzioni di servizio in cui il SSM potrebbe garantire un importante supporto non mancano di certo. Ad esempio, sotto il profilo del tempo, non solo i servizi di emergenza, ma anche quelli ambulatoriali (come quelli della medicina di base e della pediatria di base, v. Decreto Balduzzi) tendono ad andare nella direzione della copertura 24/7. Da un lato, quindi, si aprono importanti opportunità, dall’altro lato, si profilano anche significative complicazioni, perché potrebbe essere quantomeno complicato chiedere di integrarsi senza estendere al massimo (possibile) l’orario di servizio<sup>13</sup>. Nell’ipotesi minimalista questo dovrebbe accadere per il pronto soccorso, per gli interventi e l’assistenza post-operatoria in regime di *day hospital*, per le terapie che richiedono lunghi tempi di pratica, come quelle dialitiche, per gli stessi servizi diagnostici (specialmente se legati all’impiego di strumentazioni “preziose”).

Nello sviluppo del ragionamento, appare peraltro necessario ribadire che approcci di riorganizzazione ispirati da una logica banalmente riduzionistica, complicata, anziché complessa, mancano del tutto di una prospettiva di medio-lungo periodo e non tengono adeguatamente conto degli enormi costi che si renderebbe necessario sostenere nel caso di un futuro ripristino, sia infrastrutturale sia professionale.

Nella rappresentazione tabellare che segue vengono esaminati aspetti organizzativi, relativi ai contenuti, obiettivi e strategie, soggetti e relazioni sociali ecc., proponendo una comparazione tra il modello complesso (organico, che è quello qui proposto) e la cooperazione limitata, meccanica, tipicamente moderna, fondata più sulla specializzazione che sulla collaborazione.

IL MODELLO COMPLESSO DELLA COOPERAZIONE TRA SISTEMA SANITARIO MILITARE E SISTEMA SANITARIO NAZIONALE - ANNO 2015 – 1		
<b>ASPETTI DELLA COOPERAZIONE</b>	<b>COOPERAZIONE LIMITATA/MECCANICA</b>	<b>MODELLO COMPLESSO/ORGANICO</b>
CONCEZIONE ORGANIZZATIVA	PREVALENTEMENTE AD HOC, SOLO IN PARTE STRUTTURATA	SISTEMA SANITARIO COMPLESSO

<sup>12</sup> Chiaramente nell’ambito del modello integrativo potrebbero essere contemplate anche attività del personale civile presso le strutture militari.

<sup>13</sup> Il ragionamento sull’orario di servizio viene qui sviluppato con riguardo all’eventuale accesso di civili presso le strutture sanitarie militari. In realtà la questione potrebbe riguardare anche, in linea teorica, possibili Unità Ospedaliere Militari distaccate presso strutture civili o, in chiave estensiva, le attività svolte (coerentemente con l’obiettivo della formazione pratica continua) dal personale sanitario militare presso le strutture civili e rivolte a cittadini non militari.



CONCEZIONE PROFESSIONALE	SALVAGUARDIA SPECIFICITA' MILITARE	SALVAGUARDIA SPECIFICITA' MILITARE
CONCEZIONE DEI DESTINATARI DELLE POLITICHE SANITARIE	IMMEDIATA/SITUAZIONALE	PREVENZIONE/ON THE JOB/POST
SCOPO STRATEGICO	COOPERAZIONE	INTEGRAZIONE
TIPO DI "GIOCO"	GIOCO A SOMMA ZERO	GIOCO A SOMMA POSITIVA
OBIETTIVI SPECIFICI	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ INTERAZIONE SOCIALE FORMALE</li> <li>✓ RELAZIONE SOCIALE STRUMENTALE</li> <li>✓ MANTENIMENTO DI UNA IDENTITÀ DISTINTA E SEPARATA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ POOLING (COORDINAMENTO SINERGICO DEGLI SFORZI)</li> <li>✓ SHARING (CONDIVISIONE RISORSE UMANE E MATERIALI)</li> <li>✓ DECISION MAKING (OTTIMALE PIANIFICAZIONE DELLE PRIORITÀ)</li> <li>✓ ADHOCRACY (SPECIFICHE AZIONI UNITARIE)</li> <li>✓ AUDIT (ORGANISMI E PROCEDURE DI VALUTAZIONE)</li> <li>✓ FORMAZIONE PRATICA CONTINUA (ATTIVITÀ OSPEDALIERA)</li> <li>✓ RICERCA DEDICATA A TEMI STRATEGICI QUALI LA SICUREZZA SUL LAVORO E LE MEDICAL LESSONS LEARNED (SOPRATTUTTO CON RIGUARDO ALL'HYBRID WARFARE)</li> </ul>
NUMERO DI ELEMENTI COINVOLTI*	MOLTO VARIABILE NELLA STRAORDINARIA AMMINISTRAZIONE  NON MOLTI NELL'ORDINARIA AMMINISTRAZIONE	MOLTO VARIABILE NELLA STRAORDINARIA AMMINISTRAZIONE  MOLTI NELL'ORDINARIA AMMINISTRAZIONE
TIPO DI ELEMENTI COINVOLTI*	LIMITATAMENTE COMPLESSI	ALTAMENTE COMPLESSI
RELAZIONI TRA GLI ELEMENTI*	LOGICA DEL COMPROMESSO	INTEGRAZIONE COMPLESSA
PREVEDIBILITÀ DEL COMPORTEMENTO*	ALTA	ALTA (A REGIME)
CREATIVITÀ, INNOVAZIONE E ADATTABILITÀ	MEDIO-ALTA NELLA STRAORDINARIA AMMINISTRAZIONE  MEDIO-BASSA NELL'ORDINARIA AMMINISTRAZIONE	ALTA NELLA STRAORDINARIA AMMINISTRAZIONE  MEDIO-ALTA NELL'ORDINARIA AMMINISTRAZIONE
CONTROLLABILITÀ DEL SISTEMA*	MEDIO-BASSA NELLA STRAORDINARIA AMMINISTRAZIONE  MEDIO-ALTA NELL'ORDINARIA AMMINISTRAZIONE	MEDIA NELLA STRAORDINARIA AMMINISTRAZIONE  ALTA NELL'ORDINARIA AMMINISTRAZIONE
RUOLI DIFFUSI/RUOLI SPECIALIZZATI	ESCLUSIVAMENTE SPECIALIZZATI	SIA SPECIALIZZATI SIA DIFFUSI
ROBUSTEZZA DEGLI ELEMENTI*	DI MEDIO LIVELLO	TENDENZIALMENTE ELEVATA

<b>IL MODELLO COMPLESSO DELLA COOPERAZIONE TRA SISTEMA SANITARIO MILITARE E SISTEMA SANITARIO NAZIONALE - ANNO 2015 - 2</b>		
PROSPETTIVA TEMPORALE	BREVETERMINISTICA	MULTITEMPORALE
UTILIZZO RISORSE	STRUTTURALMENTE LIMITATA	✓ INTEGRAZIONE STRUTTURALE +

<i>STRUTTURALI</i>	(CONVENZIONI NON MOLTO SVILUPPATE) + AD HOC/MODULARE LIMITATA (ORGANIZZAZIONI DISTINTE E SEPARATE)	✓ INTEGRAZIONE ✓ AD HOC/MODULARE
<i>UTILIZZO RISORSE UMANE</i>	STRUTTURALMENTE LIMITATA (CONVENZIONI NON MOLTO SVILUPPATE) + AD HOC/MODULARE LIMITATA (ORGANIZZAZIONI DISTINTE E SEPARATE)	✓ INTEGRAZIONE STRUTTURALE + ✓ INTEGRAZIONE ✓ AD HOC/MODULARE
<i>TIPO CONVENZIONI</i>	TEMPORANEE/PARZIALI/AD HOC	ORGANICHE E AD HOC
<i>OBIETTIVI FORMATIVI</i>	INTRA-ORGANIZZATIVI	INTRA-ORGANIZZATIVI E INTERORGANIZZATIVI
<i>MODALITÀ FORMATIVE</i>	✓ CORSI CON LEZIONI FRONTALI TEORICO/PRATICHE (PREVALENTEMENTE SEPARATI)  ✓ TRAINING ON THE JOB (PREVALENTEMENTE SEPARATO)  ✓ E-LEARNING (PREVALENTEMENTE SEPARATO)	✓ CORSI CON LEZIONI FRONTALI TEORICO/PRATICHE (PREVALENTEMENTE INTEGRATE)  ✓ TRAINING ON THE JOB (PREVALENTEMENTE INTEGRATO)  ✓ E-LEARNING (PREVALENTEMENTE INTEGRATO, sulla falsariga del Joint Knowledge Online – JKO, Military Health System – USA)
<i>RICONOSCIMENTI FORMATIVI INTEGRATI SSM/SSN</i>	NON PREVISTI	✓ CFU ✓ ECM ✓ PERFEZIONAMENTO UNIVERSITARIO ✓ SPECIALIZZAZIONE UNIVERSITARIA
<i>DOCUMENTAZIONE</i>	PROGETTATA, PRODOTTA E DESTINATA ESSENZIALMENTE A LIVELLO INTRA- ORGANIZZATIVO  LIMITATA CONDIVISIONE DI QUELLA INTRA-ORGANIZZATIVA  LIMITATA DEMATERIALIZZAZIONE	PROGETTATA, PRODOTTA E DESTINATA PREVALENTEMENTE A LIVELLO INTER- ORGANIZZATIVO  TENDENZIALE CONDIVISIONE DI QUELLA INTRA-ORGANIZZATIVA  FORTE ORIENTAMENTO ALLA DEMATERIALIZZAZIONE
<i>PRESTAZIONI SANITARIE</i>	PREVALENTEMENTE SITUAZIONALI ECCEZIONALMENTE DIFFERITE NELLO SPAZIO E NEL TEMPO  NB con impegno nettamente prevalente nei contesti intra-organizzativi	✓ A DISTANZA NEL TEMPO (PREVENTIVE) ✓ IN PRESENZA ✓ A DISTANZA NELLO SPAZIO (TELEMEDICINA)  ➤ STRUTTURALI ➤ EMERGENZIALI  NB con un impegno del personale sanitario da porre in essere nelle strutture interne di uno dei due sistemi integrati o all'esterno di esse (in un luogo terzo)

\* Aspetti caratterizzanti tratti dalla comparazione tra sistemi complicati e sistemi complessi proposta da Gandolfi (1999, p. 90).

## **5. Impatto del modello in termini di status giuridico e sociale del personale militare, eventuali costi e benefici socio-economici per la Difesa e procedure di implementazione**

### **5.1. Impatto del modello in termini di status del personale militare**

L'integrazione tra SSM e SSN è strategica per l'organizzazione, ma può esserlo anche per ciascuna delle risorse umane della Sanità Militare italiana. Ne migliora, infatti, lo status sociale, in termini di riconoscimento e prestigio sociale. Rende più visibile e utile l'impegno profuso, dandogli un senso più immediato e anche civile (ovvero, non riferito in modo esclusivo o quasi al contesto militare, così come accade tendenzialmente nelle rappresentazioni collettive condivise dai cittadini).

Il modello non sembrerebbe impattare sullo status giuridico del personale militare. Ne amplia semplicemente la gamma delle situazioni di impiego. Gli conferisce un ruolo di maggior rilievo sanitario complessivo e militare in particolare. Gli garantisce migliori prospettive professionali all'interno dell'organizzazione militare. Lo rende un protagonista assoluto della sicurezza sociale. Chiaramente ci saranno però numerose e importanti implicazioni regolamentari.

A questo proposito, come già accennato in precedenza, al di là di possibili ampliamenti formali dell'accessibilità alle strutture ospedaliere militari da parte di civili del tutto estranei all'organizzazione militare (anche a livello di legami familiari con le sue risorse umane), la cooperazione tra SSM e SSN, per il personale della Sanità Militare può sostanziarsi innanzitutto con la prestazione di parte della propria attività di servizio presso strutture del SSN (con accordi preliminari sui criteri di fattibilità e sulle modalità di implementazione da stipulare tra il Ministro della difesa e il Ministro della salute o tra gli uffici dei rispettivi Ministeri ed eventuali successivi accordi ad hoc a livello regionale o di ASL). In modo analogo, a sua volta il SSN, a seguito di eventuali motivate richieste da parte della Difesa, potrebbe impiegare presso le strutture militari il proprio personale sanitario, temporaneamente, in modo parziale e previa verifica delle condizioni necessarie alla messa in opera dell'intervento sussidiario presso l'istituzione partner. Dal punto di vista regolamentare (interno, ma in questo caso con evidente ricadute eso-organizzative), sul fronte militare risulta radicata l'esigenza di

tenere sempre conto della specificità militare e, di conseguenza, quella di tracciare con chiarezza i limiti all'integrazione<sup>14</sup> per quel che riguarda il personale militare: "Agli Ufficiali Medici militari, salvo nei casi espressamente esplicitati, non dovranno essere applicabili le norme relative alle incompatibilità ed al cumulo degli impieghi previste per il personale militare e per quello civile, nonché le limitazioni previste dai contratti e dalle convenzioni con il SSN. Gli ufficiali in servizio permanente effettivo del SSM avranno la facoltà di esercitare l'attività professionale libera al di fuori dell'orario di lavoro a condizione che non incida negativamente sulle prioritarie esigenze di servizio e per un numero di ore non eccedenti le 20 ore settimanali; la stessa, qualora sia effettuata in regime di diretta convenzione con il SSN, sarà subordinata a preventiva autorizzazione degli organi direttivi centrali. L'attività professionale in regime di diretta convenzione con il SSN potrà essere svolta presso le strutture sanitarie militari" (GDL, 2011, pp. 48-49). In mancanza di una puntuale regolamentazione in linea di massima si potrebbe infatti correre il rischio di generare una serie di problemi amministrativi, soprattutto, in un contesto non più soltanto militare.

## **5.2. Osservazioni su realtà e prospettive di carattere giuridico e organizzativo**

La centralità della sanità, della sicurezza del lavoratore, della difesa e della sicurezza pubblica nell'ambito delle funzioni assolve dagli Stati occidentali contemporanei conferisce al tema indagato un rilievo assoluto e una "naturale" connotazione normativa, sia giuridica, sia, in senso più ampio, sociale. La direzione verso cui muoversi non è in discussione. Non ci sono dubbi di sorta dal punto di vista dello scopo da perseguire. Si tratta di aumentare la sicurezza sociale e i tre ambiti sopra indicati sono assolutamente cruciali per conseguirlo. Al massimo si può divergere sugli obiettivi specifici, ma solo relativamente, perché sembrano emergere alcune tendenze comuni.

La questione di una riforma coerente con le finalità delineate, come nel caso del modello proposto, non sembra porre particolari problemi dal punto di vista giuridico. Decisamente più problematica appare invece l'effettiva fattibilità sotto il profilo della spesa (non potendo spendere di più occorre reperire risorse, compensare le spese con corrispondenti risparmi

---

<sup>14</sup> Ferma restando, allo stato attuale, stante il non superamento sostanziale del R.D. 17/11/1932, la deroga che garantisce ai medici militari la possibilità di svolgere attività libero-professionale.

derivanti da decisioni e azioni sinergiche (come nel caso dell'integrazione SSM/SSN), garantire vantaggi diretti e indiretti ai propri *stakeholders* (primo fra tutti il personale sanitario professionale, ma anche i partner inter-istituzionali e altri soggetti). Ugualmente non del tutto agevole potrebbe rivelarsi il confronto tra culture organizzative (sia all'interno del mondo militare, tra vecchi e nuovi modi di pensare, sentire e agire, tra vecchi e nuove norme sociali, sia nell'ambito delle relazioni inter-organizzative, tra sub-culture solo che presentano solo una parte, seppur altamente significativa, di norme e valori comuni). Non mancheranno le resistenze al cambiamento, ma potrebbe anche prendere vita un significato sostegno al modello. Questo perché i benefici sembrerebbero superare ampiamente i costi e i punti di forza quelli di debolezza. Inoltre, il senso spazio-temporale complesso emergente nei principali paesi europei e negli USA dovrebbe confortare tutte le componenti coinvolte dal possibile cambiamento, soprattutto, perché potrebbe garantire una prospettiva solida e di lungo periodo, che altrimenti sarebbe complicato immaginare.

Sotto il profilo organizzativo, la prevalenza dell'uso di proprie risorse umane e materiali sottintende la non esclusività e quindi la possibilità di avvalersi di mezzi molto differenziati, per quanto tutti assolutamente collocabili sotto l'egida del SSN (ovviamente a patto di rispettare i parametri strutturali, operativi e gestionali previsti). In linea di principio la Sanità Militare non dovrebbe esitare nell'intraprendere un percorso di acquisizione di ruoli e competenze che potrebbero esserle attribuite nell'ambito del processo di integrazione, bensì muovere tutti i passi necessari a sviluppare la massima cooperazione possibile con il SSN, diventandone dapprima partner e via via una parte sempre più importante di esso. Questo non significherebbe in alcun modo snaturarsi, perché non mancherebbero di certo gli ambiti in cui poter mettere a disposizione dell'istituzione sanitaria civile la propria peculiare caratterizzazione. Quest'ultima, peraltro, sarebbe auspicabile che venisse progressivamente accentuata nell'ambito del sistema sanitario italiano complessivamente considerato, in quanto nella società contemporanea la gestione delle emergenze sanitarie tende a diventare una questione non più legata alla sola straordinaria amministrazione. Il modello di SSN attuale, infatti, fermi restando alcuni vincoli strutturali e amministrativi, è per sua natura flessibile e lascia ampio spazio a modelli relazionali almeno in parte originali, in grado di adattarsi meglio alle esigenze del momento. Peraltro, la Sanità Militare potrebbe offrire il proprio migliore supporto proprio assolvimento una funzione evidentemente adattiva, legata alla tempestività, alla capillarità, e via dicendo, ovvero, a tutti quei fattori in grado di ottimizzare la gestione

della straordinarietà, dell'emergenza ed a soddisfare le esigenze organizzative ed economiche, decisionali e valutative, operative e di ricerca e sviluppo dei partner coinvolti.

La questione dell'integrazione SSM/SSN va accuratamente studiata, a livello legislativo e per quel che attiene ad aspetti culturali e organizzativi, non solo in chiave generale, ma anche e soprattutto a livello di ciascuno degli specifici interventi proposti. Tutto questo per agevolare la valutazione di possibili casi di incompatibilità, dovute a una possibile cumulazione degli impieghi, difficilmente sostenibile sotto il profilo quantitativo e/o qualitativo (gamma troppo estesa delle potenziali attività e delle competenze specialistiche da acquisire, aggiornare e mettere in campo).

La questione può essere letta in chiave di competenza nell'erogazione di servizi sanitari a specifiche categorie di utenza, come quella militare, che di fatto viene sottratta alla concreta piena attuazione funzionale della componente operativa idonea per destinazione. È quel che accade nel caso di funzioni di medicina di base o di pronto soccorso, formalmente spettanti al SSN, ma che frequentemente, di fatto, ricadono almeno in parte nell'ambito dell'operatività sanitaria militare. Tuttavia, occorre ricordare che in alcuni casi il SSN è assolutamente impossibilitato a soddisfare i propri obiettivi funzionali, a causa della "semplice" influenza di fattori di contesto spazio-temporale oltremodo condizionanti. È il caso, estremo, dei teatri operativi, ma è anche quello dei reparti e dei territori di addestramento sul campo, troppo distanti per poter soltanto ipotizzare la prontezza del necessario intervento di soccorso. Anche ammettendo, in linea teorica un possibile impiego della sanità pubblica civile in tali contesto, nella realtà questa evenienza non potrebbe concretamente realizzarsi, tenendo conto delle forti difficoltà di tale istituzione nel giocare la partita della sostenibilità economica e operativa.

### **5.3. Costi e benefici socio-economici per la Difesa e procedure di implementazione**

La varietà delle specifiche proposte in cui si articola il modello rende complicatissimo definire, anche soltanto con un livello medio di dettaglio, sia con riguardo alle voci relative ai costi e ai benefici (economici e sociali), sia le procedure da porre in essere per poter implementare quanto deciso. In termini generali si può affermare che, coerentemente con il senso e la

caratterizzazione del modello proposto, la costruzione del bilancio economico e quella di un *bilancio sociale formalizzato* (ulteriore innovazione da introdurre) dovranno essere, a loro volta, di matrice complessa.

Le procedure di implementazione del modello, per quanto ispirate dalla sua caratterizzazione generale, andranno necessariamente definite ad hoc, in relazione a ciascuno dei numerosi interventi suggeriti. Di certo esse andranno individuate valorizzando i contributi di tutti gli *stakeholders* di cui è lecito attendersi il coinvolgimento (in modo non uniforme in una azione rispetto a un'altra, secondo una logica pluralista). Appare sicuramente auspicabile che ne venga stimolata la partecipazione, diretta o indiretta, ai processi di decisione. Questo soprattutto per acquisire tutti i punti di vista e gli elementi conoscitivi più rilevanti, grazie a una partecipazione socio-tecnica, ovvero, in una parola, scientifica e non prevalentemente politico-sindacale. Peraltro, la logica del bilancio sociale potrebbe trovare una duplice applicazione sia nell'ambito della Sanità Militare sia essendo specificamente dedicata alla relazione inter-organizzativa integrata tra SSM e SSN.

## **6. Linee da sviluppare per l'implementazione del modello: eventuali modifiche al vigente quadro normativo, procedure attuative**

### **6.1.L'attuale processo di cooperazione SSM/SSN**

Il processo di cooperazione tra la Sanità Militare verso il SSN è stato di fatto avviato con il riordino dello strumento militare e la relativa riforma della sanità militare. L'articolo 2 della legge-delega approvata nel 2012 sancisce l'esigenza di rendere più razionale la quantità e la qualità delle strutture, attraverso criteri interforze e di specializzazione, di promuovere convenzioni, anche e soprattutto a livello regionale, con il SSN ed eventualmente di introdurre la possibilità di svolgere attività professionale anche in modalità intra-moenia da parte dei medici militari<sup>15</sup>. Si tratta di una prospettiva che rientra nel quadro delle previsioni della legge delega e che introdurrebbe un significativo fattore motivazionale, omologando parzialmente i medici militari ai colleghi civili. Peraltro, una simile innovazione potrebbe indubbiamente essere considerata non solo come conforme rispetto all'ottica dell'ottimizzazione delle strutture, ma anche della individuazione di possibili nuove fonti di introito per le Forze Armate, compatibilmente con le proprie esigenze finalistiche e operative.

La questione è tanto rilevante quanto complessa, dato che, come da prassi vissuta in pressoché ogni comparto della pubblica amministrazione, da qualche anno a questa parte ai due soggetti istituzionali di cui si tratta (SSM e SSN) viene richiesto di ridimensionarsi al ribasso, sia per quel che riguarda il personale sia quel che attiene agli strumenti e alle strutture materiali e nel contempo di ampliare il volume e la varietà della propria attività.

L'ulteriore prescrizione qualitativa è in realtà tautologica, in quanto la risposta a una simile domanda di conciliazione del *downsizing* con l'aumento dei livelli di efficienza ed efficacia non potrebbe appunto essere altra rispetto alla Qualità.

Come si aumenta o si crea la qualità? Non tanto razionalizzando (verbo che evoca più l'idea dell'attribuzione, ex-post, della connotazione razionale di ciò che in realtà razionale non è), ma conferendo razionalità complessa alle relazioni, ai compiti, ai ruoli, agli scopi, ecc. a

---

<sup>15</sup> Questa possibilità di ottenere entrate aggiuntive potrebbe essere vista come una forma di compensazione (individuale e sistemica) per professionisti come quelli militari spesso impegnati a svolgere attività annoverabili tra quelli di competenza dei colleghi civili.



organizzazioni a loro volta complesse.

Per la Difesa e il SSM, a fronte di una profonda riqualificazione della spesa pubblica, anche qualora ce ne fosse stata la volontà, non sarebbe stato possibile chiamarsi fuori. Infatti, confluendo le voci della spesa sanitaria civile e di quella militare nello stesso bilancio pubblico ed essendo coinvolte nella messa in opera di politiche pubbliche (in larga parte distinte, ma in una certa misura coincidenti) è necessario tenere conto della presenza le figure professionali, strumenti e strutture pressoché identiche, qualsivoglia tentativo (nella competizione per le risorse, da ottenere, e i tagli, da evitare) di richiamare l'attenzione e far valere la peculiarità del contesto istituzionale militare è sempre più probabilmente destinato a rivelarsi vano.

Chiaramente l'integrazione delineata nel modello rimanda alla necessità di adeguarsi a standard in larga misura condivisi e sottoporsi a continue valutazioni quali-quantitative della propria adeguatezza in termini di efficienza, di *output* e anche di *outcome*. Con riguardo all'efficienza, sotto il profilo delle caratteristiche strutturali della spesa, occorre osservare che l'aliquota per il personale della Sanità Militare risulta in linea con quella relativa al personale della Difesa complessivamente considerato, ma comunque piuttosto elevato (circa il 70% in entrambi i casi, dati 2012; all'epoca gli ufficiali medici superavano seppur non di molto le 2.000 unità, mentre gli sottufficiali medici si attestavano attorno a quota 3.000). L'obiettivo post-riordino va tuttavia nella direzione di una riqualificazione e redistribuzione della quote di spesa in modo tale che quella relativa al personale si attesti attorno al 50%, garantendo così incidenze di esercizio e di investimento pari ciascuna al 25% del bilancio della Difesa.

Peraltro, occorre anche sottolineare l'esigenza di non cadere in equivoci conteggi meramente economici, non in grado di tenere in debito conto l'indubbia specificità militare: che la quota pro capite della spesa sanitaria per i militari sia più elevata nonostante presentino uno stato di salute necessariamente migliore della media nazionale (così come richieste espressamente il tipo di lavoro svolto) e che i militari rientrino anche nella popolazione e quindi nella spesa sanitaria civile devono essere considerate condizioni di normalità e non di privilegio.

La cooperazione tra SSM e SSN può indubbiamente trarre beneficio, ovvero, essere semplificata, dalla riorganizzazione interforze quindi in direzione dell'accentramento del primo soggetto, ma deve necessariamente fare i conti con lo strutturale decentramento del secondo. Da tale connotazione discende infatti l'esigenza di sviluppare nuove e più articolate convenzioni su base regionale ed a relativi accordi ad hoc con specifiche ASL. La sinergia inter-istituzionale a cui si darebbe luogo dovrebbe garantire vantaggi ad entrambe le parti per

agevolarne l'attivazione, lo sviluppo e il progressivo consolidamento (non necessariamente nel segno della piena continuità ma, piuttosto, lasciando sempre un certo spazio a possibili adattamenti, in presenza di condizioni più o meno significativamente mutate).

Dal punto di vista dei professionisti militari, l'impegno in un contesto civile può assumere una preziosissima valenza formativa, con particolare riguardo a branche mediche quali la traumatologia, la chirurgia d'emergenza e via dicendo, sia sotto il profilo della qualità dei casi da trattare ma, soprattutto, per quel che concerne la quantità di essi (con evidenti conseguenze positive in termini di rafforzamento delle competenze apprese attraverso l'effettiva frequente loro messa in pratica, *on the job*).

## **6.2. Medici militari e medicina di base**

Sempre nell'intento di costruire un sistema di cooperazione in cui la sostanza dei servizi erogati corrisponda anche formalmente ai ruoli ricoperti ed alle funzioni assolte, i medici militari potrebbero essere equiparati ai medici di base. Tenuto conto di un rapporto professionale che lega il medico di base alle ASL, a sua volta classificato come in regime di convenzione e non di dipendenza, potrebbe essere agevolata l'attribuzione di questa nuova qualifica ai medici delle Forze Armate. Tenuto conto della dipendenza dall'istituzione militare, potrebbero essere definiti vincoli ad hoc relativi sia al tipo di assistiti sia al numero massimo di costoro attribuibile a ciascun medico militare. Analogamente in tal senso favorevole potrebbe essere la modalità della libera scelta, in virtù della quale, una volta inseriti negli elenchi di medicina di base dell'ASL territorialmente competente anche i medici militari potrebbero essere direttamente prescelti come medici di fiducia dai militari in servizio e dai familiari che dovessero farne richiesta. Da questo punto vista, tuttavia, occorre sottolineare con decisione la necessità, a eventuale nuova attribuzione di ruolo avvenuta, di garantire ai militari la sostanziale massima libertà di scelta possibile, fondamentale per garantire al cittadino la costruzione di una ottimale relazione fiduciaria medico-paziente. Peraltro, l'ampliamento dei luoghi di cura e del numero dei medici, rafforzerebbe la tutela dei diritti sanitari dei cittadini militari.

Chiaramente andrebbero definite accurate le procedure relative al concreto svolgimento dell'attività, per quel che riguarda orario e luogo di servizio, modalità di sostituzione del

medico di base a vario titolo indisponibile, prescrizioni farmaceutiche e di altro tipo, ecc. “Le prestazioni effettuate come medico di base del personale accasermato potrebbero essere svolte in orario di servizio mentre quelle rivolte ad altri aventi diritto ricadrebbero nell’ambito delle regole previste per l’attività libero professionale intra-moenia<sup>16</sup>. Nel caso in cui, per motivi di servizio o per altri impedimenti, si dovesse verificare l’assenza del medico militare prescelto dall’assistito esso sarebbe sostituito da altro medico militare, dandone comunicazione all’ASL anche afferendo a ufficiali medici in servizio in altri Enti vicini. Nel caso in cui non fosse possibile la sostituzione con medico militare si potrebbe autorizzare l’accesso all’infermeria della caserma di un medico civile nominato per l’esigenza al quale dovranno essere versati i corrispettivi rimborsi previsti dal SSN. I medici militari che svolgerebbero tale attività in regime di convenzione deterrebbero quindi, il ricettario rosso con il quale prescrivere farmaci e/o esami da far eseguire, ove possibile, presso le strutture ospedaliere militari, od in assenza di queste, adottando i normali canali previsti dalle ASL competenti” (GDL, 2011, p. 50). Peraltro, le modalità di comunicazione dovrebbero essere agevolate grazie al tendenziale superamento della ricetta cartacea a vantaggio della cosiddetta ricetta dematerializzata, sostanzialmente ancora in corso di introduzione (per quanto la procedura sia già entrata pienamente in vigore, nell’attuale fase di transizione la prassi sembra essere quella di tollerare i comportamenti non ancora del tutto conformi). D’altra parte, nel momento in cui l’organizzazione in studi in associazione (con servizi garantiti H24, sostanzialmente senza rapporti di esclusività tra uno specifico medico e un determinato paziente, a causa di una turnazione volta ad assicurare la prestazione da parte di professionisti considerati pienamente intercambiabili, in perfetta analogia rispetto a quanto accade nelle strutture ospedaliere, del servizio di guardia medica, e via dicendo) dovesse realmente diventare l’unica possibile, andrebbe necessariamente definita una modalità eccezionale per i medici di base militari, rispetto a una regola ormai rigidamente e definitivamente applicata. “A fronte di tale onere all’Amministrazione della Difesa verrebbero corrisposti gli importi determinanti dal numero degli assistiti accasermati, che sarebbero

---

<sup>16</sup> Indirettamente anche l’attività libero-professionale in regime di extra-moenia (subordinata alle esigenze di servizio del SSM) potrebbe riguardare la cooperazione con il SSN, se svolta presso strutture private con esso convenzionate. In ogni caso l’attività intra-moenia non potrebbe essere in alcun modo intesa come ambito esclusivo della attività libero-professionale del medico militare.

versati in un fondo dedicato” (GDL, 2011, p. 50).

Una coerente attribuzione di risorse e competenze a SSM e SSN nell’ambito della loro relazione, potrebbe essere ottenuta attraverso una revisione dei Protocolli sanitari che determinerebbe una formale esternalizzazione (che si andrebbe ad affiancare a quella sostanziale, già almeno parzialmente in atto) delle funzioni di accertamento di idoneità del personale, da attribuire al Medico di Medicina Generale e delle Commissioni operanti presso il SSN” (cfr. SMD, 2015, p. 10).

Alcune attività integrative potrebbero, in vero, rappresentare una semplice formalizzazione di prassi molto diffuse: è il caso in particolare della attribuzione di un medico di base militare a ciascun membro delle Forze Armate ed eventualmente anche i suoi familiari. L’attività certificativa, già in atto, almeno in parte, potrebbe essere ampliata, consolidata e maggiormente formalizzata. Sul versante diametralmente opposto potrebbe essere sviluppata una relazionalità inter-sistemica maggiormente improntata in senso fiduciario, secondo una logica interna, professionale, di rispetto della comune deontologia, controllando non per regola, ma soltanto per eccezione le certificazioni civili (peraltro stilate da quelli che comunque rappresentano figure ufficiali pubbliche) nelle quali sarebbe così possibile indicare direttamente le tempistiche di convalescenza od altrimenti necessarie per la ripresa completa o parziale delle attività lavorative militari. Eventualmente potrebbero essere previste sia procedure ad hoc di cui il medico civile dovrebbe tenere conto nella formulazione delle indicazioni su contesti e modalità di gestione di infortuni e malattie, sia meccanismi sanzionatori idonei a garantire la piena adeguatezza della valutazione sanitaria.

Dal punto di vista dell’organizzazione e dell’utenza civile, spazi, tempi e funzioni di servizio in cui il SSM potrebbe garantire un importante supporto non mancano di certo. Ad esempio, sotto il profilo del tempo, non solo i servizi di emergenza, ma anche quelli ambulatoriali (come quelli della medicina di base e della pediatria di base, v. Decreto Balduzzi) tendono ad andare nella direzione della copertura 24/7. Sotto questo profilo, potrebbe essere quantomeno complicato chiedere di integrarsi senza estendere al massimo (possibile) l’orario di servizio. Quantomeno questo dovrebbe accadere per il pronto soccorso, per gli interventi e l’assistenza post-operatoria in regime di day hospital, per le terapie che richiedono lunghi tempi di pratica, come quelle dialitiche, per gli stessi servizi diagnostici (specialmente se legati all’impiego di strumentazioni “preziose”). D’altra parte, è chiaro che la cooperazione SSM/SSN non potrà in nessun caso essere realizzata tenendo conto della connotazione

sotto-sistemica della Sanità Militare e dello scopo fondamentale (chiaramente non sanitario) del sistema d'appartenenza. Anche volendo adottare un'accezione estensiva di organizzazione militare, in modo coerente con l'ampliamento della gamma dei compiti assolti tipico dell'epoca contemporanea, si potrebbe considerare centrale per essa la dimensione sanitaria. Di conseguenza può essere ritenuta opportuna la definizione di una clausola di salvaguardia relativa alla compatibilità con le proprie attività istituzionali. A fronte della necessità di effettuare scelte concomitanti ma incompatibili risulta essenziale che non solo a se stessi ma anche agli altri (specialmente ai propri partner) sia sempre ben chiara la gerarchia delle priorità proprie operative. Le finalità immediate e indirette delle stesse attività e funzioni poste in essere da soggetti differenti, va da sé, talvolta possono essere a loro volta molto diverse fra loro. In questo caso ci si trova di fronte a una professione (militare) presente in un sistema e totalmente assente nell'altro.

### 6.3. Le attività in convenzione

Le convenzioni con il SSN (SMD pp. 10-11) finora sono state essenzialmente attivate per sopperire alle carenze nei ruoli medici e in particolari specializzazioni, facendo ricorso a professionalità esterne. Le convenzioni saranno ampiamente riviste in virtù del riordino, ovvero, della riduzione delle strutture e dei connessi servizi già in essere e di là da venire (che di fatto determina il venir meno delle stesse esigenze di stipula) e della "liberazione" di risorse umane, strumentali e strutturali a seguito delle migliorie apportate al loro coordinamento.

<b>Tabella 5 – CONVENZIONI DEL SSM CON AMMINISTRAZIONI/ENTI PUBBLICI, PRIVATI E LIBERI PROFESSIONISTI (IN VIA DI REVISIONE) – Anno 2015</b>	
<i>SOGGETTI</i>	MINISTERI (SALUTE/LAVORO), ASL (9), REGIONI AMMINISTRATIVE (7), REGIONE LAZIO (CELIO), C.R.I.
<i>PROFESSIONALITÀ</i>	PSICOLOGI, PSICHIATRI, BIOLOGI, CARDIOLOGI, GINECOLOGI, OCULISTI, ORTOPEDICI, ONCOLOGI
<i>NUMERO DELLE CONVENZIONI</i>	252
<i>VALORE ECONOMICO</i>	7.461.672 €

FONTE: SMD,, 2015, p. 11 (con modifiche nel formato di rappresentazione)

“Tale obiettivo è perseguibile mediante le linee guida e i criteri già stabiliti dalla legge delega

n. 244/2012 quali *drivers* della rivisitazione, mettendo in comune tra le Forze Armate le risorse utili e fruibili, ove possibile e in base alle specificità (interforzizzazione), e riunendo per poli (ricovero, diagnostica, medico-legale) le professionalità e i mezzi necessari (specializzazione), in un'ottica d'integrazione. Nondimeno, sono stati esperiti diversi tentativi di valorizzare le potenzialità del SSM in un rapporto di collaborazione con le istituzioni, dei quali l'Accordo siglato nel 2012 tra la Regione Lazio e lo SMD rappresenta un modello pilota. Esso, superando il rigido modello aziendalistico con un modello assistenziale di integrazione tra Aziende Ospedaliere, ASL e Servizio Sanitario Militare, determina un innovativo modo di gestire la problematica dell'assistenza sanitaria attraverso la creazione di reti, integrazioni e sinergie tra i servizi sanitari della P.A., con lo scopo di offrire all'utenza civile e/o militare una maggiore efficienza e qualità dei servizi erogati" (SMD, 2015, p. 11). La citazione delle convenzioni con la PA (Box 3) al di fuori degli accordi quadro con il SSN, per quanto solo indirettamente con l'oggetto di studio, risulta degna di segnalazione e attenzione per la connotazione sinergica e complessa che le caratterizza, soprattutto, per la prospettiva dell'attivazioni di commissioni di portata inter-organizzativa, in grado di operare in collaborazione e secondo un regime di reciprocità, applicabile non solo, sotto il profilo operativo alle attività di accertamento sanitario, ma anche a processi di carattere decisionale e valutativo.

*Box 4 – Le convenzioni con la PA (SMD, 2015, pp.11-12)*

Recenti strumenti normativi (DL n. 101/2013) consentono di esplorare sinergie con il Ministero dell'Interno, mediante l'attivazione di commissioni mediche dell'amministrazione di Pubblica Sicurezza. Le commissioni, già previste dall'art. 1- ter del D.L. n. 45/2005, verrebbero formate ricorrendo alle risorse umane, strumentali e finanziarie esistenti, senza quindi nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica. Attraverso l'estensione delle previste convenzioni allo Stato Maggiore della Difesa, verrebbe così espletata, a carattere di reciprocità - l'attività di accertamento medico legali delle citate commissioni sanitarie nei riguardi del personale militare (incluso quello della GdF). L'intervento è finalizzato a rendere tale organizzazione complementare a quella costituita dalle CMO militari tuttora operanti, così da uniformare geograficamente il servizio sul territorio nazionale, con positive ricadute sulla qualità e i tempi di erogazione delle prestazioni nonché sulla spesa per missioni del personale interessato agli accertamenti.

Nell'ambito di un accordo organico, tendente alla piena integrazione, i vari sotto-sistemi militari in cui operano i medici del SSM dovrebbero essere convenzionati con il SSN, sia per

la medicina di base sia per quella specialistica. Le procedure di documentazione dematerializzata delle prestazioni effettuate dovrebbero consentirne, come segnalato in precedenza, la puntuale quantificazione e qualificazione. I dati relativi a ciascun caso dovrebbero essere automaticamente conteggiati con riguardo ad ogni possibile specialista incaricato della sua gestione (anche in momenti, in strutture, ecc., differenti) e andrebbero descritti in modo coerente con le finalità economiche (i meccanismi di rimborso) e statistiche (analisi dei dati sanitari, valutazione degli organismi militari sotto il profilo del valore di attività, valutazione interna dei medici militari, e via dicendo). Dopo una fase sperimentale le convenzioni potrebbero standardizzare i rimborsi (analogamente a quanto avviene nella medicina di base, con l'attribuzione di una quota mensile per paziente) o definire quote minime e massime di rimborso complessivo (allo scopo di limitare la variabilità e quindi di agevolare la programmazione relativa ai processi di riorganizzazione, di innovazione strutturale e strumentale e di selezione e formazione del personale).

#### **6.4. La gestione del processo di introduzione del modello integrativo**

Un naturale ambito di integrazione potrebbe, inoltre, essere rappresentato dalla messa in opera della necessaria funzione di *audit*, che potrebbe efficacemente svolta in modalità reciproca. Questo vale, innanzitutto, per la fase sperimentale, ma dovrà rappresentare una prassi da affiancare a quella della valutazione e del controllo da parte di *esperti terzi*. Non basta: l'introduzione di processi di audit reciproco dovrebbe essere conseguenziale all'adozione, da parte della Sanità Militare, di un sistema di continuo *internal audit*, con individuazione e valutazione di parametri qualitativi e quantitativi conformi (se non del tutto coincidenti) con quelli previsti dalle procedure di accreditamento e di certificazione della qualità, eventualmente aggiungendone di ulteriori, più aderenti alla propria specifica *mission* e ai peculiari obiettivi verso la cui realizzazione questo segmento dell'organizzazione militare è proteso. Nonostante la verosimilmente lunga tempistica per una piena realizzazione, si tratta di un percorso obbligato, da intraprendere quanto prima.

Peraltro, la prassi valutativa interna e dei processi integrati dovrà riguardare l'eventuale adozione di qualsivoglia forma di integrazione individuata e dovrà essere svolta seguendo il classico schema di analisi procedurale delle politiche pubbliche, articolata essenzialmente

nelle cinque fasi elencate nella tabella seguente. In ciascun momento processuale sarà necessario il coinvolgimento non solo delle istituzioni ma anche di altre parti sociali coinvolte, secondo l'ormai diffusa prassi della modalità di presa di decisione e di valutazione connotata in chiave partecipata.

<b>Introduzione e sperimentazione del modello di integrazione SSM/SS</b>
1. Accurata definizione della politica (con particolare riguardo a una dettagliata descrizione dello scopo da conseguire)
2. Pianificazione delle attività da svolgere (con indicazione delle procedure da seguire per la messa in opera)
3. Implementazione
4. Monitoraggio (valutazione <i>in itinere</i> )
5. Correttivi gestionali
6. Valutazione ex post (nel caso della Sanità Militare e delle azioni volte all'integrazione con il SSN un primo momento di chiusura sarà sicuramente rappresentato dalla fine di una necessaria fase di sperimentazione di ciascuna di esse; successivamente anche in assenza di una chiusura sostanziale, come è auspicabile che accada se la sperimentazione di una politica avrà successo, andranno previsti ciclicamente ulteriori momenti di chiusura convenzionale volti all'individuazione di questioni da risolvere e di concrete e documentabili modalità di soluzione, ecc.)

Il percorso analitico sviluppato ha consentito l'elaborazione di una proposta modellistica e di una serie di possibili azioni coerenti con essa.

L'azione di supporto al processo valutazione ex-ante volta al possibile cambiamento organizzativo rischia però di venire piuttosto indebolita da un quadro strutturale e normativo presente piuttosto distante da quello prospettato, per quanto coerente con esso. Oltre a questi aspetti occorre tenere conto di cui gli *stakeholders* chiamati in causa dalla possibile riorganizzazione, i quali potrebbero mettere in atto forme di resistenza al cambiamento, per mantenere posizioni di potere, tutelare interessi di parte o semplicemente per diffidenza rispetto al nuovo e per il complementare orientamento alla conservazione.

Tenuto conto della caratterizzazione doppiamente professionale del personale sanitario (sia in quanto militare sia in quanto componente di un sistema sanitario), il percorso di trasformazione potrebbe essere effettuato seguendo modalità fortemente partecipate. Questo dovrebbe accadere per ciascun momento decisionale e *in itinere*. Il rischio da scongiurare è infatti quello di possibili esodi verso occupazioni civili sarebbe elevatissimo (così come già avvenuto in occasione di riorganizzazioni passate; un fenomeno almeno in parte "naturale" e inevitabile, ma che va comunque considerato a livello previsionale e poi gestito in occasione dell'effettivo cambiamento) e l'ormai avviato processo di transizione verso un assetto pienamente interforze continuerebbe a presentare notevoli criticità sia procedurali (non solo perché "i mezzi d'azione sono recalcitranti", per dirla con Selznick (1948) ma anche perché le



differenziazioni organizzative passate erano indubbiamente fondate sotto il profilo funzionale) sia, in special modo, teleologiche (a causa di visioni e culture settoriali che faticando a trovare o a darsi una collocazione coerente con l'appartenenza e la relativa identità di componente di un sistema complesso). Peraltro, guardando al recente passato ed in particolare agli anni Novanta e all'amministrazione Andreatta, va sottolineato come sia stato possibile realizzare alcune trasformazioni organizzative che potrebbero essere definite rivoluzionarie non solo grazie a processi di concertazione e partecipazione, ma anche in virtù di una modalità decisionale e attuativa partecipata, ma fermissima quanto a volontà di perseguimento degli scopi fondamentali individuati, rivelatasi straordinariamente innovativa sotto moltissimi cruciali punti di vista, primo fra tutti probabilmente quello della formazione del personale (ad ogni livello gerarchico e in ciascuna Forza Armata). Diversamente si correrebbe concretamente il rischio di doversi impegnare in un estenuante e probabilmente inefficace attività di mediazione. Con questo ragionamento non si vuole invocare una stagione di decisionismo, quanto piuttosto un momento e una modalità di presa delle decisioni complesse (ispirate da finalità di medio-lungo periodo e interessi collettivi) e non di portata limitata (nel tempo, perché spiccatamente miopi e contingenti, e come valenza, in quanto troppo legate a logiche partigiane). La sola alternativa possibile, altrimenti, potrebbe essere quella di disporre di una figura estremamente competente, dotata di un ricchissimo capitale sociale (nel senso sociologico del concetto) e, come si suole dire in epoca contemporanea, soprattutto, "visionaria", qual è stata, forse più di ogni altra nella storia della Sanità Militaria in Italia, quella del Professor Alessandro Riberi.

Altre complicazioni potrebbero riguardare la copertura amministrativa dei provvedimenti da adottare, ovvero possibili problemi di fattibilità. Per ciascuno dei provvedimenti ritenuti di interesse per la Difesa andranno quindi effettuati studi di scenario (operativi ed economici) e fasi sperimentali che permettano valutazioni maggiormente in grado di avvicinarsi alla considerazione di quella che potrà rilevarsi come la realtà implementativa.

Va da sé che la questione travalica il senso e la funzione della Sanità Militare e, rispettivamente, del SSN, ovvero, la dimensione delle *policies*. La *politics* e il fondamento economico delle scelte tendono a rappresentare fattori dominanti della decisione in merito a un vero e proprio mutamento inter-organizzativo e di sistema come quello prospettato nel presente lavoro.

Chiaramente però la questione non può essere valutata adottando una superatissima logica

da sistema chiuso e complicato<sup>17</sup>, del tutto inadeguata per l'analisi di una relazione inter-organizzativa ampiamente qualificabile come complessa. Tuttavia, occorre tenere sempre ben presente che pur essendo preso in esame un rapporto tra realtà organizzazioni e relativi professionisti che svolgono compiti in larga misura convergenti, il senso operativo non coincide esattamente in entrambe. Non si deve dimenticare la peculiarità del servizio assolto dai professionisti sanitari militari. Cambiano le modalità della prestazione (ad esempio, per qual che attiene ai frequenti trasferimenti di sede), al contesto (con operazioni e attività da espletare non soltanto sull'intero territorio nazionale, ma addirittura fuori dai suoi confini) e via dicendo. Detto questo, appaiono evidenti i limiti strutturali che incontrerebbero eventuali ipotesi di piena armonizzazione dei servizi assicurati dal SSN con quelli forniti dalla Sanità Militare.

Altri aspetti da tenere presenti concernono poi aspetti di reciprocità quali, da un lato, il concorso del SSN all'assistenza sanitaria al militare (al quale, limitatamente al territorio nazionale, a favore del quale eroga le prestazioni previste per ogni altro cittadino iscritto al SSN) e dall'altro lato, la fornitura di servizi specifici sia al personale civile della Difesa sia ai cittadini non appartenenti alla Difesa, in relazione alle proprie attività (cfr. SMD, 2015, p. 8). “Ad esempio, l'Aeronautica Militare (Istituti di Medicina Aerospaziale di Roma e Milano, Commissione d'Appello) eroga visite mediche specialistiche e accertamenti diagnostici per idoneità al volo al personale navigante delle compagnie aeree civili e anche a carattere clinico, preventivo o medico legale. Inoltre, le infermerie Principali erogano il servizio di trasporto sanitario, primario e secondario, di ammalati gravi traumatizzati su richiesta delle Autorità civili competenti. La Difesa provvede agli adempimenti medico-legali previsti da specifici disposti normativi a tutti i cittadini, concorre alle attività di emergenza/urgenza (pronto soccorso/118) in favore della popolazione con l'attività prestata dal Policlinico militare, assicura il concorso agli organi dello Stato in caso di calamità naturali” (SMD, 2015, p. 8).

“L'art. 183 (Rapporti con il servizio sanitario nazionale), comma 6, del Decreto Lgs. 15 marzo 2010 (Codice dell'ordinamento militare) ha previsto che, con Decreto dei Ministri della Salute e della Difesa, siano individuate le strutture sanitarie militari accreditabili nonché le specifiche categorie destinatarie e le prestazioni ai fini della stipula degli accordi contrattuali tra le predette strutture sanitarie militari e le regioni, nel rispetto della reciproca autonomia”

---

<sup>17</sup> Sull'utilizzo della dicotomia complicatezza/complessità applicata all'analisi sistemi si veda il lavoro e la classificazione di Gandolfi (1999, tabella a p. 90).

L'attuazione di tali decisioni determina una serie di effetti positivi per l'istituzione militare, che vanno dalla ampliamento quali-quantitativo del bacino d'utenza del personale medico e infermieristico (con evidenti ricadute, grazie alla formazione *on the job*, in termini di mantenimento e sviluppo della professionalità) alla possibilità di compiere importanti passi nella direzione della costruzione di un autentico sistema complesso della sicurezza sanitaria (o addirittura di sicurezza sociale) in Italia. A proposito di quest'ultimo aspetto, avrebbe un grande significato sia operativo sia simbolico una maggiore istituzionalizzazione della attiva partecipazione al servizio "118"<sup>18</sup>, "procedendo ad un'attenta azione di integrazione e snellimento dei protocolli sanitari vigenti e ad un'armonizzazione delle procedure per l'emissione dei giudizi medico legali (idoneità al servizio, riconoscimento degli indennizzi previsti per le varie categorie)" (SMD, 2015, p. 10). Guardando poi ad aspetti la cui valenza immediata è meramente economica, ma che assumono un rilievo assoluto nel caso di valutazioni tendenzialmente rigide e formalmente quantitative dell'efficienza e dell'efficacia delle strutture sanitarie e dei relativi operatori, sedersi attorno a tavoli interministeriali può rappresentare l'occasione di recuperare o, comunque, di far adeguatamente "pesare" gli oneri finanziari che gravano sul bilancio della Difesa in modo improprio. Il riferimento va a questi pazienti, militari (e loro familiari), che si rivolgono e vengono trattati dal SSM nonostante siano in carico al SSN per la gestione di questioni di salute prettamente civili (ovvero quelle che non si sono generate e hanno richiesto un immediato intervento nei TT.OO. nazionali e internazionali).

---

<sup>18</sup> Si tratta di una prospettiva già delineata in precedenza nell'ambito del SSM: "Per quanto attiene al personale sanitario effettivo presso i reparti operativi dovrà essere data priorità alla ricerca di accordi con strutture civili dell'Emergenza sanitaria territoriale, quali il 118 e l'Elisoccorso. Nel caso di impossibilità di afferire a tali tipologie di contratto si dovrà ricorrere ad accordi in cui si possa prevedere un accesso alle strutture sanitarie con modalità: **saltuaria** a fini di aggiornamento scientifico; **continuativa** per periodi di tempo mensili ma non ripetibili per più di sei mesi l'anno, ai fini del mantenimento di determinate e specifiche capacità professionali; in questo caso, per il periodo del distacco, dovrà essere previsto un indennizzo per l'amministrazione che potrebbe essere pari al 50% del trattamento stipendiale percepito dall'ufficiale" (GDL, 2011, p. 51).

## Conclusioni

La progressiva affermazione cultura dell'integrazione o, più semplicemente, della relazionalità organizzativa ha contraddistinto la storia recente (dell'ultimo quarto di secolo) dell'istituzione militare italiana. Essa ha trovato modo di esprimersi nei riguardi dell'ambiente (in prevalenza costituito da altre organizzazioni), ma non solo. Tuttavia, l'integrazione esterna, stante la necessità di una connotazione culturale per il proprio affermarsi, è inevitabilmente collegata con quella interna. Come si può pensare di stringere rapporti massimamente collaborativi all'esterno, mantenendo divisioni, ridondanze, incertezze funzionali interne in mancanza di effettive necessità amministrative? Occorre poi tenere presente che la rappresentazione sociale che i soggetti esterni hanno dell'organizzazione militare tende in genere ad essere unitaria, anche se ovviamente non mancano valutazioni dei singoli individui con cui ci si relaziona. Invariabilmente le decisioni e i comportamenti attesi sono altamente standardizzati, nonostante la variabilità e la complessità dei contesti operativi e funzionali richieda spesso considerevoli sforzi di adattamento. In quest'ottica, a livello intra-organizzativo appare prioritaria, in quanto necessaria premessa di processi di integrazione con soggetti esterni all'Istituzione militare (in primo luogo, per quel che concerne la sanità militare con il SSN), l'unificazione dei quattro Servizi Sanitari di Forza Armata o, in subordine, la loro reale integrazione attraverso un *regolamento sanitario interforze* in cui tutti i componenti abbiano le stesse procedure operative, le stesse progressioni di carriera e la possibilità di operare anche nei confronti di militari appartenenti alle altre Forze armate. Si tratterebbe di un cambiamento non solo complesso, ma addirittura rivoluzionario sotto il profilo organizzativo, funzionale e, soprattutto, culturale.

A causa di tale caratterizzazione appare auspicabile la messa in opera di una fase di sperimentazione progressiva e diffusa (in termini di soggetti e di ambiti operativi, che dovranno essere necessariamente almeno in parte innovativi). Chiaramente le trasformazioni dovranno avvenire anche a livello normativo e investiranno aspetti funzionali, deontologici, procedurali, ecc. (e quindi anche selettivi, formativi e comunicativi) e comporteranno

inevitabilmente all'affermazione di ruoli sociali professionali nel settore sanitario militare connotati in modo relativamente discontinuo rispetto al passato.

Coerentemente con tali esigenze il modello integrativo di là da venire dovrà in ogni caso essere inquadrato in uno schema interpretativo e operativo di carattere complesso, in grado di superare un assetto meccanicistico e quindi di contemplare logiche non rigidamente collocabili al di qua o al di là di confini organizzativi che spesso sono più procedurali che sostanziali. L'integrazione interna (dal punto di vista non solo formale, ma anche con riguardo al vissuto) rappresenta in tal senso la premessa contestuale in cui sviluppare e rafforzare le sinergie tra SSM e SSN. Peraltro, la vocazione organizzativa all'integrazione (sia interna sia esterna) potrebbe opportunamente scaturire da considerazioni in merito a comuni interessi e valori, ovvero, a una convergenza culturale. Rafforzare le competenze della Sanità Militare, supportare lo sviluppo professionale di questa fondamentale parte del sistema sanitario pubblico italiano (grazie allo scambio di competenze ed alla collaborazione con le realtà sanitarie civili, in particolare ospedaliere, del Paese), garantire ai militari il massimo dell'assistenza ed ampliare la gamma dei servizi offerti alla collettività (medici militari come risorsa aggiuntiva, sia nell'ambito dei servizi ospedalieri sia in caso di grandi calamità), pianificare l'utilizzo di funzioni del SSN da parte della sanità militare, per evitare duplicazioni (in un'ottica di qualità e risparmio). Questi, infatti, non possono essere considerati obiettivi di una specifica componente, bensì dell'intero sistema sanitario e più in generale della Pubblica Amministrazione (Difesa compresa, ovviamente) del nostro Paese.

## **Appendice 1**

*Estratto del documento di revisione della spesa - SMD – Sanità Militare (2015: Conclusioni, pp.14-17)*

La Sanità Militare è stata sottoposta, con specifico riferimento all'ultimo triennio, ad una profonda rivisitazione. Nell'ambito del processo di riorganizzazione dello strumento militare, il Sig. Ministro pro tempore ha emanato, in data 9 agosto 2012, la Direttiva "Riordino della Sanità Militare in senso interforze"; ciò anche in considerazione del particolare momento storico caratterizzato da una forte compressione delle risorse.

Il delineato processo di revisione del settore non è stato proposto quale mera riorganizzazione in senso riduttivo delle strutture sanitarie, quanto, attraverso una razionalizzazione in senso interforze, come opportuno e necessario procedimento di sinergizzazione nell'ambito del più ampio riordino dello Strumento Militare, finalizzato a mantenerne inalterata, per il settore in esame, l'efficienza e l'efficacia sia in Patria sia all'estero, anche in campo bi-multilaterale.

In esito all'emanazione della citata direttiva, il 24 ottobre 2012 il Capo di Stato maggiore della Difesa pro tempore, nell'ambito delle attribuzioni a Lui devolute (art. 89 del D.P.R. 15 marzo 2010, n. 90), ha impartito le discendenti disposizioni attuative, diramando le linee guida e la *road map* per la realizzazione della riforma della sanità militare.

Le conseguenti modifiche ordinarie sono state recepite, per l'ambito delle FF.AA., nella Legge 31 dicembre 2012, n. 244 e nei discendenti decreti legislativi, predisposti ai sensi dell'art. 1, comma 1 lett. a) della norma e diretti a regolamentare la revisione, in senso riduttivo, dell'assetto strutturale ed organizzativo del Ministero della Difesa.

In particolare, l'ali. 2 (*Principi e criteri direttivi per la revisione dell'assetto strutturale e organizzativo del Ministero della Difesa*), comma 1, lett. b), para 5. della legge, nell'ambito del processo di razionalizzazione delle strutture operative, logistiche, formative, territoriali e periferiche, ricomprende tra il complesso degli interventi di riorganizzazione e razionalizzazione del dicastero quello sulla struttura organizzativa del Servizio sanitario militare, secondo criteri interforze e di specializzazione. Ciò a significare che la Sanità Militare costituisce un settore di centrale interesse nell'ambito del processo di riordino, volto a realizzare uno Strumento militare efficace e sostenibile, uniformato alla tendenziale certezza programmatica delle risorse finanziarie e ad una maggiore flessibilità nella rimodulazione

delle spese.

Questa revisione - che non comporta, così come disposto dall'art. 1, comma 4, L. 244/2012, nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica - prevede, attraverso la soppressione e riorganizzazione di enti operativi, logistici, formativi, territoriali e periferici, la razionalizzazione dello strumento militare nazionale in modo da conseguire, nel suo complesso, una contrazione strutturale non inferiore al 30%.

Tale obiettivo si concretizza attraverso l'eliminazione delle sovrapposizioni tra le FF.AA., evitando duplicazioni di funzioni, ricercando l'ottimizzazione dell'allocazione e impiego delle risorse nonché una migliore sinergia dei diversi elementi di organizzazione. Esso è volto ad assicurare, così come previsto dall'art. 4, comma 1, lett. c), che le risorse recuperate a seguito dell'attuazione del processo di revisione siano destinate al riequilibrio tendenziale dei principali settori di spesa del Ministero della difesa (50% Personale, 25% esercizio, 25% investimento), con la finalità di garantire il mantenimento in efficienza dello strumento militare e di sostenere le capacità operative.

In assenza di integrazioni finanziarie al bilancio ordinario, il citato riequilibrio potrà, quindi, essere conseguito solo ed esclusivamente reindirizzando i risparmi di spesa derivanti dall'adozione dei discendenti decreti legislativi (determinati al netto dei risparmi destinati al (p. 14)

miglioramento dei saldi di bilancio dello Stato derivanti dalle disposizioni relative alle Forze armate ed al Ministero della difesa di cui al decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135) secondo le finalità modalità di cui all'articolo 4, comma 1, lett. d) della l. 244/2012.

Il disposto normativo sopra menzionato prevede che, nel corso di ogni esercizio finanziario, il Ministro della difesa, con decreto predisposto di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, dia compiuta evidenza dei risparmi realizzati in relazione allo stato di attuazione delle misure di ottimizzazione organizzativa e finanziaria in itinere.

Tali sinergie finanziarie, previa verifica dell'invarianza sui saldi di finanza pubblica, dovranno affluire mediante apposite variazioni di bilancio, da adottare con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, nei fondi indicati nell'articolo 619 del codice dell'ordinamento militare. Alla ripartizione delle disponibilità di tali fondi, fermo restando il divieto di utilizzare risorse in conto capitale per il finanziamento di spese correnti, si provvede con decreto del Ministro della difesa, su proposta del Capo di Stato Maggiore della Difesa.

Atteso quanto sopra, si evidenzia che l'emanando "Decreto legislativo recante disposizioni in materia di revisione in senso riduttivo dell'assetto strutturale e organizzativo delle forze armate ai sensi dell'articolo 2, comma 1, lettere a), b) e d) della legge 31 dicembre 2012 n. 244" (c.d. D.lgs. "Ordinamentale", firmato dal Presidente della Repubblica in data 28.01.2014 e in attesa di pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale) è stato predisposto, nel rispetto dei principi e criteri direttivi recati dalla legge delega (L. 244/2012), al fine di disciplinare la revisione in senso riduttivo dell'assetto strutturale ed organizzativo dello strumento militare, senza comportare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

Il provvedimento prevede la quantificazione delle minori esigenze di spesa - derivanti dal programma di revisione strutturale dello strumento militare - sulla base della diversa tipologia degli interventi ordinativi considerati e imposti dal programma stesso e, quindi, la loro connessa diversa incidenza, a seconda che si tratti di soppressioni ovvero riconfigurazioni di Comandi, enti e strutture organizzative delle Forze Armate.

La metodologia seguita per definire le sinergie conseguibili ed i costi presunti per la realizzazione del nuovo modello (riportata nella "Relazione tecnica" allegata al citato D.lgs.), prevede una quantificazione programmatica, riferita non solo all'esito dell'intero programma di revisione strutturale, ma anche per ciascun anno in cui esso si articola, ferma restando la necessità delle previste verifiche a consuntivo. Tale studio si basa sull'utilizzo, quale parametro di calcolo, del costo medio di gestione delle strutture, quantificato in ragione dei costi totali di gestione delle Forze Armate, con esposizione delle spese per voci di costo e dello sviluppo programmatico delle dotazioni annue medie del personale.

Le disponibilità ricavate (ex art. 4, comma 1, lettera c), della legge delega) contribuiranno, come anticipato, al menzionato riequilibrio (50/25/25) dei principali settori di spesa quale condizione indispensabile per concorrere a garantire l'efficienza e l'operatività dello strumento militare nel suo complesso, rinnovato, razionalizzato e in tal senso comparabile a quello dei Paesi partner.

Una quantificazione puntuale del valore delle minori esigenze di spesa potrà però essere determinata solo a consuntivo, a valle dei processi di soppressione/riallocazione delle funzioni e previa verifica dei seguenti parametri, posti a base dell'algoritmo di calcolo recepito nella suddetta relazione tecnica:

- *decalage* del personale;
- *rilevazione del costo medio di gestione delle strutture;*



- rilevazione delle minori esigenze di spesa legate all'abbattimento dei costi di sede
- conseguenti alle cessioni delle infrastrutture;
- rilevazione dei costi complessivi indotti per trasferimento e rilocalizzazione delle strutture,
- attività e personale, stimati sulla scorta di una programmazione mirata degli interventi, tale da non implicare oneri aggiuntivi a carico del bilancio a legislazione vigente e garantire il rispetto della clausola di invarianza.

Tale determinazione, anche a causa del severo contesto economico, risulta oltremodo difficoltosa poiché ogni procedimento di soppressione/riorganizzazione potrà essere avviato solo con la certezza di una disponibilità adeguata/sufficiente di risorse finanziarie.

La quantificazione di tale valore e la sua disponibilità per il conseguimento dell'auspicato riequilibrio è, però, soggetta ad una serie di variabili esogene alla Difesa, non misurabili a priori. I valori totali delle minori esigenze di spesa scontano, infatti, non solo le ipotesi poste a base del modello di calcolo teorico ma anche una serie di allee esterne, non preventivamente certificabili né con riferimento all'*an*, al *quando* o al *quantum*. In caso di soppressione, infatti, i costi di struttura si potranno considerare abbattuti del 100% soltanto all'atto della cessione del cespite. Tale cessione costituisce, nel modello di calcolo adottato e dal punto di vista della temporizzazione degli effetti finanziari, mera indicazione di auspicio; ciò in considerazione dei molteplici profili esecutivi ad oggi riscontrati in fase di restituzione delle infrastrutture anche all'Agenzia del demanio.

Infatti, le procedure di dismissione/valorizzazione del patrimonio infrastrutturale della Difesa sono condizionate/influenzate da fattori esterni quali l'attuale limitata domanda del mercato immobiliare, gli aspetti architettonici legati al parere delle Soprintendenze, l'attribuzione agli Enti Locali della destinazione urbanistica delle aree/immobili in parola e le limitate risorse finanziarie disponibili per effettuare piani di caratterizzazione/bonifiche, ove ritenute necessarie.

A ciò si aggiunga che il processo di riconfigurazione comporta l'insorgere di costi aggiuntivi nei casi in cui la chiusura di un Elemento di Organizzazione (E.d.O.) preveda la riallocazione anche di parte delle relative attività/funzioni. Detti costi di trasformazione/rilocalizzazione delle funzioni si identificano nelle maggiori esigenze indotte dalla movimentazione del personale, valorizzazione e riposizionamento delle risorse strumentali nonché dalla necessità di

riqualificazione delle strutture individuate a tale scopo.

Ai fini del rispetto della tempistica indicata nei decreti legislativi, appare evidente che il quadro finanziario di riferimento debba essere connotato dall'imprescindibile requisito, già in precedenza citato, della stabilità e della certezza delle risorse.

In considerazione delle molteplici variabili descritte, poiché i minori oneri previsionali individuati nella relazione tecnica allegata al D.lgs Ordinamentale hanno connotazione meramente programmatica, le sinergie effettivamente ottenute, l'indispensabile ed imprescindibile volano finanziario (necessario per rispettare uno dei principi cardine del processo di riforma), ovvero l'assenza di maggiori oneri, potranno essere rilevati nell'effettivo ammontare annuo soltanto a consuntivo, a valle della concreta rilocalizzazione delle funzioni espletate dai sopprimendi EE.d.O. del dicastero. L'effettivo ammontare delle risorse da destinare per il tendenziale riequilibrio dei principali settori di spesa (50/25/25), invece, potrà essere determinato soltanto al termine del processo di riordino dello strumento militare (2025).

(p. 16)

Attese, quindi, le finalità della legge 244/2012 e dei discendenti Decreti Legislativi attuativi, si evidenzia che il solo valore aggiunto che può derivare dal riordino/efficientamento/sinergizzazione della Sanità Militare, a similitudine di tutti gli altri settori dello strumento militare oggetto del processo di riforma, può essere individuato unicamente a seguito di rilascio dei compendi dove sono attualmente attestati i comandi/enti in soppressione, ovvero:

- a. nella rilocalizzazione degli immobili liberati e ceduti dalla Difesa e nelle disponibilità di altre Amministrazioni Centrali/territoriali, al fine di abbattere/eliminare i costi sostenuti per fitti passivi;
- b. nel far confluire la restante quota del patrimonio immobiliare reso in disponibilità dalla Difesa all'Agenzia del Demanio, per la sua valorizzazione/vendita.

In esito alle attività di riordino/soppressione degli enti sanitari interforze si sono rese disponibili per la dismissione al Demanio dello Stato cinque infrastrutture sul territorio nazionale. Ulteriori tre installazioni sono state segnalate per la valorizzazione in ambito Difesa, anche mediante la gestione economica di Difesa Servizi S.p.A..

Le ridotte esigenze complessive della Pubblica Amministrazione, in termini di minori oneri ascrivibili ai bilanci delle Amministrazioni Centrali e delle Organizzazioni Territoriali (i.e.:

abbattimento/eliminazione dei costi sostenuti per il pagamento di fitti passivi) nonché il ricavato dalla vendita della parte dei cespiti non rilocati derivanti dalla cessione del patrimonio immobiliare del dicastero, debitamente quantificati, costituiranno il solo contributo che il Ministero della Difesa potrà fornire nell'ambito del processo di revisione della spesa, in ottemperanza a quanto previsto dal "Programma di lavoro del Commissario Straordinario per la revisione della spesa pubblica".

## **Appendice 2**

*Decreto Interministeriale – Difesa-Sanità 4 marzo 2015*

Individuazione delle categorie destinatarie e delle tipologie delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie militari (15A01867) (GU Serie Generale n.62 del 16-3-2015)

### IL MINISTRO DELLA DIFESA e IL MINISTRO DELLA SALUTE

Visto l'art. 183 del decreto legislativo 15 marzo 2010, n. 66, concernente i rapporti della sanità militare con il Servizio sanitario nazionale, con particolare riferimento al comma 6 in cui sono stati riassetati i commi 2-bis e 2-ter dell'art. 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;

Visto l'art. 182 del decreto legislativo 15 marzo 2010, n. 66, concernente i rapporti con la legislazione in materia sanitaria e di igiene pubblica, con particolare riferimento al comma 1, lettera a), in cui e' stata riassetata la lettera v) dell'art. 6 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni;

Considerato che il comma 6, lettera b), dell'art. 183 del decreto legislativo n. 66 del 2010 prevede che con decreto del Ministro della salute e del Ministro della difesa sono individuate le categorie destinatarie e le tipologie delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie militari;

Valutate le esigenze che, nel mutato contesto organizzativo e operativo delle Forze armate, la sanità militare è chiamata a soddisfare;

Rilevata la necessità di continuare ad assicurare un supporto sanitario di consistente e qualificato livello tecnico-professionale al personale militare nonché ad alcune particolari categorie di cittadini e alle popolazioni civili nel corso di missioni e operazioni fuori area e negli interventi in occasione di pubbliche calamità;

Visto il decreto dei Ministri della sanità e della difesa del 31 ottobre 2000, con cui si provvede all'individuazione delle categorie e le tipologie delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie militari;

Considerato sia che in sede applicativa sono sorte incertezze in merito alla possibilità che i

superstiti del personale militare e civile della Difesa possano usufruire delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie militari, sia che è stata segnalata l'opportunità che il personale delle Forze di polizia a ordinamento militare, anche dopo il collocamento in quiescenza, possa continuare a fruire delle prestazioni presso le medesime strutture; Ravvisata pertanto la necessità di adottare un nuovo decreto volto a includere espressamente i superstiti del personale militare e civile della Difesa e il personale in quiescenza delle Forze di polizia a ordinamento militare tra i destinatari delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie militari, nonché ad aggiornare i riferimenti normativi tenendo conto delle disposizioni intervenute;

Decretano:

*Art. 1 - Categorie destinatarie delle prestazioni erogate dalla sanità militare*

1. La sanità militare eroga le prestazioni di cui all'art. 2 in favore delle seguenti categorie:

- a) militari in servizio di leva nonché, ai fini dell'accertamento dell'idoneità al servizio militare, iscritti di leva e loro parenti;
- b) personale militare e civile della Difesa, in servizio e in quiescenza, per patologie correlate a ferite, lesioni e infermità riconosciute dipendenti da causa di servizio.

2. Possono beneficiare delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie militari, nei limiti consentiti dall'organizzazione dei servizi e fatte salve le prioritarie esigenze di cui al comma 1, le seguenti categorie:

- a) personale militare e civile della Difesa, in servizio e in quiescenza, per cause diverse da quelle indicate al comma 1, lettera b);
- b) coniuge, parenti e affini di primo grado del personale militare e civile della Difesa, in servizio e in quiescenza, nonché il coniuge superstite e gli orfani del personale militare e civile della Difesa deceduto;
- c) i componenti, anche cessati dalla carica, degli Uffici di Gabinetto del Ministro della difesa, di cui al regio decreto-legge 10 luglio 1924, n. 1100, e degli uffici di diretta collaborazione, di cui all'art. 14, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e al conseguente regolamento di organizzazione di cui agli articoli da 14 a 21 del decreto del Presidente della Repubblica 15 marzo 2010, n. 90, come pure i relativi coniugi, parenti e

affini di primo grado;

d) personale in servizio e in quiescenza delle Forze di polizia a ordinamento militare e, previa intese con le strutture sanitarie militari, personale in servizio del Corpo militare della Croce rossa italiana, del Corpo delle infermiere volontarie ausiliarie delle Forze armate, nonché appartenenti agli ordini religiosi che prestano la loro opera presso strutture militari;

e) personale in servizio presso gli organismi di informazione e sicurezza;

f) personale militare estero accreditato o in servizio in Italia e relativi coniuge, parenti e affini di primo grado, a condizioni di reciprocità;

g) componenti degli organi costituzionali, sulla base di apposite convenzioni;

h) cittadini italiani e stranieri che, per motivi di opportunità o di sicurezza, necessitano di trattamenti sanitari in ambienti «protetti», previa autorizzazione del Ministro della difesa;

i) cittadini italiani e stranieri, che costituiscono casi di particolare interesse scientifico, clinico o umanitario, individuati di volta in volta con apposita determinazione dell'amministrazione della Difesa, previa comunicazione al Ministero della salute e nel rispetto, per i cittadini stranieri, delle vigenti disposizioni di legge in materia di autorizzazione al ricovero e cura in Italia;

l) cittadini ricoverati, per ragioni d'urgenza, su richiesta del sistema di emergenza sanitaria territoriale;

m) personale in servizio delle Forze di polizia a ordinamento civile e delle altre amministrazioni pubbliche, limitatamente alla sola assistenza presso le strutture sanitarie militari campali, nel corso di missioni e operazioni fuori area nonché in occasione di interventi di protezione civile.

## *Art. 2 - Tipologie delle prestazioni erogate dalla sanità militare*

1. Le strutture sanitarie militari erogano, nei limiti consentiti dall'organizzazione dei servizi, prestazioni diagnostiche e terapeutiche in regime ambulatoriale, di day-hospital e di ricovero afferenti alle branche mediche e chirurgiche ritenute di peculiare interesse dall'amministrazione della difesa.

*Art. 3 - Accordi contrattuali*

1. Nelle more dell'emanazione del decreto di cui all'art. 183, comma 6, lettera a), del decreto legislativo n. 66 del 2010, per l'individuazione delle strutture sanitarie militari accreditabili ai fini della stipula degli accordi contrattuali previsti dall'art. 8-quinquies del decreto legislativo n. 502 del 1992, le strutture sanitarie militari possono avviare l'erogazione delle prestazioni di cui all'art. 2 in favore dei soggetti individuati nell'art. 1.

*Art. 4 - Disposizioni finali*

1. Il presente decreto sostituisce e annulla il decreto interministeriale 31 ottobre 2000, come modificato dal decreto 29 marzo 2006.

Roma, 4 marzo 2015

Il Ministro della difesa  
Pinotti

Il Ministro della salute  
Lorenzin

## *Biblio-emero-webgrafia*

- Appadurai A. (1996), *Modernity at large. Cultural Dimensions of Globalization*, University of Minnesota, Minneapolis, 1996
- Audino E., “Sanità militare, il modello tedesco: ospedali efficienti e sempre aperti”, [http://inchieste.repubblica.it/it/repubblica/rep-it/2012/12/18/news/santi\\_militare\\_estero-48919947/](http://inchieste.repubblica.it/it/repubblica/rep-it/2012/12/18/news/santi_militare_estero-48919947/), *Repubblica-Webarchive*, 12 dicembre 2012
- Bonazzi G. (2008), *Storia del pensiero organizzativo*, Franco Angeli, Milano
- Brown J., P. Duguid (1991), “Organizational Learning and Communities-of-Practice: Toward a Unified View of Working, Learning and Innovation”, *Organization Science*, 2, pp.40-57
- Castel R., (2003), *L'insicurezza sociale. Che cosa significa essere protetti*, Einaudi, Torino
- Cesareo V. (a cura di) (2003), *I protagonisti della società civile*, Rubbettino, Soveria Mannelli
- Collins R. (1992), *Teorie sociologiche*, Il Mulino, Bologna
- Committee of the Chiefs of Military Medical Services in NATO (COMEDS), *43rd Plenary Meeting*, Berlino, Germania, 1-5 June 2015
- Czarniawska B. e B. Joerges (1995), *Venti di cambiamento organizzativo*, in S. Bacharach, P. Gagliardi e B. Mundell, *Il pensiero organizzativo europeo*, Guerini, Milano
- Department of Defense (US) (2007), *Task Force on the Future of Military Health Care*, Washington D.C.,  
<http://www.naus.org/wp-content/uploads/2015/07/MilHealthCareTaskForceFINALREPORT12-07.pdf>
- De Nardis P. (1996), *L'equivoco sistema. Soggetti, istituzioni e struttura sociale nelle prospettive funzionalistiche*, Franco Angeli, Milano
- Evan W.M. (1966), *The Organization Set. Toward of Theory of Interorganizational Relations*, in J.D. Thompson, *Approaches to Organizational Design*, University of Pittsburgh Press, Pittsburgh, pp. 175-191
- Ferrara A. (2001), *Alcuni fattori di debolezza della cultura politica democratica in Italia*, in F. Crespi, A. Santambrogio, *La cultura politica nell'Italia che cambia*, Carocci, Roma, pp. 85-104
- Ferrarotti F. (1966), *Idee per la nuova società*, Vallecchi, Firenze



- Fromm E., *Psicoanalisi e buddhismo zen* (1968), in, Fromm E., Suzuki D.T., *Psicoanalisi e buddhismo zen*, Astrolabio-Ubaldini, Roma, pp. 85-147
- Gagliardi P. (a cura di) (1986), *Le imprese come culture. Nuove prospettive di analisi organizzativa*, Isedi, Torino
- Gandolfi A. (1999), *Formicai, imperi, cervelli. Introduzione alla scienza della complessità*, Bollati Boringhieri, Torino
- Gellner E. (1996), *Le condizioni della libertà*, Ed. di Comunità, Milano
- Giannelli N. (2008), *L'analisi delle politiche pubbliche*, Carocci, Roma
- Giddens A. (1994), *Le conseguenze della modernità*, Il Mulino, Bologna
- Greenwood E. (1957), "Attributes of a Profession", *Social Work*, 2, pp. 44-55
- Hatch M. J. (2009), *Teoria dell'organizzazione*, Il Mulino, Bologna
- Herzberg F. (1966), *Work and the Nature of Man*, World Publications Co., New York
- Huntington S.P. (1957), *The Soldier and the State. The Theory and Politics of Civil-Military Relations*, Harvard University Press, Cambridge, Mass., tr.it. parziale, "L'ufficiale come professionista", in F. Battistelli (1990), *Marte e mercurio. Sociologia dell'organizzazione militare*, FrancoAngeli, Milano, pp. 391-402
- Lave J. e E. Wenger (1991), *Situated Learning: Legitimate Peripheral Participation*, Cambridge University Press, Cambridge (trad. it. *L'apprendimento situato*, Erikson, Trento)
- Macioti M. I. (1994), *Il concetto di ruolo nel quadro della teoria sociologica generale*, Laterza, Roma-Bari, 1994
- Magatti M. (2003), *Per una definizione di società civile*, in V. Cesareo (a cura di), *I protagonisti della società civile*, Rubbettino, Soveria Mannelli, pp. 27-69
- Magatti M. (2008), *Globalizzazione e politica*, pp. 25-52, in A. Montanari e P. Fantozzi, a cura di, *Politica e mondo globale. L'internalizzazione della vita politica e sociale*, Carocci, Roma
- Merton R.K. (1992), *Teoria e struttura sociale*, Il Mulino, Bologna
- Ministero della Difesa (2015), *Libro Bianco per la Sicurezza Internazionale e la Difesa. La nostra Difesa*, Ministero della Difesa, Roma
- Mintberg H. (1985), *La progettazione dell'organizzazione aziendale*, Il Mulino, Bologna
- Morlino L. (2005), *Introduzione alla ricerca comparata*, Il Mulino, Bologna

- Moro G. (2009), *Partecipare a cosa? Per una riconsiderazione del nesso tra democrazia partecipativa e attivismo organizzato dei cittadini in Italia e in Europa*, paper presentato al *Convegno annuale SISP*, Università LUISS, Roma, 18 Settembre
- Moskos C. C. (1977), "From Institution to Occupation: Trends in Military Organization", *Armed Forces and Society*, 4, 1, p. 41-50
- Negri M. (2002), "Quarto settore: il volontariato estremo", scheda 17 nell'ambito della sezione Egoismo/solidarietà del *Rapporto Italia 2002*, Eurispes, Roma, pp. 403-416
- Negri M. (2003), "La dimensione spazio-temporale delle organizzazioni: l'illusione dell'organizzazione separata", in *Rivista trimestrale di scienza dell'amministrazione. Analisi delle politiche pubbliche*, 4, pp. 3-33
- Negri M. (2010), *Le politiche locali per la sicurezza. Attivazione dell'organizzazione diffusa a tutela del diritto alla città sicura*, Aracne, Roma
- Negri M. (2015), "Il mutamento dei ruoli sociali e dei fenomeni organizzativi: i concetti di diffusione e professione", *Sociologia. Rivista Quadrimestrale di Scienze Storiche e Sociali*, Cangemi, 3/2014, pp. 53-64
- Negri M., G.B. Colucci (1996), *Il soldato della complessità: tra specializzazione e flessibilità*, Cemiss-Informazioni della Difesa, Roma
- Olmeda Gomez J. A. (1990), *Le caratteristiche della professione militare*, in F. Battistelli, *Marte e mercurio. Sociologia dell'organizzazione militare*, Franco Angeli, Milano, pp. 408-417
- Regonini G. (1989), *L'analisi delle politiche pubbliche*, in Freddi G. (a cura di), *Scienza dell'amministrazione e politiche pubbliche*, NIS, Roma, pp.313-349
- Schein E. (1978), "Verso una nuova consapevolezza della cultura organizzativa", in P. Gagliardi (a cura di)
- Selznick P. (1948), "Foundations of the Theory of Organization", *American Sociological Review*, vol. 13, febbraio
- Stanley J., Blair J.D. (1993), *Challenges in Military Health Care. Perspectives on Health Status and the Provision of Care*, Transaction Publishers, New Brunswick (USA) and London (GB)
- Toth F. (2014), *La sanità in Italia*, Il Mulino, Bologna
- Thompson J. D. (1966), *Approaches to Organizational Design*, University of Pittsburgh Press, Pittsburgh

Thompson J. D. (1988), *L'azione organizzativa*, Isedi, Torino.

Weber M. (2004), *La scienza come professione. La politica come professione*, Einaudi, Torino

Wenger E. (1998), *Communities of Practice. Learning, Meaning and Identity*, Cambridge University Press, Cambridge

*Principali siti consultati (o specifiche sezioni di siti)*

Advisory Group on Military Medicine: [www.gov.uk/government/organisations/advisory-group-on-military-medicine](http://www.gov.uk/government/organisations/advisory-group-on-military-medicine)

Cuerpo Militar de Sanidad – Spagna: [www.cuerpomilitardesanidad.es/](http://www.cuerpomilitardesanidad.es/)

Defence Medical Services – UK - [www.gov.uk/government/groups/defence-medical-services](http://www.gov.uk/government/groups/defence-medical-services)

Military Health – USA: <http://www.health.mil>

Ministère de la Defense (Francia): [www.defense.gouv.fr](http://www.defense.gouv.fr)

Ministère des Affaires Sociales la Santé et des droits des femmes: <http://www.sante.gouv.fr>

Ministero della Difesa (Italia): [www.difesa.it](http://www.difesa.it)

Ministry of Defence (Regno Unito): [www.gov.uk/government/organisations/ministry-of-defence](http://www.gov.uk/government/organisations/ministry-of-defence)

NATO Centre of Excellence for Military Medicine (MILMED COE): [www.coemed.org](http://www.coemed.org)

Sanitätsdienst der Bundeswehr: [www.sanitaetsdienst-bundeswehr.de](http://www.sanitaetsdienst-bundeswehr.de)

UK Government (Regno Unito): [www.gov.uk](http://www.gov.uk)

*Principali riferimenti normativi, documenti di supporto al processo decisionale e attuativi (relativi al caso italiano)*

Decreto Interministeriale Sanità-Difesa 31 ottobre 2000 ("Individuazione delle categorie destinatarie e delle tipologie delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie militari");

D. Lgs. 15 marzo 2010 n. 66 (Codice dell'ordinamento militare - compiti e attribuzioni);

D.P.R. 15 marzo 2010 n. 90 (Testo unico delle disposizioni regolamentari in materia di ordinamento militare –TUOM, norme regolamentari);

Gruppo di Lavoro della Sanità Militare (GDL), *Progetto sul riordino della sanità militare. Relazione per il Capo Ufficio Generale della Sanità Militare*, Sanità Militare, Roma, 23 febbraio 2011

L. 31 dicembre 2012 n. 244 e decreti attuativi discendenti (approvati nel C.d.M. del 10.01.2014) (Delega al Governo per la revisione dello strumento militare nazionale e norme sulla medesima materia)

Stato Maggiore della Difesa, 2015, *Revisione della spesa. Sanità Militare*, Roma, [http://revisionedellaspesa.gov.it/documenti/Difesa\\_sanitx\\_militare.pdf](http://revisionedellaspesa.gov.it/documenti/Difesa_sanitx_militare.pdf)

Decreto Interministeriale – Sanità-Difesa 4 marzo 2015, *Individuazione delle categorie destinatarie e delle tipologie delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie militari* (15A01867) (GU Serie Generale n.62 del 16-3-2015)

ultima di Copertina, con presentazione del CeMiSS e nota Biografica dell'Autore