



# CORTE DEI CONTI

SEZIONE CENTRALE DI CONTROLLO  
SULLA GESTIONE DELLE AMMINISTRAZIONI DELLO STATO

## IL SERVIZIO SANITARIO MILITARE

Deliberazione 7 agosto 2019, n. 16/2019/G



CORTE DEI CONTI





**CORTE DEI CONTI**

---

**SEZIONE CENTRALE DI CONTROLLO  
SULLA GESTIONE DELLE AMMINISTRAZIONI DELLO STATO**

## **IL SERVIZIO SANITARIO MILITARE**

**Relatore  
Consigliere Paolo Romano**

Hanno collaborato  
per l'istruttoria e l'elaborazione dei dati: Gabriella Pace, Stefania Vassura

## SOMMARIO

	Pag.
Deliberazione .....	11
* * *	
Relazione .....	15
Sintesi .....	17
CAPITOLO I - Oggetto e scopo dell'indagine.....	19
1. Oggetto e scopo dell'indagine .....	19
2. Metodologia .....	21
CAPITOLO II -Le connotazioni normative, funzionali e organizzative della sanità militare .....	25
1. Definizione e finalità della sanità militare e l'applicabilità dei parametri di valutazione del Servizio sanitario nazionale.....	25
2. L'articolazione e l'organizzazione della sanità militare .....	30
3. Sanità territoriale .....	34
4. Sanità di aderenza .....	36
5. Il Policlinico "Celio" .....	38
6. La collaborazione con il Servizio sanitario nazionale .....	45
6.1. Protocolli d'intesa .....	45
6.2. Convenzioni a titolo oneroso con strutture sanitarie pubbliche e con medici estranei all'amministrazione dello Stato .....	51
7. La programmazione della spesa sanitaria .....	55
8. Le attività di specifico rilievo istituzionale per la sanità militare.....	64
8.1. La medicina operativa e delle emergenze.....	64
8.2. La medicina legale e la medicina preventiva .....	67
8.3. La medicina del lavoro .....	71
9. Il settore della ricerca militare .....	73
10. La prospettiva di eventuali esternalizzazioni e possibili limiti .....	81
CAPITOLO III - I sistemi informativi della sanità militare .....	85
1. I sistemi informativi impiegati dal servizio sanitario militare.....	85
1.1. Il sistema informativo sanitario amministrazione Difesa - Sisad.....	85
1.2. L'architettura del Sisad.....	86
1.3. L'utilizzo del Sisad .....	87
1.4. L'implementazione del Sisad.....	87
1.5. Gli aspetti finanziari.....	88
2. Il servizio di telemedicina della Difesa .....	89
2.1. L'architettura del servizio di telemedicina .....	90
2.2. L'utilizzazione del servizio per Forza Armata.....	91

2.3. Le risorse umane.....	92
2.4. Le finalità e le attività della telemedicina militare.....	92
2.5. Gli aspetti gestionali della <i>policy</i> .....	94
2.6. Il quadro finanziario .....	95
2.7. La verifica di efficacia dei servizi forniti dalla telemedicina militare.....	97
<b>CAPITOLO IV - Gli aspetti contabili e finanziari della sanità militare.....</b>	<b>101</b>
1. Gli aspetti contabili e finanziari della sanità militare.....	101
1.1. La spesa sanitaria militare relativa al periodo 2012-2018 .....	101
1.2. La spesa sanitaria per il funzionamento e le voci più significative.....	101
2. I costi del personale addetto alla sanità militare.....	111
3. Rappresentazione della spesa sanitaria militare attraverso i parametri del Servizio sanitario nazionale.....	116
4. L'organizzazione del Policlinico militare ed un raffronto con strutture del Servizio sanitario nazionale .....	122
5. L'organizzazione in chiave interforze e la razionalizzazione .....	134
<b>CAPITOLO V - Considerazioni conclusive e raccomandazioni .....</b>	<b>139</b>
1. Considerazioni conclusive .....	139
2. Raccomandazioni .....	144

## INDICE DELLE TABELLE

Tabella 1 - Personale impiegato nella sanità territoriale e costi - anni 2010-2018.....	35
Tabella 2 - Personale impiegato nella sanità di aderenza e costi - anni 2016-2018 .....	37
Tabella 3 - Accordi e protocolli d'intesa tra il Ministero e le Regioni.....	46
Tabella 4 - Convenzioni/protocolli d'intesa anni 2012-2016 .....	49
Tabella 5 - Convenzioni/protocolli d'intesa anni 2012-2018 Stato maggiore della Marina.....	49
Tabella 6 - Convenzioni con liberi professionisti e onere finanziario anni 2012-2018 - Esercito - Marina - Aeronautica .....	52
Tabella 7 - Convenzioni con liberi professionisti e onere finanziario anni 2012-2018 - Arma dei Carabinieri .....	53
Tabella 8 - Organismi e personale impiegati nella medicina operativa e delle emergenze nel periodo 2016-2018.....	66
Tabella 9 - Numero complessivo personale permanentemente impiegato nella medicina legale, preventiva e del lavoro e provvedimenti e provvedimenti medico legali anni 2016-2018 .....	69
Tabella 10 - Il personale censito dal Sisad .....	87
Tabella 11 - Oneri di finanziamento del Sisad nel periodo 2012-2018 .....	88
Tabella 12 - Attività di telemedicina del Policlinico "Celio" .....	94
Tabella 13 - Consulenze assicurate dal Policlinico militare "Celio" nel periodo 2012-2018.....	94

Tabella 14 - L'attività di manutenzione e assistenza dei sistemi informativi della sanità militare.....	96
Tabella 15 - Costi per ora di volo dei mezzi aerei della Difesa .....	97
Tabella 16 - Spesa sanitaria complessiva di funzionamento suddivisa per capitoli Stato maggiore Esercito - anni 2012-2018 .....	102
Tabella 17 - Spesa sanitaria complessiva di funzionamento suddivisa per capitoli Stato maggiore Marina - anni 2012-2018 .....	103
Tabella 18 - Spesa sanitaria complessiva di funzionamento suddivisa per capitoli Stato maggiore dell'Aeronautica- anni 2012-2018 .....	104
Tabella 19 - Spesa sanitaria complessiva (funzionamento e investimento) suddivisa per capitoli - anni 2012-2018 - Arma dei Carabinieri .....	106
Tabella 20 - Spesa sanitaria complessiva di funzionamento suddivisa per capitoli anni 2012-2018 - Stato maggiore della Difesa .....	107
Tabella 21 - Spesa sanitaria complessiva per investimento suddivisa per capitoli Anni 2012-2018 - Stato maggiore della Difesa .....	107
Tabella 22 - Riepilogo spesa sanitaria settore investimento - anni 2012-2018 Stato maggiore della Difesa .....	109
Tabella 23 - Riepilogo della spesa sanitaria di funzionamento - anni 2012-2018 Forze Armate.....	109
Tabella 24 - Spesa sanitaria complessiva di funzionamento suddivisa per capitoli Anni 2012-2018 - Segredifesa.....	110
Tabella 25 - Spesa sanitaria complessiva di funzionamento suddivisa per capitoli anni 2012-2018 - Bilandife.....	110
Tabella 26 - Consistenza del personale sanitario militare e costo lordo - anni 2016-2018.....	112
Tabella 27 - Personale sanità Aeronautica militare per funzione - anno 2018.....	114
Tabella 28 - Sanità territoriale- prestazioni sanitarie erogate anno 2018 Esercito.....	117
Tabella 29 - Indici sanitari prestazioni ospedaliere - anno 2016.....	120
Tabella 30 - indici sanitari prestazioni ospedaliere - anno 2017 .....	120
Tabella 31 - Indici sanitari prestazioni ospedaliere - anno 2018.....	121
Tabella 32 - Sanità territoriale - costo complessivo anni/persona- periodo 2012-2018 - Esercito.....	121
Tabella 33 - Sanità territoriale - costo complessivo anni/persona - periodo 2012 - 2018 Marina militare .....	121
Tabella 34 - Sanità territoriale - costo complessivo anni/persona - periodo 2012 -2018 Aeronautica militare .....	122
Tabella 35 - Sanità territoriale - costo complessivo anni/persona - periodo 2012-2018 Arma Carabinieri.....	122
Tabella 36- Sanità territoriale - costo complessivo anni/persona - periodo 2012-2018 Forze Armate.....	122
Tabella 37 - Numero del personale del Policlinico per categoria, specializzazione, funzione e costi - anno 2016.....	124

Tabella 38 – Policlinico “Celio” – personale effettivo – anni 2016-2018.....	128
Tabella 39 – Confronto tra il Policlinico militare “Celio” ed alcune strutture ospedaliere pubbliche della Capitale .....	128
Tabella 40 – Personale di supporto logistico Policlinico “Celio” numero e funzioni	131

#### INDICE DEI GRAFICI

Grafico 1 - Attuale organizzazione territoriale della sanità militare .....	31
Grafico 2 - Organizzazione territoriale della sanità militare <i>ante</i> riordino .....	32
Grafico 3 - Attuale organizzazione territoriale della sanità.....	33
Grafico 4 - Organigramma Policlinico militare “Celio” .....	39
Grafico 5 - Esercito italiano - ciclo di programmazione finanziaria sanitaria .....	57
Grafico 6 - Marina militare - ciclo di programmazione finanziaria sanitaria.....	59
Grafico 7 - Aeronautica militare - ciclo di programmazione finanziaria sanitaria .....	60
Grafico 8 - Arma dei Carabinieri - ciclo di programmazione finanziaria sanitaria .....	62

\* \* \*

#### ALLEGATI

Allegato 1 – Indice abbreviazioni .....	145
Allegato 2 – Scheda descrittiva sul Sistema Informativo Finanziario dell’Amministrazione Difesa (SIFAD).....	147



## **DELIBERAZIONE**





## CORTE DEI CONTI

### SEZIONE CENTRALE DI CONTROLLO SULLA GESTIONE DELLE AMMINISTRAZIONI DELLO STATO

Collegi congiunti

Adunanza dei Collegi congiunti dell'11 luglio 2019  
e Camera di consiglio dell'11 luglio 2019

Presieduta dal Presidente Carlo Chiappinelli

Composta dai magistrati:

Presidente Carlo CHIAPPINELLI

Consiglieri Antonello COLOSIMO, Massimo DI STEFANO, Antonio MEZZERA,  
Leonardo VENTURINI, Fernanda FRAIOLI, Paola COSA, Elena  
TOMASSINI, Mauro OLIVIERO, Marco SMIROLDO, Paola BRIGUORI,  
Michele SCARPA, Paolo ROMANO, Rossana RUMMO, Alessandro  
FORLANI

Primo referendario Cosmo SCIANCALEPORE

\* \* \*

Visto l'art. 100, comma 2, Cost.;

vista la l. 14 gennaio 1994, n. 20 e, in particolare, l'art. 3, c. 4, ai sensi del quale la Corte dei conti svolge il controllo sulla gestione delle amministrazioni pubbliche, verificando la corrispondenza dei risultati dell'attività amministrativa agli obiettivi stabiliti dalla legge e valutando comparativamente costi, modi e tempi dello svolgimento dell'azione amministrativa;

vista la deliberazione della Sezione in data 26 gennaio 2017, n. 1/G, con la quale è stato approvato il programma di controllo sulla gestione per l'esercizio 2017;

vista la relazione, presentata dal cons. Paolo ROMANO, che illustra gli esiti dell'indagine condotta in merito al "Servizio sanitario militare";

vista l'ordinanza in data 27 giugno 2019, con la quale il presidente della Sezione ha convocato i Collegi congiunti per l'adunanza dell'11 luglio 2019, al fine della pronuncia sulla gestione in argomento;

vista la nota n. 1854 del 28 giugno 2019, con la quale il Servizio di segreteria per le adunanze ha trasmesso la relazione ai seguenti uffici:

**Ministero della Difesa:**

- Capo di Gabinetto;
- Ufficio del Capo di Stato Maggiore della Difesa;
- Ufficio del Sottocapo di Stato Maggiore della Difesa;
- Ufficio del Capo di Stato Maggiore dell'Esercito;
- Ufficio del Capo di Stato Maggiore della Marina;
- Ufficio del Capo di Stato Maggiore dell'Aeronautica;
- Ufficio del Comandante Generale dell'Arma dei Carabinieri;
- Ispettore Generale della Sanità Militare;
- Direttore dell'Ufficio Generale Pianificazione Programmazione e Bilancio SMD;
- Direttore dell'Ufficio Centrale del Bilancio e Affari finanziari;
- Presidente dell'Organismo Indipendente di Valutazione;
- Direttore dell'Ufficio centrale del Bilancio presso il Ministero della Difesa.

**Ministero della Salute:**

- Direzione Generale della Programmazione Sanitaria;

**Ministero dell'Economia e delle Finanze:**

- Gabinetto del Ministro;
- Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato;  
udito il relatore, cons. Paolo ROMANO;  
uditi, in rappresentanza delle amministrazioni convocate:

**- per il Ministero della Difesa:**

- Capo di Gabinetto - Colonnello Luigi RIGGIO, Tenente Colonnello Innocenzo BRANCATI, Dott.ssa Maria DE PAOLIS - dirigente;
- Ufficio del Capo di Stato Maggiore dell'Esercito - Colonnello Francesco CARDONE, Tenente Colonnello Quirino AVOLI;
- Ufficio del Capo di Stato Maggiore della Marina - Contrammiraglio Riccardo GUARDUCCI; Capitano di Fregata Roberto MORCIANO; Tenente di Vascello Luca DE GIUSEPPE
- Ufficio del Capo di Stato Maggiore dell'Aeronautica - Generale Ispettore Domenico ABBENNANTE, Colonnello Sergio GIUSTI, Tenente Colonnello Franco DIOLETTA, Tenente colonnello Antonio PARRELLA;
- Ufficio del Comandante Generale dell'Arma dei Carabinieri - Tenente Colonnello Giuseppe DE LORENZO;
- Comandante Generale della Sanità dell'Esercito - Maggiore Generale Antonio BATTISTINI
- Ispettore Generale della Sanità militare - Maggiore Generale Nicola SEBASTIANI; Generale Ispettore Roberto BISELLI; Contrammiraglio Filippo CROCIATA; Generale Francesco DIELLA; Generale Roberto ROSSETTI;
- Direttore dell'Ufficio Generale Pianificazione, Programmazione e Bilancio SMD - Contrammiraglio Leonardo BIANCHI; Colonnello Salvatore Alessandro SARCIA', Capitano di Fregata Mariano LA MALFA;
- Presidente dell'Organismo Indipendente di Valutazione - Dott. Luciano SPOSATO - Dirigente, Tenente colonnello Tiziano BENEDETTI;

**Per il Ministero della Salute:**

Direzione Generale della programmazione sanitaria - dott. Andrea URBANI, Direttore Generale.

## DELIBERA

di approvare, con le modifiche apportate dal Collegio in camera di consiglio, la relazione concernente “Il servizio sanitario militare”.

La presente deliberazione e l’unita relazione saranno inviate, a cura della Segreteria della Sezione, alla Presidenza del Senato della Repubblica e alla Presidenza della Camera dei deputati, alla Presidenza della Commissione Bilancio del Senato della Repubblica, alla Presidenza della Commissione Bilancio della Camera dei Deputati nonché alle seguenti amministrazioni:

- Presidenza del Consiglio dei ministri - Segretariato generale;
- Ministero dell’economia e delle finanze - Gabinetto del Ministro;
- Ministero della Difesa - Gabinetto del Ministro;
- Ministero della Salute – Gabinetto del Ministro;
- Ufficio centrale di bilancio presso il Ministero della Difesa.

Le amministrazioni interessate:

comuniceranno alla Corte e al Parlamento, entro sei mesi dalla data di ricevimento della presente relazione, le misure consequenziali adottate ai sensi dell’art. 3, c. 6, l. 14 gennaio 1994, n. 20, come modificato dall’art. 1, c. 172, l. 23 dicembre 2005, n. 266 (legge finanziaria 2006);

ove ritengano di non ottemperare ai rilievi formulati, adotteranno, entro trenta giorni dalla ricezione della presente relazione, l’eventuale provvedimento motivato previsto dall’art. 3, c. 64, l. 24 dicembre 2007, n. 244.

La presente deliberazione è soggetta a obbligo di pubblicazione, ai sensi dell’art. 31 d.lgs. 14 marzo 2013, n. 33 (concernente il “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”).

La presente relazione sarà inviata, altresì, alle Sezioni riunite in sede di controllo.

Il consigliere relatore  
f.to Romano

Il presidente  
f.to Chiappinelli

Depositata in segreteria il 7 agosto 2019

Il dirigente  
f.to Volpe



## **RELAZIONE**





## Sintesi

L'indagine sul servizio sanitario militare è stata condotta per accertare se i processi di revisione riduttiva del settore, previsti dalla legge n. 244 del 2012 e da direttive ministeriali in materia, siano stati attuati e se, contestualmente, sia stato assicurato il mantenimento dell'efficienza del servizio stesso, nonché se tali obiettivi siano stati perseguiti secondo criteri di economicità. Trasversale a buona parte della complessa attività istruttoria è risultata la definizione del rapporto fra il servizio in questione ed il Servizio sanitario nazionale (SSN), quest'ultimo considerato necessario termine di confronto per elaborare più concrete valutazioni. La centralità di questo tema ha richiesto una preventiva rappresentazione, a carattere analitico, del servizio sanitario militare, indispensabile per apprezzare, per ciascuna branca ed attività, punti di contatto e di diversificazione con il SSN; tale adempimento ha poi permesso di applicare, anche per i profili contabili e finanziari, parametri di valutazione standard, per quanto possibile validi sia per l'organizzazione sanitaria militare che per quella civile. E' emersa in tal modo una sovrapposibilità solo parziale fra le due organizzazioni, differenziate quanto ai rispettivi scopi primari e pertanto regolate da normative intese a perseguire obiettivi operativi solo in parte coincidenti; allo stesso tempo, nondimeno, sono affiorati diversi settori in cui è già in corso una proficua interazione e collaborazione fra le due realtà. Il lavoro istruttorio svolto ha costituito, altresì, una utile occasione per verificare la effettiva praticabilità e convenienza di soluzioni organizzative del rapporto fra servizio sanitario militare e SSN diverse da quella attualmente adottate dalla legge n. 833 del 1978 e dal Codice dell'ordinamento militare.

A tal riguardo:

- quanto al computo complessivo dei costi va considerato che una rilevante parte degli oneri connessi all'esercizio della sanità della Difesa sono conseguenti a adempimenti e necessità squisitamente militari, che dovrebbero comunque trovare soddisfazione, anche in un diverso contesto organizzativo;
- del pari, la prospettiva di estese esternalizzazioni di esigenze e funzioni della sanità militare induce a ritenere non particolarmente significative le minori spese che a tali misure potrebbero conseguire.

Inoltre:

- i previsti processi di razionalizzazione e di riduzione dei costi della sanità militare, affrontati a partire dal 2012 e tuttora in corso, sono risultati sostanzialmente incisivi nel solo triennio 2012 - 2015 che registra un considerevole calo degli addetti e degli oneri, anche di funzionamento; nell'ultimo triennio non si evidenziano ulteriori riduzioni, anche se gli effetti delle misure adottate risultano stabilizzati;
- il volume delle diversificate tipologie di prestazioni complessivamente assicurate dal servizio sanitario militare nel periodo 2015-2018, nei vari settori che ne caratterizzano i compiti, permette di affermare che gli obiettivi di efficacia dell'organizzazione sono stati in buona parte raggiunti;
- residuano, per quanto attiene allo specifico profilo dell'efficienza, i diversi, seguenti temi su cui si ritiene, nonostante quanto sin qui realizzato, sia doveroso auspicare concreti miglioramenti quali:
  - . più intense collaborazioni e sinergie con il SSN;
  - . riduzione delle convenzioni a titolo oneroso;
  - . ampliamento dei sistemi informativi della medicina militare;
  - . potenziamento dell'attività di ricerca;
  - . applicazione per la sanità di sostegno - (al netto delle irrinunciabili esigenze legate alla condizione militare) di parametri e di indicatori di efficienza il più possibile affini a quelli stabiliti per le strutture del SSN;
  - . semplificazione dei procedimenti di programmazione finanziaria riguardanti la sanità militare;
  - . definitiva implementazione, nel settore, del principio di interforzizzazione.

# CAPITOLO I

## OGGETTO E SCOPO DELL'INDAGINE

*Sommario:* 1. Oggetto e scopo dell'indagine. 2. Metodologia.

### 1. Oggetto e scopo dell'indagine

A far data dagli anni 2000 l'apparato militare è stato più volte riorganizzato attraverso razionalizzazioni e riduzioni. Le attività di riordino hanno riguardato anche il Servizio sanitario militare, ed hanno tracciato una revisione dei suoi assetti organizzativi, soprattutto in chiave interforze. In altri termini è stato avviato, e perseguito, un disegno di ridimensionamento e di coesione delle strutture e del personale sanitario delle Forze armate, con l'obiettivo, contestuale, di mantenere, comunque inalterata l'efficienza e la qualità del servizio reso e, ove possibile, di migliorarlo.

La sanità militare costituisce un settore di centrale interesse per la Difesa e tale servizio, secondo il d.m. Sanità-Difesa del 4 marzo 2015 - che ne individua dettagliatamente i beneficiari - va erogato ad un bacino di potenziali utenti (personale in servizio, ed eventualmente, in congedo dell'Esercito, Marina, Aeronautica, Arma Carabinieri, Guardia di Finanza, dipendenti civili della Difesa, e loro familiari) stimabile, per difetto, in non meno di 400.000 unità <sup>1</sup>. La Sezione, per tali motivi, si è posta l'obiettivo di verificare,

---

<sup>1</sup> d.m. Sanità-Difesa del 4 marzo 2015, art 1, commi 1 e 2:

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, previe intese con le strutture sanitarie militari, personale in servizio del Corpo militare della Croce rossa italiana, del Corpo delle infermiere

attraverso l'indagine II.8 denominata "Il servizio sanitario militare", se i processi di revisione riduttiva del settore previsti dalla legge n. 244 del 2012 siano stati puntualmente attuati e se, contestualmente, sia stato assicurato il mantenimento dell'efficienza del servizio stesso, garantendone le capacità operative.

L'indagine è stata determinata dalla rilevanza ed incisività delle modifiche strutturali per ultimo introdotte proprio dalla citata legge, che comportano, ad esempio, un ridimensionamento delle risorse umane e professionali dedicate alla specifica funzione di sanità pari al 21 per cento (- 358 unità) degli ufficiali dei corpi sanitari (da 1.683 unità a 1.325) da operare entro il 2024.

Si è ritenuto opportuno prendere in esame anche l'aspetto della collaborazione con il Servizio sanitario nazionale (di seguito SSN), in considerazione della peculiarità e della professionalizzazione dello strumento militare che richiede una "ottimizzazione" delle interazioni tra enti/strutture sanitarie militari e organismi sanitari civili, secondo quanto stabilito dall'art. 183 del Codice dell'ordinamento militare (di seguito TUOM) circa le collaborazioni con il SSN, allo scopo di accertare se, e in quale forma, il Ministero della difesa abbia sviluppato, in diversi ambiti di interesse, le possibili sinergie con quello della salute.

---

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. "

Al termine del 2017 le tre Forze armate sommano 168.232 unità effettive in servizio, i carabinieri 111.741, i finanzieri 60.879, i civili della Difesa 25.226 unità, per un totale di 365.952 unità, cui va aggiunta una percentuale, prudenziale, del 10 per cento dei familiari aventi diritto, fino a raggiungere la cifra di 402.685, approssimata a 400.000 per difetto, senza prendere in considerazione il personale in congedo ed i loro familiari.

## 2. Metodologia

Considerata la marcata specificità della materia da affrontare, tale da presupporre una attenta valutazione circa le effettive “interazioni” fra il Servizio sanitario nazionale ed il servizio di sanità militare, si è scelto di orientare la prima richiesta istruttoria, allo scopo di acquisire - *in primis* - una significativa quantità di dati informativi, indispensabili per meglio comprendere, e poi stimare, l’organizzazione, le strutture e le procedure (molte delle quali risultate connotanti) attraverso cui viene attualmente erogato il complesso ed articolato servizio di sanità militare, in tal modo ponendo le basi di conoscenza necessarie anche per apprezzarne differenze e sinergie con il SSN.

Quest’ultimo, infatti, pur considerando le diversità al riguardo emerse, ed ampiamente tratteggiate dal Ministero interessato, rimane il paradigma cui la Sezione ha inteso riferirsi, ed in assenza del quale sarebbe stato riduttivo sviluppare analisi e valutazioni circa l’economicità della gestione della sanità militare.

Quanto emerso rispetto alle descritte tematiche è stato riepilogato ed esposto nel Capitolo II della presente relazione.

Con la successiva nota istruttoria, poi, si è inteso approfondire, alla luce degli elementi comunicati, gli aspetti contabili e finanziari di maggior interesse e quindi concentrare l’attenzione sulle risorse impiegate per sostenere e far funzionare il servizio sanitario militare, ricercandone il dettaglio in termini di costi e di personale, onde verificarne l’economicità, in relazione agli obiettivi fissati dalla normativa vigente.

In particolare la Difesa, sollecitata a collaborare sullo specifico punto per fornire elementi finalizzati ad una valutazione comparativa tra la sanità militare e la sanità civile, in termini di prestazioni erogate e costi sostenuti, ha comunque inteso, preliminarmente, precisare che tale confronto può presentare taluni profili di criticità, qualora si trascuri di considerare i differenti presupposti costitutivi e funzionali che contraddistinguono i due ambiti, che ha quindi ritenuto opportuno tratteggiare in maniera schematica.

Nel dettaglio ha rappresentato che:

- il Servizio sanitario nazionale (SSN) è un sistema di strutture e servizi che hanno lo scopo di garantire a tutti i cittadini, in condizioni di uguaglianza, l’accesso universale all’erogazione equa delle prestazioni sanitarie (LEA), in attuazione

dell'art. 32 della Costituzione;

- il Servizio sanitario militare (SSM), è un sistema di strutture e servizi che deve assicurare il complesso delle attività che concorrono a garantire l'efficienza psico-fisica del personale militare e civile dell'Amministrazione della Difesa, incaricato di assolvere al sacro dovere della difesa della Patria ai sensi dell'art. 52 della Costituzione, prioritariamente provvedendo:<sup>2</sup>
  - a) all'accertamento dell'idoneità dei cittadini al servizio militare (fase di selezione) e dei militari al servizio incondizionato ed a specifiche attività operative;
  - b) alla tutela della salute dei militari e assistenza sanitaria preventiva, curativa e riabilitativa;
  - c) alla ricerca nei settori operativi e dei farmaci "di nicchia";
  - d) al rifornimento dei materiali tecnici e di servizio generale, necessari a soddisfare i bisogni in tempo di pace, di grave crisi internazionale o di guerra.

Tali importanti differenze giuridiche, ordinarie ed organizzative vanno tenute ben presenti - come ha evidenziato il Ministero - onde evitare un confronto con il SSN che possa risultare fuorviante.

La Sezione, pur prendendo atto di tali motivate considerazioni, in linea di principio ritiene che per le strutture ed i servizi sufficientemente omogenei a quelli del SSN quanto a scopi e procedure, il riferimento a quest'ultimo rimanga centrale per apprezzare, attraverso un confronto, l'economicità dell'azione sanitaria militare. Ribadisce che, per le strutture ed i servizi militari che presentino, invece, minori affinità organizzative e di scopo con quelli del SSN, la medesima attività di confronto consente di fare emergere, in maniera concreta e verificabile, le peculiari esigenze e regole della Difesa cui applicare, nel caso di parziali differenze, parametri di valutazione opportunamente modificati, ovvero, in presenza di difformità particolarmente rilevanti, appositi e specifici indicatori.

Mette conto rappresentare, sempre sul piano metodologico, che non risultano sin qui elaborati e scientificamente convalidati, parametri e indicatori sanitari specificamente attagliati alla organizzazione militare (se non quelli riferiti a scenari di conflitto bellico); conseguentemente le scelte relative alla convalida, alle modifiche e alle integrazioni dei parametri attualmente applicati per la sanità civile, sono state compiute in termini logici e

---

<sup>2</sup> d.lgs. 15 marzo 2010, n. 66 (Codice ordinamento militare), dall'art. 181 fino all'art.213

comunque sperimentali, prevalentemente considerando le esigenze funzionali delle Forze Armate. Ne consegue che nel loro insieme, i parametri assunti costituiscono solo un primo impianto, migliorabile, da sottoporre a ulteriori, successive verifiche ed osservazioni, nella prospettiva di futuri assestamenti, perfezionamenti e consolidamenti indispensabili a rendere sempre più praticabile, per le parti che lo consentono, un razionale e proficuo confronto fra la sanità e la sanità militare.

Quanto risultato, rispetto a tali, ulteriori, descritte tematiche, è stato riepilogato ed esposto nel Capitolo IV della presente relazione, subito dopo la partizione III dedicata ai sistemi informativi.

Il V ed ultimo Capitolo contiene le considerazioni conclusive e le raccomandazioni.





## CAPITOLO II

# LE CONNOTAZIONI NORMATIVE, FUNZIONALI E ORGANIZZATIVE DELLA SANITA' MILITARE

*Sommario:* 1. Definizione e finalità della sanità militare e applicabilità dei parametri di valutazione del servizio sanitario civile. 2. L'articolazione e l'organizzazione della sanità militare. 3. Sanità territoriale. 4. Sanità di aderenza. 5. Il Policlinico "Celio". 6. La collaborazione con il Servizio sanitario nazionale. 6.1. Protocolli d'Intesa. 6.2. Convenzioni a titolo oneroso con strutture sanitarie pubbliche e con medici estranei all'amministrazione dello Stato. 7. La programmazione della spesa sanitaria. 8 Le attività di specifico rilievo istituzionale per la sanità militare. 8.1. La medicina operativa e delle emergenze. 8.2. La medicina legale e la medicina preventiva. 8.3. La medicina del lavoro. 9. Il settore della ricerca militare. 10. Approfondimento circa le prospettive di esternalizzazioni.

### **1. Definizione e finalità della sanità militare e l'applicabilità dei parametri di valutazione del servizio sanitario civile.**

Per sanità militare deve intendersi il complesso dell'organizzazione sanitaria delle Forze armate del Paese.

Va qui adeguatamente evidenziato che, rispetto al decentramento sanitario che ha caratterizzato il settore sin dalla fine degli anni '70, nel nostro ordinamento è stata fatta la scelta di mantenere, invece, – fra le altre – la competenza statale sulla organizzazione sanitaria militare e sui servizi sanitari istituiti per le Forze armate, secondo quanto a suo tempo affermato dall'art. 6, lettere v) e z) della legge n. 833 del 1978<sup>3</sup>, in ossequio al disposto dell'art. 117 della Costituzione.

Tale organizzazione, in virtù delle plurime previsioni contenute nel Codice dell'ordinamento militare (sono ben 31 gli articoli di legge dedicati alla sua disciplina, dall'art. 181 in poi), è volta ad assicurare, come accennato, l'insieme delle attività sanitarie che concorrono a garantire l'efficienza psico-fisica del personale militare e civile dell'amministrazione della Difesa e agisce attraverso i servizi sanitari di ciascuna delle Forze armate e dell'Arma dei carabinieri che, nel loro insieme, ma con le loro specificità,

---

<sup>3</sup> "Art. 6 (competenze dello Stato). – Sono di competenza dello Stato le funzioni amministrative concernenti:

v) l'organizzazione sanitaria militare;

z) i servizi sanitari istituiti per le Forze armate ed i Corpi di polizia, per il Corpo degli agenti di custodia e per il Corpo nazionale dei vigili del fuoco.

Tali disposizioni sono state, poi, abrogate e riprodotte integralmente e contestualmente, anche nel nuovo contesto normativo ed istituzionale, negli articoli 181 e 182 del Codice dell'ordinamento militare del 2010, come risulta dalla pertinente relazione illustrativa.

costituiscono il "servizio sanitario militare".

La sanità militare, ai sensi della richiamata normativa, oltre ad assolvere il prioritario compito dell'assistenza sanitaria in addestramento e in operazioni, all'interno e al di fuori del territorio nazionale a favore dei reparti delle Forze armate e dell'Arma dei Carabinieri e di altro personale (es. personale straniero, contingenti alleati, popolazioni civili nei teatri operativi), svolge una serie di ulteriori attribuzioni; segnatamente:

- concorre all'assistenza e al soccorso della collettività nazionale e internazionale nei casi di pubbliche calamità;
- partecipa alle istituzioni sanitarie nazionali e internazionali;
- coopera con il Servizio sanitario nazionale, con il Ministero della salute, con il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, con le università, con gli enti e con gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, per gli aspetti di specifico interesse, al fine di migliorare le attività sanitarie svolte a favore del personale dell'amministrazione della Difesa;
- eroga servizi e prestazioni a favore di personale non appartenente alla Difesa, per il quale sia previsto un recupero dei costi di trattamento qualora autorizzato dal SSN, fatte salve le prioritarie esigenze istituzionali;
- partecipa alla definizione del piano sanitario nazionale e dei piani sanitari delle Regioni e delle Province autonome, per gli aspetti di competenza.

In pratica, di pari passo con la "*mission*" delle Forze armate, la sanità militare ha il compito, primario, di assicurare l'assistenza sanitaria in operazioni e in addestramento, sia all'interno che al di fuori del territorio nazionale, nonché, in subordine, di concorrere all'assistenza e al soccorso della collettività nazionale e internazionale nei casi di pubbliche calamità. Si tratta di un servizio - quello concorrente - che contribuisce a presidiare l'esercizio di un diritto individuato nella salute, mentre quello principale è di ausilio all'adempimento di un dovere, individuato nella difesa della Nazione.

In tale ultimo ambito, la stessa natura militare delle operazioni impone che il personale sanitario debba essere in possesso di un bagaglio di adeguate competenze mediche e di specifiche conoscenze dei contesti d'impiego, acquisibili soltanto con un prolungato e mirato addestramento, così come lo svolgimento dell'attività sanitaria nei contesti operativi non può prescindere dal possesso dello *status* giuridico di militare, necessario a

garantire l'assolvimento degli obblighi di natura disciplinare e penale connessi con lo svolgimento dei propri particolari compiti operativi che, ricorda la Difesa, sono presidiati dal dovere individuale dell'esposizione al pericolo.

Ancor più concretamente, la sanità militare assolve all'irrinunciabile funzione di assicurare il necessario supporto sanitario alle unità impiegate, sempre e comunque, a prescindere dal quando, dal dove e/o dal particolare contesto di rischio, anche estremo, in cui è chiamata ad operare.

Quanto sopra costituisce il fondamentale motivo, secondo la Difesa, per cui non può essere utilmente ipotizzata una esternalizzazione del settore (e nemmeno una co-gestione) a favore di personale e/o organizzazioni esterne che, per qualsivoglia ragione, potrebbero declinare, in qualsiasi momento, il compito (o un particolare incarico), privando un settore o un contingente del necessario supporto sanitario, così inficiando la funzionalità dell'intero dispositivo.

In questa prospettiva, pur ritenendo possibile, con le dovute precauzioni, individuare degli elementi di raffronto tra gli organi a carattere ospedaliero della sanità militare di sostegno (o territoriale) e le strutture ospedaliere della sanità civile, considera che ben più aleatorio risulterebbe un tentativo di paragonare al modello civile la sanità militare di aderenza in ambito Forza armata e Arma dei carabinieri<sup>4</sup>.

Quest'ultima, per funzioni, tipologia di prestazioni e distribuzione sul territorio nazionale, potrebbe essere intuitivamente avvicinata ai servizi pubblici di medicina generale ma, all'atto pratico, un eventuale e più analitico raffronto stenterebbe a trovare presupposti/criteri omogenei, dal momento che i due settori risultano complementari tra

---

<sup>4</sup> Per sanità di aderenza, in ambito militare si intende la componente sanitaria organicamente inquadrata in ciascuna unità combattente, e che con essa si sposta, per assicurare l'assistenza a favore del personale dell'unità stessa, durante le attività di caserma, di addestramento e di effettivo impiego operativo. Nell'area dell'aderenza, le singole componenti operano con assetti di Forza armata che sviluppano le attività finalizzate a salvaguardare, in ogni situazione, la vita e la salute del personale militare. In particolare, vi sono sviluppate competenze in materia di:

- medicina preventiva, curativa, assistenziale e riabilitativa (accertamento e controllo dell'idoneità, tutela della salute e della sicurezza, prevenzione e sorveglianza);
- attività medico-legale;
- formazione, ricerca, studio e sviluppo di nuove metodiche diagnostiche e terapeutiche in materia di interesse militare (medicina iperbarica, aerospaziale, etc.);
- medicina veterinaria e controllo della filiera alimentare;
- attività e funzioni nel settore della farmacovigilanza militare.

Tali attività sono svolte in Patria e all'estero, con particolare riguardo per le missioni nei Teatri operativi, nei quali è replicato, per quanto possibile, uno standard assistenziale che assicuri al malato o ferito un adeguato trattamento.

loro e non intercambiabili (peraltro il “medico militare” svolge delle mansioni che il “medico di base” non può assicurare).

Nei fatti, il personale sanitario militare che presta servizio presso le unità periferiche non si limita a fornire una prima assistenza ma svolge compiti di educazione sanitaria del personale, di medicina preventiva, di vigilanza igienico-sanitaria, di addestramento al primo soccorso del personale dell’unità, di gestione e custodia dei medicinali e delle attrezzature sanitarie in dotazione.

Questo personale, in definitiva, rappresenta il punto di riferimento del Comandante per tutte le questioni che hanno a che fare con la salute (nell’accezione più ampia del termine) delle donne e degli uomini dell’unità, con il compito primario di prestare l’assistenza sanitaria durante le esercitazioni, l’addestramento e, soprattutto, le operazioni.

In particolare, nel corso delle operazioni il personale sanitario preposto al reparto assicura il supporto diretto all’unità di appartenenza (Role 1) provvedendo, nei momenti di stasi operativa, alle funzioni di assistenza, igiene e profilassi, garantendo, all’emergenza, le attività di raccolta, *triage* e smistamento dei feriti, procedendo alla loro stabilizzazione e, se necessario, allo sgombero fino agli ospedali campali schierati a ridosso delle retrovie, nel Teatro operativo (Role 2/3).

Concentrando, pertanto, l’attenzione sulla sola sanità di sostegno (altrimenti definita territoriale) ovvero quella prevalentemente formata da strutture di tipo ospedaliero nonché da quelle di vertice e da quelle dedicate alla medicina legale, e spostando il confronto sotto un profilo più marcatamente organizzativo e finanziario, se nel caso della sanità civile va considerata preminente l’erogazione delle prestazioni a favore del bacino di utenti nel caso della sanità militare va invece riconosciuta come decisiva la capacità di assolvere ai propri compiti senza soluzione di continuità e nei momenti di necessità, nelle operazioni fuori dal territorio nazionale, nelle situazioni di emergenza e, in *extrema ratio*, in caso di conflitto armato.

Tale diversità, ha reso particolarmente difficoltoso il lavoro di applicazione, alla realtà militare, di alcuni dettagliati “indicatori”, propri della organizzazione del SSN ma indicati dalla Sezione per lo sviluppo dell’analisi, in quanto concepiti per dimensionare e valutare le strutture sanitarie in relazione alla popolazione che vi accede, alle relative esigenze ed al livello di assistenza da garantire. Si tratta, pertanto, di indicatori non agevolmente

applicabili ad un modello di valutazione da rivolgere alla sanità militare, predisposta, invece, ad assolvere a un compito contingente e/o emergenziale per il quale, però, deve prepararsi quotidianamente e che, comunque, richiede siano mantenute le necessarie risorse pronte e disponibili, seppur non utilizzate (*stand-by*), ma sempre attivabili in tempi rapidissimi in caso di necessità.

Conseguentemente, alcuni di questi parametri sono poi stati, di seguito, riconsiderati ed applicati, per quanto possibile ma, per ora, con esclusivo riferimento al Policlinico militare che, per sua natura, svolge funzioni di assistenza più simili, o comunque più agevolmente confrontabili con quelle di un ospedale civile, tenendo tuttavia ben presente che è comunque richiesta una attenta e scrupolosa cura nel contestualizzare i dati e le discendenti conclusioni.

La Sezione, rispetto all'inquadramento legislativo del tema, evidenzia che l'aver mantenuto la competenza dello Stato sulla materia all'esame, è di per sé sintomatico della peculiarità del tema stesso e della sua attinenza, ancor prima che ai diritti individuali della salute, all'interesse nazionale.

Tale assunto risulta importante al fine di meglio comprendere il rapporto fra il SSN ed il SSM.

Quanto, poi, ai distinguo, sviluppati dall'amministrazione in ordine all'elaborazione dei dati d'interesse, non si hanno particolari osservazioni; non si può non sottolineare, tuttavia, che lo sforzo compiuto dall'amministrazione stessa per applicare ed "adattare" ove necessario i richiamati parametri ed indicatori alla sanità militare l'ha indotta all'impiego di strumenti d'analisi gestionale prima non frequentemente usati, almeno nella specifica materia, e ad approfondire diversi temi di confronto con realtà culturali ed organizzative in parte diverse. Ciò, per il tratto a venire, potrà stimolare o suggerire ulteriori miglioramenti nei settori in cui il dialogo con il SSN è possibile, e verosimilmente utile, pur avuto riguardo alle numerose specificità della condizione militare.

In altri termini, questo primo approccio all'utilizzo di indicatori e parametri, se adeguatamente sviluppato e implementato, potrà fornire importanti indicazioni per migliorare l'intera sanità militare.

## 2. L'articolazione e l'organizzazione della sanità militare


Ancor prima della legge n. 244/2012, attuale e principale vettore della progressiva contrazione dell'intero strumento militare, alcune razionalizzazioni del servizio sanitario della Difesa erano già state avviate; in particolare, a seguito di una direttiva ministeriale del 2004 che aveva:

- reso necessaria la condivisione delle capacità di ciascuna Forza armata;
- delineato una revisione degli assetti organizzativi, soprattutto in chiave interforze;
- scandito un programma di ridimensionamento delle strutture e del personale sanitario delle Forze armate.

Detta disposizione ha poi trovato ulteriori sviluppi e successive attuazioni nella direttiva ministeriale del 2012, coeva alla citata legge n. 244; quest'ultima, poi, attraverso plurimi interventi, ha ridisegnato in termini ulteriormente riduttivi l'intera configurazione ordinativa a carattere territoriale della sanità militare che, attualmente, è quella raffigurata nel grafico n. 1.

Dal confronto con i successivi grafici 2 e 3 che rappresentano, rispettivamente, la medesima strutturazione ordinativa prima degli interventi nonché gli specifici interventi effettuati, emerge come il relativo quadro organizzativo, fra il 2012 e il 2016 sia stato effettivamente rivisto, attraverso una sua significativa riduzione.

Grafico n. 1 - Attuale organizzazione territoriale della sanità militare

 <b>Strutture sanitarie militari di F.A./Arma CC -2018-</b>			
ESERCITO	MARINA	AERONAUTICA	CARABINIERI
Policlinico Militare			
COM Milano <sup>1</sup>	COM Taranto	2 IMAS <sup>2</sup>	Centro Polispecialistico
Accademia Militare	Accademia Navale	Accademia Aeronautica	
Scuola Sanità e Veterinaria		IPAMAS <sup>3</sup>	
4 Centri di Selezione	Centro di Selezione		CNSR / Ufficio Sanitario
4 DMML <sup>4</sup>	1 DMML	1 DMML	
C.M. 2 <sup>a</sup> Istanza (Roma)			
		Comm. Sanit. d'Appello	
Dip.to Scientifico Celio <sup>5</sup>	Sez. Fisiologia Subacquea <sup>6</sup>	Centro Speriment. Volo	
Poliambulatori	4 Infermerie Presidiarie	1 Infermerie Principali	40 Infermerie Presidiarie <sup>7</sup>
Infermerie di Corpo	Infermerie di Rep./Corpo (terra/bordo)	Infermerie di Corpo	

Fonte: dati Ministero della difesa

<sup>1</sup> Centro Ospedaliero Militare dal 2018 (precedentemente Dipartimento militare di medicina legale- DMML)

<sup>2</sup> Istituti di Medicina Aerospaziale di Milano e Roma

<sup>3</sup> Istituto di Perfezionamento e Addestramento in Medicina Aerospaziale

<sup>4</sup> 5 DMML nel 2017, ridotti a 4 nel 2018 (dopo il ripristino del COM di Milano)

<sup>5</sup> Già Centro Studi e Ricerche EI, dal 2017 riorganizzato quale Dipartimento del Policlinico Militare "Celio"

<sup>6</sup> Dipende dall'Ufficio Studi del Comando Subacqueo Incursori (COMSUBIN)

<sup>7</sup> Sezioni di Sanità CC (40 dal 1° gennaio 2017, dopo l'assorbimento del Corpo Forestale, in precedenza 38)

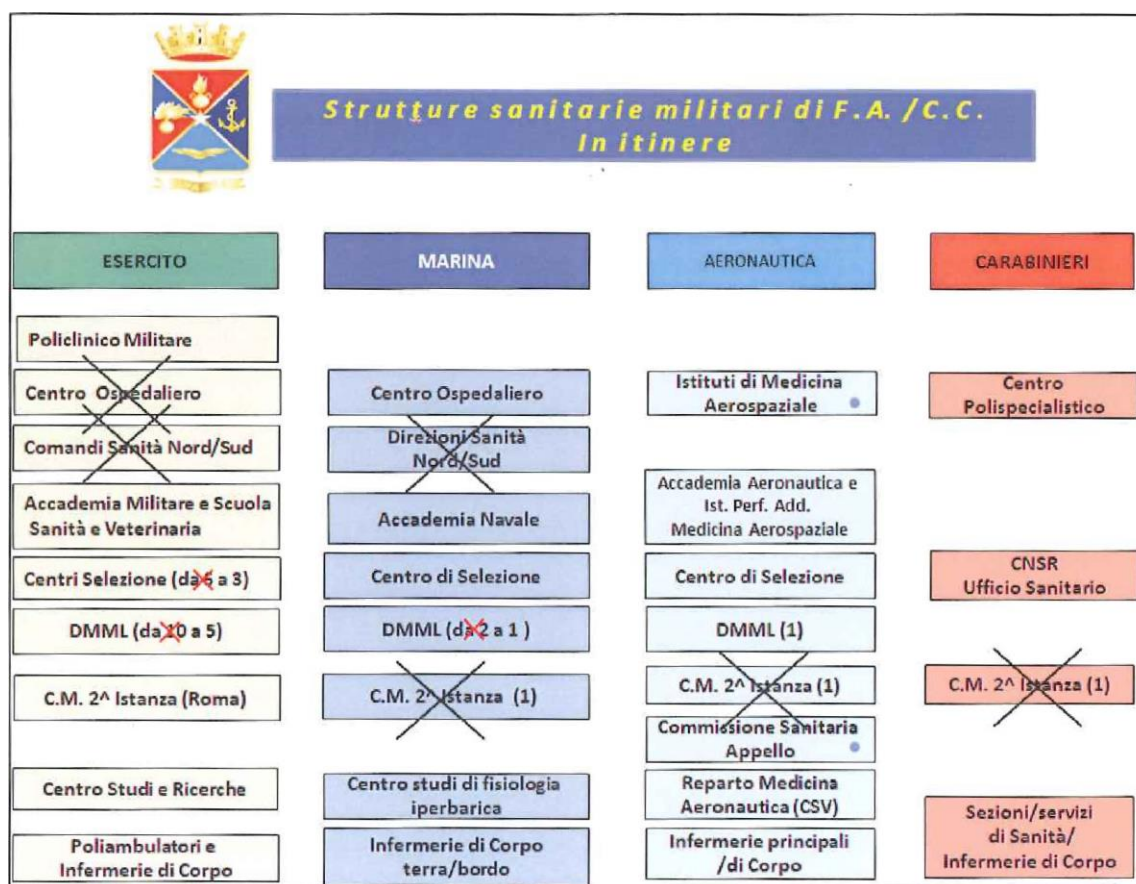
Grafico n. 2 - Organizzazione territoriale della sanità militare *ante* riordino



Fonte: dati Ministero della difesa



Grafico n. 3 - Modifiche all' organizzazione territoriale della sanità militare



Fonte: dati Ministero della difesa

Può ora approfondirsi l'esame delle due macro-aree in cui alla stregua delle vigenti disposizioni - come segnalato - si articola la sanità militare: la sanità territoriale e la sanità di aderenza.

### 3. Sanità territoriale

L'area territoriale, altresì definibile di sostegno, a connotazione e valenza interforze, comprende le strutture di vertice, di ricovero e cura e di medicina legale.

A livello interforze la sanità militare procede:

- all'accertamento dell'idoneità al servizio e delle infermità per causa di servizio;
- all'esame dei ricorsi avverso i giudizi emessi dalle Commissioni mediche interforze di prima istanza<sup>5</sup> relative all'idoneità al servizio;
- all'emissione di pareri medico legali, tramite il Collegio medico legale della Difesa<sup>6</sup>.
- alla valutazione dei provvedimenti generali, in materia di disciplina dell'attività sanitaria e veterinaria, compresi i provvedimenti legislativi, e ad emanare le correlate direttive;
- all'emanazione delle linee guida sull'igiene e sulla sicurezza alimentare;
- a svolgere attività di coordinamento in materia di medicina veterinaria.

Nella seguente tabella 1 è riepilogato il *trend* del numero e dei costi del personale dedicato alla sanità territoriale dal 2010 al 2018. Il confronto evidenzia che, nel periodo esaminato, il numero del personale addetto è sceso di una cifra (- 856 unità) pari al 26 per cento della sua consistenza iniziale; coerentemente i relativi costi, nel medesimo confronto, risultano ridotti di una cifra - 42.553.458,56) pari al 24 per cento di quella iniziale.

---

<sup>5</sup> Disciplinate dagli art.li 192, 193, 194, 195 *ter* e 198 del COM

<sup>6</sup> Ai sensi dell'art.189 del COM: 1. Il Collegio medico-legale esprime pareri medico-legali ed esegue le visite dirette ordinate o richieste dal Ministero della Difesa, dalle Sezioni giurisdizionali e di controllo della Corte dei conti, dagli organi della giustizia amministrativa e dalle amministrazioni statali, anche in occasione del ricorso straordinario al Presidente della Repubblica. 2. Il Collegio medico-legale è articolato in sezioni, fino a un massimo di cinque, di cui non più di due distaccate presso la Corte dei conti, secondo la struttura ordinativa organica definita dallo Stato maggiore della Difesa.

3. Del Collegio medico-legale fanno parte ufficiali medici delle Forze armate con particolare qualificazione professionale nelle branche mediche di interesse del Collegio e possono esservi assegnati ufficiali medici o funzionari medici delle Forze di polizia a ordinamento militare o civile con corrispondente qualificazione.

**Tab. 1 - Personale impiegato nella sanità territoriale e costi - anni 2010 - 2018**

Forza Armata	2010		2011		2012		2013	
	N. personale**	Costo lordo	N. personale**	Costo lordo	N. personale**	Costo lordo	N. personale**	Costo lordo
Esercito*	1923	96.556.712	1.907	96.255.320	1943	97.475.576	1.571	81.060.505
Marina	731	38.748.964	683	35.614.680	662	33.737.768	600	32.332.463
Aeronautica	628	40.160.908	628	40.160.908	440	28.585.705	367	27.878.675
Carabinieri	20	1.393.241	20	1.393.241	19	1.317.736	21	1.486.765
Interforze Igesan (EI+AM+MM)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
<b>Totale</b>	<b>3.302</b>	<b>176.859.825</b>	<b>3.238</b>	<b>173.424.149</b>	<b>3.064</b>	<b>161.116.785</b>	<b>2.559</b>	<b>142.758.408</b>

Segue tabella

2014		2015		2016		2017		2018	
N. personale**	Costo lordo	N. personale**	Costo lordo	N. personale**	Costo lordo	N. personale**	Costo lordo	N. personale**	Costo lordo
1.516	79.046.676	1.484	79.466.124	1483	79.611.354	1.488	78.121.283	1486	77.055.367
591	30.348.251	572	30.530.348	574	30.329.953	570	30.404.726	553	30.814.955
336	24.765.042	334	22.391.922	346	19.239.542	356	20.760.131	354	21.292.217
21	1.436.773	20	1.378.194	19	1.331.878	18	1.337.988	18	1.327.339
n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	33	3.590.300	33	3.623.235	35	3.816.488
<b>2.464</b>	<b>135.596.742</b>	<b>2.410</b>	<b>133.766.588</b>	<b>2.455</b>	<b>134.103.027</b>	<b>2.465</b>	<b>134.247.363</b>	<b>2.446</b>	<b>134.306.366</b>

Fonte:elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della difesa

\*compreso il Policlinico militare Celio

\*\*anni persona

E' interessante notare che l'evidenziato calo del personale e dei costi si realizza, per lo più, nel triennio 2012 -2014, che è il periodo che coincide con l'entrata in vigore e con la prima applicazione sia della legge n.244/2012 sia della richiamata direttiva del Ministro della Difesa per la razionalizzazione della sanità territoriale. Altrettanto utile, ma meno positivo, notare che, nel quadriennio successivo alla rilevata riduzione, ovvero fra il 2015 ed il 2018, i valori in esame invece di ridursi sono rimasti pressoché stabili.

In questo settore, secondo quanto riferito dalla Difesa, risultano, altresì, in fase di rielaborazione le predisposizioni per i trattamenti e i ricoveri in ambienti "protetti", presso i nosocomi militari, di cittadini stranieri (competenza già prevista dal d.m.

Difesa-Salute del 31 ottobre 2000 e successivamente recepita dal richiamato decreto 4 marzo 2015).

In relazione a tale necessità, ha soggiunto l'amministrazione, sono in corso approfondimenti volti a rivedere l'attuale struttura territoriale, anche al fine di incrementare la capacità effettiva di ricovero di tale platea.

#### **4. Sanità "di aderenza"**

Nell'area dell'aderenza, come accennato, ma vale la pena di sottolinearlo nuovamente per la specificità delle relative funzioni, le singole componenti sanitarie operano con assetti di Forza armata che sviluppano le attività finalizzate a salvaguardare, in ogni situazione, la vita e la salute del personale militare. Vi sono praticate, in particolare, azioni in materia di:

- medicina preventiva, curativa, assistenziale e riabilitativa (accertamento e controllo dell'idoneità, tutela della salute e della sicurezza, prevenzione e sorveglianza). In questi settori, in virtù di un innalzamento dell'età media del personale la sanità militare sta peraltro constatando un incremento dei carichi di lavoro;
- attività medico-legale;
- formazione, ricerca, studio e sviluppo di nuove metodiche diagnostiche e terapeutiche in materie di interesse militare (medicina iperbarica, aerospaziale, ecc.);
- medicina veterinaria e controllo della filiera alimentare;
- attività e funzioni nel settore della farmacovigilanza militare.

Nell'ambito delle Forze armate è assicurata altresì la formazione e l'addestramento del personale sanitario.

Tali attività sono svolte in Patria e all'estero, con particolare riguardo per le missioni nei Teatri operativi, nei quali è replicato, per quanto possibile, uno standard assistenziale che assicuri al malato o ferito un adeguato trattamento.

Un sostegno sanitario affidabile ed efficace consente, infatti, di mantenere elevato il morale del personale in operazioni, la fiducia in Patria quale riconosciuto fattore di coesione, nonché di disporre di un'organizzazione sanitaria da rendere fruibile, oltre

che ai Paesi alleati (adempimento questo talvolta obbligatorio, nel rispetto del criterio di reciprocità), anche al personale delle forze di sicurezza della Nazione ospitante e alle popolazioni civili.

In tal senso, la sua flessibilità e la sua efficacia sono spendibili quale strumento di produzione e mantenimento di consenso, anche ai fini del raggiungimento di obiettivi di politica estera.

Il numero ed i costi del personale impiegato in questa macro - area sono rappresentati nella seguente tabella 2, relativa al triennio 2016/2018.

**Tab. 2 - Personale impiegato nella sanità di aderenza e costi - anno 2016-2018**

Forza Armata	2016		2017		2018	
	Numero personale *	Costo lordo	Numero personale *	Costo lordo	Numero personale *	Costo lordo
Esercito	2.291	118.890.328	2.260	116.894.741	2.219	114.587.829
Marina	531	29.954.986	529	29.459.067	525	31.559.619
Aeronautica	534	32.201.175	554	34.464.782	554	35.429.042
Carabinieri	393	23.617.766	418	24.196.294	413	22.585.457
<b>Totale</b>	<b>3.749</b>	<b>204.664.255</b>	<b>3.761</b>	<b>205.014.884</b>	<b>3.711</b>	<b>204.161.947</b>

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della difesa

\*anni persona

Anche in questo caso i dati risultano pressoché stabili nell'ultimo triennio-

## 5. Il Policlinico “Celio”

Nell’ambito della organizzazione sanitaria di sostegno (o territoriale) rileva la complessa struttura del Policlinico militare di Roma, dipendente dal Comando logistico dell’Esercito, che rappresenta il Role 4 <sup>7</sup>polifunzionale della sanità militare.

Il nosocomio, a connotazione interforze, è un organo esecutivo a spiccato orientamento alla gestione delle emergenze-urgenze medico-chirurgiche, con prevalenza poli-traumatologica.

Offre, principalmente, supporto clinico e sanitario al personale a *status* militare impiegato in operazioni, in Patria e all'estero, nonché al personale militare e civile, e relativi familiari coerentemente con le norme vigenti, le convenzioni locali e gli accordi con il Servizio sanitario nazionale-regionale.

Oltre alle predette funzioni, prettamente cliniche, per quanto comunicato dalla Difesa, il nosocomio favorisce:

- la ricerca scientifica nelle diverse discipline sanitarie;
- il tirocinio pratico a favore degli specializzandi delle tre Forze armate e dell’Arma dei carabinieri.

Si tratta di una struttura che, nel 2017 ha impiegato una forza di 1.102 unità e nel 2018 una forza di 1096 unità (suddivisa fra ufficiali, sottufficiali, truppa, civili, di cui 626 con specializzazione sanitaria) per un costo, nel medesimo 2018, di 57 milioni circa di euro; essa, nelle sue linee generali, è attualmente organizzata in dipartimenti ed unità operative, complesse o semplici, che erogano servizi sanitari nei seguenti settori: patologia cardiorespiratoria, area chirurgica, patologia osteo-articolare, nefro-urologiche, scienze ginecologiche, patologia neuro-sensoriale, scienze neurologiche e psichiatriche, diagnostica, odontostomatologica, emergenza e accettazione, anestesia e rianimazione, immunoematologia, medicina fisica e riabilitazione.

---

<sup>7</sup> **Role 1.** I primi interventi sanitari che il personale militare riceve sono forniti dal Role 1.

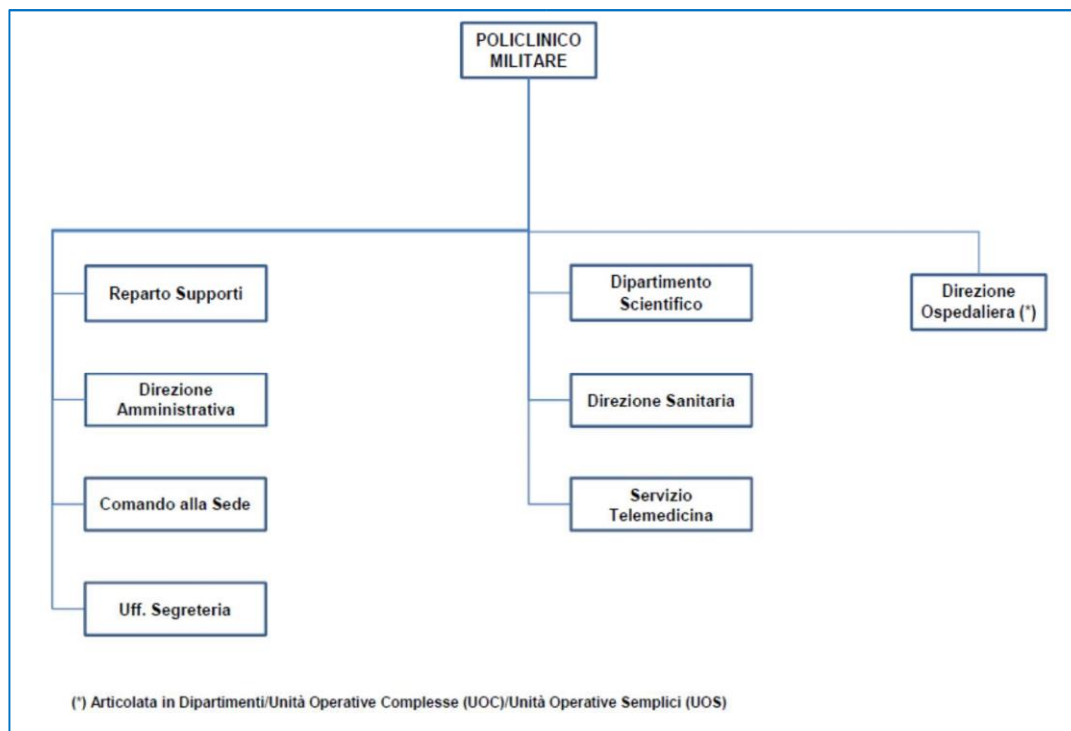
**Role 2.** Fornisce la gestione di un trauma avanzato e il trattamento medico di emergenza, compresa la prosecuzione della rianimazione iniziata nel Role 1.

**Role 3.** Nel Role 3, il paziente viene trattato in una struttura sanitaria che è provvista di adeguato personale medico e apparecchiature, per fornire assistenza medica a tutte le categorie di pazienti, ivi incluso la rianimazione, interventi iniziali di chirurgia di ferite e trattamento post-operatorio.

**Role 4.** Le cure del Role 4 trovano attuazione in strutture ospedaliere nazionali (come ad esempio il Policlinico del Celio).

Di seguito il suo organigramma:

**Grafico n. 4 - Organigramma Policlinico militare "Celio"**



Fonte: dati Ministero della difesa

Il Policlinico militare, presenta una configurazione che permette una proficua sinergia civile-militare nei percorsi clinici, didattici e di ricerca che in esso vengono condotti.

In tale contesto esso si relaziona, attraverso percorsi selettivi d'eccellenza per la cura dei pazienti politraumatizzati, con la rete degli ospedali dell'area romana. È inoltre previsto uno scambio di professionalità sanitarie e infermieristiche, nonché di pazienti, per il mutuo accrescimento professionale degli operatori civili e militari che operano in qualsivoglia "maglia" di tale rete ospedaliera.

Inoltre, il personale del Policlinico (medico, infermieristico e aiutanti di sanità), oltre ad essere impiegato in Patria, come accennato, svolge ciclici periodi di attività al di fuori dei confini nazionali nell'ambito degli organi sanitari ivi schierati (Role 1, Role 2, Field Hospital, ecc.) e, a vario titolo, supporta tutti i Teatri operativi in cui operano le Forze armate italiane.

A tal proposito, per meglio delineare lo scenario di riferimento, è opportuno soggiungere che, dai dati ufficiali pubblicati sul sito ufficiale della Difesa, il numero

medio di personale della Forze armate impegnato annualmente in missioni estere risulta di circa 7.000 unità ove, per il 2018, tali risorse numeriche sono state dislocate su 35 missioni, in diverse località. A ciascuna di queste presenze va fornito adeguato supporto sanitario: conseguentemente, dal 2016 si sono alternati in tale specifico impiego mediamente, ogni anno, circa 75 unità effettive al Policlinico, tra ufficiali e sottufficiali, con turni di circa tre mesi ciascuno, per un totale di circa 300 militari utilizzati per ciascun anno. Costoro, oltre ad assicurare il loro effettivo utilizzo operativo in Teatro, hanno sostenuto anche tutte le fasi dell'approntamento (cosiddetta "amalgama") e del ricondizionamento insieme ai componenti delle unità cui hanno fornito assistenza (per un periodo ulteriore di circa 6 mesi, risultando assenti per circa 9 mesi in un anno, pari al 75 per cento circa delle presenze previste).

I citati impegni, a cui si aggiungono i concorsi sanitari forniti in favore di altri enti, distaccamenti, reparti (di seguito EDR) della Forza armata o in occasione di particolari esigenze, secondo quanto riferito dalla Difesa, assorbono parte del personale sanitario che, di conseguenza, non risulta essere specificatamente e continuativamente impegnato nelle sole attività sanitarie ordinarie svolte dal Policlinico, ovvero ricovero e cura, per i quali il medesimo nosocomio potrebbe comunque fornire una disponibilità massima di circa 142 posti letto; tuttavia va considerato, al riguardo - come sottolineato dal dicastero - anche lo sforzo sanitario assicurato dal personale inviato in Teatro, atteso che nell'ambito dei Role 2 (vedi nota 7) schierati vengono di norma assicurati non meno di 75 posti letto, per una complessiva disponibilità media, in condizioni di *stand by*, di circa 215/220 posti letto ospedalieri.

Stante la necessità di mantenere adeguati *standard* di funzionamento, anche a fronte di una costante riduzione delle risorse finanziarie rese disponibili sul bilancio della Difesa, l'amministrazione ha evidenziato lo sviluppo, in corso, di alcune iniziative volte a ottimizzare l'*output* del Policlinico militare, ed intese a concentrare l'attenzione sui propri settori "*core*", ovvero la medicina, la chirurgia e la traumatologia d'urgenza, salvaguardando l'indispensabile multidisciplinarietà del nosocomio e rafforzandone, al contempo, le sinergie con la sanità civile.

Tale percorso di riqualificazione funzionale, reputa l'amministrazione potrà fornire nel tempo benefici, sia in termini di potenziale ritorno economico (è previsto



l'accreditamento dei primi 40 posti letto in favore del servizio sanitario regionale e conseguente ristoro delle prestazioni erogate a favore dei cittadini, ai sensi del citato decreto interministeriale Sanità-Difesa del 4 marzo 2015), sia in termini di ricerca e potenziamento di altre forme di collaborazione con organismi della sanità civile (ad esempio potenziamento del concorso alla formazione del personale sanitario militare, ecc.).

In tal senso, la deliberazione della Giunta Regionale del Lazio (n. 486 del 3 agosto 2017), con cui è stata approvato il protocollo d'intesa Difesa - Regione Lazio in tema di "sinergie sanitarie", ha inteso avviare concretamente il citato percorso di riqualificazione funzionale della struttura all'esame.

A questo punto va evidenziato che, in sede istruttoria, è stato richiesto alla Difesa, per quanto riguarda il Policlinico, una simulata applicazione di alcuni parametri ed indicatori di efficacia ed efficienza, normalmente impiegati nei nosocomi civili - per come indicati in parte anche nel regolamento n. 70 del 2015, recante "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e qualitativi, relativi all'assistenza ospedaliera"- ivi comprese le applicazioni di alcune formule per il calcolo del personale necessario al buon funzionamento della struttura, considerato che, pur con la sua peculiarità, il Policlinico in parola risulta quello maggiormente assimilabile alle strutture ospedaliere del SSN .

Tanto al fine di ricevere dati utili a valutare l'economicità della sua attuale configurazione ordinativa e della sua gestione.

Al riguardo la Difesa ha ottemperato, con i risultati che saranno successivamente esposti ma, traendo spunto dalle descritte differenze tra la sanità civile e la sanità militare, è tornata a sottolineare, su un piano generale, che il dimensionamento strutturale di un organo della sanità militare, e in particolare del Policlinico militare, trova riscontro solo in parte nelle metodologie per la valutazione dei fabbisogni di personale definite dalla normativa vigente in ambito civile, dal momento che - come più volte accennato - i compiti, la struttura organizzativa e lo stesso ordinamento del personale sanitario militare (inquadrate in maniera specifica - c.d. *regime di diritto* -) differiscono profondamente.

A riscontro di tale asserzione ha rappresentato che il dimensionamento di una

struttura ospedaliera civile, ai sensi del richiamato decreto del Ministro per la Sanità n. 70/2015, prevede, per il SSN, tre livelli di complessità crescenti attraverso i quali si stabilisce quali specialità debbono essere progressivamente attivate in relazione al bacino di utenza; segnatamente:

- i presidi ospedalieri di base (bacino di utenza 80.000 - 150.000 abitanti) devono essere dotati di dipartimento di emergenza accettazione (Dea) di I livello (pronto soccorso) e di alcune specialità;
- i presidi ospedalieri di I livello (bacino di utenza 150.000 - 300.000 abitanti) devono essere dotati di ulteriori specialità, oltre a quelle presenti nei presidi di base;
- i presidi ospedalieri di II livello (bacino di utenza 600.000 - 1.200.000 abitanti), devono essere dotati di Dea di secondo livello, e di strutture che attengono anche alle discipline più complesse.

La differenza fondante che caratterizza la *mission* della sanità civile (cui compete assicurare un'assistenza universale a favore del cittadino), rispetto alla sanità militare (ove la medesima *mission* rappresenta invece un elemento di necessaria accessorietà rispetto al *core business* del Dicastero, ovvero la difesa e la sicurezza), emerge anche per quanto riguarda i descritti parametri di riferimento, per tale ragione difficilmente applicabili, senza adattamenti, ad entrambi i settori.

In concreto, ha riferito la Difesa, della difficoltà a quantificare il bacino di utenti del Policlinico militare applicando i criteri utilizzati dalle Regioni per i propri presidi ospedalieri, dal momento che i circa 400.000 e più soggetti costituenti l'area di diretto riferimento (vedi nota 1), sono diffusi su tutto il territorio nazionale e, in ogni caso, possono scegliere se avvalersi o meno dell'assistenza offerta dal nosocomio militare; peraltro, proprio in relazione all'enunciato compito prioritario della sanità militare, anche la definizione dei servizi da attivare e valorizzare deve rispondere a criteri di esigenza operativa piuttosto che di rete di assistenza.

Infatti, da un punto di vista normativo, va considerato che il compito fondamentale del Policlinico militare, normativamente fissato, è il supporto alle operazioni, nella duplice competenza di:

- "Role 4" nazionale, ovvero di struttura ospedaliera deputata ad assicurare il sostegno sanitario al di fuori dell'area di operazioni ed a cui è richiesta la capacità

di fornire un ampio spettro di prestazioni mediche, chirurgiche e riabilitative, sia per interventi ad elevata specializzazione (non eseguibili in Teatro operativo) sia per il completo recupero dell'efficienza fisica di personale già trattato presso gli organi sanitari schierati ("Role" 1 - 2 - 3);

- principale bacino da cui attingere il personale sanitario specialistico (medici, infermieri, ecc.) che opera negli organi esecutivi di contingenza schierati nelle operazioni fuori dal territorio nazionale ("Role" 1 - 2 - 3).

Tali aspetti sottendono un considerevole impatto in termini di "esigenze potenziali" e rappresentano un'ineludibile peculiarità da considerare nel dimensionamento degli organi della sanità militare, ed *in primis* del Policlinico militare, a cui è chiesto di:

- assicurare capacità di diagnosi, cura e assistenza su un ampio spettro di casistiche, peraltro caratterizzate da una differente incidenza rispetto alla statistica del SSN, legata proprio alla differente "utenza" ed all'impiego operativo cui esso è sottoposto;
- essere pronto a fornire supporto sanitario anche nel caso dell'opzione strategica d'impiego dello strumento militare più onerosa (ovvero esigenza di combattimento).

Oltre a ciò, ha inteso precisare il Ministero, alcuni parametri di riferimento per la definizione delle esigenze di personale - secondo la metodologia propria della sanità civile - non possono che variare sensibilmente se applicati al contesto militare, dal momento che:

- il numero massimo dei posti letto non può essere calcolato, come accennato, in relazione al bacino d'utenza, per quanto attiene alle esigenze in Patria (tutto il personale della Difesa rimane "a carico" del SSN, anche se potenzialmente - e sovente lo fa - potrebbe usufruire delle prestazioni del Policlinico militare); più specificamente una struttura come il Policlinico non può rispondere ad un piano di ripartizione legato alla popolazione da supportare nel territorio (circa 3 posti letto ogni mille abitanti) laddove, nel caso di assistenza ad operazioni/ missioni a più alta intensità, tale valore risulterebbe evidentemente sottodimensionato. In tale contesto, invero, va altresì adeguatamente stimata la necessità di mantenere sempre disponibile un'adeguata "riserva" di posti letto, oltre che per le già citate esigenze

di ricovero del personale ferito in operazioni (Role 4), anche per esigenze particolari, quali il previsto o prevedibile ricovero di alte cariche dello Stato in una adeguata cornice di sicurezza e riservatezza; l'assistenza a personale straniero nell'ambito di particolari accordi internazionali, le emergenze e le urgenze sanitarie che riguardano la Capitale;

- il numero delle prestazioni erogate non sono indicative dello sforzo massimo potenzialmente sostenibile bensì del bilanciamento tra le richieste di assistenza (da parte degli aventi diritto) e l'effettiva disponibilità di personale sanitario, che viene impiegato anche per altre attività di supporto (concorso a Comandi della Forze armate e ad altri organismi dello Stato, partecipazione ad esercitazioni, ecc.), secondo una logica esigenziale che non ha diretto riscontro nella realtà ospedaliera civile;
- il numero delle ore di lavoro esprimibili da ciascuna figura professionale risente non solo delle già citate specifiche necessità della Forza armata, ma anche delle palesi differenze in termini di ordinamento. In particolare, mettendo a sistema i vari fattori (*in primis* il tempo legato all'impiego in operazioni, approntamento e ricondizionamento, nonché lo svolgimento, nel corso dell'orario di servizio, di precipue attività militari, quali ad esempio l'addestramento individuale, il mantenimento dell'efficienza fisica, ecc.), l'effettiva disponibilità oraria giornaliera del personale per le attività squisitamente sanitarie (sia esso medico mediche che infermiere infermieristiche) risulta inferiore rispetto alle omologhe figure professionali contrattualizzate presso i nosocomi civili;
- infine, in ragione della propria natura di "ente militare" il Policlinico deve assicurare l'attuazione di precise predisposizioni organizzative (ad es. in ambito amministrativo, in materia di gestione, formazione militare e addestramento del personale, ecc.), attivare ed implementare, all'esigenza, adeguate misure e requisiti di sicurezza (ad es. tutela del segreto, vigilanza dell'infrastruttura, ecc.), che impattano in maniera ben maggiore di quanto si verifichi per le strutture civili sia sui costi logistici del nosocomio (specie sul numero del personale "non sanitario") sia sul quotidiano impiego del personale sanitario stesso che, nella propria veste di militare, a tali attività è tenuto a

partecipare.

Sulla peculiare ed importante tematica del Policlinico, per come presentata e impostata dalla Difesa, si avrà modo di tornare diffusamente nel prosieguo della relazione, ove verranno esposti anche i risultati del confronto con altri nosocomi civili.

E' tuttavia interesse della Sezione ribadire, quanto al tema, che pur potendosi condividere alcune delle considerazioni relative alla peculiarità strutturale di un nosocomio militare, al netto delle stesse, fra un ospedale della Difesa ed uno civile sussiste un incompressibile nucleo comune, che è quello che direttamente attiene ai profili strettamente sanitari e terapeutici, e alle connesse scelte e pratiche organizzative, ed è su tale nucleo che deve intendersi focalizzata l'attenzione dell'indagine. A tal fine è indispensabile isolare gli adempimenti e le esigenze prettamente militari dalle rimanenti, al fine di sterilizzare i dati di base necessari ad un primo, mirato confronto che tenga conto, in maniera equilibrata e puntuale, sia delle analogie che delle differenze (normative, teleologiche, organizzative e giuridiche) fra la sanità civile e quella militare.

## **6. La collaborazione con il Servizio sanitario nazionale**

### **6.1. Protocolli d'intesa**

Il sostegno operativo costituisce, insieme ai compiti di approntamento e addestramento delle unità, il *core-business* della sanità militare; tuttavia, per realizzare un proficuo addestramento del personale sanitario e poter disporre di professionisti in grado di fronteggiare al meglio i casi clinici nei diversi Teatri operativi, è necessario ampliare quanto più possibile i volumi di attività clinica, nei prioritari settori della medicina di emergenza/urgenza, presso tutte le strutture sanitarie militari (Policlinico, centri ospedalieri, poliambulatori, istituto di medicina aerospaziale, infermerie presidiarie, dipartimenti militari di medicina legale, sale mediche ed infermerie).

A tal riguardo l'art. 183, comma 6 del Codice dell'ordinamento militare recante "Rapporti con il servizio sanitario nazionale" 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 da erogare nelle strutture militari convenzionate, ai fini della successiva stipula degli accordi contrattuali tra le predette strutture sanitarie militari e le Regioni, nel rispetto della reciproca autonomia.

Quanto all'attuazione di tale disposizione la Difesa ha segnalato che sono in corso azioni che, al loro completamento, consentiranno all'amministrazione:

- l'ampliamento qualitativo e quantitativo del bacino d'utenza dei pazienti aventi accesso alle strutture sanitarie militari, con un "guadagno" in termini sia di *training on the job* per il personale medico ed infermieristico sia di collaborazione con il SSN;
- il recupero degli oneri finanziari, attualmente gravanti sul bilancio del Ministero della difesa, in quanto i pazienti, comunque trattati dalla sanità militare, sono in carico al SSN.

In questa prospettiva, proprio allo scopo di sviluppare e rafforzare il *training on the job* del personale sanitario militare e i rispettivi servizi sanitari regionali e militari, l'amministrazione riferisce che sono già stati sottoscritti tra il Ministero della difesa e alcune Regioni, una serie di accordi quadro/protocolli d'intesa i cui contenuti salienti vengono riepilogati nella seguente tabella.

**Tab. 3 Accordi e protocolli d'intesa tra il Ministero Difesa e Regioni**

REGIONE	TITOLO DELL'ACCORDO	DATA DI STIPULA	SITUAZIONE	OGGETTO
Puglia	Accordo quadro per la cooperazione in tema di sanità pubblica	16/4/2014 (validità 5 anni)	operativo	Collaborazione tra il Ministero della Difesa e la Regione Puglia che prevede la definizione, la scelta e la realizzazione di programmi, attività sperimentali, progetti e studi di comune interesse sulla base di requisiti sviluppati congiuntamente.

Toscana	Protocollo d'intesa per sviluppare e rafforzare sinergie tra il Servizio sanitario degli Enti militari presenti in Toscana e il Servizio sanitario regionale	18/5/2015 (validità 3 anni) Scaduto il 17/5/2018 Proposto rinnovo	operativo	Al Protocollo sono seguite tre convenzioni per l'implementazione delle competenze cliniche in emergenza-urgenza del personale sanitario militare ( <i>training on the job</i> ) con le seguenti strutture civili:- Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi in Firenze, convenzione sottoscritta digitalmente il 15 maggio 2018; - Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana, convenzione sottoscritta digitalmente il 17 maggio 2018; - Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, convenzione sottoscritta digitalmente il 17 maggio 2018.
Emilia Romagna	Protocollo d'intesa per sviluppare e rafforzare sinergie tra il Servizio sanitario degli enti militari presenti in Emilia Romagna e il Servizio sanitario regionale	3/12/2015 (validità 3 anni)	operativo	Il protocollo ha permesso la stipula di una convenzione per l'implementazione delle competenze cliniche in emergenza-urgenza ( <i>training on the job</i> ) del personale sanitario militare presso l'Azienda USL della Romagna, firmata il 16 maggio 2018
Friuli-Venezia Giulia	Protocollo d'intesa per sviluppare e rafforzare sinergie tra il Servizio sanitario degli enti militari presenti in Friuli Venezia Giulia e il Servizio sanitario regionale	3/12/2015 (validità 3 anni)	operativo	L'intesa prevede di incrementare la professionalità degli ufficiali medici e sottufficiali infermieri; organizzare corsi di aggiornamento per il mantenimento della professionalità acquisita dagli operatori sanitari militari; favorire la costituzione di un nucleo di operatori sanitari preparati per la gestione delle emergenze in caso di calamità regionali.
Basilicata	Accordo quadro per la cooperazione in tema di sanità pubblica	16/5/2017 (validità 5 anni)	operativo	All.B-5 L'accordo prevede collaborazione e sinergia tra la Regione e il Ministero della Difesa per una integrazione delle professionalità sanitarie e un interscambio di risorse

				logistiche e servizi per fornire una sempre migliore risposta sanitari ai bisogni dell'utenza.
Campania	Protocollo d'intesa per sviluppare e rafforzare sinergie tra il Servizio sanitario degli Enti militari presenti in Campania e il Servizio sanitario regionale	31/10/2017 (valido 3 anni)	operativo	All. B-6 Il protocollo prevede di incrementare la professionalità degli ufficiali medici e sottufficiali infermieri; organizzare corsi aggiornamento per il mantenimento della professionalità acquisita dagli operatori sanitari militari; favorire la costituzione di un nucleo di operatori sanitari preparati per la gestione delle emergenze in caso di calamità regionali
Lazio	Accordo quadro per la cooperazione in tema di sanità pubblica	Rinnovato l'8/3/2018 (validità 5 anni)	operativo	All.B-8 Sulla base del precedente accordo quadro, è stato stipulato (con registrazione del 20 novembre 2017 al Registro della Regione Lazio) un nuovo "Protocollo d'intesa in tema di sinergie sanitarie" tra la Regione Lazio, Direzione regionale salute e politiche sociali, lo Stato maggiore della difesa, l'Ispettorato generale della sanità militare, l'Azienda ospedaliera San Giovanni Addolorata e il Policlinico militare di Roma: prevede lo scambio di beni e servizi tra il Policlinico militare Celio di Roma e l'Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata

Fonte: dati Ministero della difesa

Oltre a tali intese, ulteriori protocolli ed accordi sono stati siglati tra il 2012 e il 2016 (alcuni di essi sono ancora vigenti) fra lo Stato maggiore Difesa e Regioni, enti militari e strutture sanitarie, come da seguente riepilogo nelle tabelle 4 e 5.



**Tab. 4 Convenzioni/protocolli d'intesa anni 2012-2016 - Stato maggiore della Difesa**

PROTOCOLLO	DATA DI STIPULA	DATA SCADENZA
Azienda Ospedaliera "Istituti Clinici di Perfezionamento" (ora denominata Azienda Socio-Sanitaria Nord) e Difesa Servizi.	2013	Ancora in vigore
Collaborazione tra Centro Studi e Ricerche di Sanità e Veterinaria dell'Esercito e Istituto Superiore di Sanità.	Ottobre 2013	Ottobre 2018
<i>Training On Job</i> tra Regione Puglia e Difesa.	Aprile 2014	Aprile 2019
<i>Training On Job</i> tra Regione Toscana e Difesa.	Maggio 2015	Maggio 2018
<i>Training On Job</i> tra Regione Friuli V.G. e Difesa.	Dicembre 2015	Dicembre 2018
<i>Training On Job</i> tra Regione Emilia R. e Difesa.	Dicembre 2015	Dicembre 2018

Fonte: dati Ministero della Difesa

**Tab. 5 - Convenzioni/protocolli d'intesa anni 2012-2016 - Stato maggiore della Marina**

PROTOCOLLO	DATA DI STIPULA	DATA SCADENZA
Il Centro ospedaliero militare (COM) di Taranto ha stipulato un atto negoziale di permuta con l'ASL di Taranto dal Novembre 2014 grazie al quale gli oneri delle sedute di ossigeno terapia iperbarica, svolte presso il nosocomio militare per le esigenze civili, sono rimborsati mediante prestazioni specialistiche e/o materiale sanitario	Novembre 2014	continua
Il Dipartimento militare di medicina legale (DMML) di La Spezia ha stipulato, nel settembre 2016, un atto di permuta avente ad oggetto lo scambio di professionalità ed utilizzo di locali destinati a piattaforma ambulatoriale territoriale dell'ASL 5 di Spezia	Settembre 2016	continua
Il Comando subacquei e incursori (COMSUBIN), dal settembre 2016, ha avviato una convenzione con l'ASL 5 di Spezia per la gestione dei trattamenti iperbarici in urgenza ed in elezione; le prestazioni sono rimborsate con controprestazioni mediche, diagnostiche di laboratorio, di verifica ambientale e d'intervento sulle infrastrutture, per un valore annuo di oltre 50 K€	Settembre 2016	continua
La Brigata marina "San Marco" e la sezione trasfusionale del COM di Taranto hanno avviato dal 2015 accordi di collaborazione con l'ospedale "PERRINO" di Brindisi acquisendo prestazioni specialistiche (cardiologia ed ortopedia) inquadrate nell'ambito di campagne di donazioni trasfusionali	2015	continua
La Marina ha avviato una collaborazione con il Ministero della salute per la gestione delle scorte antidoti nazionali presso le sedi del COM di Taranto e MARINFERM Roma con un contributo annuo di 41 K€	2015	continua
Accordi con l'ospedale "Garibaldi" di Catania e con altri Dipartimenti di emergenza/ urgenza (Roma, Napoli, Milano) per lo sviluppo di permute "formative" che prevedono la destinazione temporanea di personale sanitario presso le strutture dell'area emergenza pronto soccorso/terapia intensiva e chirurgia/traumatologia finalizzate alla qualificazione e all'aggiornamento del personale sanitario militare senza oneri per la Difesa	20.12.2018	Ospedale Garibaldi in fase di formalizzazione Dip. Roma, Napoli e Milano

Fonte: dati Ministero della Difesa

I riscontri acquisiti sul tema permettono di affermare che la Difesa, nell'ultimo quinquennio, ragionevolmente a ciò indotta anche dalle minori risorse finanziarie via via rese disponibili, ha guardato con maggiore apertura ed attenzione al settore delle convenzioni con enti sanitari, ampliandone sia il numero sia gli ambiti di operatività, al fine di cogliere nuove opportunità di miglioramento del bagaglio professionale delle proprie risorse umane e di realizzare sinergie organizzative, di ricerca ed, ove possibile, finanziarie con il SSN. Nondimeno, considerato il numero degli enti sanitari militari e la centralità dell'argomento, che è parte fondante del più vasto e decisivo processo d'integrazione, non si può che prendere atto di quanto realizzato nel settore, ed auspicare che a tale obiettivo, per il tratto a venire, siano dedicati ancor maggiore impegno e risorse.

In altri termini, la minore disponibilità di mezzi impone una ottimizzazione della cooperazione tra gli enti e le strutture militari e gli organismi del SSN, che deve assumere un ruolo sempre più rilevante rispetto a quello, già significativo, del recente passato, pur nella consapevolezza che esistono parametri di carattere militare che non possono essere superati. A tale ultimo proposito il Ministero ha evidenziato che, nell'ambito dell'Alleanza Atlantica, l'Italia ha sottoscritto gli elementi dottrinali in tema di supporto sanitario operativo<sup>8</sup>.

Nel merito mette conto riferire anche quanto emerso durante l'adunanza pubblica, svoltasi sul tema della sanità militare in data 11 luglio 2019 presso questa Sezione centrale di controllo.

Segnatamente è emersa la comune volontà dei rappresentanti della Difesa e della Salute di agevolare lo sviluppo delle convenzioni determinando una condivisa cornice nazionale delle stesse, tale da orientare e sostenere gli specifici accordi e protocolli in sede locale.

---

<sup>8</sup> In particolare la pubblicazione Nato AJP 4.10 (*Allied Joint Doctrine for Medical Support*), assegna al supporto sanitario militare lo scopo primario di preservare e recuperare la salute delle truppe e la loro capacità di combattimento: ne consegue che, per la Nato lo strumento sanitario è parte integrante e imprescindibile delle Forze armate.

## **6.2 Convenzioni a titolo oneroso con strutture sanitarie pubbliche e con medici estranei all'amministrazione dello Stato**

Nell'ambito dei rapporti con il SSN, il citato art. 183 del TUOM, nei commi da 1 a 5, stabilisce che la Difesa, per far fronte ad esigenze che non possono essere soddisfatte con proprio personale, può stipulare convenzioni con enti e strutture sanitarie pubbliche nonché, in assenza di disponibilità da parte di queste, può stipulare le medesime convenzioni anche direttamente con medici, veterinari, chimici, psicologi e biologi estranei all'amministrazione dello Stato.

La Difesa, sul punto, ha riferito che queste ultime, ai sensi del citato art. 183, comma 4, sono state regolate da un protocollo d'intesa siglato nel 2002 con le organizzazioni sindacali di settore che recepisce, adattandolo alle peculiarità militari, l'accordo collettivo nazionale (di seguito ACN) del 2001 a quel momento vigente, regolante i rapporti tra SSN e specialisti ambulatoriali, veterinari e altre professionalità sanitarie, reso esecutivo con il d.p.r. del 21 settembre 2001, n. 446.

Al fine di dare attuazione agli intervenuti nuovi ACN (dicembre 2015 ed ottobre 2018), è in corso di approvazione un nuovo schema di protocollo d'intesa.

Per quanto attiene alla gestione tecnico-amministrativa dell'istituto, l'amministrazione ha rappresentato che, a seguito della soppressione della Direzione generale della sanità militare (ai sensi del d.p.r. 15 dicembre 2010, n. 270), le competenze in materia di convenzioni sanitarie (salvo che per l'Arma dei carabinieri) - sono state attribuite (con d.m. 30 gennaio 2012) alla Direzione generale per il personale civile (Persociv), che provvede, pertanto, all'adozione dei relativi decreti di impegno di spesa, sulla base delle richieste che pervengono dai competenti Comandi, a loro volta autorizzati dai rispettivi organi programmatori con gli stanziamenti dei relativi fondi. L'Arma dei Carabinieri provvede invece autonomamente.

In via generale la Difesa ha soggiunto che la politica di reclutamento adottata dagli Stati maggiori tiene conto delle esigenze esistenti in campo sanitario e, nei limiti degli organici vigenti, predispone ed attua l'arruolamento di ufficiali medici, psicologi e altre professionalità in misura tale da tendere a una progressiva diminuzione del ricorso alle convenzioni, la cui consistenza, tuttavia, difficilmente potrà subire repentine compressioni, sia per ragioni organizzative sul territorio sia per i vigenti

vincoli contrattuali, tenuto conto che circa l'80 per cento di tali accordi risultano essere a tempo indeterminato, con contratti stipulati prima del 2002.

A tal riguardo osserva la Sezione che la pratica delle convenzioni a tempo indeterminato ha trovato, a suo tempo, riscontro in pronunciamenti dell'Avvocatura generale dello Stato<sup>9</sup> e che l'istituto, nei primi anni della sua applicazione, è stato usato diffusamente, verosimilmente sottovalutando la iniziale, richiamata condizione di legittimazione posta dal citato art. 183 del TUOM (...esigenze che non possono essere soddisfatte con proprio personale ...) tanto che con riferimento all'anno 2004 fu proprio questa Sezione a segnalare che le convenzioni complessivamente in essere, a quel momento, risultavano ben 339.<sup>10</sup>

Nelle seguenti tabelle 6 e 7 è riepilogato l'andamento del fenomeno delle convenzioni di che trattasi ed il relativo onere.

**Tab 6 - Convenzioni con liberi professionisti e onere finanziario anni 2012-2018**  
**Esercito - Marina - Aeronautica**

Forza Armata	2012		2013		2014		2015		Totale anni 2012-2015
	n. conv.	Onere finanziario	n. conv.	Onere finanziario	n. conv.	Onere finanziario	n. conv.	Onere finanziario	
<b>Esercito</b>	129	4.966.200,18	125	4.959.901,7	96	3.735.617,91	100	3.449.181,31	17.110.901,10
<b>M.M.</b>	40	909.106,47	45	931.062,33	20	630.491,73	21	592.431,29	3.063.091,82
<b>A.M.</b>	27	783.985,52	27	744.367,38	25	733.511,11	25	770.835,64	3.032.699,65
<b>Totale</b>	<b>196</b>	<b>6.659.292,17</b>	<b>197</b>	<b>6.635.331,45</b>	<b>141</b>	<b>5.099.620,75</b>	<b>146</b>	<b>4.812.448,24</b>	<b>23.206.692,61</b>

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della difesa

Forza Armata	2016		2017		2018		Totale anni 2016-2018	Totale anni 2012-2018
	n. conv.	Onere finanziario	n. conv.	Onere finanziario	n. conv.	Onere finanziario		
<b>Esercito</b>	97	3.291.225,07	68	2.128.811,65	66	2.020.793,94	7.440.830,66	24.551.731,76
<b>M.M.</b>	33	777.981,02	27	704.314,80	34	862.806,59	2.345.102,41	5.408.194,23
<b>A.M.</b>	29	789.272,50	31	869.710,66	32	958.833,93	2.617.817,09	5.650.516,74
<b>Totale</b>	<b>159</b>	<b>4.858.478,59</b>	<b>126</b>	<b>3.702.837,11</b>	<b>132</b>	<b>3.842.434,46</b>	<b>12.403.750,16</b>	<b>35.610.442,73</b>

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della difesa

<sup>9</sup> Parere dell'Avvocatura dello Stato del 24 dicembre 2004 "omissis...nel caso in cui l'Amministrazione ravvisi allo scadere del triennio la permanenza delle condizioni che hanno legittimato la precedente stipula, potrà pertanto determinarsi nel senso del rinnovo che, peraltro - come già detto non sembra richiedere formalità alcuna, essendo piuttosto da formalizzare la diversa decisione di non procedere al rinnovo del rapporto...".

<sup>10</sup> Deliberazione n. 15/2007/G dell'11 luglio 2007, della Sezione centrale del controllo sulla gestione delle amministrazioni dello Stato su "Nuove forme di organizzazione" e sulla "Eternalizzazione di servizi ed attività istituzionali da parte del Ministero della Difesa".

**Tab 7 - Convenzioni con liberi professionisti e onere finanziario anni 2012-2018  
Arma Carabinieri**

Tipo di convenzione	2012		2013		2014		2015		Totale anni 2012-2015
	n. conv.	Onere finanziario	n. conv.	Onere finanziario	n. conv.	Onere finanziario	n. conv.	Onere finanziario	
Tempo indeterminato	14	418.296,00	14	386.295,86	14	386.296,00	13	360.958,00	1.551.845,86
Tempo determinato		1.771,16		471,82		2.145,98		3.792,15	8.181,15
<b>Totale</b>		<b>420.067,16</b>		<b>386.767,58</b>		<b>388.441,98</b>		<b>364.750,15</b>	<b>1.560.027,01</b>

Segue tabella

Tipo di convenzione	2016		2017		2018		Totale anni 2016-2018	Totale anni 2012-2018
	n. conv.	Onere finanziario	n. conv.	Onere finanziario	n. conv.	Onere finanziario		
Tempo indeterminato	13	377.858,10	12	351.078,36	12	351.078,36	1.080.014,82	2.631.860,68
Tempo determinato		2.130,13	5	1.614,62	21	3.897,03	7.641,78	15.822,93
<b>Totale</b>		<b>379.988,23</b>	<b>17</b>	<b>352.692,98</b>	<b>33</b>	<b>354.975,39</b>	<b>1.087.656,60</b>	<b>2.647.683,61</b>

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della difesa

Può osservarsi, al riguardo che, per le Forze armate, ad un calo numerico delle convenzioni, dalle 196 del 2012 alle 132 del 2018 (- 64) pari ad una diminuzione di oltre il 32 per cento, si accompagna una contrazione dei relativi oneri, passati dai circa 17 milioni e 500 mila del triennio 2013- 2015 ai 12 milioni e 400 mila del triennio 2016-2018, con un calo del 29 per cento.

Per quanto riguarda l'Arma i dati in tabella 7 dimostrano l'andamento lineare del fenomeno quanto ai costi, e sostanzialmente anche al numero dei convenzionati, se si escludono i contratti a tempo determinato principalmente finalizzati alle sostituzioni per periodi feriali.

Sullo specifico tema vanno quindi registrate positivamente le più recenti azioni dell'amministrazione in quanto orientate a convalidare l'assunto che, nella misura in cui professionalità sanitarie peculiari per l'ambiente militare siano da rinvenire, invece, all'esterno della Difesa, tali episodi rappresentano, in linea di principio, un aggravio di spesa causato da minore capacità di programmazione, e costituiscono una disfunzione da monitorare e ridurre nell'ambito delle capacità organizzative e gestionali del servizio sanitario militare, in special modo perseguendo mirati

reclutamenti, intesi ad acquisire e mantenere le medesime capacità. In questo settore, dunque, ferma la direzione intrapresa, secondo la Sezione vanno ulteriormente potenziate le azioni intese a ridurre la relativa voce di spesa.

A tal riguardo, non è fuori luogo citare, nell'ambito delle iniziative di riordino assunte, quelle comunicate dal servizio sanitario della Marina che ha riferito come, per il contenimento della spesa in esame, si sia orientato, quando possibile, alla realizzazione di permutate e scambi di servizi, ed abbia ottimizzato il piano d'impiego del proprio personale sanitario adattandolo alle esigenze delle utenze, accentrate nelle principali sedi di servizio della propria Forza armata (Taranto, Spezia, Augusta, Ancona e Roma); in tal modo il ricorso al convenzionamento in *outsourcing*, imposto da carenze organiche specialistiche nelle sedi interessate, è stato circoscritto alle esigenze inderogabili.

L'Aeronautica, dal canto suo, ha rappresentato di ricorrere a forme di collaborazione sia con enti del Servizio sanitario nazionale sia con medici civili a tempo determinato e indeterminato per sopperire alla carenza e/o al difficile reclutamento di particolari professionalità soggiungendo che - a fronte di tali convenzioni che incidono attualmente per circa 750 mila euro annui - attraverso accordi con Difesa servizi Spa<sup>11</sup> per l'erogazione di prestazioni sanitarie in convenzione per sostegno ad enti esterni (compagnie di volo etc.) - ha incassato proventi che, negli ultimi cinque anni, sono risultati pari a circa 5 milioni di euro.

Nel merito, anche su questo tema mette conto rappresentare quanto emerso durante l'adunanza pubblica svoltasi presso questa Sezione centrale di controllo, in data 11 luglio 2019.

In particolare, pur essendo state fornite ulteriori informazioni circa l'applicazione dell'istituto delle convenzioni a titolo oneroso, il Collegio ha ritenuto di osservare che lo stesso, ormai datato, impone delle verifiche di compatibilità rispetto alla generale evoluzione della normativa del settore giuslavoristico, e della relativa sopravvenuta generale applicazione pretoria. Per tali motivi la Difesa dovrà approfondire il tema, eventualmente acquisendo anche l'aggiornato parere dell'Avvocatura generale dello

---

<sup>11</sup> Difesa Servizi S.p.A. è una società della Difesa "*in house providing*", normata dall'art. 535 del COM, che ha l'obiettivo di reperire risorse aggiuntive collocando sul mercato una serie di beni, servizi e prestazioni.

Stato, in esito a quanto già a suo tempo comunicato e riportato nella precedente nota 9.

## **7. La programmazione della spesa sanitaria**

La programmazione della spesa sanitaria si iscrive fra le competenze dei Capi di Stato maggiore di Forza armata e del Capo di Stato maggiore della Difesa, rispettivamente disciplinate dagli articoli 95 e 89 del COM. In particolare i primi sono tenuti ad elaborare e proporre l'intera programmazione - ivi inclusa quella sanitaria - alle decisioni del secondo e, successivamente, a curarne l'attuazione nel quadro delle rispettive responsabilità operative. Tale breve inquadramento normativo spiega perché ciascuna Forza armata elabora una distinta pianificazione, con modalità fra loro compatibili, ma certamente differenziate, come di seguito riferito dall'amministrazione.

In ambito Esercito, le attività di programmazione, gestione e rendicontazione finanziaria sono svolte da una struttura organizzativa definita "catena gerarchico-finanziaria", che parte dall'organo programmatore (di seguito Op), coincidente con lo Stato maggiore dell'Esercito - Ufficio generale pianificazione finanziaria (di seguito Sme-Ugpf), passando per gli organi programmatori settoriali (di seguito Ops, di norma a livello reparto/dipartimento di SME), seguiti da altri livelli che ripercorrono la catena gerarchica, fino ad arrivare ai centri di spesa secondari (di seguito Css, destinatari delle assegnazioni).

Il meccanismo operante nell'Esercito e riassunto nel successivo grafico n. 5 si basa sulle c.d. "richieste integrative" che:

- rappresentano le esigenze da soddisfare in funzione dei compiti assegnati e degli obiettivi da raggiungere e, pertanto, non risultano vincolate alla disponibilità reale o presunta delle risorse finanziarie;
- sono elaborate dai Css tramite il sistema informatico finanziario di Forza armata (di seguito Siefin) e riportano i necessari parametri economico-finanziari (capitolo, articolo, azione, conto/prenotazione conto/anticipazione, direzione generale, voce del piano dei conti), oltre alla descrizione dell'esigenza da soddisfare;

- vengono valutate dagli organi della catena gerarchico-finanziaria sotto i profili tecnico-operativo e tecnico-finanziario ed eventualmente validate ed inoltrate al livello superiore;
- vengono (eventualmente) soddisfatte dagli Ops tramite emissione di preavviso di assegnazione (vincolato alla disponibilità di “competenza”).

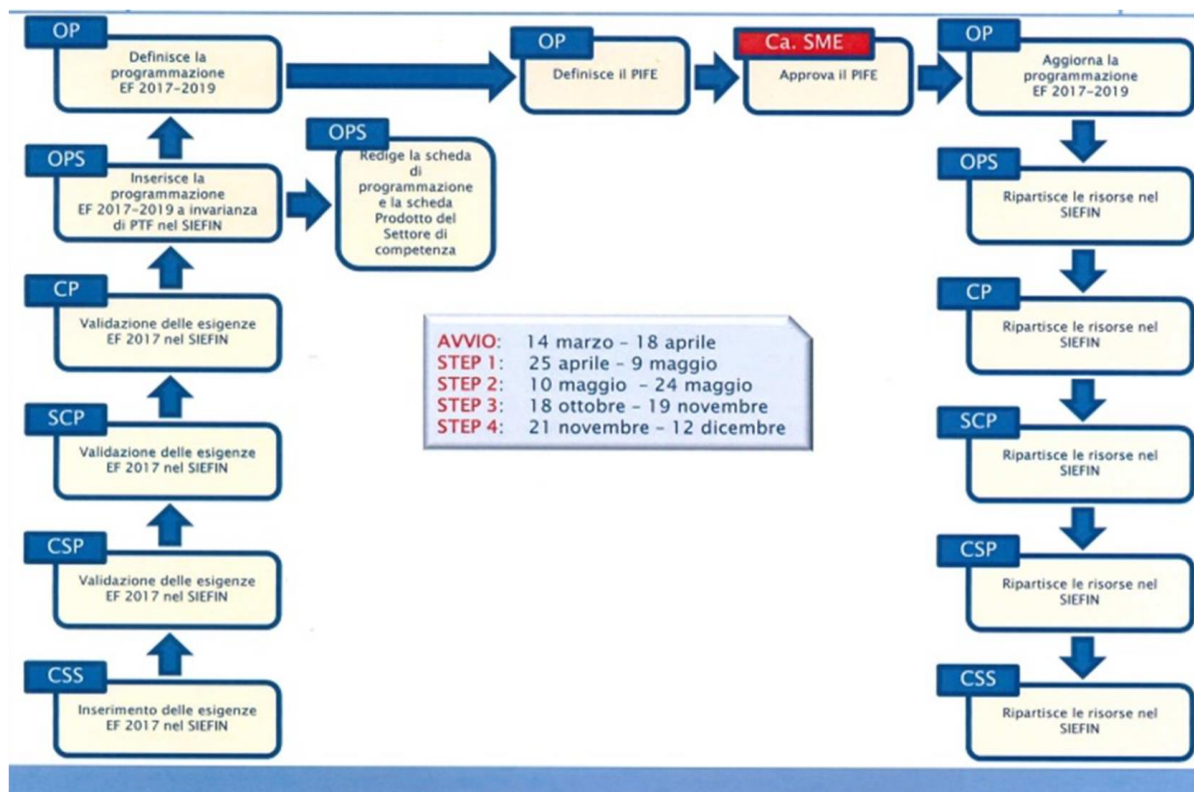
In particolare, il ramo della struttura sopra accennata, inerente al settore della sanità ha, quale Ops, lo SME - IV reparto logistico che, nello svolgimento della propria attività, si avvale, per gli aspetti tecnico-operativi, del comando logistico dell'Esercito (di seguito Comlog), e più in particolare, del dipendente Comando di sanità e veterinaria).

In conclusione:

- per quanto concerne la programmazione della spesa sanitaria, l'Amministrazione riferisce che, SME - IV reparto logistico struttura il *budget* disponibile sulle varie fonti di finanziamento (Legge di bilancio e risorse dedicate al “fuori area”, introdotte con decreti legge);
- il meccanismo di assegnazione dei fondi può avvenire in due modi:
  - . l'Ops ripartisce il *budget* disponibile lungo la catena gerarchico-finanziaria, fino ai CSS;
  - . l'Ops assegna direttamente i fondi al Ccss, previa validazione delle singole richieste integrative da parte della catena gerarchico-finanziaria (è un meccanismo impiegabile in fase di gestione per l'assegnazione di fondi per i quali l'Ops conosce già il Ccss destinatario o per esigenze peculiari e/o urgenti).



**Grafico n. 5 – Esercito italiano - ciclo di programmazione finanziaria sanitaria**



Fonte: dati Ministero della difesa

Per la Forza armata Marina il Dicastero segnala che la programmazione della spesa sanitaria, analogamente alla formulazione delle previsioni di spesa del settore funzionamento, è elaborata in funzione del piano degli obiettivi discendente dall'atto di indirizzo per il triennio di programmazione ed in linea con le disposizioni recate dalle "Linee guida per la formazione dello stato di previsione della spesa" emanate dallo SMD.

La Marina ha improntato l'attività di programmazione della spesa sanitaria, come rappresentato nel successivo grafico n. 6, elemento imprescindibile per garantire l'efficacia e l'efficienza dello strumento aereo navale ed il funzionamento delle articolazioni territoriali, sulle seguenti priorità:

- operatività dello strumento militare aereo navale: assicurare le capacità operative, addestrative e logistiche delle unità di previsto impiego in compiti istituzionali primari o nei teatri operativi;

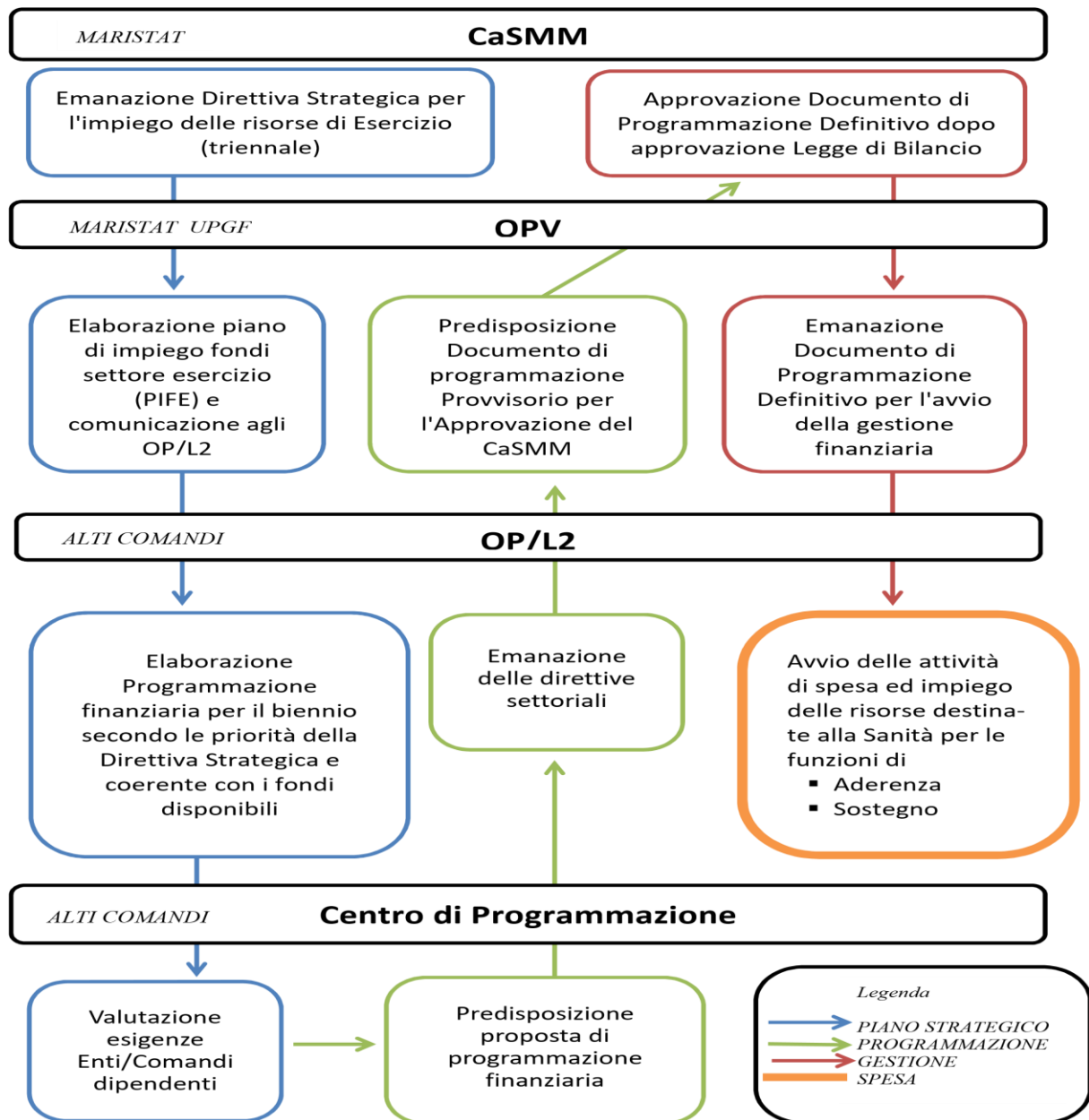
- formazione del personale: garantire le attività formative di base e quelle afferenti la formazione avanzata - attività formative ineludibili, necessarie alla costruzione delle professionalità militari e alle immediate prospettive di impiego;
- sicurezza delle infrastrutture: eseguire gli interventi urgenti che garantiscano un adeguato livello di sicurezza delle infrastrutture sul territorio nazionale;
- sicurezza a bordo delle unità navali: eseguire le attività finalizzate ad assicurare le funzioni di sicurezza del personale, abitabilità, vivibilità, rispetto delle norme di tutela ambientale;
- benessere del personale: assicurare concreti interventi per il benessere del personale (provvidenze, assistenza morale, asili);
- funzionamento dei Comandi ed enti: assicurare esclusivamente il corretto e ordinario funzionamento in un contesto di azioni volte al contenimento della spesa.

In particolare, il meccanismo di assegnazione dei fondi della spesa sanitaria si basa:

- per le unità e i reparti impiegati/da impiegare in compiti istituzionali primari o nei teatri operativi in relazione alla tipologia di attività sanitaria da svolgere e numero e classe di unità impegnate (capacità sanitarie di base - Role 1 e/o capacità sanitarie avanzate - Role 2 e Role 3, unità funzioni di assistenza sanitaria, *search and rescue*, controllo flussi migratori, etc.)
- per il sostegno e l'aderenza allo strumento aeronavale, su un criterio di proporzionalità legato ai seguenti fattori:
  - bacino d'utenza delle singole strutture sanitarie delle diverse giurisdizioni;
  - dati sanitari estrapolati dalla piattaforma di gestione di Forza armata (*on health*);
  - esigenze specifiche preventivamente programmate e/o concordate in sede di riunioni periodiche.

La Marina riferisce che, nonostante il trend finanziario non favorevole, ha sostenuto svariati impegni, nel periodo in esame, tra cui la Missione "*Unified Protector*" in Libia nel 2011, l'antipirateria nell'Oceano Indiano nel 2012, il periplo da parte del 30° Gruppo Navale nel 2013/2014, l'Operazione "*Mare Nostrum*" nel 2013/2014 seguita dall'operazione EUNAVFORMED "*Sophia*", che da sole, hanno sostenuto oltre 200.000 interventi di soccorso e di *screening* sanitario a favore della popolazione.

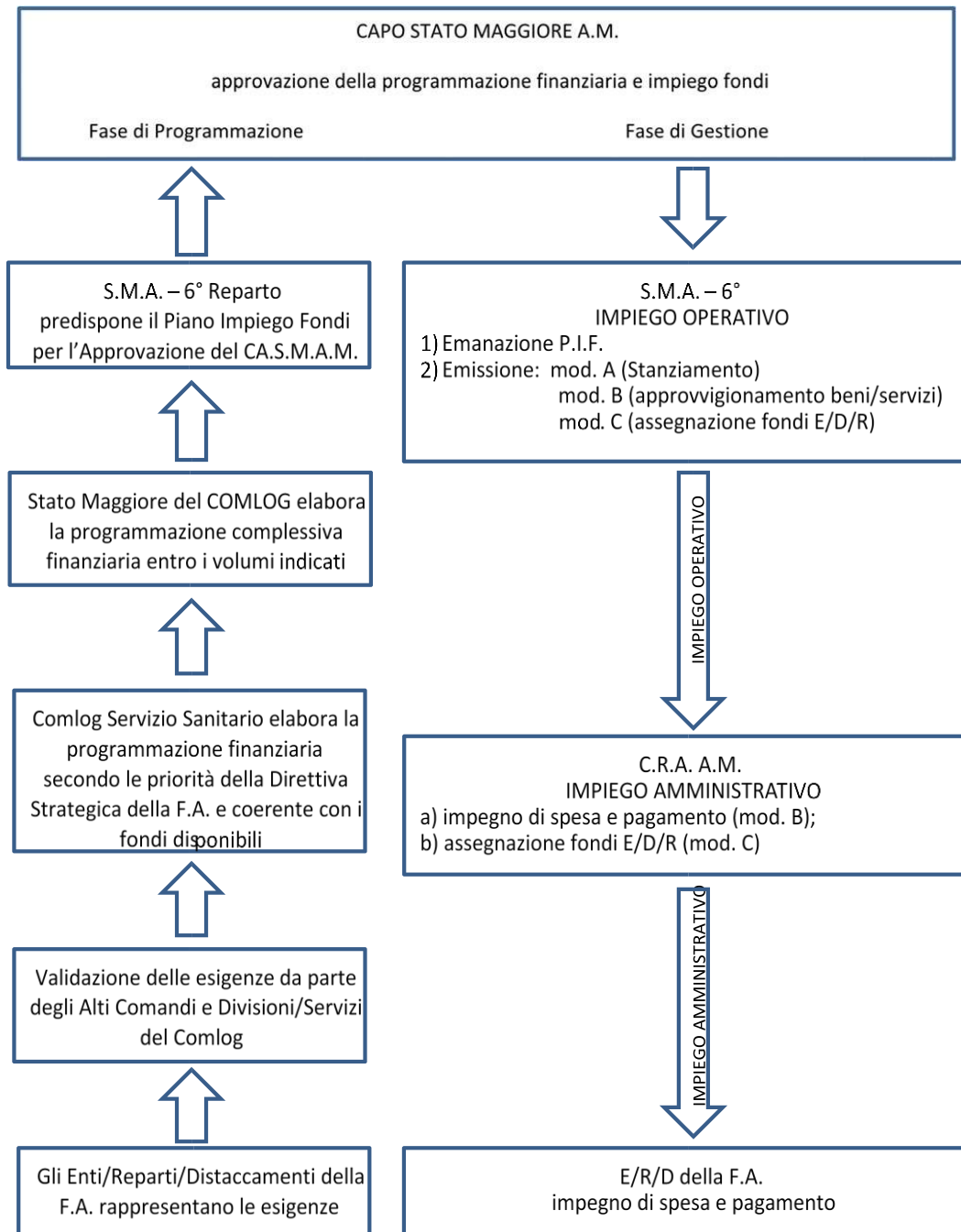
**Grafico n. 6 - Marina militare - ciclo di programmazione finanziaria sanitaria**



Fonte: dati Ministero della difesa

Quanto allo Stato maggiore Aeronautica la programmazione fondi viene effettuata mediante una raccolta annuale delle esigenze (anno x-1), come si evince dal seguente grafico n. 7.

## Grafico n. 7- Aeronautica militare - ciclo di programmazione finanziaria sanitaria



Fonte: dati Ministero della Difesa

Durante l'esercizio finanziario sono possibili variazioni sulla base delle richieste di assestamento da parte degli enti di Forza armata. Inoltre, la programmazione viene adottata in base agli stanziamenti a legge di bilancio che l'organo programmatore assegna per ogni capitolo, salvo poi apportare, con apposite manovre finanziarie, degli

aggiustamenti durante l'anno (ad esempio risorse per il "fuori area" prelievo da appositi fondi, ecc.).

Nei Carabinieri la programmazione della spesa sanitaria viene sviluppata attraverso un' articolata e consolidata procedura finanziaria che prevede l'elaborazione e la definizione:

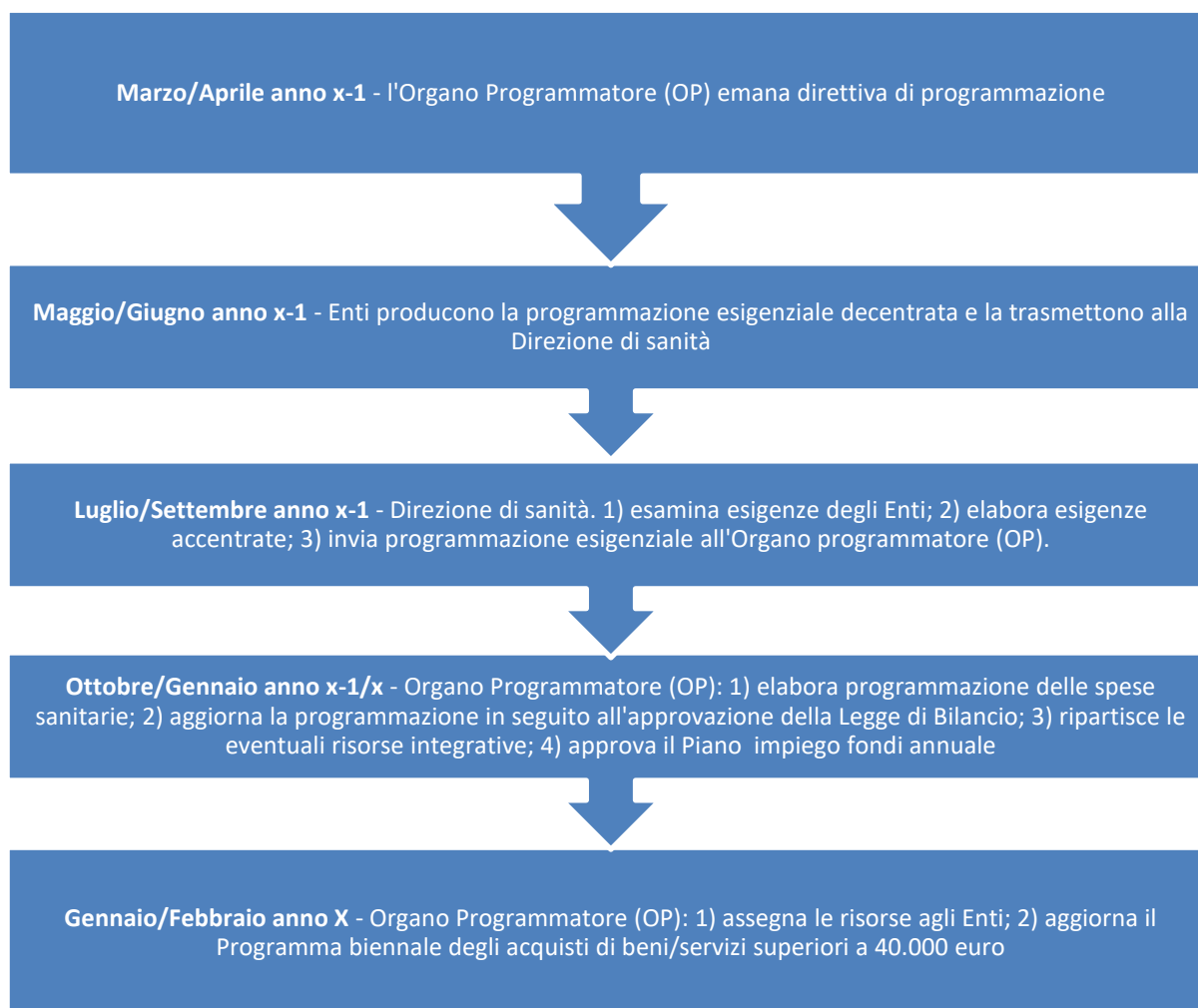
- di una "programmazione esigenziale decentrata" (di seguito Ped), con cui i singoli enti/distaccamenti (infermerie presidiarie/infermerie/servizi sanitari) rappresentano per tempo alla Direzione di sanità e all'ufficio logistico - di norma, entro il mese di settembre, nel contesto di un più ampio quadro di esigenze che interessano tutti i settori della logistica, il fabbisogno d'approvvigionamento dei capitoli di spesa sanitaria per il successivo anno finanziario;
- di un "piano impiego fondi" annuale, da parte degli organi finanziari del Comando generale che - una volta validato dal vertice dell'istituzione - dopo l'approvazione della legge di bilancio statale, attribuisce, tra le altre, le risorse alla citata direzione, nei limiti dello stanziamento di bilancio.

Successivamente, per il tramite dell'ufficio di bilancio e della direzione di amministrazione del Comando generale, si provvede alla successiva assegnazione dei fondi agli enti/distaccamenti (di norma, due volte l'anno), sulla base delle esigenze e priorità rappresentate in sede di Ped.

Inoltre, al di fuori delle fasi di programmazione sopra indicate (c.d. "assegnazioni ordinarie/suppletive"), in caso di eccezionali esigenze da fronteggiare la Direzione di sanità può provvedere, nel corso dell'anno, ad assegnare le disponibilità eventualmente richieste dagli Enti - sempre previa valutazione della loro effettiva necessità - con procedura finanziario-contabile diversa (c.d. "assegnazioni straordinarie").

Nel successivo grafico n. 8 è rappresentato il ciclo di programmazione delle spese sanitarie dell'Arma dei Carabinieri.

## Grafico n. 8 – Arma dei Carabinieri - ciclo di programmazione finanziaria sanitaria



Fonte: dati Ministero della Difesa

Il diversificato e complesso sistema descritto, va osservato, testimonia dell'evoluzione organizzativa della Difesa dal precedente sistema - che vedeva i Capi di Stato maggiore di Forza armata responsabili in prima persona di tutte le scelte di carattere economico-finanziario quale premessa al mantenimento di singole Forze armate efficienti ed impiegabili - ad uno strumento nel quale lo Stato maggiore della Difesa ha assunto la responsabilità della integrazione dello strumento militare e dell'approvazione di tutte le esigenze operative che preludono all'acquisizione di nuovi materiali, e il controllo operativo dei fondi d'investimento e della formazione del bilancio.

In sostanza il superamento di alcune, proprie tradizionali competenze ha portato gli Stati maggiori di Forza armata a doversi confrontare con gli investimenti in termini

programmatici (proposta delle voci di spesa da inserire nella programmazione finanziaria di ciascun anno) e non più in termini finanziari. L'inserimento nella linea di programmazione di un nuovo soggetto in posizione decisionale ha determinato, ed è chiaro anche nel caso in esame con riguardo alla sanità militare, una maggiore complessità del processo di programmazione finanziaria. E' dunque auspicabile che in tale delicato settore, ferme rimanendo le fondamentali fasi che caratterizzano il relativo procedimento, possa essere avviata una riflessione finalizzata alla semplificazione; in particolar modo nella considerazione che si tratta di un settore da tempo interessato ad un importante processo di interforzizzazione. Del resto non va sottaciuto che, una volta definita la programmazione, i relativi acquisti di beni e servizi rimangono affidati alle competenti Direzioni generali ed è pertanto auspicabile che le relative determinazioni vengano formalizzate quanto prima possibile, e rimesse tutte insieme agli organi incaricati della contrattualistica, in maniera che essi possano vagliare e sviluppare le soluzioni più razionali, non esclusa da tale logica il perseguimento di economie di scala.

Anche su questo argomento è doveroso riferire quanto emerso durante l'adunanza pubblica svoltasi in data 11 luglio 2019 presso questa Sezione centrale di controllo.

In particolare il competente rappresentante della Difesa, convenendo sulla eccessiva complessità dei procedimenti all'esame, ha riferito dell'attuale sperimentazione di un sistema informatico denominato SIFAD (Sistema informativo finanziario amministrazione Difesa) specificamente elaborato per l'esigenza, destinato a ridurre notevolmente gli oneri burocratici della pianificazione.

Fino ad ora, le fasi di sviluppo del nuovo sistema hanno interessato e reso già operativi i principali applicativi, mentre altri sono in fase di completamento, atteso che ogni modulo è in continua manutenzione in relazione alle evoluzioni del sistema SICOGE che recepiscono le continue innovazioni normative in materia di bilancio, di contabilità e appalti pubblici.

Nell'ambito dell'attuale piattaforma SIFAD sono stati previsti, ed in parte realizzati gli applicativi necessari per supportare le fasi di programmazione, gestione e monitoraggio della spesa inerenti al bilancio del Ministero della Difesa.

L'Amministrazione ha successivamente fatto pervenire, al riguardo, la scheda

descrittiva riportata in all. 2.

## **8. Le attività di specifico rilievo istituzionale per la sanità militare**

Nell'ambito del processo di riordino dello strumento militare in corso, la componente sanitaria è stata sottoposta ad una profonda revisione che ha comportato, nell'ultimo quinquennio, un processo di razionalizzazione in senso riduttivo degli organismi e delle strutture sanitarie, con un progressivo ridimensionamento di organici, sia del personale medico che delle altre figure professionali che, secondo l'amministrazione, appaiono appena sufficienti in rapporto alle proprie, molteplici esigenze. Ulteriore vettore di cambiamento è risultata la professionalizzazione dello strumento militare, caratterizzato dal suo ripetuto impiego in territorio nazionale ma, ancor più, fuori dai confini.

In tale congiuntura la sanità militare, riferisce la Difesa, si è impegnata a focalizzare sempre di più la propria azione e quindi le proprie risorse nei settori che più la caratterizzano ovvero, in primo luogo, la "medicina operativa e delle emergenze" (in specie, chirurgia d'urgenza, traumatologia, anestesia e rianimazione) assicurando, comunque, un livello ottimale negli altri due settori di peculiare interesse, ovvero la "medicina preventiva" e quella "medico-legale", anch'esse di seguito meglio descritte.

### **8.1. La medicina operativa e delle emergenze**

Tale tipo di competenza è fornita principalmente dal Policlinico militare di Roma e dai Centri ospedalieri militari (COM) di Taranto e Milano. Rientrano in questo settore il Comando subacquei incursori della Marina, dotato di moderni assetti mobili per il trattamento iperbarico, e l'infermeria principale di Pratica di Mare, il cui gruppo di biocontenimento costituisce uno strumento specializzato nel trasporto aereo di pazienti biocontaminati. Queste strutture, oltre ad assistere il personale dell'amministrazione in Patria e mantenere in efficienza le dotazioni sanitarie proiettabili, rappresentano il principale serbatoio di assetti specialistici campali/aeronavali da inviare nei Teatri, normalmente con turnazioni a breve preavviso. Questa disponibilità è imprescindibile al mantenimento della specificità



operativa della sanità militare, individuata nella sua capacità di poter assicurare un qualificato supporto sanitario al personale combattente fuori area o in ogni altro contesto di impiego che preveda opposizione di forze o altro tipo di minaccia. Tale funzione strutturale prevede che il personale sia qualificato ed aggiornato sul piano tecnico-sanitario e possieda, al contempo, conoscenze e competenze di tipo strettamente militare che lo rendano integrato e funzionale al contesto operativo in cui è destinato ad operare. L'ipotesi di replicare il supporto sanitario operativo nel contesto delineato con assetti e personale civile, salvo selezionate esigenze specialistiche, secondo la Difesa, non risulta pertanto praticabile, tenuto conto che:

- il personale sanitario civile non potrebbe essere impiegato all'occorrenza, in tempi brevissimi, in Teatri caratterizzati da situazioni di rischio per la propria incolumità (zone di conflitto o instabili *post* conflitto, con condizioni climatiche avverse e per lunghi turni) non avendo alcun obbligo specifico di stato giuridico di esporsi al pericolo. Inoltre, tale opzione andrebbe a degradare in modo sensibile e repentino le capacità del SSN, fermo restando che tale personale potrebbe non possedere l'idoneità fisica, psicologica e le necessarie competenze tecnico-militari per essere impiegato in un contesto operativo;
- le strutture militari (Policlinico e COM) garantiscono, di per sé ovvero strutturalmente, un livello di sicurezza e protezione fisica del personale ricoverato che le strutture civili non sono in grado di assicurare, sia per il personale italiano (militare o delle Forze di polizia) sia per il personale di Paesi alleati o con cui l'Italia ha stretto accordi di collaborazione.;
- le strutture sanitarie militari hanno dipendenza centrale e non regionale/convenzionale e, pertanto, si riferiscono alle Autorità centrali di governo;
- non è scontato che il correlato impegno economico complessivo risulti vantaggioso, in termini di costi del personale prima da formare e poi impegnato, nonché attrezzature e infrastrutture impiegate.

Rispetto a tale tema la Difesa ha evidenziato che in ambito *Nato/Eu* è, sì, prevista anche la possibilità di provvedere al supporto sanitario operativo con strutture di tipo privato, che provvedono - in tutto o in parte - alle esigenze dello specifico Teatro (*outsourcing/contracted medical services*), ma ha soggiunto come tali fattispecie risultino:

- particolarmente onerose, considerata la natura privatistica dei *providers*;
- non accettate per scenari ad alta/media intensità;
- generalmente utilizzate, pertanto, nei pochi contesti multinazionali per i quali non sia stato provvisto un supporto sanitario militare da parte delle nazioni partecipanti considerata la trascurabile intensità dell'impiego, e pertanto di scarso rilievo complessivo.

L'impiego di risorse nello specifico sotto-settore, nell'ultimo triennio, è quello indicato nella seguente tabella 8.

**Tab. 8 - Organismi e personale impiegati nella medicina operativa e delle emergenze - anni 2016, 2017, 2018**

Comandi/Enti	Anni/persona		
	2016	2017	2018
<b>Policlinico "Celio" di Roma</b>	601**	599**	589**
<b>Centro ospedaliero militare di Milano *</b>	5	10	8
<b>Centro ospedaliero militare di Taranto</b>	81	76	93
<b>Infermeria principale di Pratica di mare</b>	25,6	26,1	26,6
<b>Comando subacquei incursori della M.M.</b>	22	22	23
<b>Totale</b>	<b>734,6</b>	<b>733,1</b>	<b>739,6</b>

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della difesa

\*Riorganizzato in DMML di tipo A, mantenendo funzioni di ricovero a livello *day hospital surgery*, ex art. 2188-bis del Codice dell'ordinamento militare (COM)

\*\* Sono compresi anche gli ufficiali specializzandi (64 nel 2016, 64 nel 2017 e 65 nel 2018).

La Sezione osserva, al riguardo, che se è condivisibile ritenere problematica la prospettiva di un inserimento di professionalità del SSN in contesti operativi particolarmente rischiosi, o comunque critici per le ragioni enunciate, tale impiego, certamente utile ad un potenziamento delle capacità di medicina d'emergenza della Difesa, suscita minori perplessità se riferita al contesto domestico ed a connotazione ospedaliera caratterizzanti sia il Policlinico che i Centri.

E' pertanto in questa direzione che si ritiene possa essere ancora sviluppato un intenso impegno sinergico con il SSN, allo scopo ultimo di realizzare uno scambio positivo per entrambe le organizzazioni, specie portando a compimento gli avviati processi finalizzati all'accREDITAMENTO dei posti letto e sviluppando ulteriormente lo strumento delle convenzioni finalizzate al *training on the job*. Del resto, uno sforzo nel senso indicato, per la congiuntura di carenza di personale del SSN determinatasi negli ultimi anni, in determinate zone, e potrebbe incontrare maggiori disponibilità da parte delle strutture sanitarie civili.

## **8.2. La medicina legale e la medicina preventiva**

Tra i compiti peculiari della sanità militare la branca della medicina legale militare rappresenta una realtà che costituisce da tempo un importante punto di riferimento per l'intera medicina legale italiana. Infatti, le prime norme per l'accERTAMENTO delle lesioni ed infermità dipendenti da causa di servizio risalgono al 1895, e ciò permette di affermare che, per molti decenni, la medicina legale militare è stata l'unica medicina legale pubblica realmente operante in ambito "non forense".

Nel tempo si è poi manifestata la tendenza al coinvolgimento dei medici militari in una medicina legale pubblica di interesse generale, che ha trovato la sua evidente manifestazione non solo con riferimento alla molteplicità degli istituti normativi in cui essi sono competenti nei giudizi, ma anche nell'evoluzione delle stesse strutture militari dedicate alla specifica attività. Ciò che risulta ancor più significativa, inoltre, è la constatazione che gli organi medico legali militari, in momenti diversi, sono stati investiti di competenze relative ad istituti normativi di evidente carattere "sociale", ad es. la competenza esclusiva nei confronti dei giudizi relativi all'indENNIZZO a favore dei soggetti danneggiati dalla talidomide (legge n.244 del 2007) o da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazioni di emoderivati (legge n. 210 del 1992) nonché delle vittime del dovere, dei dipendenti pubblici rimasti invalidi nell'adempimento del dovere e dei cittadini o apolidi vittime del terrorismo e della criminalità organizzata (legge n. 302 del 1990). Attualmente l'organizzazione della medicina legale militare si articola su organi centrali e periferici

interforze, ed altri di pertinenza delle singole Forze armate, ma le attività di medicina legale sono svolte anche dalla sanità d'aderenza e da quella territoriale, con esclusione del solo Policlinico militare. Più in dettaglio, a livello centrale si collocano l'Ispettorato generale della sanità militare, tecnicamente preposto alla gestione ed armonizzazione di tutte le problematiche afferenti alla sanità militare in senso lato ed il Collegio medico legale, che è il massimo consesso medico legale dello Stato e fornisce pareri su ogni problematica medico-legale oggetto di quesiti formulati principalmente dalla Corte dei conti, nelle sue diverse articolazioni centrali e territoriali, nonché da ogni altro organo giurisdizionale o Ministero. Seguono le strutture medico-legali territoriali, alcune delle quali a connotazione interforze, tra cui la Commissione medica di seconda istanza di Roma e le Commissioni mediche ospedaliere incardinate nei vari Dipartimenti militari di medicina legale esistenti sul territorio.

Al riguardo l'amministrazione ha sottolineato come, a partire dal 2012, le strutture destinate in via esclusiva allo svolgimento di tali funzioni siano state fortemente ridotte: in particolare sono stati chiusi i Dipartimenti militari di medicina legale di Chieti, Torino, Firenze, Palermo, Taranto ed i relativi carichi di lavoro re-distribuiti alle rimanenti sedi di Milano, La Spezia, Padova, Cagliari, Roma, Bari e Messina.

Inoltre, sono state chiuse le Commissioni mediche di 2<sup>a</sup> istanza di Milano, Napoli e Bari, ferma restando l'attività della sola citata Commissione con sede in Roma. In tale contesto, è da sottolineare il permanere del ruolo di supporto *extra* amministrazione svolto massivamente dai citati Dipartimenti, che agiscono in favore di tutto il personale della pubblica amministrazione quanto all'esecuzione di visite medico-legali, di accertamenti e pareri per la pensionistica privilegiata, oltre a garantire i giudizi di idoneità, o meno, al servizio militare per tutti i militari in servizio e per gli aspiranti all'arruolamento. Tali competenze rappresentano un non lieve sgravio per la sanità civile che, diversamente, dovrebbe comunque supportare l'esigenza, anche ricorrendo a convenzioni ed a consulenze esterne. I sanitari militari utilizzati in tale ambito concorrono, altresì, secondo turnazioni, al completamento delle strutture sanitarie impiegate nei Teatri operativi.

Quanto alla medicina preventiva essa, anche in ambito militare, è preposta allo svolgimento di diversificate attività che mirano a ridurre la mortalità, la morbilità o

gli effetti dovuti a determinati fattori di rischio - generici o specificamente inerenti la condizione militare - promuovendo la salute e il benessere individuale e collettivo secondo criteri di prevenzione primaria, secondaria o terziaria. Il SSN in qualche modo si avvale, quindi, per l'adempimento di tali competenze, anche delle strutture del servizio sanitario militare, in luogo delle azioni del medico di base e delle strutture ambulatoriali o ospedaliere civili, per un concorso alle prestazioni legate alla specifica branca quali campagne informative, vaccinazioni, visite periodiche nonché valutazione dello stato di salute a diversi fini. È ragionevole, osserva al riguardo la Sezione, ritenere che questa attività preventiva svolta nei riguardi dei militari, dal momento del loro reclutamento, in età giovane, e fino al loro congedo di norma in età matura, rivesta anche una importante valenza in termini di riduzione, contestuale e successiva, della spesa sanitaria relativa ad ogni soggetto interessato. Nella seguente tabella 9 sono riepilogati il numero del personale permanentemente dedicato alla medicina legale, preventiva e del lavoro e il numero dei provvedimenti medico-legali emessi negli anni 2016, 2017 e 2018.

**Tab. 9 - Numero complessivo personale permanentemente impiegato nella medicina legale, preventiva e del lavoro e provvedimenti medico legali anni 2016-2018**

ANNO	FORZA ARMATA	*PERSONALE IMPIEGATO	N. PROVVEDIMENTI MEDICO LEGALI EMESSI
2016	ESERCITO	**23	51.250
	MARINA MILITARE	32	30.220
	AERONAUTICA MILITARE	23	60.348
	ARMA DEI CARABINIERI	306	70.044
	TOTALE	<b>399</b>	211.862
2017	ESERCITO	19	53.263
	MARINA MILITARE	33	27.438
	AERONAUTICA MILITARE	25	46.284
	ARMA DEI CARABINIERI	317	97.128
	TOTALE	<b>412</b>	<b>224.113</b>
2018	ESERCITO	19	49.202
	MARINA MILITARE	36	29.771
	AERONAUTICA MILITARE	19	41.247

	ARMA DEI CARABINIERI	316	88.294
	TOTALE	406	208.514

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della difesa

\*Personale impiegato nella funzione HC.6: attività concernenti la medicina legale e occupazionale o l'igiene e prevenzione.

\*\*compresa 1 unità Interforze DMML La Spezia

Anche in questo settore, l'opinione dell'amministrazione è che la cessione di tali compiti a organizzazioni civili, ovvero a personale sanitario non militare risulti sconsigliabile per i seguenti motivi:

- il personale civile non facilmente è impiegabile nei Teatri operativi, nella attività addestrative ed esercitazioni anche in Patria, per i limiti precedentemente descritti;
- le strutture civili non hanno i requisiti strutturali per poter espletare alcune attività di medicina preventiva, specie se destinate a grandi numeri di personale, quali ad esempio l'attività di selezione svolta da alcuni organi della sanità di aderenza delle singole Forze armate;
- i tempi di intervento della medicina preventiva in ambito militare sono spesso cadenzati sulle attività formative, addestrative e operative e non possono essere derogati, pena la non idoneità al servizio del personale;
- la medicina preventiva ricade nell'ambito della "Force Health Protection" richiesta dalla Nato come elemento essenziale per minimizzare la vulnerabilità della salute del personale militare impiegato in operazioni;
- le attività di medicina legale sono funzionalmente connesse alla tutela assistenziale e previdenziale del personale e la loro esternalizzazione porrebbe il tema dell'efficienza e continuità dell'azione amministrativa e di impiego.

In conclusione, attesa la peculiarità dei compiti, ivi inclusi quelli di supporto alla giustizia, la complessità dei profili di idoneità disegnati su specifici ruoli operativi e dei conseguenti provvedimenti amministrativi/ medico-legali a carattere specifico per il personale militare e delle Forze di polizia, che richiedono una profonda conoscenza dei numerosi e diversificati scenari di impiego operativo, non appare attuabile né economicamente vantaggioso trasferire tali competenze all'esterno.

### 8.3. Medicina del lavoro

Di altrettanto rilievo, risulta il ruolo svolto dai medici militari in veste di "medici competenti".

Infatti, le attività di medicina esercitate per tramite di tali figure sono essenziali per assicurare la prevista sorveglianza e sicurezza nei luoghi di lavoro loro affidati.

A tal proposito si ritiene qui utile riepilogare, brevemente, qual'è stata l'evoluzione normativa che ha portato i medici militari all'attuale, costante e diffuso esercizio delle funzioni di medico competente in ambito Difesa; tali funzioni, essenzialmente di vigilanza, in origine erano state assegnate dalla legge n. 626/1994 a personale delle unità sanitarie locali e, per lavorazioni pericolose, anche dell'Ispettorato del lavoro; tuttavia la medesima legge già faceva riferimento, all'art. 23, comma 4 a dei "...servizi sanitari e tecnici istituiti per le Forze armate e per le Forze di polizia" in quanto interessati al controllo delle aree riservate o operative, demandando l'individuazione delle stesse aree e delle modalità di esercizio della relativa vigilanza ad un decreto interministeriale. Veniva così messa in evidenza, anche in questo settore, la specificità delle Forze armate. Le successive, nuove disposizioni, introdotte dal d.lgs. n.81 del 2008 (art. 13) e dal TUOM (art. 257 del d.p.r. n.90 del 2010) permettevano, poi, la effettiva costituzione dei servizi di vigilanza a cura della Difesa e la nomina dei relativi ispettori, che oggi, da anni, sotto il coordinamento di organi centrali, esercitano le relative funzioni attenendosi alle norme richiamate ed alla relativa disciplina applicativa, compendiate in una pubblicazione del Segretariato generale della Difesa, la SGD-G-022.

L'amministrazione, non diversamente da quanto precedentemente riportato, per il tema all'esame non ravvede vantaggi, né organizzativi né economici, rispetto ad ipotesi di *outsourcing* verso istituzioni civili, in quanto:

- non esistono al momento strutture sanitarie nazionali di medicina del lavoro di rilevanza organizzativa e logistica paragonabili a quelle operanti nelle Forze armate, alle quali poter conferire tale servizio in forma unificata al fine ultimo di conseguire un risparmio dei costi;

- la presenza capillare sul territorio dei vari tipi di presidi sanitari militari, forniti di medico militare competente in medicina del lavoro permette, allo stato attuale, di assicurare un servizio completo in termini di sorveglianza sanitaria sia in Patria che fuori dai confini nazionali, nella considerazione che si tratta di attività professionali caratterizzate dalla presenza di rischi lavorativi professionali/militari molto alti e spesso peculiari, non facilmente delegabili, e che necessitano di elevato tirocinio operativo;
- non sono connessi costi specifici allo svolgimento delle suddette attività da parte degli ufficiali medici militari, poiché, per essi, l'attività di medico competente rappresenta un incarico aggiuntivo rispetto a quello primario assegnato, senza che l'esercizio delle relative funzioni comporti alcuna indennità o ulteriore onere;
- ciascuna Forza armata dispone di un servizio sanitario centrale e territoriale a mezzo del quale svolge le attività di medicina del lavoro a favore dei propri militari dipendenti; è inoltre prevista dalla vigente legislazione che, in caso di carenza di copertura del servizio lo stesso possa essere svolto anche da un ufficiale medico appartenente ad altra Forza armata se logisticamente possibile, sempre senza alcun aggravio in termini di spese;
- risulta attualmente limitatissimo il ricorso al convenzionamento di medici del lavoro esterni all'amministrazione della Difesa (appena 8), a fronte della disponibilità di circa 708 medici militari delle quattro diverse Forze armate che, come accennato, svolgono tale servizio in maniera continuativa e senza costi aggiuntivi.

La particolare rilevanza e delicatezza dell'argomento affrontato induce la Sezione a soggiungere che, in operazioni all'estero come in Patria, la professione del militare, invero, è peculiare e come tale è stata inquadrata dalla stessa legge<sup>12</sup>: in ragione di tale caratteristica essa richiede talvolta discipline specifiche, come quella ad es. introdotta

---

<sup>12</sup> Art. 19 della legge 4 novembre 2010 n. 183 "(Specificità delle Forze armate, delle Forze di polizia e del Corpo nazionale dei vigili del fuoco)1. Ai fini della definizione degli ordinamenti, delle carriere e dei contenuti del rapporto di impiego e della tutela economica, pensionistica e previdenziale, è riconosciuta la specificità del ruolo delle Forze armate, delle Forze di polizia e del Corpo nazionale dei vigili del fuoco nonché dello stato giuridico del personale ad essi appartenente, in dipendenza della peculiarità dei compiti, degli obblighi e delle personali limitazioni, previsti da leggi e regolamenti, per le funzioni di tutela delle istituzioni democratiche e di difesa dell'ordine della sicurezza interna ed esterna, nonché per i peculiari requisiti di efficienza operativa richiesti e i correlati impieghi in attività usuranti."



in ambito processuale penale, laddove, per evitare che i sequestri probatori di mezzi o materiale militare potessero compromettere l'operatività delle truppe operanti all'estero, il legislatore ha dettato specifiche disposizioni<sup>13</sup>

In questa sede non è pertanto superfluo riaffermare che la previsione di un regime speciale per l'applicazione delle normative antinfortunistiche alle attività addestrative ed operative delle Forze armate, lungi dal rappresentare una deroga, risulta una necessità intesa a rendere efficaci i principi ispiratori della normativa prevenzionale anche in ambiti per cui l'applicazione della norma generale avrebbe potuto risultare impossibile o insufficiente.

L'art. 3 comma 2 del d.lgs. n. 81/08, infatti, ha introdotto il principio dell'applicazione compatibile della norma, calibrata rispetto alle particolari esigenze connesse al servizio espletato o alle peculiarità organizzative; tale principio è stato inteso e praticato dalle Forze armate nel senso di rispettare tassativamente i canoni fondamentali di tutela della salute dei lavoratori e, solo ove strettamente necessario, utilizzato per surrogare la regolamentazione generale - nei passaggi in cui risultava meramente prescrittiva e verosimilmente inefficace o addirittura inapplicabile - con equivalenti disposizioni interne, più attagliate alle infrastrutture, ai mezzi e sistemi d'arma nonché alle procedure operative proprie delle Forze armate.

## **9. Il settore della ricerca militare**

Il settore della ricerca sanitaria militare è ricondotto alle diffuse competenze dell'Ispettorato generale della sanità militare (Igesan).

La ricerca militare è l'attività che persegue il potenziamento delle capacità militari, individuate dallo Stato Maggiore della difesa (SMD), ovvero delle capacità industriali di interesse della Difesa attraverso programmi di breve, medio e lungo termine.

Tale attività include, inoltre, gli aspetti militari delle tecnologie note come "*dual use*" (cioè di possibile impiego sia militare sia civile).

Per quanto attiene le fonti giuridiche che definiscono le competenze in materia,

---

<sup>13</sup> D.L. n. 152/2009 Art. 4, comma 1-bis." Gli accertamenti, i rilievi descrittivi o fotografici od ogni altra operazione tecnica disposti dal pubblico Ministero su mezzi militari utilizzati per le missioni militari all'estero e sottoposti a sequestro devono essere considerati urgenti e, pertanto, devono essere effettuati entro il termine di dieci giorni dall'avvenuto sequestro. Il termine di cui al primo periodo può essere prorogato per ulteriori dieci giorni con decreto motivato del pubblico Ministero."

giova ricordare che, ai sensi dell'art. 43 del TUOM, "sono unificate presso il Segretariato generale della Difesa le attribuzioni e le attività concernenti la politica industriale e tecnologica, la ricerca e lo sviluppo, ..."

In particolare, l'art. 105 del medesimo provvedimento legislativo attribuisce in campo tecnico-scientifico al Segretariato generale della Difesa - Direzione nazionale degli armamenti (SGD/DNA), la direzione, l'indirizzo ed il controllo delle attività di ricerca e sviluppo, di ricerca scientifica e tecnologica, di produzione e di approvvigionamento volte alla realizzazione dei programmi approvati.

Nell'ambito dell'attività di ricerca sanitaria militare il dicastero ha riferito analiticamente circa le iniziative di studio e monitoraggio in corso, finalizzate ad accertare aspetti medico-scientifici dei casi di patologie tumorali del personale militare reduce dai vari Teatri operativi e le collaborazioni a carattere di studio e di ricerca con il Ministero della salute e l'Istituto superiore di sanità, di seguito riassunti:

- 1) *monitoraggio sullo stato di salute del personale militare e civile italiano impiegato nei territori della ex Jugoslavia (art. 4-bis, comma 3, del decreto-legge 29 dicembre 2000, n. 393, convertito in legge, con modificazioni dalla legge 28 febbraio 2001, n. 27).*

Tale campagna di monitoraggio è meglio conosciuta come "protocollo Mandelli" dal nome dell'onco-ematologo che ha presieduto la Commissione di indagine istituita con decreto del Ministero della Difesa del 22 dicembre 2000, con il compito di accertare gli aspetti medico-scientifici dei casi di patologie tumorali nel personale militare reduce dai teatri operativi in Bosnia- Herzegovina e Kosovo. Il monitoraggio è stato poi esteso a tutti i cittadini italiani che, a qualunque titolo, hanno operato o operano negli stessi paesi balcanici, ed ai familiari che con loro convivono o hanno convissuto, per cui è stata interessata al tema anche la sanità civile. Inoltre, il personale militare, una volta congedato, può rivolgersi alle ASL di appartenenza per la prosecuzione del *follow up*.

- 2) *"Progetto di sorveglianza epidemiologica dei tumori nella popolazione militare impegnata in Bosnia Herzegovina e nel Kosovo", cosiddetto progetto SEBAL (studio epidemiologico Balcani).*

Nel tentativo di dare una risposta definitiva al quesito riguardante l'eventuale ruolo - nello sviluppo di patologia neoplastica - dell'esposizione all'ambiente del "fuori area", e in particolare dell'area balcanica, storicamente chiamata maggiormente in causa, sono stati disegnati due studi da svolgere in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità. Il primo è finalizzato a valutare il tasso di mortalità, generale e specifico per patologia neoplastica, riscontrato nel contingente militare che ha partecipato alle missioni in area balcanica (Bosnia-Erzegovina e Kosovo), confrontandolo sia con quello della popolazione generale che con quello di una corte di appartenenti all'Arma dei carabinieri mai impiegati nelle missioni fuori area. Il secondo studio prevede invece la valutazione del tasso di morbosità per patologia neoplastica nelle stesse tipologie di popolazione del primo studio, utilizzando le schede di dimissione ospedaliera (SDO).

3). *Protocollo d'intesa tra il Ministero della difesa ed il Ministero della salute nell'ambito del programma "Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari"*

Il protocollo d'intesa è stato sottoscritto in data 21 dicembre 2016 con la finalità di perseguire obiettivi comuni ai due dicasteri per la prevenzione delle più diffuse patologie croniche attraverso lo sviluppo di programmi intersettoriali efficaci e sostenibili.

In particolare, l'accordo è teso a sviluppare nel comparto Difesa -in sintonia con quanto già attuato attraverso le misure di medicina preventiva ed il mantenimento dell'efficienza operativa- strategie per la prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili, mediante la promozione di stili di vita salutari e la divulgazione di informazioni circa i principali fattori di rischio quali il fumo di tabacco, la sedentarietà, la scorretta alimentazione, l'abuso di alcool, il sovrappeso e l'obesità.

Per il raggiungimento di tali obiettivi sono state individuate specifiche attività conoscitive e propositive, quali ad esempio, la somministrazione di questionari anonimi per la valutazione delle abitudini del personale rispetto ai citati fattori di rischio e l'eventuale sviluppo di campagne informative ed educative mirate

sulla base del quadro conoscitivo ottenuto.

Il protocollo ha una durata di tre anni (eventualmente prorogabile o rinnovabile) e non comporta alcun onere per le parti, che vi partecipano con le proprie competenze e le proprie risorse umane ed economiche, come previsto all'art. 5 dello stesso.

4) *Progetto SIGNUM «Studio di impatto genotossico nelle unità militari»*

Nel corso del 2003, partendo dalla proposta iniziale del Prof. Mandelli, ed allo scopo di definire il «rischio di contrarre tumori indotti da inquinanti ambientali», fu esaminata la possibilità di condurre uno studio prospettico seriale sui militari italiani impiegati in IRAQ - Teatro operativo considerato significativo allo scopo della ricerca - che permettesse di prendere in esame, oltre all'uranio impoverito (DU), anche altri xenoelementi potenzialmente tossici (uranio, cadmio, asbesto, molibdeno, piombo, vanadio, wolfranio, zirconio) ed indici di contatto con agenti genotossici e/o agenti fisici (radiazioni), quali: addotti ossidativi del DNA; rotture di cromosomi nei nuclei cellulari; micronuclei; trans-arrangiamenti.

5) *Progetto di ricerca sull'epidemiologia dei mesoteliomi nel personale della Difesa*

Si rivolge alle patologie, in particolare di quelle neoplastiche, che colpiscono il personale militare e civile della Difesa. Il sistema di notifica si applica a tutto il personale che ricorre alle cure della sanità militare o che ad essa si rivolge per motivi medico-legali. Il personale in servizio viene, pertanto, costantemente monitorato per quanto concerne le proprie condizioni di salute. Limitatamente al personale in congedo, il ricorso alle prestazioni della sanità militare diventa una semplice opportunità e non più un dovere, per cui l'Osservatorio epidemiologico della Difesa (OED) non è più in grado di acquisire molte delle informazioni sulle patologie che colpiscono questa popolazione nell'età più avanzata della vita. Tale aspetto diventa particolarmente rilevante per patologie con lunghi periodi di latenza. Tra queste vi è il «mesotelioma», tumore maligno che ha tra le sue cause di gran lunga più frequenti l'esposizione all'amianto, e

che presenta una mediana di latenza di 48 anni (range 4-89 anni). Come risulta dal V rapporto del Registro nazionale mesoteliomi dell'INAIL (ReNaM), l'età media alla diagnosi è di 69,2 anni (DS  $\pm$  10,7) senza differenze apprezzabili per genere (70,2 anni nelle donne e 68,8 negli uomini). Il picco d'incidenza di questa patologia si verifica quindi nell'età della pensione, motivo per cui l'OED non riesce ad avere un quadro epidemiologico esaustivo. Inoltre, il citato Rapporto ReNaM (V edizione) riporta il numero dei casi di mesotelioma attribuiti al settore difesa, che ammontano a 621 (4.1% del numero totale dei casi). Non vengono ovviamente pubblicati i dati di dettaglio dei singoli casi. Per porre rimedio a questo deficit informativo, fin dal maggio 2015 è stato concordato con il responsabile del ReNaM un progetto di studio che si riteneva poter rientrare nell'ambito dell'accordo tra Inail e Ministero della Difesa del 02.02.2015. In questo progetto si intendeva coinvolgere i Centri operativi regionali (di seguito COR), i quali, pur non dipendendo direttamente dall'Inail - che svolge una funzione di coordinamento tecnico - posseggono i dati utili allo studio.

In data 07.04.2017 il direttore del «Dipartimento di medicina, epidemiologia e igiene del lavoro e ambientale» dell'Inail ha rappresentato che lo "studio" deve intendersi quale progetto di "ricerca" e in quanto tale non rientra tra gli ambiti di competenza del Comitato di coordinamento paritetico. Pertanto, la valutazione di fattibilità del progetto dovrà prevedere un coinvolgimento diretto dei COR, su base volontaria, quali titolari e unici detentori dei dati d'interesse.

In considerazione di tale posizione, nonché dell'importanza per l'amministrazione della Difesa di acquisire i dati di dettaglio attualmente in possesso dei COR, è stato predisposto un nuovo progetto di "ricerca" da sottoporre alla valutazione dei COR e del precitato dipartimento dell'Inail.

Il nuovo progetto, sostanzialmente sovrapponibile all'originale del 2015, avrà, come il precedente, lo scopo operativo di evidenziare concentrazioni di casi in particolari situazioni lavorative, al fine di accertare l'eventuale esistenza di siti misconosciuti da bonificare e/o di confermarne l'avvenuta bonifica. I costi di realizzazione del progetto riguardano esclusivamente le spese da destinare al

personale dei 21 Centri Operativi, per l'aggiuntivo impegno di estrazione ed invio delle specifiche informazioni, presenti nei rispettivi *data-base*. Tali spese, al momento non pattuite, sono stimate complessivamente in circa 105.000 euro, ossia circa 5.000 euro per singolo COR. L'esatto ammontare della spesa sarà comunque definito in esito alla risposta e all'effettiva adesione dei Centri.

6) «Progetto cuore», in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità

L'Istituto Superiore di Sanità (di seguito ISS) ha definito, grazie a pluriennali studi epidemiologici, un «punteggio individuale di rischio cardiovascolare» per la popolazione italiana, che è attualmente disponibile per tutti i medici italiani, ad ausilio della loro attività professionale.

Il metodo, validato da studi pubblicati su riviste scientifiche nazionali e internazionali e dalla pratica applicazione, è in sintesi un misuratore della probabilità di eventi cardiovascolari (infarto miocardico, ictus, ecc.) nei successivi dieci anni. Utilizza 8 parametri, di cui 4 sono rappresentati da valori continui (età, colesterolemia totale, HDL e pressione arteriosa sistolica), mentre gli altri 4 prendono in considerazione: il genere del soggetto in esame, l'abitudine al fumo, l'eventuale terapia anti-ipertensiva e la diagnosi di diabete mellito.

L'ISS fornisce gratuitamente il software necessario al calcolo del punteggio di rischio, chiedendo in cambio la disponibilità di utilizzare, in forma anonima, i valori dei fattori di rischio per il costante aggiornamento e monitoraggio del rischio in Italia.

Il calcolo del punteggio individuale di rischio è stato già introdotto positivamente nell'ambito della valutazione del personale aeronavigante, civile e militare, presso l'Istituto di medicina aerospaziale di Roma. La sanità militare sta implementando l'informatizzazione della relativa cartella elettronica (Sisad).

L'Igesan ha quindi valutato l'opportunità di inserire il calcolo del punteggio di rischio nel "controllo periodico dello stato di salute del personale militare", previsto da apposita direttiva applicativa dello Stato maggiore Difesa. Il

punteggio di rischio è in grado di identificare i soggetti a maggiore probabilità di eventi cardiovascolari, e sui quali si può procedere ad accertamenti più approfonditi. Inoltre, la stessa determinazione del punteggio è di per sé misura di medicina preventiva in quanto in grado di stimolare l'interessato a modificare il proprio stile di vita in modo più salutare.

Tutto ciò ha lo scopo ultimo di ridurre gli eventi cardiovascolari nella popolazione militare e di aumentare la capacità di discernere con maggiore definizione, in modo obiettivo e scientificamente supportato, il giudizio di idoneità.

La Sezione considera che quanto avviato e condotto dalla Difesa sul piano della ricerca, negli ultimi anni, in rilevante collaborazione scientifica con eminenti professionalità e in stretta collaborazione con altre qualificate organizzazioni, da un lato riscontra appieno le competenze e le responsabilità istituzionali, dall'altro rappresenta un segnale di doveroso impegno rispetto al delicatissimo settore di riferimento, risultando le iniziative descritte non solo adempimenti conformi alla normativa vigente ma - ciò che più conta - potenzialmente in grado di prevenire, ridurre o comunque contrastare fenomeni di mortalità e morbilità, causati da diversi fattori, che hanno suscitato e suscitano altresì nutrito contenzioso, con oneri finanziari ed organizzativi certamente rilevanti.

Anche in questo caso, dunque, non sembra fuori luogo invitare l'amministrazione a perseverare e potenziare l'azione intrapresa.

A tal fine si raccomanda altresì la tempestiva diffusione delle conclusioni cui perverranno, *step by step*, le analisi, i progetti e gli studi segnalati, specie per quanto attiene alle eventuali disposizioni che potranno essere impartite al fine di ridurre i fenomeni morbosi indagati.

## 10. Le prospettive di eventuali esternalizzazioni e possibili limiti.

Per quanto concerne le diverse ipotesi di esternalizzazione di funzioni o servizi, più volte nel tempo prospettate da diverse direzioni, all'enunciato scopo di realizzare economie e migliorare l'assetto complessivo della funzione sanitaria, e circa le quali si è già in parte riferito, la Difesa ha inteso chiarificare ulteriormente lo scenario, facendo proprie, al riguardo, le valutazioni delle singole Forze armate.

E, segnatamente, lo Stato maggiore della Marina, a proposito dell'assistenza da erogare fuori sede cioè in mare aperto, reputa tali compiti non vicariabili dal SSN, sia per ragioni istituzionali (difficoltà a dislocarsi fuori del proprio sedime territoriale) sia per la mancanza degli specifici requisiti formativi/addestrativi, come di seguito dettagliati. In particolare, ha segnalato che tutto il dispositivo di aderenza operativa richiede una specificità formativa e addestrativa che non trova equivalenti nell'ambito del SSN; alcune aree, infatti, sono di preminente od esclusiva competenza militare marittima e tra queste: la ricerca in medicina iperbarica e l'assistenza alle attività operative subacquee; la ricerca e l'assistenza in operazioni di forze speciali ed attività "maritime combat", *search and rescue*, *medevac*, *personnel recovery humanitarian* e *maritime disaster relief*, la medicina preventiva e del lavoro in ambienti specialistici ed operativi a connotazione marinara, la medicina delle armi di distruzione di massa; la ricerca e l'assistenza ai pazienti altamente infettivi che richiedono il trasferimento in alto bio-contenimento in ambiente marittimo, sono settori specifici che rappresentano il *core-business* dell'attività operativa e non sono presenti nell'offerta *outsourcing*.

Il personale della Marina direttamente impiegato in questi settori supera il 50 per cento delle specifiche professionalità formate e l'alimentazione dei dispositivi medico-chirurgici imbarcati richiede altissime competenze e professionalità specialistiche, limitatamente disponibili persino in ambito di Forza armata.

Circa l'esternalizzazione delle attività ambulatoriali ha evidenziato che:

- per quanto attiene le visite specialistiche necessarie all'approfondimento diagnostico per valutare le condizioni d'idoneità al servizio, alle mansioni o ad obblighi di specifica sorveglianza sanitaria, si deve tener conto che le tempistiche di accesso ai servizi del SSN impongono, sovente, lunghe liste d'attesa, con sensibili



limitazioni sull'impiego del *manpower*; inoltre, i costi dell'*outsourcing* specialistico sono maggiori di quelli attualmente sostenuti (sia utilizzando il pubblico che il privato);

- per quanto concerne i servizi di medicina del lavoro, ogni eventuale valutazione deve confrontarsi con l'opportunità di affidare, comunque, questo settore ai medici militari, in quanto i soli in possesso di conoscenze indispensabili per valutare correttamente ed efficacemente i margini di sicurezza e le misure di prevenzione necessarie a consentire l'esposizione del personale in attività ad alta valenza operativa; conoscenze che non fanno necessariamente parte del patrimonio cultural- professionale dei medici non militari che, pertanto, potrebbero essere indotti a ricercare livelli ancora più approfonditi d'indagine clinica, determinando un aumento di tempi e costi con ripercussioni negative sull'operatività delle Forze armate;
- circa le valutazioni medico-legali, specie in particolari settori operativi (subacqueo, forze speciali, forze anfibia, componente aeronavale, ecc.) queste richiedono specializzazione ed acquisizione di una maturata esperienza professionale, specifici per il settore d'impiego.

Lo Stato maggiore dell'Aeronautica, a sua volta, ha sviluppato le seguenti considerazioni, in particolare rivolte a dimostrare l'inopportunità di esternalizzazioni avuto riguardo alla specifica formazione professionale dell'ufficiale medico dell'Aeronautica. Esse sconsigliano qualsiasi tipo d'intervento sostitutivo e fanno perno, in particolare, sulla specificità professionale dell'ufficiale medico dell'Aeronautica che si forma attraverso un percorso ben preciso, necessario ad acquisire le competenze previste (art. 150 del TUOM), segnatamente rivolte al rilascio del giudizio di idoneità al volo per il personale aeronavigante nonché all'effettuazione di tutte quelle attività di natura sanitaria, concernenti la medicina e la psicologia clinica applicata al volo, gli accertamenti per il reclutamento, la medicina legale e del lavoro in campo aeronautico. Tale percorso inizia con la frequenza del corso di laurea magistrale presso l'Accademia aeronautica di Pozzuoli e prosegue senza soluzione di continuità presso l'Istituto di perfezionamento e addestramento in medicina aeronautica e spaziale di Roma, dove i neo-laureati ovvero gli ufficiali medici arruolati

a nomina diretta, seguono il corso tecnico-applicativo finalizzato al conferimento di specifiche e peculiari competenze proprio nei settori della medicina aeronautica e spaziale. Una fase delicata e fondamentale, questa, in quanto mirata a:

- assicurare un'adeguata cultura professionale specifica nel campo della medicina aeronautica e spaziale, della medicina legale aeronautica e delle altre discipline attinenti ai compiti propri dell'ufficiale medico dell'Aeronautica;
- qualificare/addestrare a "medico di stormo", ovvero sviluppare capacità di giudizio dell'idoneità al volo, capacità di promozione della sicurezza e salvaguardia del benessere psicofisico del personale aeronavigante, specie in condizioni critiche e di stress, capacità di gestione con riferimento al programma addestrativo per *Flight Surgeon* formalizzato dall'*European Air Group* e sottoscritto dall'Italia;
- addestrare alla gestione delle emergenze sanitarie e del trasporto di paziente bio-contaminato.

Inoltre, la formazione di questa particolare tipologia di medici specialistici è continua e costante durante tutta la vita professionale, con corsi e tirocini obbligatori ai fini dell'aggiornamento nei prefati settori, resi indispensabili dalla costante e veloce evoluzione che caratterizza il settore aerospaziale.

Questo sistema integrato di formazione - iniziale, continua e permanente - persegue una preparazione di assoluta eccellenza, consentendo di acquisire il necessario bagaglio professionale per svolgere al meglio la propria attività presso gli stormi, i Teatri operativi e presso tutti gli enti aeromedici centrali nazionali e internazionali, ove i medici militari sono chiamati ad operare.

Nella realtà nazionale, nella quale non sono previsti attualmente percorsi formativi alternativi a quelli organizzati dalla Forza armata, la qualifica di ufficiale medico costituisce, infatti, titolo/requisito per il riconoscimento della capacità certificativa dell'idoneità psicofisica al volo anche in ambito civile (Enac-Easa, sancita dall'art. 195-bis, comma 1-b del TUOM)

Sul tema delle esternalizzazioni anche l'Arma ha espresso perplessità per la ragione che le sue peculiari funzioni e, in particolare, la sua proiezione su tutto il territorio nazionale e all'estero, rendono inopportuna la devoluzione delle attività sanitarie a enti/strutture civili, al fine di non inficiare l'operatività/prontezza operativa dei

propri comandi/reparti, i cui assetti sanitari di riferimento sono perfettamente aderenti alle diuturne, molteplici e spesso non preventivabili esigenze istituzionali.

La Sezione ritiene che, in linea di principio, non sussistano particolari ostacoli all'eventuale esternalizzazione di funzioni specifiche della medicina militare; ritiene tuttavia necessario soggiungere che, considerato l'alto livello specialistico di alcuni dei settori d'interesse, talora addirittura peculiari, l'affidamento all'esterno di funzioni debba essere preceduto da una rigorosa analisi costi - benefici, che prenda in considerazione, oltre agli aspetti economici e finanziari, anche quelli gestionali ed organizzativi con puntuali riferimenti all'efficacia dell'esternalizzazione, avuto riguardo, per ultimo, anche alla richiamata congiuntura in cui versa, con riferimento a riscontrate realtà territoriali, la sanità civile per la oggettiva carenza di personale qualificato.



## CAPITOLO III

### I SISTEMI INFORMATIVI DELLA SANITA' MILITARE

1. I sistemi informativi impiegati dal servizio sanitario militare. 1.1. Il sistema informativo sanitario amministrazione Difesa - Sisad. 1.2. L'architettura del Sisad. 1.3. L'utilizzo del Sisad. 1.4. L'implementazione del Sisad. 1.5. Gli aspetti finanziari. 2. Il servizio di telemedicina della difesa. 2.1. L'architettura del Servizio di telemedicina. 2.2. L'utilizzazione del servizio per Forza armata. 2.3. Le risorse umane. 2.4. Le finalità e le attività della telemedicina militare. 2.5. Gli aspetti gestionali della *policy*. 2.6. Il quadro finanziario. 2.7. La verifica di efficacia dei servizi forniti dalla telemedicina militare.

#### **1. I sistemi informativi impiegati dal servizio sanitario militare**

Per una più agevole ed efficace gestione delle proprie attività il servizio sanitario militare si avvale principalmente del Sistema informativo sanitario amministrazione Difesa (di seguito Sisad) e del servizio di telemedicina militare.

##### **1.1 Il sistema informativo sanitario amministrazione Difesa - Sisad**

Esso è uno strumento tecnico-operativo a connotazione interforze, sviluppato sin dal 2006, che ha quale obiettivo la completa digitalizzazione delle attività sanitarie militari, finalizzata a garantire una più efficace utilizzazione e gestione dei dati originati nelle attività quotidiane svolte dalle strutture sanitarie delle Forze armate e dell'Arma dei carabinieri.

Le competenze, in termini di implementazione del progetto, sono attualmente ripartite tra l'Ispettorato generale della sanità militare (Igesan) e gli organi direttivi sanitari delle singole Forze armate (per la definizione del requisito funzionale) e lo Stato maggiore della Difesa (SMD) - VI reparto (per gli aspetti tecnici, telematici e di finanziamento dell'impresa).

Gli aspetti d'indirizzo del requisito funzionale del progetto sono stati definiti dallo Stato maggiore Difesa in una pubblicazione recante "Direttiva Sanitaria di Indirizzo gestione/manutenzione (esercizio) e di potenziamento/rinnovamento del sistema (investimento).

## 1.2. L'architettura del Sisad

Il Sisad è un sistema “complesso” e tecnologicamente eterogeneo, composto dalle seguenti componenti, interdipendenti e separate su tre livelli:

- livello centrale, che risponde alle esigenze informative del vertice dell'Amministrazione difesa e che integra e governa la banca dati centrale (di seguito Bdc) e la banca dati storico- statistica (di seguito Bdss);
- livello intermedio, per la gestione delle infermerie di Forza armata/Carabinieri chiamato “gestione dati sanitari infermeria-carta multiservizi Difesa” (di seguito Gdsi - Cmd) che permette la registrazione, in tempo reale, dei dati sanitari del personale militare e civile della Difesa, unitamente alla gestione delle cartelle cliniche elettroniche, necessarie ad alimentare la Bdc del Sisad;
- sistema di interfaccia tra le due precedenti componenti (*Bridge*), per alimentare la Bdc con le informazioni fornite dai Gdsi-Cmd di Forza armata.
- livello periferico, rappresentato dalle postazioni presso le infermerie, dalle quali gli operatori accedono alle istanze Gdsi installate presso il centro elaborazione dati della propria Forza armata.

### 1.3 L'utilizzo del Sisad

Di seguito è riepilogata la situazione del personale della Difesa censito nel Sisad, con dati sanitari completi o parziali, alla data del 31 ottobre 2018.

**Tab. 10 - Il personale censito dal SISAD**

Forza armata Carabinieri	Personale militare in servizio registrato in modalità digitale	Personale militare in quiescenza registrato in modalità digitale	Personale civile registrato in modalità digitale	Personale complessivo (militare e civile)	Data di inizio di immissione dati sanitari
EI	80.992	31.020		112.012	2012
MM	22.610	3.608	325	26.543	2016
AM	35.647	5.630	1.792	43.069	2013
CC	96.301	21.775		118.076	2006
<b>Totale</b>	<b>235.550</b>	<b>62.033</b>	<b>2.117</b>	<b>299.700</b>	

Fonte: dati forniti dal Ministero della Difesa

### 1.4 L'implementazione del Sisad

Al termine del 2016, è stato avviato l'iter tecnico-amministrativo per l'integrazione nel Gdsi (gestione dati sanitari infermeria) del prontuario farmaceutico, il cui requisito tecnico operativo era già stato condiviso ed approvato dalle Forze armate. Attualmente, la nuova *release* (versione 3.8) è in fase di completamento con alcune migliorie. Obiettivo del Gdsi 3.8 è quello di dotare tutte le Forze armate del medesimo strumento di lavoro, ovvero di standardizzare e far convergere le diverse versioni attualmente in uso nonché di facilitare il lavoro degli operatori sanitari, garantendo il miglior popolamento della banca dati centrale.

Nel 2017, è stato avviato il progetto di adeguamento tecnologico e di evoluzione digitale del Sisad, con lo scopo di diffondere l'uso dello strumento tecnologico e di incrementare i livelli di *cyber security* dell'info-struttura, tenuto presente che essa contiene dati sensibili. Inoltre, per quanto riguarda il Gdsi si intende introdurre sia le funzioni di gestione dei parametri di rischio cardio - vascolare che il prontuario

farmaceutico; infine, si intende dotare il Policlinico militare di un nuovo ed unico strumento digitale che ne consenta l'integrazione nel servizio sanitario della Regione Lazio.

## 1.5 Gli aspetti finanziari

Gli oneri di finanziamento del Sisad relativi al periodo d'interesse (2012-2018) sono riepilogati nella seguente tabella 11, per complessivi euro 1.277.889,57.

Per quanto attiene l'Arma dei carabinieri, lo sviluppo del progetto per attività di manutenzione correttiva/adequativa/evolutiva ha comportato l'impiego di maggiori risorse nel medesimo periodo, per un volume complessivo di risorse pari a 799.152 euro.

**Tab. 11 - Oneri di finanziamento del SISAD nel periodo 2012-2018**

Importi in euro

E.F.	Importo consolidato	Cpt	Modalità di spesa	Attività di dettaglio
2012	30.000,00	1261	Decentrata	Manutenzione per <i>SUSE LINUX ENTERPRISE SERVER</i> su partizione <i>mainframe</i> per Sisad
2013	150.000,00	1261	Decentrata	Servizio di manutenzione evolutiva per l'integrazione delle schede di dimissione ospedaliera (SDO) con il Sisad.
	30.000,00	1261	Decentrata	Manutenzione Sisad dipartimentale Marina
	28.000,00	1261	Decentrata	<i>Porting</i> del sistema sanitario della Difesa (Sisad)
2014	15.245,58	7115	Decentrata	Servizio sviluppo <i>software</i> per implementazione cambio dati Sisad centrale Difesa e Sisad dipartimentale dei Carabinieri
	39.999,97	7115	Decentrata	Sviluppo dei servizi per l'interfacciamento, via porta di dominio, tra il Sisad dell'Arma dei carabinieri ed il Sisad centrale della Difesa ed adeguamento del Sisad dipartimentale GDSCMD dell'Arma dei Carabinieri dalla versione 3.4 alla versione 3.5



<b>2015</b>	1.910,41	7115	Accentrata	Contratto n. 9460 Rep. del 24/12/2007 relativo alla realizzazione del Sisad. Integrazione IVA dal 21% al 22%.
<b>2016</b>	50.020,00	1261	Decentrata	Manutenzione correttiva Sisad
	58.060,00	7115	Decentrata	Sviluppo nuove funzionalità del modulo gestione dati sanitari infermerie (GDSI)
	6.884,46	7115	Decentrata	Acquisizione Licenze <i>Software</i> per accesso alla Banca Dati FARMADATI per l'implementazione del Sisad
<b>2017</b>	349.000,00	7115	Decentrata	Revisione architettura delle basi dati del GDSI per consentire scambi bidirezionali con la banca dati sanitaria interforze in ottica fascicolo sanitario elettronico e reingegnerizzazione del modulo CMO
<b>2018</b> (attività ancora in corso)	400.000,00	7120	Decentrata	Centralizzazione modulo IMAS, realizzazione di un'istanza interforze del GDSI, realizzazione di uno studio funzionale di reingegnerizzazione del Sisad e reingegnerizzazione del modulo GDSI
	39.580,50	1261	Decentrata	Servizio di assistenza sistemica e supporto tecnico per l'avvio al servizio del sistema CMO del Sisad
	24.750,00	1261	Decentrata	Servizio di assistenza sistemica e supporto tecnico per l'avvio al servizio del sistema CMO del Sisad
	39.588,65	7115	Decentrata	Servizio sviluppo funzionalità evolutive e studio <i>porting SW legacy</i> CMO- Sisad
	14.850,00	7115	Decentrata	Servizio sviluppo funzionalità evolutive GDSI- Sisad
<b>Totale</b>	<b>1.277.889,57</b>			

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della Difesa

## 2 Il servizio di telemedicina della Difesa

Un altro sistema informativo di precipuo interesse del servizio sanitario militare, quello della telemedicina, è stato ufficialmente costituito, a connotazione interforze, dal 2006.

Esso consiste in un complesso apparato tecnologico-logistico che permette di fornire l'assistenza medica e l'interazione tra strutture sanitarie spazialmente distanti; tale risultato è finalizzata allo scambio di dati sanitari relativi al personale dislocato in un'area con capacità sanitarie minori verso un centro a capacità sanitarie maggiori ai fini di supporto/assistenza diagnostica. Più in dettaglio, esso è teso al conseguimento di sempre più efficaci e sicuri procedimenti diagnostici e terapeutici, in particolar modo in supporto agli assetti sanitari di aderenza dispiegati in operazioni fuori dei confini nazionali, fino a livello *Role 3* incluso<sup>14</sup> attraverso la dotazione di sistemi che rendano capaci tali assetti di interoperare con strutture sanitarie pluri-specialistiche dislocate in Patria.

## 2.1 L'architettura del Servizio di telemedicina

Al centro di tale servizio è collocato il Policlinico militare *Celio*, dove ha sede la "stazione capomaglia", supportata da una apposita sala operativa e da multiple connessioni con le reti satellitari e terrestri, ivi compreso il collegamento al Centro gestione e controllo Sicral<sup>15</sup> di Vigna di Valle, che è dotato di apparecchiature capaci di assicurare la ricezione dei dati biometrici inviati dagli apparati tele-medicali in dotazione alle «stazioni remote», per la successiva refertazione o teleconsulto da parte degli specialisti interessati.

In sintesi, il sistema è un insieme tecnologicamente eterogeneo, composto dalle seguenti componenti indipendenti:

---

<sup>14</sup> È la massima configurazione, in termini di capacità sanitarie, che si possa esprimere in un Teatro operativo. Oltre allo smistamento di farmaci e generi di prima necessità per i punti sanitari dipendenti, nell'area di competenza, si tratta di una struttura di ricovero, generalmente a carattere multinazionale poiché riceve personale e materiali dalle diverse nazioni coinvolte. Agisce da punto di raccolta per gli interventi dei *Role 2* (solitamente dislocati a livello di brigata) e, oltre al *triage* e primo soccorso nelle situazioni più critiche, raccoglie e tratta i militari evacuati dalle unità *Role 1*, che svolgono essenzialmente funzioni di pronto soccorso e stabilizzazione. Nel *Role 3* si concentrano un maggior numero di posti letto, diverse sale operatorie comprensive di molteplici team chirurgici e svariati medici specialisti (ortopedici, oculisti, ginecologi, otorino-laringoiatri, gastroenterologi, ecc.) militari (o civili).

<sup>15</sup> Sicral: Sistema italiano comunicazioni riservate e allarmi; è il sistema satellitare italiano (Telespazio) per le comunicazioni militari, in grado di garantire l'interoperabilità tra le reti della difesa, della sicurezza pubblica, dell'emergenza civile e della gestione e controllo delle infrastrutture strategiche, sul territorio nazionale e nelle operazioni fuori area, con piattaforme terrestri, navali e aeree.

- centro servizi di telemedicina (di seguito Cst), con compiti di ricezione, accentramento ed assegnazione delle priorità alle esigenze di erogazione del servizio;
- componente diagnostica, con compiti di erogazione dei servizi di tele-radiologia, tele-cardiologia, tele-analisi, tele-otorinolaringoiatria, tele-oculistica, tele-dermatologia e monitoraggio dei parametri vitali, completi di strumenti di test, parti di rispetto e gruppi elettrogeni per garantire la continuità dell'alimentazione;
- complesso di telecomunicazioni satellitari, per consentire lo scambio di informazioni da/per i siti remoti.

## 2.2 L'utilizzazione del servizio per Forza armata

Per quanto concerne il servizio di telemedicina, la Difesa ha evidenziato una diversa sensibilità da parte delle Forze armate, in ragione delle rispettive peculiarità organizzative ma, soprattutto, delle differenze connesse ai rispettivi ambiti operativi.

In particolare:

- lo Stato maggiore Marina che, oltre alle stazioni imbarcate a bordo di unità navali, dispone di una stazione allocata presso il Centro ospedaliero militare di Taranto in funzione di *backup* rispetto alla stazione capomaglia del Celio, auspica un incremento delle capacità di telemedicina a bordo delle unità navali, nonché un aggiornamento tecnologico dell'attuale sistema ed un consistente aumento della banda satellitare, per consentire la trasmissione in *streaming* anche di immagini ecografiche (Ecofast), particolarmente utili alla valutazione dei danni da trauma e alle consulenze ostetrico ginecologiche;
- lo Stato maggiore Aeronautica, invece, non ha dato particolare impulso al sistema, tenuto conto dell'esiguo numero di casi in cui è possibile utilizzarlo, avuto riguardo al particolare ambiente di riferimento operativo.

### 2.3 Le risorse umane

Presso il Policlinico, per la specifica esigenza, è stabilmente impiegata un'aliquota dedicata di personale militare qualificato pari a 15 unità, composta da tecnici delle telecomunicazioni e informatici con il compito di:

- controllare il corretto funzionamento della <<stazione capomaglia>>;
- coordinare i collegamenti tra le stazioni periferiche e i vari reparti specialistici;
- curare l'addestramento/aggiornamento del personale sanitario e tecnico preposto ad operare sul sistema (capomaglia e periferiche) o per mezzo di esso.

Per l'impiego fuori area, inoltre, il servizio attinge ad un *pool* di tecnici fornito dalle quattro Forze armate che, a rotazione, operano presso le stazioni remote, dove attivano la procedura di teleconsulto (su richiesta dei sanitari della struttura) e verificano le esigenze di manutenzione e/o sostituzione di apparecchiature e componenti ivi dislocate.

### 2.4 Le finalità e le attività della telemedicina militare

La telemedicina militare costituisce un supporto tecnico-operativo le cui competenze sono attualmente ripartite tra SMD-IGESAN (che ne cura la *policy*), SMD VI Reparto (per gli aspetti tecnici, telematici e di finanziamento dell'impresa) ed il Policlinico militare (per gli aspetti di consulenza specialistica).

Essa persegue i seguenti scopi:

- garantire al personale che si trova in operazioni prestazioni diagnostiche e terapeutiche, per quanto possibile, equivalenti agli *standard* nazionali;
- rompere l'isolamento professionale dei sanitari operanti in aree remote / imbarcati;
- trasferire le informazioni mediche anziché il paziente;
- ottimizzare il ricorso a risorse umane di elevato pregio (medici specialisti).
- in ragione di tali obiettivi è rivolto prevalentemente all'ambito operativo campale e navale, costituendo un prezioso ausilio per la gestione di emergenze

e per la diagnosi clinica specialistica, atteso l'elevato livello di qualificazione raggiunto dalle discipline mediche e l'impossibilità di schierare in Teatro tutte le diverse professionalità.

Grazie a questa capacità si stima che, ad oggi, siano state evitate 483 *medevac*<sup>16</sup>.

Più di recente, grazie all'evoluzione delle reti terrestri, si sta gradualmente diffondendo il suo utilizzo anche per fini preventivi, nell'ambito dei periodici controlli di idoneità al servizio del personale militare.

Di seguito la Difesa ha indicato gli attuali ambiti operativi o periferici dove vengono utilizzati assetti di telemedicina, significando che questi, all'occorrenza, possono essere riposizionati:

- Kosovo (operazione *Joint Enterprise* - località *Belo Polje*);
- Afghanistan (operazione *Resolute Support* - località *Herat*);
- Libia (operazione *Ippocrate* - località *Misurata*);
- 9 stazioni di telemedicina assegnate ad unità navali maggiori e 2 apparati di telecardiologia destinate ad unità minori;
- 7 enti periferici dell'Esercito, dotati di 13 apparati di telecardiologia, finalizzati all'esecuzione di ECG nell'ambito di consulenze o di visite periodiche di idoneità del personale militare.

Nelle seguenti Tabelle 12 e 13 relative all'attività del servizio di telemedicina del *Celio*, sono riportate sia l'attività complessiva svolta nel periodo 1996-2018 sia quella effettuata nel periodo 2012-2018, con i diversi servizi di tele-consulto forniti.

---

<sup>16</sup> *Medical Evacuation*: trasferimento di paziente sotto controllo medico, all'interno dell'area di operazioni o fuori di essa, verso una struttura sanitaria di riferimento, per lo più con vettore aereo (*Aeromedical evacuation*).

**Tab. 12 - Attività del servizio di telemedicina del Policlinico Celio**

Attività svolta dal 1996 al 2018		Attività svolta dal 2012 al 2018	
ore sessioni satellitari	16.131	ore sessioni satellitari	2.333
ore dedicate ai soli casi clinici	8.402	ore dedicate ai soli casi clinici	1.306
trattamenti su militari	5.104	trattamenti su militari	2.737
trattamenti su civili	2.615	trattamenti su civili	774
<b>Totali</b>	<b>35.252</b>	<b>Totali</b>	<b>7.150</b>

Fonte: dati forniti dal Ministero della Difesa

**Tab.13 - Consulenze assicurate dal Policlinico militare Celio nel periodo 2012-2018**

Anno	Referti radiografici	Videat cardiologici	Videat chirurgici	Videat dermatologici	Videat oculistici	Videat ortopedici	videat	Videat odontostomatologici	Videat psichiatrici	Videat Neurolog.	Videot. Infettiv.	Videot. Med. Gen.	Videot. Urologici	Videot. Ematolog.	Specialità
2012	158	342	0	20	5	5	6								536
2013	138	544	0	17	1	0	1								701
2014	78	633	1	13	1	2	1								729
2015	102	192	3	27	1	2	3	2							332
2016	99	157	3	33	4	9	3	1	1						310
2017	93	183	1	16	8	24	7	0	0	4	1	1			338
2018	429	70	1	23	1	1	3	0	1	1	8	0	4	5	547
<b>Totali</b>	<b>1.097</b>	<b>2.121</b>	<b>9</b>	<b>149</b>	<b>21</b>	<b>43</b>	<b>24</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>3.493</b>

Fonte: dati forniti dal Ministero della Difesa

## 2.5 Gli aspetti gestionali della *policy*

Lo sviluppo del sistema di telemedicina in ambito militare è logica conseguenza dell'evoluzione dei sistemi satellitari di comunicazione, che ne consentono l'utilizzo in qualsiasi Teatro d'operazioni, rispettando i criteri di sicurezza richiesti per questo tipo di informazioni. Tale tecnologia, inoltre, in linea con la dottrina *Nato*, garantisce al malato/ferito un sostegno sanitario più affidabile, consentendo di mantenere elevato il morale del personale in operazioni. La sua flessibilità ed efficacia sono altresì

spendibili quale strumento di consenso, anche ai fini del raggiungimento degli obiettivi di politica estera, da rendere fruibile, oltre che ai Paesi alleati, anche al personale militare/di sicurezza di Nazioni ospitanti e/o alle popolazioni civili.

Sotto questo profilo, la telemedicina militare si differenzia in parte dal modello delineato in ambito civile nazionale (basato principalmente sull'utilizzo di reti terrestri), le cui finalità sono quelle di "rafforzare l'ambito territoriale di assistenza ... contribuendo ad assicurare equità nell'accesso alle cure nei territori remoti, un supporto alla gestione delle cronicità, un canale di accesso all'alta specializzazione, una migliore continuità della cura attraverso il confronto multidisciplinare e un fondamentale ausilio per i servizi di emergenza-urgenza ... superando una logica sperimentale" (cfr. Ministero Salute "Telemedicina. Linee di indirizzo nazionali", recepite con Intesa Stato-Regioni del 20 febbraio 2014).

Riguardo al futuro, l'amministrazione reputa ineludibile sostenere un utilizzo più diffuso e strutturato del sistema di telemedicina (peraltro favorito dai progressi dei mezzi diagnostici e di comunicazione), mediante un oculato piano di aggiornamento tecnologico.

## **2.6 Il quadro finanziario**

A seguito del riordino del comparto informatico, per quanto concerne la componente delle comunicazioni satellitari, l'assistenza è assicurata dall'11° Rgt Trasmissioni dell'Esercito. Lo stato maggiore della Difesa ha provveduto, quindi, a finanziare, fino ad oggi, i vari contratti di assistenza per la manutenzione (esercizio) del sistema di telemedicina. Le risorse finanziarie dedicate, nel periodo d'interesse (2012-2016) alle attività di manutenzione e di assistenza sistemistica (esercizio) dei sistemi informativi della sanità militare ammontano complessivamente a euro 1.070.612, per come dettagliate nella seguente tabella 14.

**Tab.14 - L'attività di manutenzione e assistenza dei sistemi informativi della sanità militare**

importi in euro

	Costi (IVA inclusa)	Cap.	Attività di dettaglio
2012	14.000,00	1282/3	Manutenzione del sistema di telemedicina dello Stato maggiore della Difesa - Configurazione apparati a bordo di nave Vespucci
	232.000,00	1282/3	Manutenzione del sistema di telemedicina dello Stato maggiore della Difesa
2013	150.000,00	1282/3	Manutenzione, assistenza sistemistica e fornitura parti di rispetto per il sistema di telemedicina della Difesa
2014	180.000,00	1282/3	Manutenzione, assistenza sistemistica e fornitura parti di rispetto per il sistema di telemedicina della Difesa
	30.000,00	1282/3	Contratto N. 10439 Rep. del 30/12/2013 relativo alla manutenzione, assistenza sistemistica e fornitura parti di rispetto per il sistema di telemedicina della Difesa. Esercizio lotto opzionale.
2015	180.000,00	1282/3	Manutenzione, assistenza sistemistica e fornitura parti di rispetto per il sistema di telemedicina della Difesa
2016	35.000,00	1282/3	Esercizio lotto n. 4 opzionale al contratto n. 152 Rep. del 24/12/2015 relativo alla fornitura di un servizio di manutenzione, assistenza sistemistica e fornitura parti di rispetto per il sistema di telemedicina della Difesa
	8.000,00	1282/3	Servizio di rinnovo contratto di manutenzione apparati VTV VIDYO ambito servizio telemedicina
	30.000,00	1282/8	Ripianamento e riparazione dotazioni nr 1 <i>Amplificatore COMTECH EF DATA XSAT 7080 25W</i>
2017	64.281,80	1192	Acquisizione componenti hardware e software per adeguamento sistema di telemedicina Difesa <i>ATHENA</i>
	35.000,00	1192	Manutenzione del sistema di telemedicina e sostituzione servizio di telemedicina
	4.829,85	1192	Sostituzione LNA banda X Teatro operativo libico
2018	100.000,00	1192	Manutenzione correttiva del sistema di telemedicina della difesa " <i>ATHENA TMD</i> "
	7.500,00	1192	Telemedicina - Rinnovo annuale del contratto di manutenzione apparati <i>VTC Vidyo</i>
<b>Totale</b>	<b>1.070.611,65</b>		

Fonte: dati forniti dal Ministero della Difesa



## 2.6 Verifica di efficacia dei servizi forniti dalla telemedicina militare

Riguardo all'apprezzamento, in termini di efficienza e/o risparmi, derivanti dall'utilizzo della telemedicina militare, l'amministrazione ha risposto che non risulta che siano mai state condotte analisi di costo-efficacia, peraltro assai complesse considerata l'estrema variabilità delle situazioni operative terrestri o aero-navali nelle quali si inserisce. Nondimeno, una possibile stima dei vantaggi economici può essere desunta dalle seguenti evidenze, rapportate al periodo 2012-2018.

Circa il 30 per cento degli esami elettrocardiografici riportati nella statistica di cui alla precedente tabella 12 e la totalità degli altri consulti specialistici ivi registrati, è relativa a personale impiegato in missioni operative, terrestri o navali; in assenza di cardiologo o degli altri specialisti competenti, è ragionevolmente ipotizzabile che l'esecuzione degli accertamenti avrebbe obbligato al trasferimento del paziente, di massima con mezzi aerei militari, il cui costo/ora di volo è ricavabile dalla seguente tabella 15.

**Tab 15 - Costi per ora di volo dei mezzi aerei della Difesa**

TIPO DI VELIVOLO	importi in euro			
	ONEROSITA' (oraria)			
	A	B	C	D
	1+2+3+4+5+6	1+2+4+5+6	2+5+6	1+2+4+5+7
<b>VELIVOLI DA TRASPORTO</b>				
KC-767A	26.118,56	25.803,42	15.027,94	25.248,42
VC-319 A (Airbus)	10.976,76	10.703,01	7.072,73	10.292,31
C-27J	12.202,58	10.130,59	4.251,81	10.004,72
C-130 J	13.264,48	12.286,75	5.912,22	11.972,06
VC-50 A (Falcon)	5.155,26	4.823,62	3.951,03	4.657,12
VC-900 A (Falcon)	6.224,25	5.713,14	3.589,12	5.557,74
C-130 J 30	17.654,00	16.676,27	5.912,22	16.361,58
<b>ELICOTTERI</b>				
A 129	14.595,55	14.208,55	7.316,73	14.158,20
HH-139	6.755,20	5.802,83	3.569,08	5.754,11
HH-212A (AB-212)	6.350,76	3.994,87	3.535,47	3.957,13
HH-3F	9.598,67	6.729,99	2.011,11	6.654,29

TH-500 B	2.004,01	1.186,01	754,32	1.173,47
AB 206	2.416,05	2.135,57	1.615,52	2.123,65
A 109	4.747,80	3.921,10	3.314,75	3.895,93
AB 412	7.242,16	5.186,81	4.547,42	5.141,76
AB 205	5.814,66	5.045,73	4.118,43	5.005,99
CH 47 C	19.985,21	16.252,81	14.645,11	16.080,57
NH 90 (SH-90)	14.046,61	13.546,61	10.273,39	13.483,73
AW109N	5.431,26	4.240,26	1.756,40	4.169,10
EH 101	20.086,42	15.458,13	8.305,42	15.330,77

Fonte: scheda estratta dalla Pubblicazione SMD-L-029, edizione 2015) *valori in euro*

Relativamente agli esami radiografici, poi, circa il 24 per cento di quelli registrati nella tabella 12 sono stati richiesti da unità navali in missione sulle quali, in forza della disponibilità di assetti di telemedicina, non viene imbarcato lo specialista radiologo: in questo caso, i risparmi sono riconducibili sia ad una riduzione delle spese di imbarco dello specialista sia al mancato/dilazionato trasferimento del paziente. A tal proposito, è utile specificare che la refertazione dell'esame radiografico può essere svolta - a norma di legge - esclusivamente dal medico specialista, condizione che di fatto può essere superata grazie alla disponibilità del servizio di tele-radiologia.

Quanto precede, fermi restando i criteri di *policy* precedentemente accennati, ad avviso del Dicastero, conferma la validità del sistema per quanto concerne il sostegno operativo, che rimane - insieme ai compiti di approntamento e addestramento delle unità - il *core business* della sanità militare.

La Sezione osserva che gli aspetti della informatizzazione e trasmissione telematica dei referti affrontati in questa partizione risultano nient'affatto marginali bensì, oltre al merito di aver indubbiamente concorso a velocizzare diagnosi e quindi- di aver concorso al salvataggio di vite umane, rappresentano una vera e propria leva su cui insistere per potenziare ed efficientare diversi aspetti organizzativi e gestionali, tenuto conto sia dei loro costi contenuti che dei loro ampi margini di ulteriore sviluppo.

Inoltre, secondo la valutazione della Sezione, il patrimonio informativo contenuto

nel sistema Sisad potrebbe essere condiviso – ove non ostino aspetti operativi, e se non già fatto – con il SSN, al fine di integrare il fascicolo sanitario elettronico previsto dall’art. 12 del decreto legge n. 179 del 18 ottobre 2012 e successive modificazioni<sup>17</sup> per ogni cittadino e realizzare, in tal modo, una raccolta il più esauriente possibile dei dati clinici del paziente, atteso che tale disponibilità può avere un ruolo importante sia nella pratica medica quotidiana sia nella gestione clinica del malato. Anche l’operazione inversa, del resto, potrebbe migliorare la completezza e l’utilità dei dati Sisad.

---

<sup>17</sup> “Il fascicolo sanitario elettronico (FSE) è l’insieme dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e sociosanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi, riguardanti l’assistito”.



## CAPITOLO IV

# GLI ASPETTI CONTABILI E FINANZIARI DELLA SANITA' MILITARE

1. Gli aspetti contabili e finanziari della sanità militare. 1.1. La spesa sanitaria militare relativa al periodo 2012-2018. 1.2. La spesa sanitaria per il funzionamento e le voci più significative. 2. I costi del personale addetto alla sanità militare. 3. Rappresentazione della spesa sanitaria militari attraverso i parametri del SSN. 4. L'organizzazione del Policlinico militare "Celio" ed un raffronto con strutture del SSN. 5. L'organizzazione in chiave interforze e la razionalizzazione.

### 1. Gli aspetti contabili e finanziari della sanità militare

Esaminati gli scopi, l'organizzazione, ed in buona parte, il funzionamento del servizio di sanità militare, possono ora essere presi in considerazione i diversi dati acquisiti riguardanti aspetti contabili e finanziari del tema all'esame.

#### 1.1. La spesa sanitaria militare relativa al periodo 2012 -2018

La spesa sanitaria delle Forze Armate, negli ultimi anni ha seguito una linea di tendenza connotata dal calo progressivo dei costi del settore funzionamento, derivante dagli effetti dell'ipo-finanziamento messo a regime dai ripetuti tagli operati sulla categoria economica dei "consumi intermedi"; a tale fattore si sono peraltro accompagnate le descritte misure di razionalizzazione.

Di seguito vengono indicate le spese totali di funzionamento sostenute nel periodo 2012/2018 dalle tre Forze armate e dall'Arma dei carabinieri nonché le spese totali per l'investimento, queste ultime suddivise per capitolo e piano gestionale.

#### 1.2. La spesa sanitaria per il funzionamento e le voci più significative

Riguardo al tema l'amministrazione ha comunicato che, per quanto concerne l'Esercito, l'80 per cento delle assegnazioni per la sanità militare afferiscono alle voci di spesa: attrezzature, materiale tecnico-specialistico, materiale igienico-sanitario, medicinali e assistenza medico-sanitaria, impianti.

La spesa sanitaria complessiva, suddivisa per capitoli, *pro-quota*, sostenuta dallo Stato maggiore Esercito è rappresentata nella seguente tabella 16.

**Tab. 16 Spesa sanitaria complessiva di funzionamento suddivisa per capitoli - Stato maggiore  
Esercito - Anni 2012-2018**

Capitolo	P.G.	2012	2013	2014	2015	2016	2017 *	2018
1118	1	0	420.000,00	153.470,42	164.688,00	186.000,00	140.467,00	128.582,00
1189	4	0	0	0	0	0	13.629.160,00	13.212.384,00
1189	8	0	0	0	0	0	237.700,00	554.600,00
1192	11	0	0	0	0	0	2.228.516,00	0
1227	7	19.381.737,00	15.724.489,00	17.790.799,00	8.079.719,00	14.785.672,00	1.334.668,00	32.523,86
1227	8	4.133.833,00	3.979.069,51	3.769.272,00	3.323.215,00	3.181.404,00	603.524,00	165.838,00
1270	7	0	0	0	0	0	187.075,00	0
1270	8	0	0	0	0	0	59.952,00	0
1271	7	0	0	0	0	0	6.872,00	0
1272	7	0	0	0	0	00	2.290,00	0
1273	7	0	0	0	0	0	18.326,00	0
1273	8	0	0	0	0	0	4.417,00	520.162,00
1274	7	0	0	0	0	0	2.290,00	0
1274	8	0	0	0	0	0	1.262,00	0
1282	26	1.500,00	0	0	0	0	0	0
4246	5	4.998.922,00	3.625.994,00	6.773.113,00	12.654.248,00	5.021.027,00	2.368.157,00	2.251.469,00
4246	6	35.000,00	35.000,00	32.603,00	35.360,00	12.000,00	0	8.971,00
4246	10	285.455,00	202.188,00	123.526,00	165.673,00	183.429,00	0	0
4246	16	0	0	0	0	0	1.611,00	0
4270	5	0	0	0	0	0	83.228,00	5.900,00
4271	5	0	0	0	0	0	189.714,00	83.000,00
4271	6	0	0	0	0	0	12.000,00	0
4272	5	0	0	0	0	0	23.714,00	3.000,00
<b>Totale</b>		<b>28.836.447</b>	<b>23.986.741</b>	<b>28.642.783</b>	<b>24.422.903</b>	<b>23.369.532</b>	<b>21.134.943</b>	<b>16.966.430,00</b>

Fonte: elaborazione Corte dei conti. su dati Ministero della difesa

\* Nel 2017 è stata adottata la nuova configurazione del bilancio (per azioni) che ha portato all'istituzione di nuovi capitoli di spesa/piani di gestione che di fatto hanno trasferito le medesime esigenze su differenti (e più numerosi) elementi di gestione (Capitoli/PG).

La seguente tabella 17 riporta, a sua volta, le più significative voci di spesa dello Stato maggiore marina, *pro-quota*, per il medesimo periodo 2012-2018.

**Tab. 17 - Spesa sanitaria complessiva di funzionamento suddivisa per capitoli - Stato maggiore Marina - Anni 2012-2018**

Capitolo	Denominazione capitolo	Denominazione P.G.	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
1118/1	Spese per accertamenti sanitari relativi ai controlli sulle assenze	Spese per accertamenti sanitari relativi ai controlli sulle assenze	0	40.000,00	100.000,00	417.740,00	221.257,00	79.233,00	74.502,00
1190/4	Spese generali per approvvigionamento di beni e servizi connesse alle missioni internazionali	Spese per il benessere del personale, spese per l'igiene, la profilassi, la cura e l'assistenza sanitaria diretta e indiretta	0	0	0	0	0	1.200.708,00	330.000,00
1227/7	Spese per acquisti di beni e servizi	Spese per cura ed assistenza sanitaria diretta ed indiretta e per il funzionamento degli enti, organismi, ecc.	200.000,00	534.671,00	168.704,00	236.218,00	182.643,00	133.815,00	0
1192/11	Spese generali per approvvigionamento di beni e servizi connesse alle missioni internazionali	Spese per l'igiene, la profilassi, la cura e l'assistenza sanitaria diretta ed indiretta	0	0	0	0	0	253.934,00	0
1227/8	Spese per acquisti di beni e servizi	Consulenze ed onorari ai medici civili, psicologi, biologi, medici veterinari e chimici, convenzionati e non, etc.	1.200.000,00	1.423.573,00	793.918,00	719.465,00	842.725,00	622.476,00	929.921,00
4383/5	Manutenzione acquisto e conservazione mezzi	Spese, per le esigenze della marina militare, per cura ed assistenza sanitaria diretta ed indiretta, ecc.	3.126.874,00	2.761.230,00	2.418.017,00	1.783.897,00	2.310.174,00	26.098,00	1.046.041,00
4383/10	Manutenzione acquisto e conservazione mezzi	Acquisto ed approvvigionamento per esigenza di vita ed addestramento di enti, reparti, unità, ecc.	41.000,00	48.667,50	11.850,00	24.000,00	20.359,90	0	0
4385/5	Manutenzione acquisto e conservazione mezzi	Spese, per le esigenze della Marina militare, per cura ed assistenza sanitaria diretta ed indiretta, ecc.	0	0	0	0	0	0	175.200,00
4386/5	Manutenzione acquisto e conservazione mezzi	Spese, per le esigenze della Marina militare, per cura ed assistenza sanitaria diretta ed indiretta, ecc.	0	0	0	0	0	642.131,00	1.517.000,00
4386/10	Manutenzione acquisto e conservazione mezzi	Acquisto ed approvvigionamento per esigenza di vita ed addestramento di enti, reparti, unità, ecc.	0	0	0	0	0	24.657,00	0
<b>Totale</b>			<b>4.567.874,00</b>	<b>4.808.141,50</b>	<b>3.492.489,00</b>	<b>3.181.320,00</b>	<b>3.577.158,90</b>	<b>2.983.052,00</b>	<b>4.072.664,00</b>

Elaborazione Corte dei conti. su dati Ministero della difesa

Quanto agli oneri sostenuti dallo Stato maggiore Aeronautica per il funzionamento - successiva tabella 18 - anche in questo caso i più significativi risultano quelli riferiti alle acquisizioni dei materiali sanitari e strumenti, la cui incidenza sul totale delle spese è pari al 70 per cento, e per la remunerazione dei medici e psicologi convenzionati con una incidenza del 23 per cento. Entrambe le tipologie di spese sono necessarie per il corretto assolvimento dei compiti istituzionali dell'Aeronautica, in particolare la sorveglianza sanitaria del personale e gli accertamenti sanitari per l'idoneità al volo per il personale militare delle Forze armate, dei Corpi armati dello Stato e del personale navigante di compagnie nazionali e private.

**Tab.18 - Spesa sanitaria complessiva di funzionamento suddivisa per capitoli - Stato maggiore dell'Aeronautica - Anni 2012-2018**

Capitolo	Denominazione capitolo	Denominazione e P.G.	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
1118/1	Spese per accertamenti sanitari relativi ai controlli sulle assenze	Spese per accertamenti sanitari relativi ai controlli sulle assenze	0	36.067,67	60.473,58	60.000,00	60.000,00	49.812,00	44.707,00
1282/10	Spese manutenzione approvvigionamenti	Spese per il mantenimento a numero di mezzi e relativi sistemi, impianti, apparecchiature equipaggiamenti, armi, etc.	0	88.704,00	0-	100.000,00	164.530,00	0	0
1227/7	Spese per acquisti di beni e servizi	Spese per cura ed assistenza sanitaria diretta ed indiretta e per il funzionamento degli enti, organismi, ecc.	401.123,64	13.076,00	512.028,00	1.324.807,00	291.199,86	43.466,00	59.046,00
4536/7	Manutenzione acquisto e conservazione mezzi	Spese, per le esigenze della aeronautica militare, per cura ed assistenza sanitaria diretta ed indiretta, ecc.	3.171.509,00	2.100.580,00	2.182.557,00	1.530.601,00	2.591.013,00	277.400,00	203.030,00
1227/8	Spese per acquisti di beni e servizi	Consulenze ed onorari ai medici civili, psicologi, biologi, medici veterinari e chimici, convenzionati e non, etc.	1.035.676,36	1.012.940,19	1.039.667,00	968.553,00	951.328,14	1.073.059,00	1.100.000,00
1191/4	Spese generali per l'approvvigionamento di beni e servizi delle connesse alle missioni internazionali	Spese per il benessere del personale, spese per l'igiene, la profilassi, la cura e l'assistenza sanitaria diretta ed indiretta.	0	0	0	0	0	1.189.500,00	1.116.960,00



1192/11	Spese generali per l'approvvigionamento di beni e servizi connesse alle missioni internazionali	Spese per l'igiene, la profilassi, la cura e l'assistenza sanitaria diretta ed indiretta.	0	0	0	0	0	243.500,00	223.040,00
4538/7	Manutenzione acquisto e conservazione mezzi	Spese, per le esigenze della aeronautica militare, per cura ed assistenza sanitaria diretta ed indiretta, ecc.	0	0	0	0	0	93.700,00	73.674,00
4539/7	Manutenzione acquisto e conservazione mezzi	Spese, per le esigenze della aeronautica militare, per cura ed assistenza sanitaria diretta ed indiretta, ecc.	0	0	0	0	0	334.637,00	1.229.759,00
<b>Totale</b>			<b>4.608.309,00</b>	<b>3.251.367,86</b>	<b>3.794.725,58</b>	<b>3.983.961,00</b>	<b>4.058.071,00</b>	<b>3.305.074,00</b>	<b>4.050.216,00</b>

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della difesa

Per l'Arma dei Carabinieri le principali voci di spesa, *pro-quota*, riepilogate nella seguente tabella 19 che incidono sul totale della spesa sanitaria nel periodo 2012-2018, sono:

- il noleggio delle apparecchiature sanitarie per le attività del laboratorio di analisi del Centro nazionale di selezione e reclutamento -CNSR - (incidenza del 25,94 per cento sul totale degli stanziamenti);
- i compensi ai medici specialisti civili (convenzionati a tempo indeterminato), per accertamento idoneità psico-fisica presso il CNSR (incidenza del 15,08 per cento sul totale degli stanziamenti);
- spese per farmaci, vaccini, materiale sanitario e dispositivi di protezione individuale - spese per disinfestazione (incidenza del 13,86 per cento sul totale degli stanziamenti).

**Tab. 19 - Spesa sanitaria complessiva (funzionamento e investimento) suddivisa per capitoli - Arma dei Carabinieri - Anni 2012-2018**

Capitolo	Denominazione capitolo	Denominazione P.G.	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
4825/08 (*)	Spese per acquisti di beni e servizi	Servizio di sanità per l'Arma dei Carabinieri - spese di viaggio dei familiari dei militari in pericolo di vita, ecc.	3.213.572,94	2.516.053,06	2.052.642,34	1.933.590,61	1.833.914,08	617.258,83	364.616,30
4827/08 (*)	Spese per acquisti di beni e servizi	Servizio di sanità per l'Arma dei Carabinieri - spese di viaggio dei familiari dei militari in pericolo di vita, ecc.	0	0	0	0	0	815.140,53	1.342.590,21
4829/08 (*)	Spese per acquisti di beni e servizi	Servizio di sanità per l'Arma dei Carabinieri - spese di viaggio dei familiari dei militari in pericolo di vita, ecc.	0	0	0	0	0	32.361,66	38.143,51
4825/01	Spese per acquisti di beni e servizi	Spese per la sorveglianza sanitaria e sicurezza sui luoghi di lavoro	19.628,00	20.579,52	49.714,00	30.377,00	30.710,00	0	0
4827/01	Spese per acquisti di beni e servizi	Spese per la sorveglianza sanitaria e sicurezza sui luoghi di lavoro	0	0	0	0	0	10.240,00	150.509,00
**7763/01	Spese di potenziamento	Potenziamento settore sanità	0	0	0	0	0	176.098,00	283.843,00
1188/04 (*)	Spese per acquisti di beni e servizi	Spese per il benessere del personale, l'igiene, la profilassi, la cura e l'assistenza	0	0	0	0	0	559.900,40	422.481,00
1188/07	Spese per acquisti di beni e servizi	Manutenzioni connesse con le missioni internazionali	0	0	0	0	0	10.500,00	14.000,00
**7766/04	Spese di potenziamento	Potenziamento missioni internazionali	0	0	0	0	0	0	5.000,00
1118/1	Spese per accertamenti sanitari relativi ai controlli sulle assenze	Spese per accertamenti sanitari relativi ai controlli sulle assenze	-	8.000,00	1.600,00	6.600,00	6.000,00	6.000,00	4.461,00
<b>Totale</b>			<b>3.233.200,94</b>	<b>2.544.632,58</b>	<b>2.103.956,34</b>	<b>1.970.567,61</b>	<b>1.870.624,08</b>	<b>2.227.499,42</b>	<b>2.625.644,02</b>

Fonte: dati del Ministero della difesa

\*Con esclusione delle spese funerarie e per le operazioni di culto

\*\* capitoli di spesa settore investimento

Quanto, infine, alle spese per funzionamento esse sono state riepilogate, a livello dello Stato maggiore della difesa, nella seguente tabella 20, anch'essa relativa al periodo 2012-2018.

**Tab. 20 - spesa sanitaria complessiva di funzionamento suddivisa per capitoli - Stato Maggiore della Difesa - anni 2012-2018**

Capitolo	Denominazione capitolo	Denominazione P.G.	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
1118/1	Spese per accertamenti sanitari relativi ai controlli sulle assenze	Spese per accertamenti sanitari relativi ai controlli sulle assenze	0	4.265	3.370	14.200	9.500	20.900	3.000
1227/7	Spese per acquisti di beni e servizi	Spese per cura ed assistenza sanitaria diretta ed indiretta e per il funzionamento degli Enti, organismi, ecc.	1.772.357	1.955.019	1.108.010	931.643	999.090	0	400
1270/7			0	0	0	0	0	11.000	18.000
1271/7			0	0	0	0	0	580	5.120
1272/7			0	0	0	0	0	4.400	4.400
1273/7			0	0	0	0	0	1.030.244	880.939
1274/7			0	0	0	0	0	0	21.151
1227/8	Spese per acquisti di beni e servizi	Consulenze ed onorari ai medici civili, psicologi, biologi, medici veterinari e chimici, convenzionati e non, etc.	550.000	617.324	526.494	529.622	524.981	0	128.795
1270/8			0	0	0	0	0	0	0
1273/8			0	0	0	0	0	574.040	488.466
1274/8			0	0	0	0	0	0	0
<b>Totale</b>			<b>2.322.357</b>	<b>2.576.608</b>	<b>1.637.874</b>	<b>1.475.465</b>	<b>1.533.571</b>	<b>1.641.164</b>	<b>1.550.271</b>

Fonte: dati Ministero della difesa

I medesimi dati, ordinati in relazione ai settori d'intervento, sono ulteriormente riepilogati nella seguente tabella 21

**Tab. 21 - Stato Maggiore della Difesa - spesa sanitaria per capitoli settore investimento anni 2012-2018**

CAP-PG /E.F.	Denominazione CAP-PG	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	COMPLESSIVO PER CAP-PG
1322-04	Spese per il rinnovamento, l'ammodernamento ed il completamento dei mezzi e dei materiali relativi ai servizi di sanità. Spese per studi, esperienze, ricerche e sviluppo. Spese per l'antifortunistica.	-	42.500,00	42.316,55	-	-	-	-	84.816,55
7120-01	Spese relative a tutti i settori della componente navale, ai radar ed ai sistemi per la sorveglianza marittima delle forze armate connesse con la costruzione, l'acquisizione, l'ammodernamento, il rinnovamento, la trasformazione, la manutenzione straordinaria dei mezzi, impianti, sistemi apparecchiature, equipaggiamenti, dotazioni e connesse scorte, ivi comprese le attività complementari.	-	-	479.522,20	-	-	-	-	479.522,20

7120-03	Spese relative a tutti i settori della componente terrestre, ai radar ed ai sistemi per la sorveglianza dell'area operativa terrestre delle forze armate connesse con la costruzione, l'acquisizione, l'ammodernamento, il rinnovamento, la trasformazione la manutenzione straordinaria dei mezzi, materiali del genio, impianti, sistemi, apparecchiature, equipaggiamenti, dotazioni e connesse scorte, ivi comprese le attività complementari.	212.561,00	-	2.215.788,56	2.530.946,07	2.500.000,00	-	248.880,00	<b>7.708.175,63</b>
7120-04	Spese per la costruzione, l'acquisizione, l'ammodernamento, il rinnovamento, la trasformazione dei mezzi, materiali e connesse scorte, dotazioni e parti di ricambio, attrezzature ed impianti per la telematica, le telecomunicazioni, la sorveglianza, il comando e controllo, la guerra elettronica, con esclusione di quanto facente parte integrante dei sistemi d'arma.	-	-	-	164.179,77	212.005,98	36.097,36	619.205,91	<b>1.031.489,02</b>
7120-17	Spese per il rinnovamento, l'ammodernamento ed il completamento dei mezzi e dei materiali relativi ai servizi di sanità.	1.385.061,36	1.521.722,64	1.225.330,72	1.104.002,57	-	500.000,00	1.160.940,86	6.897.058,15
7120-18	Spese per la costruzione, l'acquisizione, l'ammodernamento, la trasformazione, il rinnovamento ed il completamento dei mezzi e materiali e connesse scorte, dotazioni e parti di ricambio relativi ai servizi di commissariato.	-	-	-	32.996,12	-	-	-	32.996,12
7120-20	Spese per la costruzione, l'acquisto, il rinnovamento, l'ammodernamento ed il completamento delle infrastrutture, militari, ivi comprese quelle per l'acquisto e permuta di aree o di altri immobili, rilevamenti, progettazioni, collaudi, espropri, funzionamento degli uffici tecnici e cantieri di lavoro. Spese per il recupero, la conservazione e la bonifica delle infrastrutture e dei sedimi. Spese per l'antifortunistica.	-	-	623.180,36	-	-	40.276,86	-	663.457,22
7120-21	Manutenzione straordinaria compendi infrastrutturali della Difesa.	-	-	-	28.177,78	327.870,42	311.426,57	19.493,84	686.968,61
7120-22	Spese, connesse con l'acquisizione, l'ammodernamento, il rinnovamento, la manutenzione straordinaria dei mezzi, impianti, sistemi, apparecchiature, equipaggiamenti, relativi ai servizi di sanità dei settori della componente navale.	-	-	-	-	11.482,68	-	-	11.482,68
7122-04	Spese per il rinnovamento, l'ammodernamento ed il completamento dei mezzi e dei materiali relativi ai servizi di sanità. Spese per studi, esperienze, ricerche e sviluppo. Spese per l'antifortunistica.	-	-	-	79.600,00	179.505,81	59.963,00	119.693,00	438.761,81
<b>COMPLESSIVO PER E.F.</b>		<b>1.597.622,36</b>	<b>1.564.222,64</b>	<b>4.586.138,39</b>	<b>3.939.902,31</b>	<b>3.230.864,89</b>	<b>947.763,79</b>	<b>2.168.213,61</b>	<b>18.034.727,99</b>

Fonte: Dati Ministero della Difesa

**Tab. 22 - Stato maggiore della Difesa - riepilogo spesa sanitaria settore investimento - anni 2012-2018**

SETTORE \ E.F.	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Totale per settore
ricerca sanitaria	0	42.500,00	42.316,55	79.600,00	179.505,81	59.963,00	119.693,00	523.578,36
infrastrutturale	0	0	623.180,36	28.177,78	339.353,10	351.703,43	19.493,84	1.361.908,51
info-strutturale	0	0	0	164.179,77	212.005,98	36.097,36	619.205,91	1.031.489,02
medicale	1.160.014,36	0	0	410.370,60	0	0	934.633,99	2.505.018,95
materiali ed equipaggiamenti	225.047,00	1.521.722,64	1.225.330,72	1.576.362,12	2.500.000,00	500.000,00	226.306,87	7.774.769,35
mezzi di soccorso	212.561,00		2.695.310,76	1.681.212,04			248.880,00	4.837.963,80
<b>Totale</b>	<b>1.597.622,36</b>	<b>1.564.222,64</b>	<b>4.586.138,39</b>	<b>3.939.902,31</b>	<b>3.230.864,89</b>	<b>947.763,79</b>	<b>2.168.213,00</b>	<b>18.034.727,99</b>

Fonte: dati Ministero della difesa

La seguente tabella 23, a sua volta, riepiloga in maniera globale le spese di funzionamento della intera sanità militare per il periodo 2012-2018

**Tab 23 Riepilogo della spesa sanitaria per funzionamento - Forze Armate - anni 2012-2018**

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<b>SME</b>	28.836.447,00	23.986.740,51	28.642.783,42	24.422.903,00	23.369.532,00	21.134.943,00	16.966.430,00
<b>SMM</b>	4.567.874,00	4.808.141,50	3.492.489,00	3.181.320,00	3.577.158,90	2.984.848,00	4.072.664,00
<b>SMA</b>	4.608.309,00	3.251.367,86	3.794.725,58	3.983.961,00	4.058.071,00	3.305.074,00	4.050.216,00
<b>CC</b>	3.233.200,94	2.544.632,58	2.103.956,34	1.970.567,61	1.870.624,08	2.051.401,42	2.625.644,02
<b>SGD</b>	417.458,21	396.018,11	334.634,39	295.709,00	489.969,00	146.412,01	25.515,19
<b>BILANDIFE</b>	7.209,20	15.428,00	8.733,00	12.019,00	15.913,00	16.695,00	19.301,00
<b>SMD</b>	2.322.357,00	2.576.608,00	1.637.874,00	1.475.465,00	1.533.571,00	1.641.164,00	1.550.271,00
<b>Totale</b>	<b>43.992.855,35</b>	<b>37.578.936,56</b>	<b>40.015.195,73</b>	<b>35.341.944,61</b>	<b>34.914.838,98</b>	<b>31.280.537,43</b>	<b>29.310.041,00</b>

Fonte: elaborazione Corte dei conti. su dati Ministero della difesa

Si soggiunge che le voci di spesa relative al Segretariato generale della difesa (Segredifesa) ed all' Ufficio centrale del bilancio e degli affari finanziari (Bilandife) della precedente tabella, sono dettagliate nelle seguenti tabelle 24 e 25.

**Tab. 24 – spesa sanitaria complessiva di funzionamento suddivisa per capitoli – Segredifesa - anni 2012-2018**

Capitolo	Denominazione capitolo	Denominazione P.G.	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
1227/7	Spese per acquisti di beni e servizi	Spese per cura ed assistenza sanitaria diretta ed indiretta e per il funzionamento degli Enti, organismi, ecc.	220.135,00	143.329,11	90.044,00	54.170,00	226.874,00	35.244,00	192,50
1227/8	Spese per acquisti di beni e servizi	Consulenze ed onorari ai medici civili, psicologi, biologi, medici veterinari e chimici, convenzionati e non, etc.	197.323,21	199.320,00	203.350,39	201.879,00	201.595,00	70.796,01	7.322,69
1118/1	Spese per accertamenti sanitari relativi ai controlli sulle assenze	Spese per accertamenti sanitari relativi ai controlli sulle assenze	-	53.369,00	41.240,00	39.660,00	61.500,00	40.372,00	18.000,00
<b>Totale</b>			<b>417.458,21</b>	<b>396.018,11</b>	<b>334.634,39</b>	<b>295.709,00</b>	<b>489.969,00</b>	<b>146.412,01</b>	<b>25.515,19-</b>

Fonte: dati Ministero della difesa

**Tab. n. 25 – spesa sanitaria complessiva di funzionamento suddivisa per capitoli –Bilandife anni 2012-2018**

Capitolo	Denominazione capitolo	Denominazione P.G.	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
1099/7	Spese funzionamento uffici	Spese per acquisto medicinali, materiale sanitario e igienico	-	4.087,00	977,00	1.319,00	1.738,00	1.297,00	1.000,00
1115/11	Spese per acquisti di beni e servizi	Spese per cura ed assistenza sanitaria diretta ed indiretta e per il funzionamento degli Enti, organismi, ecc.	648,00	641,00	1.000,00	-	4.885,00	9.588,00	13.100,00
1118/1	Spese per accertamenti sanitari relativi ai controlli sulle assenze	Spese per accertamenti sanitari relativi ai controlli sulle assenze	6.561,20	10.700,00	6.756,00	10.700,00	9.290,00	5.810,00	5.201,00
<b>Totale</b>			<b>7.209,20</b>	<b>15.428,00</b>	<b>8.733,00</b>	<b>12.019,00</b>	<b>15.913,00</b>	<b>16.695,00</b>	<b>19.301,00</b>

Fonte: dati Ministero della difesa

I dati, nel loro insieme, confermano un sensibile calo dei costi di funzionamento che, dal confronto fra il 2012 ed il 2018, risulta di 24.682.814,35 euro (43.992.855,35 – 29.310.041) pari ad oltre il 40 per cento. Emerge, di contro, un tendenziale ma contenuto incremento della voce di spesa finalizzata alla ricerca e, più in generale alle spese per investimento. La constatazione del generale calo della voce funzionamento

induce ad osservare che tale diminuzione di spesa è verosimilmente causa di una riduzione delle prestazioni erogate, almeno sotto il profilo quantitativo, e l'assunto non sembra contraddetto dai dati successivamente riportati circa l'attività del Policlinico. Il fenomeno, pur significativo, quando tuttavia limitato alla sola sanità di supporto (territoriale) potrebbe trovare una compensazione non particolarmente problematica, e comunque conforme a legge, nelle più vaste disponibilità di prestazioni garantite dal SSN. Quanto sopra induce a segnalare la necessità che l'amministrazione, quanto meno, vigili e monitorizzi attentamente l'altro settore, quello della sanità di aderenza, in modo da prevenire o superare carenze che, nel diverso contesto di tale branca, potrebbero invece ripercuotersi in modo diretto sull'efficacia delle cure da assicurare al proprio personale.

## **2. I costi del personale addetto alla sanità militare**

L'analisi del costo del personale sanitario delle Forze armate e dell'Arma dei Carabinieri è stata sviluppata riassumendo in forma unitaria tutti dati forniti dal Ministero della Difesa sia in termini di consistenza e di impiego, che dei costi associati.

Per meglio inquadrare la struttura organizzativa della sanità militare va qui richiamata la ripartizione in sanità di sostegno<sup>18</sup> e di aderenza<sup>19</sup> già precedentemente indicata; se per la prima il dettaglio è stato riferito al singolo EDR (Ente, Distaccamento, Reparto), la seconda, praticamente "polverizzata" nelle molteplici unità elementari di Forza armata, è stata presentata con un valore complessivo riferito al solo personale sanitario.

La Difesa ha elaborato e fornito, al riguardo, dati molto analitici, specificando per tutto il personale sanitario, a seguito di un articolato percorso di analisi interna:

- ente di appartenenza;
- categoria (ufficiali, sottufficiali, truppa, personale civile);
- specializzazione (distinguendo settore sanitario, tecnico, e di supporto

---

<sup>18</sup> Enti a specifica connotazione sanitaria ospedaliera e/o di medicina legale.

<sup>19</sup> Incardinata sulle singole unità operative e periferiche della Difesa, a cui viene assegnato personale sanitario con il compito di fornire assistenza diretta nel corso delle rispettive attività di servizio.

logistico-amministrativo);

- funzione di assistenza sanitaria;
- numero dipendenti;
- costo lordo.

Tali dettagliati dati, relativamente al triennio 2016-2018 sono stati riepilogati nella seguente tabella 26.

**Tab. 26 - Consistenza del personale sanitario militare e costo lordo anno 2016 -2018**

Forza armata	2016				2017				2018			
	sanità territoriale		sanità di aderenza		sanità territoriale		sanità di aderenza		sanità territoriale		sanità di aderenza	
	N° personale**	costo lordo	N° personale**	costo lordo	N° personale**	costo lordo	N° personale**	costo lordo	N° personale**	costo lordo	N° personale**	costo lordo
Esercito *	1.483	79.611.353,74	2.291	118.890.328	1.488	78.121.283	2.260	3.116.894.741	1.486	77.055.367,44	2.219	114.587.829
Marina	574	30.329.953	531	29.854.986	570	30.404.726	529	29.459.067	533	30.814.955	525	31.559.619
Aeronautica	358	20.141.235	534	32.201.175	367	21.655.879	554	34.464.782	365	22.145.809	554	35.429.042
Carabinieri	19	1.331.878	393	23.617.766	18	1.337.988	418	24.196.294	18	1.327.339	413	22.585.457
Igesan (Esercito+Aeronautica)	33	3.590.300	0	0	33	3.673.506	0	0	35	3.765.709,50	0	0
<b>Totale</b>	<b>2.467</b>	<b>135.004.720</b>	<b>3.749</b>	<b>204.664.255</b>	<b>2.476</b>	<b>135.193.382</b>	<b>3.761</b>	<b>205.014.884</b>	<b>2.457</b>	<b>135.109.179</b>	<b>3.711</b>	<b>204.161.947</b>

Fonte: elaborazione Corte dei conti. su dati Ministero della difesa

\*compreso il personale del Policlinico Celio (esclusi i 64 specializzandi che vengono presi in carico amministrativo dal Policlinico)

\*\* anni persona

Considerate le descritte specificità della sanità militare e la conseguente, difficile comparazione organizzativa con il Servizio Sanitario Nazionale, l'amministrazione- nell'elaborare i dati appena richiamati- ha ritenuto necessario applicare degli adattamenti ai parametri di base stabiliti per la sanità civile<sup>20</sup>.

In particolare, per quanto attiene alle funzioni di assistenza sanitaria, classificazione indispensabile per poter poi sviluppare il calcolo (comparativo) dei relativi costi, ha ritenuto di applicare gli indici prescritti in ambito europeo, pur nella consapevolezza che il personale sanitario militare può svolgere la propria attività (e di norma lo fa) in più di una delle funzioni durante il proprio orario di servizio (ad es. nell'ambito della stessa giornata si può alternare tra attività di reparto ed attività operative, ecc.)

<sup>20</sup> Il sistema dei conti della sanità nazionale, inserito nel quadro delle statistiche europee, è costruito secondo le regole dettate dal regolamento UE 359/2015, *System for Health Accounts - SHA*, entrato in vigore nel 2016, e utilizza metodologie coerenti con il «Sistema europeo dei conti nazionali e regionali» (SEC 2010).



ricorrendo - ove non altrimenti possibile - ad un criterio di censimento basato sul principio della "funzione prevalente".

Di seguito, è riportata la descrizione degli indici SHA applicati senza alcuna modifica, e dunque in piena aderenza al modello in atto per la sanità civile:

- HC.1.1: personale (militare e civile) impiegato per attività di ricovero;
- HC.1.3: personale (mil. e civ.) impiegato in attività ambulatoriali;
- HC.4: personale (mil. e civ.) impiegato in attività concernenti la diagnostica;
- HC.6: personale (militare e civile) impiegato in attività concernenti la medicina legale, occupazionale e per l'igiene e la prevenzione;
- -HC.7: personale (mil. e civ.) impiegato in attività di *governance* sanitaria.

Con riferimento, invece, alle funzioni operative proprie della sanità militare (ad es. esercitazioni, ecc.), per le quali non si ha riscontro nelle strutture civili, al fine di ricomprendere tutto il personale impiegato e valorizzarne le funzioni, la Difesa ha introdotto i seguenti indici:

- HC.7. OP: personale (militare e civile) non sanitario impiegato presso enti della sanità di sostegno con compito di specifico supporto logistico all'Ente stesso;
- HC. OP: indicatore di funzione, anch'esso non sovrapponibile alla classificazione internazionale, che identifica il personale (mil. e civ.) impiegato nel "supporto sanitario alle attività operative e militari"; ad esempio, il personale sanitario di aderenza (impiegato nelle unità operative, a bordo delle navi, ecc.), il personale impiegato in operazioni, etc.

Si riporta di seguito, a titolo esemplificativo, la mappatura funzionale composta attraverso l'applicazione di tali criteri al personale addetto alla sanità aeronautica, significando che analoghi censimenti sono stati sviluppati per tutto il rimanente personale delle Forze armate addetto alla sanità e che i relativi documenti sono agli atti della presente relazione.

Tab. 27- Personale sanità Aeronautica militare per funzione - anno 2018

EDR	CAT.	SETTORE IMPIEGO	FUNZIONE	UNITA' AAP	COSTO LORDO € (*)	
SANITA' DI ADERENZA	U	SANITA'	Personale fuori area e specializzandi	253	11.745.263,00	
	SU	SANITA'	Personale fuori area e specializzandi	382	20.281.907,00	
	TR	SANITA'	Personale fuori area e specializzandi	3	58.446,00	
	CIV	SANITA'	Personale fuori area e specializzandi	13	473.723,00	
	U	SANITA'	Supporto logistico amministrativo	18	2.286.787,00	
	SU	SANITA'	Supporto logistico amministrativo	10	568.609,00	
	U	LOGISTICA	Supporto logistico amministrativo	3	330.954,00	
	SU	LOGISTICA	Supporto logistico amministrativo	11	583.796,00	
	TR	LOGISTICA	Supporto logistico amministrativo	2	76.236,00	
	SU	LOGISTICA	Personale fuori area e specializzandi	89	4.674.072,00	
	TR	LOGISTICA	Personale fuori area e specializzandi	8	276.223,00	
	CIV	LOGISTICA	Personale fuori area e specializzandi	18	642.091,00	
		<b>TOTALE</b>			<b>683,5</b>	<b>41.998.107,00</b>
	COMM. SAN. DI APPELLO - ROMA	U	SANITA'	Medicina legale e di prevenzione	4,5	683.537,00
SU		SANITA'	Medicina legale e di prevenzione	2	106.616,00	
SU		LOGISTICA	Attività di governance	3	159.924,00	
TR		LOGISTICA	Attività di governance	3	113.427,00	
		<b>TOTALE</b>			<b>12,5</b>	<b>1.063.504,00</b>
DIP.MIL.MED.LEG. - BARI - PALESE MACCHIE (comprende il Centro Aeromedico Psicofisiologico)	U	SANITA'	Attività ambulatoriali	4	457.673,00	
	U	SANITA'	Medicina legale e di prevenzione	5	567.770,00	
	U	LOGISTICA	Attività di governance	1	110.097,00	
	SU	SANITA'	Attività ambulatoriali	10	527.187,00	
	SU	LOGISTICA	Attività di governance	9	433.160,00	
	TR	SANITA'	Attività ambulatoriali	3	67.209,00	
	TR	LOGISTICA	Attività di governance	2	38.964,00	
	CIV	SANITA'	Attività ambulatoriali	3	108.513,00	

		CIV	LOGISTICA	Attività di governance	18	643.734,00
		<b>TOTALE</b>			<b>55</b>	<b>2.954.307,00</b>
<b>INFERMERIA PRINCIPALE - PRATICA DI MARE</b>		U	SANITA`	Attività ambulatoriali	10	951.517,00
		U	SANITA`	Medicina legale e di prevenzione	1	110.097,00
		SU	SANITA`	Attività ambulatoriali	17	912.847,00
		SU	LOGISTICA	Attività di governance	6	268.166,00
		CIV	SANITA`	Attività ambulatoriali	1	35.613,00
		CIV	LOGISTICA	Attività di governance	3	104.657,00
		<b>TOTALE</b>			<b>38</b>	<b>2.382.897,00</b>
<b>IST.MED.AER.AM - MILANO - LINATE</b>		U	SANITA`	Attività ambulatoriali	15,5	1.660.354,00
		U	SANITA`	Medicina legale e di prevenzione	4	550.014,00
		U	SANITA`	Personale fuori area e specializzandi	2	109.480,00
		U	LOGISTICA	Attività di governance	2	214.716,00
		SU	SANITA`	Attività ambulatoriali	24	1.272.427,00
		SU	LOGISTICA	Attività di governance	19	963.356,00
		TR	SANITA`	Attività ambulatoriali	5	97.410,00
		TR	LOGISTICA	Attività di governance	1	37.191,00
		CIV	SANITA`	Attività ambulatoriali	1	39.469,00
		CIV	LOGISTICA	Attività di governance	17	591.520,00
		<b>TOTALE</b>			<b>90,5</b>	<b>5.535.937,00</b>
<b>IST.MED.AER.AM - ROMA</b>		U	SANITA`	Attività ambulatoriali	30,5	2.924.791,00
		U	SANITA`	Medicina legale e di prevenzione	3	416.491,00
		U	SANITA`	Personale fuori area e specializzandi	3,5	379.553,00
		U	SANITA`	Attività di governance	1	133.523,00
		U	LOGISTICA	Attività di governance	1	110.097,00
		SU	SANITA`	Attività ambulatoriali	46	2.434.006,00
		SU	LOGISTICA	Attività di governance	28	1.448.082,00
		TR	SANITA`	Attività ambulatoriali	9	201.810,00
		TR	LOGISTICA	Attività di governance	3	114.474,00
		CIV	SANITA`	Attività ambulatoriali	19	716.216,00
		CIV	LOGISTICA	Attività di governance	16	561.846,00
	<b>TOTALE</b>			<b>160</b>	<b>9.440.889,00</b>	
<b>COLL. MED. LEG. - ROMA</b>		U	SANITA`	Medicina legale e di prevenzione	1	110.097,00
		SU	SANITA`	Medicina legale e di prevenzione	1	50.271,00
<b>DIR. GEN. PREV. MIL. LEVA - ROMA</b>		U	SANITA`	Attività di governance	0,5	133.523,00

<b>C.I.I. - ROMA</b>		SU	SANITA`	Personale fuori area e specializzandi	2	97.327,00
<b>C.I.S.A.M. - SAN PIERO A GRADO</b>		SU	SANITA`	Personale fuori area e specializzandi	1	50.271,00
<b>C.O.V.I. - (C.O.I.) ROMA - CENTOCELLE</b>		U	SANITA`	Personale fuori area e specializzandi	1	110.097,00
<b>S.M.D. ROMA</b>		U	SANITA`	Personale fuori area e specializzandi	1	133.523,00
<b>C.A.S.D. - ROMA</b>		SU	SANITA`	Personale fuori area e specializzandi	1	50.271,00
<b>DIP.MIL.MED.LEG.A` - LA SPEZIA</b>		U	SANITA`	Medicina legale e di prevenzione	1	110.097,00
<b>IGESAN - ROMA</b>		SU	SANITA`	Attività ambulatoriali	1	50.271,00
		U	SANITA`	Attività di governance	6	855.823,00
		SU	SANITA`	Attività di governance	3	159.924,00
	<b>TOTALE ENTI INTERFORZE</b>				<b>19,5</b>	<b>1.911.495,00</b>
	<b>Totale complessivo</b>				<b>1.059</b>	<b>65.287.136,00</b>

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della Difesa

### 3. Rappresentazione della spesa sanitaria militare attraverso i parametri del SSN

Allo scopo di fornire, oltre alla dimensione della spesa, ulteriori elementi utili alla valutazione, le prestazioni erogate dagli enti della sanità militare sono state riclassificate dal Ministero secondo i già citati indici funzionali (HC.1.3, HC.4, ecc.) e affiancati dai relativi controvalori delle prestazioni erogate, definiti sulla base del vigente tariffario del SSN o dei DRG<sup>21</sup> cui fanno riferimento.

Sempre sulla base delle relative funzioni di assistenza, sono stati riportati i costi di personale e la quota parte dei costi di funzionamento dell'ente, anch'essi ripartiti proporzionalmente sulle medesime funzioni di assistenza.

Ciò ha permesso di individuare, sia pure in forma aggregata, un costo complessivo e un costo medio unitario (CMU) per le prestazioni erogate da ciascun ente con dati analitici di cui, anche in questo caso si riporta a titolo esemplificativo, nella seguente tabella 28, uno stralcio riguardante la sanità di sostegno (territoriale) dell'Esercito.

<sup>21</sup> Il *Diagnosis Related Groups* (DRG,) in italiano raggruppamento omogeneo di diagnosi (ROD,) è un sistema di classificazione dei ricoveri ospedalieri nell'ambito del Servizio sanitario nazionale. Esso permette di classificare tutti i pazienti dimessi da un ospedale in gruppi omogenei per assorbimento delle risorse impegnate, al fine di controllare e contenere la spesa sanitaria poiché consente di remunerare ciascun episodio di ricovero utilizzando i dati della scheda di dimissione ospedaliera.

Tab. 28- sanità territoriale - prestazioni sanitarie erogate anno 2018 - Esercizio

ENTE	NUMERO PRESTAZIONI		AA/P	COSTO DEL PERSONALE (CMU LORDO)	COSTO DI FUNZIONAMENTO	COSTO TOTALE PRESTAZIONI I (COSTO PERSONALE LORDO + FUNZIONAMENTO)	COSTO MEDIO PRESTAZIONI I (CMU lordo)	FUNZIONE
Policlinico Militare "Celio"	Numero di pazienti ricoverati in regime ordinario	2.250	220	(*) 12.208.511,70	4.104.357,37	16.312.869,07	7.250,16	impiegato in strutture di ricovero
	Giornate di degenza	19.377					841,85	
	Numero di pazienti ricoverati in regime Day Hospital	93	57	(*) 249.153,30	83.762,40	332.915,70	3.571,65	impiegato in strutture di ricovero
	numero accessi Day Hospital	633					525,87	
	Prestazioni sanitarie erogate	68.766	106	5.964.681,00	2.005.255,27	7.969.936,27	115,90	attività ambulatoriali
	Prestazioni sanitarie erogate	630.098	91	5.881.106,00	1.977.158,34	7.858.264,34	12,47	attività diagnostica
			57	4.216.662,00	1.417.591,94	5.634.253,94		attività di governance
			371	13.853.186,98	4.657.277,76	18.510.464,74		supporto logistico amministrativo
			251	14.562.767,45	4.895.830,33	19.458.597,78		personale fuori area e specializzandi
	<b>TOTALE</b>	<b>701.207</b>	<b>1.096</b>	<b>56.936.068,43</b>	<b>19.141.233,39</b>	<b>76.077.301,82</b>		
Commissione Medica 2 <sup>a</sup> Istanza	Provvedimenti medico legali	1.113	2	239.583,00	14.789,25 €	254.372,25	228,55	medicina legale e di prevenzione
	Servizi afferenti alla direzione ed il funzionamento del sistema sanitario		5	192.118,00	11.859,28 €	203.977,28		attività di governance
				2	244.390,00	15.085,98 €	259.475,98	
<b>TOTALE</b>	<b>1.113</b>	<b>9</b>	<b>676.091,00</b>	<b>41.734,51 €</b>	<b>717.825,51</b>			
DMML CA	Provvedimenti medico legali	2.749	6	297.242,00	67.922,19 €	365.164,19	132,84	medicina legale e di prevenzione
	Prestazioni sanitarie erogate	3.791	13	706.408,00	161.419,91	867.827,91	228,90 €	attività ambulatoriali
	Prestazioni sanitarie erogate	63.431	4	266.538,00	60.906,08	327.444,08	5,16 €	attività diagnostica
								attività di

			4	396.225,00	90.540,60	486.765,60		governance
			28	1.124.840,00	257.034,98	1.381.874,98		supporto logistico amministrativo
			2	75.126,00	17.166,89	92.292,89		personale fuori area e specializzandi
<b>TOTALE</b>		<b>69.971</b>	<b>57</b>	<b>2.866.379,00</b>	<b>654.990,64</b>	<b>3.521.369,64</b>		
<b>DMML ME</b>	Provvedimenti medico legali	9.693	3	227.770,00	86.127,90	313.897,90	32,38 €	medicina legale e di prevenzione
	Prestazioni sanitarie erogate	6.449	7	516.254,00	195.213,91	711.467,91	110,33 €	attività ambulatoriali
	Prestazioni sanitarie erogate	62.671	2	174.708,00	66.063,28	240.771,28	3,84 €	attività diagnostica
			2	189.500,00	71.656,66	261.156,66		attività di governance
			45	1.584.605,00	599.195,24	2.183.800,24		supporto logistico amministrativo
			4	257.057,00	97.202,35	354.259,35		personale fuori area e specializzandi
<b>TOTALE</b>		<b>78.812</b>	<b>63</b>	<b>2.949.894,00</b>	<b>1.115.459,34</b>	<b>4.065.353,34</b>		
<b>CENTRO MEDICO OSPEDALIERO MI</b>	Provvedimenti medico legali	9.895	3	342.606,00	117.087,00	459.693,00	46,46 €	medicina legale e di prevenzione
	Prestazioni sanitarie erogate	9.730	24	1.385.055,00	473.348,21	1.858.403,21	191,00 €	attività ambulatoriali
	Prestazioni sanitarie erogate	135.834	4	324.568,00	110.922,44	435.490,44	3,21 €	attività diagnostica
			2	243.196,00	83.113,23	326.309,23		attività di governance
			52	2.311.448,00	789.946,80	3.101.394,80		supporto logistico amministrativo
			8	308.352,00	105.380,56	413.732,56		personale fuori area e specializzandi
<b>TOTALE</b>		<b>155.459</b>	<b>93</b>	<b>4.915.225,00</b>	<b>1.679.798,23</b>	<b>6.595.023,23</b>		
<b>DMML PD</b>	Provvedimenti medico legali	9.929	3	342.606,00	132.626,19	475.232,19	47,86 €	medicina legale e di prevenzione
	Prestazioni sanitarie erogate	14.136	15	878.685,00	340.147,70	1.218.832,70	86,22	attività ambulatoriali
	Prestazioni sanitarie erogate	412.947	17	831.184,00	321.759,59	1.152.943,59	2,79	attività diagnostica
			1	128.994,00	49.934,86	178.928,86		attività di governance

			28	1.232.241,00	477.012,74	1.709.253,74		supporto logistico amministrativo	
			4	325.063,00	125.835,12	450.898,12		personale fuori area e specializzandi	
<b>TOTALE</b>		<b>437.012</b>	<b>68</b>	<b>3.738.773,00</b>	<b>1.447.316,20</b>	<b>5.186.089,20</b>			
<b>DMML RM</b>	Provvedimenti medico legali	15.823	2	238.920,00	54.345,24	293.265,24	18,53	medicina legale e di prevenzione	
	Prestazioni sanitarie erogate	12.512	24	1.490.663,00	339.069,30	1.829.732,30	146,24	attività ambulatoriali	
	Prestazioni sanitarie erogate	26.008	5	297.317,00	67.628,34	364.945,34	14,03	attività diagnostica	
				4	370.448,00	84.262,87	454.710,87		attività di governance
				57	2.228.471,00	506.892,65	2.735.363,65		supporto logistico amministrativo
				8	347.118,00	78.956,18	426.074,18		personale fuori area e specializzandi
<b>TOTALE</b>		<b>54.343</b>	<b>100</b>	<b>4.972.937,00</b>	<b>1.131.154,59</b>	<b>6.104.091,59</b>			
<b>TOTALE (**)</b>		<b>1.497.916</b>	<b>1.486</b>	<b>77.055.367,44</b>	<b>25.211.686,91</b>	<b>102.267.054,33</b>			

Fonte. elaborazione Corte dei conti. su dati Ministero della Difesa

\* per quanto attiene ai ricoveri il valore è stato calcolato su base statistica in quanto lo stesso personale assicura sia l'assistenza per i ricoveri ordinari che per quelli in regime di Day Hospital (18465 gg. di ricovero ordinari a fronte di 603 accessi Day Hospital).

\*\* Non comprende la sanità di aderenza e la componente interforze (IGESAN).

Osserva la Sezione che dalla tabella 29 emerge, con riferimento specifico all'ospedale militare Celio, come i costi per il supporto logistico-amministrativo e per l'impiego degli specializzandi e per i fuori area, che sono tipici della sola compagine militare e dunque aggiuntivi rispetto ai costi sanitari basici, incidano in maniera molto considerevole sui costi complessivi del nosocomio sfiorando il 49 per cento del totale.

Di seguito, inoltre, nelle tabelle 30, 31 e 32 sono riportate elaborazioni riguardanti alcuni classici indicatori di flusso relativi alle prestazioni ospedaliere, di norma utilizzati per la realizzazione del "nomogramma di Barber" (ad es. giornate di degenza medie, indice di rotazione dei posti letto, tasso di utilizzo dei posti letto), il Policlinico militare, per il 2016, 2017 e 2018<sup>22</sup>.

<sup>22</sup> In realtà, gli indicatori ed i parametri di diverso genere e fine, previsti dal Decreto del Ministero della Salute del 12 dicembre 2001, sono molto più numerosi e molto più complessi (peraltro diversi di loro non possono essere agevolmente applicati alle strutture militari). In prima approssimazione si è ritenuto comunque utile sviluppare l'approccio descritto, anche come premessa a future indagini che potranno approfondire l'applicazione di indicatori di risultato più sofisticati, quali gli indici comparativi di performance (ICP) o di case-mix (ICM).

**Tab. 29- Indici sanitari prestazioni ospedaliere - anno 2016**

ENTE	INDICATORI					
	giornate di degenza	degenza media	frequenza media giornaliera di degenza	indice di rotazione posti letto	frequenza media giornaliera di ricovero	tasso di utilizzo posti letto
Policlinico Militare	gg.	gg.	n. ricoveri	n. ricoveri per posto letto	n. ricoveri	
Ospedale Militare (RM)	17.516	6,69	47,99	27,84	7,15	50,91
Dipartimento Lungodegenza (Anzio)	9.207	94,92	25,22	0,93	0,27	4,25
TOTALE	26.723	9,85	73,21	13,71	7,44	36,98

Fonte: dati forniti dal Ministero della Difesa

**Tab. 30 - indici sanitari prestazioni ospedaliere - anno 2017**

ENTE	INDICATORI					
	giornate di degenza	degenza media	frequenza media giornaliera di degenza	indice di rotazione posti letto	frequenza media giornaliera di ricovero	tasso di utilizzo posti letto
Policlinico Militare	gg.	gg.	n. ricoveri	n. ricoveri per posto letto	n. ricoveri	
Ospedale Militare (RM)	15.905	6,23	43,58	27,14	6,99	46,36
Dipartimento Lungodegenza (Anzio)	6.990	124,82	19,15	0,54	0,15	18,41
TOTALE	22.895	8,57	62,73	13,50	7,32	31,68

Fonte: dati forniti dal Ministero della Difesa



**Tab. 31 - indici sanitari prestazioni ospedaliere - anno 2018**

ENTE	INDICATORI					
	giornate di degenza	degenza media	frequenza media giornaliera di degenza	indice di rotazione posti letto	frequenza media giornaliera di ricovero	tasso di utilizzo posti letto
	gg.	gg.	n. ricoveri	n. ricoveri per posto letto	n. ricoveri	
Policlinico Militare						
Ospedale Militare (RM)	13.775	6,31	37,74	23,23	5,98	40,15
Dipartimento Lungodegenza (Anzio)	5.603	97,72	15,35	0,55	0,16	14,76
<b>TOTALE</b>	<b>19.377</b>	<b>8,65</b>	<b>53,09</b>	<b>11,32</b>	<b>6,14</b>	<b>26,81</b>

Fonte: dati forniti dal Ministero della difesa

Gli indicatori, rispetto ai valori indicati a livello nazionale presentano - a parte quello relativo alla degenza media, che è in linea - valori inferiori di utilizzo rispetto a quelli prescritti; tale situazione, peraltro, riscontra le enunciate, diverse finalità delle due organizzazioni.

Nelle successive tabelle 32, 33, 34, 35 e 36 sono poi riepilogati gli andamenti dei costi relativamente al periodo 2012 - 2018, con specifico riferimento al parametro anni-persona.

**Tab. 32 - Sanità territoriale - costo complessivo anni/persona - periodo 2012-2018 - Esercito**

ESERCITO *	Anni Persona	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
			1.943	1.571	1.516	1.484	1.483	1.488
	Costo del personale (Lordo)	97.475.576	81.060.505	79.046.676	79.466.124	79.611.354	78.121.283	77.055.367
	Costo del personale (Netto)	70.259.173	58.525.892	57.301.695	57.857.103	57.892.482	56.519.619	56.031.554
	Costi di Funzionamento	30.927.375	27.044.610	26.938.036	26.556.022	25.409.698	23.686.879	22.900.624

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della Difesa

\*Comprensivo dei costi del Policlinico militare Celio ed escluso Interforze- Igesan

**Tab. 33 - Sanità territoriale - costo complessivo anni/persona - periodo 2012-2018 - Marina militare**

MARINA	Anni Persona	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
			662	600	591	572	574	570
	Costi Medi Unitari Lordi	33.737.768	32.332.463	30.348.251	30.530.348	30.329.953	30.404.726	30.814.955
	Costi Medi Unitari Netti	24.695.874	23.596.236	22.154.223	22.285.367	22.000.471	22.135.228	22.427.293
	Costi di Funzionamento	6.925.456	8.319.660	3.955.492	4.798.828	3.116.695	3.044.348	2.728.743

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della Difesa

**Tab. 34- Sanità territoriale - costo complessivo anni/persona periodo 2012-2018 - Aeronautica militare**

AERONAUTICA *	Anni Persona	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
		440	367	336	334	346	356	354
Costi Medi Unitari Lordi	28.585.705	27.878.675	24.765.042	22.391.922	19.239.542	20.760.131	21.292.217	
Costi Medi Unitari Netti	20.865.478	20.349.397	18.076.672	16.344.468	14.018.744	15.117.411	15.479.373	
Costi di Funzionamento	7.389.401	8.752.934	6.080.106	2.212.144	2.497.811	2.541.100	2.556.312	

Fonte: elaborazione Corte dei conti. su dati Ministero della Difesa

**Tab. 35- Sanità territoriale - costo complessivo anni/persona - periodo 2012-2018 - Arma Carabinieri**

ARMA CARABINIERI	Anni Persona	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
		19	21	21	20	19	18	18
Costi Medi Unitari Lordi	1.317.736	1.486.765	1.436.773	1.378.194	1.331.878	1.337.988	1.327.339	
Costi Medi Unitari Netti	955.074	1.076.811	1.041.610	998.925	965.267	969.624	959.196	
Costi di Funzionamento	104.234	77.490	63.462	59.560	69.369	68.850	69.110	

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della Difesa

**Tab. 36 - Sanità territoriale - costo complessivo anni/persona - periodo 2012-2018 - Forze armate**

FORZE ARMATE	Anni Persona	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
		3.064	2559	2.464	2.410	2.422	2.432	2.411
Costi Medi Unitari Lordi	161.116.785	142.78.408	135.596.742	133.766.588	130.512.726	130.624.128	130.489.878	
Costi Medi Unitari Netti	116.775.600	103.548.336	98.574.200	97.485.863	94.876.964	94.741.882	94.897.417	
Costi di Funzionamento	45.346.466	44.194.694	37.037.096	33.626.554	31.093.573	29.341.177	28.254.789	

Elaborazione Corte dei conti. su dati Ministero della Difesa

#### 4. L'organizzazione del Policlinico militare ed un raffronto con strutture del SSN

La Difesa, su indicazione istruttoria, ha ritenuto di proporre alcuni elementi di raffronto fra i due settori allo scopo di agevolare, attraverso dati concreti, una analisi delle differenze rilevate, utile ad individuare, rispetto agli indicatori considerati, i principali fattori di

scostamento fra le due organizzazioni, fermi restando gli evidenti punti di contatto.

Il primo passo è stato quello di prendere in esame l'attuale struttura ordinativa e funzionale del Policlinico militare, esemplificata nel precedente grafico n. 2

Successivamente tale struttura è stata riconsiderata applicando ai dati organizzativi di base ed essenziali, in precedenza ampiamente rappresentati, il calcolo del fabbisogno del personale sanitario, condotto e sviluppato applicando i criteri al riguardo stabiliti dalla Regione "Lazio".

Infine, si è cercato di accostare i dati di *output* del Policlinico a quelli di altre strutture del SSN.

Più nel dettaglio, avendo la legge n. 208/2015 (legge di stabilità per il 2016) definito le modalità per il calcolo del fabbisogno di personale da parte delle strutture del SSN, la citata metodologia è stata applicata al Policlinico militare per simularne il fabbisogno teorico di personale medico.

In analogia ai criteri del SSN, la Difesa ha pertanto preso a riferimento:

- le funzioni di assistenza assicurate dal Celio, ricordando tuttavia, che parte del personale sanitario viene impiegato in funzioni prettamente militari (vedi la precedente classificazione a pag. 114) contrassegnate dalla sigla HC.OP che rappresentano, di conseguenza, una vera e propria "voce aggiuntiva" rispetto ai fabbisogni di una analoga struttura civile; al riguardo ha utilizzato, quale dato di partenza, la griglia analitica di seguito riportata, riguardante il 2016, che elenca le categorie, la specializzazione, le funzioni, il numero ed il costo lordo del personale ivi complessivamente impiegato, pari a 1.103 unità, per un costo totale di euro 59.791. 689. E' stato considerato il 2016 allo scopo di rendere possibile il successivo confronto con dati di bilancio consolidati di altri nosocomi del SSN.
- le differenti norme che regolano il rapporto di dipendenza del personale militare (anche detto *regime di diritto*), caratterizzato da parametri diversificati rispetto al personale del comparto sanità (ore di lavoro, n. di giornate di assenza, ecc.) che comportano un "ricalcolo" del parametro standardizzato di presenza in servizio (*FTE - Full Time Equivalent*, ovvero il corrispettivo di ore lavorate da ciascuna persona in un anno)

I relativi dati sono stati riepilogati nella seguente tabella 37.

**Tab. 37- Numero del personale del Policlinico per categoria, specializzazione, funzione e costi - anno 2016**

POLICLINICO MILITARE "CELIO"	categoria	specializzazione	funzione	Unità AA/P	Costo lordo A
	U	settore log. amm.	Supporto logistico amministrativo	32	2.160.327,00
	U	settore sanitario	Attività di ricovero	52	5.608.840,00
	U	settore log. amm.	Supporto logistico amministrativo	1	179.793,00
	U	settore sanitario	Supporto logistico amministrativo	27	2.511.784,00
	U	settore sanitario	Attività ambulatoriale	35	3.345.656,00
	U	settore sanitario	Attività diagnostica	36	3.839.980,00
	U	settore sanitario	Personale fuori area e specializzandi	131	9.683.277,00
	SU	settore tecnico	Attività di ricovero	8	367.382,00
	SU	settore log. amm.	Supporto logistico amministrativo	62	3.035.813,26
	SU	settore sanitario	Attività di ricovero	83	4.534.681,00
	SU	settore sanitario	Attività ambulatoriale	35	1.892.584,00
	SU	settore tecnico	Attività diagnostica	22	1.054.189,00
	SU	settore tecnico	Personale fuori area e specializzandi	6	302.134,00
	SU	settore sanitario	Personale fuori area e specializzandi	58	3.142.258,00
	TR.	settore log. amm.	Personale fuori area e specializzandi	50	1.697.844,00
	TR.	settore log. amm.	Supporto logistico amministrativo	20	702.373,20
	TR.	settore log. amm.	Supporto logistico amministrativo	94	3.191.946,72
	TR.	settore sanitario	Attività di ricovero	87	3.015.359,00
	TR.	settore sanitario	Attività ambulatoriali	42	1.598.862,00
	TR.	settore sanitario	Personale fuori area e specializzandi	17	605.792,00
	CIV.	settore sanitario	Attività di ricovero	13	426.481,00
	CIV.	settore sanitario	Attività diagnostica	9	331.629,00
	CIV.	settore tecnico	Attività diagnostica	28	1.009.962,00
	CIV.	settore sanitario	Attività ambulatoriale	1	39.933,00
	CIV.	settore tecnico	Attività di ricovero	1	35.815,00
CIV.	settore tecnico	Attività ambulatoriale	2	74.728,00	
CIV.	settore log. amm.	Supporto logistico amministrativo	151	5.402.216,00	
<b>TOTALE</b>			<b>1.103</b>	<b>59.791.639,18</b>	

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della Difesa

In chiave metodologica, è stato altresì osservato che il Policlinico militare, nonostante i riferiti frequenti e concreti contatti, non è ancora inserito formalmente nella rete ospedaliera e di emergenza/urgenza del SSN/SSR; pertanto, l'impiego dei "coefficienti *standard*" adottati in ambito civile potrebbe introdurre un margine di errore, in quanto tali indici di calcolo sono parametrati anche in relazione ai seguenti fattori:

- presidio, per considerare il ruolo che ogni singola unità operativa riveste all'interno del presidio ed il ruolo del presidio all'interno della rete dell'emergenza;
- complessità, per tener conto del *Diagnosis Related Groups* (DRG) e dell'indice di *case-mix* inteso come il rapporto tra il peso medio del ricovero<sup>23</sup> e il peso medio del ricovero della casistica *standard* nazionale<sup>24</sup>.

Ciò premesso, come accennato, è stata comunque presa a riferimento la circolare "Criteri generali per la determinazione delle dotazioni organiche delle Aziende ed Enti del SSR" - prot. n. 259999/GR/11/23 del 13 maggio 2015 della Regione Lazio, che prevede la suddivisione delle unità operative secondo tre aree di complessità assistenziale crescente (bassa, media, alta) e assegna a ciascuna di esse un coefficiente moltiplicatore (medici necessari per ciascun posto letto).

Le unità operative del Policlinico militare sono state quindi ricondotte ad una delle citate aree di complessità assistenziale e, alla luce dei già menzionati "elementi di contesto", si è stimato il fabbisogno di personale medico da dedicare alle esigenze di ricovero (funzione HC.1) in relazione alla disponibilità massima teorica di posti letto (142), in modo tale da:

- sterilizzare, già in partenza, il personale medico dedicato a compiti operativi (HC.OP);
- armonizzare la modalità di calcolo con la realtà militare, ovvero con l'esigenza di mantenere una significativa componente in *stand by*, ossia potenzialmente impiegabile con rapidissimo preavviso.

In particolare, partendo dal livello di complessità e dal numero di posti letto per ciascuna unità operativa/area funzionale in esame, è stato applicato il previsto calcolo

---

<sup>23</sup> Esprime il rapporto tra i DRG prodotti nella specifica disciplina della struttura ospedaliera considerata e i dimessi dalla stessa.

<sup>24</sup> Viene generato in funzione di uno *standard* regionale/nazionale basato su popolazioni e casistiche *standard* di riferimento.

per mettere a sistema i parametri numerici del Policlinico militare.

In particolare, il numero minimo di medici (NM) è stato elaborato applicando la formula:

$$NM = (MP * PL * TO * NT) * (1 + AS)$$

considerando:

- MP: il rapporto medici/specialisti per posto letto;
- PL: il numero di posti letto teorico (cit. 142 posti letto teorici);
- TO: il tasso medio di occupazione dei posti letto nel periodo 2012-2016 (pari a 0,6);
- NT: il numero di turni nelle 24h, pari a:
  - . 2 (due) nei reparti in cui sono presenti medici di guardia e/o reperibili al di fuori dell'orario di servizio;
  - . 3 (tre) nei reparti che assicurano continuità assistenziale medica (es. UTIC, anestesia e terapia intensiva);
- AS: ovvero il tasso di assenza per licenza, malattia e vari impegni addestrativi e di servizio (es. mantenimento efficienza operativa, partecipazione a commissioni, ecc.), pari a 0,49. All'atto pratico, si osserva che a differenza del personale impiegato nelle strutture civili, il personale militare è interessato ad impegni non direttamente afferenti alle attività di ricovero e cura, ancorché sia effettivamente presente in servizio.

La Difesa ha inoltre considerato che, durante la giornata lavorativa, i medici sono occupati, in modo flessibile ed articolato, in una serie di attività sanitarie che non si limitano alla gestione esclusiva dei ricoveri ordinari, ma comprendono anche prestazioni ambulatoriali, guardie mediche, reperibilità, attività di *day-hospital*, *day-surgery* e sala operatoria che, secondo la corrente letteratura scientifica, assorbono circa il 30% del tempo di ciascun professionista.

Il Ministero ha altresì tenute presenti le ulteriori esigenze proprie, ovvero istituzionali, incluse le attività di medicina preventiva e certificazione annuale dell'idoneità al servizio militare incondizionato di tutto il personale militare, con

protocolli dedicati per l'impiego in Patria e all'estero (ad es. "Protocollo Mandelli"), per i quali il Policlinico militare assicura funzioni di diagnostica clinica e per immagini, attività ricomprese nelle funzioni HC.4 e HC.6 che, peraltro, afferiscono solo in parte al supporto della funzioni di ricovero.

Alla luce di tali osservazioni il numero minimo di medici necessari per le specifiche funzioni sanitarie del Policlinico esaminate è risultato, secondo l'amministrazione, complessivamente pari a circa 125 unità.

Infine, richiamando le descritte funzioni sanitarie assolte dal Policlinico militare, la Difesa ha altresì segnalato che non è compreso nel risultato il calcolo il personale dedicato a funzioni di *governance* (HC.7), ammontante a 28 unità per assolvere a specifiche esigenze legate anche all'organizzazione gerarchica del Policlinico militare; tale consistenza, invece, nella metodologia presa a riferimento, viene "dimensionata" sulla scorta del bacino di utenza.

Parimenti non va sottaciuto che, per ragioni di economia/opportunità, gli ufficiali medici dell'Esercito ammessi alla frequenza delle rispettive scuole di specializzazione (mediamente pari a 64/65 specializzandi) sono trasferiti presso il Policlinico militare all'inizio del corso (in media della durata di cinque anni) e, pertanto, durante tutto questo il periodo di formazione, nonostante vi figurino effettivi, possono fornire solo un limitato apporto alle attività sanitarie del nosocomio. In sostanza, posto che dall'esame della seguente tabella 38 i medici effettivi al Policlinico risultano in media 236 nel triennio 2016-2018, ma che da tale consistenza vanno detratti, ai fini del computo di specie, almeno 30 dei 64 specializzandi effettivi solo sulla "carta" a causa delle contenute prestazioni che possono assicurare, nonché i circa 55/60 medici annualmente impegnati in Teatri esteri <sup>25</sup>, la provvista di dottori in medicina del Policlinico militare effettivamente e concretamente disponibili, pari in media a circa 146 unità, si colloca in un *range* che può ritenersi non distante da quanto prevede la disposizione per il computo delle risorse mediche per i nosocomi civili. Inoltre, nella prospettiva connessa alle riduzioni organiche tuttora in corso, tale provvista è destinata a raggiungere in tempi non eccessivi rapporti pressoché *standard*.

---

<sup>25</sup> Sono 300, infatti, in relazione alla proiezione estera descritta, le unità sanitarie impegnate ogni anno per 9 mesi complessivi, ed equivalgono all'assenza permanente di 136 unità; considerato che il rapporto fra infermieri/ medici è mediamente di 1 medico ogni tre/quattro infermieri ne consegue che, di norma, per ciascun anno 55/60 medici del Policlinico sono indisponibili.

**Tab. 38 - Policlinico "Celio" personale effettivo - anni 2016-2018**

CATEGORIE		2016	2017	2018
U.	Medici	228	226	227
	Sanitari	10	7	7
	Veterinari	3	2	2
	Odontoiatri	12	10	10
	Chimici/Farmacisti	13	12	12
	Psicologi	3	5	6
	Personale non sanitario	32	31	30
<b>SUB-TOT.</b>		<b>301</b>	<b>293</b>	<b>294</b>
U. altre FF.AA.	Medici	9	9	9
	Personale non sanitario	4	4	4
<b>SUB-TOT.</b>		<b>13</b>	<b>13</b>	<b>13</b>
<b>TOT.</b>		<b>314</b>	<b>306</b>	<b>307</b>

Fonte: dati Ministero della Difesa

Infine, di seguito sono riportati, nella tabella 39, degli elementi di raffronto tra il Policlinico militare ed alcuni ospedali/aziende ospedaliere dell'area romana. Le diversità tra la *mission* delle due organizzazioni (sanitaria e civile) trovano riscontro principalmente nelle differenze in termini di pianta organica e costi che, però si ritiene vadano prese in esame sempre in forma unitaria e combinata, ferme restando alcune approssimazioni che si sono rese necessarie per mettere a confronto voci di bilancio strutturalmente differenti tra loro.

**Tab. 39- Confronto tra il Policlinico militare Celio ed alcune strutture ospedaliere pubbliche della Capitale**

Elementi di raffronto	Policlinico Militare (*)		Ospedale S. Andrea (**)		Azienda Ospedaliera S. Giovanni Addolorata (**)	
	numero	costo	numero	costo	numero	costo
<b>PERSONALE</b>	<b>1.103</b>	<b>59.791.639</b>	<b>1.529.</b>	<b>90.553.440</b>	<b>2.171</b>	<b>123.724.781</b>
- SANITARIO (HC)	481.	29.687.865	1.168.	78.523.601	1.331	111.649.869
- SANITARIO (OP) (***)	212.	13.733.461	nd	nd	nd	nd
- NON SANITARIO	410	16.370.313	361	12.029.839	840	12.074.911



<b>FUNZIONAMENTO</b>	<b>18.574.260 €</b>	<b>114.534.172</b>	<b>107.401.016</b>
- BENI	7.236.431	62.234.193	47.547.481
- SERVIZI SANITARI	5.107.354	16.353.142	19.067.154
- SERVIZI NON SANITARI	5.369.328	25.705.993	29.556.031
- ALTRE VOCI	861.147	10.240.844	11.230.350
<b>TOTALE (PERS. + FUNZ.)</b>	<b>78.365.899</b>	<b>205.087.612</b>	<b>231.125.797</b>
Costo medio personale	54.208	59.224	56.990
Costo medio personale sanitario (HC OP)	64.780	(**)	(**)
Costo medio personale sanitario (HC)	61.721	67.229	83.884
N° TOTALE giornate di degenza (HC 1.1)	26.723	128.585	171.523
Stima del costo totale per degenza (***)	14.673.074	82.751.829	80.569.941
Costo medio unitario giornata di degenza	549	644	470

Fonte: dati Ministero della difesa

Dati riferiti ai Bilanci 2016.

(\*): Spesa sostenuta nel 2016.

(\*\*): Dati riferiti al bilancio 2016.

(\*\*\*): Valore desunto su base statistica in quanto non espressamente definito nei bilanci degli ospedali civili

Dalla lettura dei dati emerge che alcuni valori, in particolare quelli riferiti alla consistenza numerica del personale, che sembrerebbero sottendere, in prima analisi, una maggiore onerosità del Policlinico militare, risultano all'atto pratico equilibrati dalle seguenti caratteristiche:

- differente distribuzione dei ruoli del personale militare, ovvero una maggiore incidenza di gradi più bassi (caratterizzati da un profilo economico meno oneroso), che si concretizza in un onere *pro capite* inferiore;
- minore incidenza dei servizi esternalizzati, che trova riscontro nei minori oneri di funzionamento rispetto agli ospedali civili e, in particolare, nelle voci relative all'acquisto di servizi forniti da terzi.

Peraltro, tali aspetti riflettono la natura stessa dell'ente militare e la sua intrinseca propensione all'autosufficienza, che richiede una pianta organica più consistente, anche per quanto attiene alla componente non sanitaria.

Osserva altresì, il Dicastero, che le prestazioni erogate sono decisamente inferiori a quelle dei due ospedali civili presi a riferimento<sup>26</sup>: tuttavia, isolando dall'analisi le voci di costo dedicate al settore istituzionale, ovvero quelle che afferiscono ad aspetti operativi e specificamente militari e considerando i costi di produzione dei due nosocomi (e non il valore della produzione, riconducibile al rimborso dei DRG secondo gli *standards* fissati dalla sanità pubblica che, nei rispettivi bilanci, appare tendenzialmente più basso) sono stati individuati dei costi medi unitari dei servizi squisitamente sanitari che, nel limite dei criteri utilizzati per il presente raffronto, non presentano differenze di rilievo. Ciò significa che una consistente quota delle risorse assegnate al Policlinico militare sono, dedicate ai descritti compiti peculiari della Difesa.

Se ne può dedurre, che conclusivamente il Policlinico militare (e più in generale ed a maggior ragione la sanità militare) presentano dei profili solo in parte sovrapponibili ad omologhe strutture civili ed al SSN e, pertanto, anche i criteri di raffronto devono tenerne debita considerazione, evitando così di procedere ad una comparazione, globale e meramente numerica, senza aver adeguatamente considerato compiti e finalità tanto differenti tra loro.

La priorità, invero, secondo quanto disposto dalla legge, riguarda le capacità operative della funzione sanitaria e del supporto in Patria e all'estero che, in ogni luogo e tempo, deve essere mantenuto pronto ad intervenire in tempi brevissimi. Non è infatti ipotizzabile pensare di affrontare efficacemente determinati impegni (e i connessi rischi) se non si è preparati in anticipo o sperando di dedicarvi risorse solo all'insorgere dell'emergenza. Di conseguenza, la capacità di fornire risposte tempestive rappresenta una incompressibile ed importante voce di costo che impatta su tutti i settori.

---

<sup>26</sup> A tal riguardo va qui rammentato come la stessa Difesa, in precedenza, abbia chiarito che il numero delle prestazioni erogate dal Policlinico non è indicativo dello sforzo massimo potenzialmente sostenibile bensì del bilanciamento tra le richieste di assistenza e l'effettiva disponibilità di personale sanitario, impiegato in diverse altre attività operative ed istituzionali, secondo una logica che non ha diretto riscontro nella realtà ospedaliera civile improntata a criteri aziendalistici.

Nel caso della sanità militare sono mantenuti costantemente disponibili dei posti letto per le emergenze, così come nell'ambito degli ospedali campali schierati all'estero, nell'auspicio che rimangano sempre vuoti ma con la consapevolezza che, in caso di necessità, si potrà fare pieno ed immediato affidamento su di essi; ciononostante ha ribadito il Ministero, è stato comunque avviato un progetto di riqualificazione del Policlinico volto ad incrementarne le potenzialità e le capacità cliniche di prioritario interesse per la Difesa, in un'ottica di ottimizzazione delle risorse e delle sinergie con il SSN.

Per ultimo, il medesimo Dicastero, su indicazione istruttoria, ha fornito ulteriori approfondimenti circa il numero e l'impiego di alcune risorse umane del Policlinico militare, in relazione alla necessità di meglio documentare e valutare l'effettivo onere delle più volte accennate peculiarità organizzative.

Va registrato, al riguardo, che un cospicuo numero di personale non sanitario, pari a ben 339 unità indicato di "supporto logistico-amministrativo", è preposto allo svolgimento di compiti/funzioni in settori prettamente militari o in settori per i quali l'amministrazione ritiene di non poter / dover ricorrere a forme di esternalizzazione.

Nel quadro sinottico di cui alla seguente tabella 40 sono dettagliati tali compiti o funzioni per singolo settore, insieme al relativo impegno di personale:

**Tab. 40 - Personale di supporto logistico Policlinico "Celio - numero e funzioni**

Compito/ funzione/settore	Personale addetto
<p><b>Servizi di vigilanza/sorveglianza/controllo accessi.</b>            La particolare natura delle attività svolte all'interno del Policlinico militare rende particolarmente importante una attenta e costante attività di gestione degli accessi all'infrastruttura e di controllo delle autorizzazioni per il relativo stazionamento. Peraltro, stante la natura di "installazione militare" delle tre infrastrutture in uso (Comprensorio di "Villa Fonseca", Caserma "Attilio Friggeri" e Caserma "Federico Bocchetti"), sono previsti dei servizi di sorveglianza/vigilanza assicurati da personale dedicato, inserito in una turnazione continuativa che comprende anche attività "h24" che comportano uno o più turni di riposo/ recupero, in ragione dei quali è necessario disporre di più persone (circa il triplo) rispetto a quelle impiegate in ciascun turno di servizio. Inoltre, la presenza/ accesso di persone con limitazioni fisiche e la contestuale necessità di tutela della sicurezza interna delle due infrastrutture che sono di fatto due caserme/ infrastrutture militari, quindi potenziali obiettivi sensibili, impone l'impiego di personale che garantisca una adeguata gestione (se necessario anche mediante accompagnamento) degli utenti nel periodo di fruizione dei servizi ambulatoriali ed ospedalieri, oltre quello sanitario.</p>	<p style="text-align: center;">75            pari a  <b>(20*3) + 15</b></p>
<p><b>Servizi per il funzionamento dei comandi.</b></p>	

<p>Compiti di funzionamento, peculiari degli enti delle Forze armate, e per il supporto del personale in servizio. In particolare rispondono alle seguenti necessità:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- gestione della documentazione personale, della documentazione caratteristica e degli aspetti disciplinari e giuridici di tutto il personale in forza al Policlinico militare e del personale appartenente alla riserva selezionata richiamato in servizio per le esigenze operative;</li> <li>- gestione matricolare di tutto il personale del Policlinico militare;</li> <li>- gestione del flusso delle variazioni amministrative di tutto il personale del Policlinico militare e del personale appartenente alla riserva selezionata richiamato in servizio per le esigenze operative;</li> <li>- coordinamento delle rappresentanze del personale militari (COBAR) e delle rappresentanze civili (RSU);</li> <li>- coordinamento delle attività di supporto sanitario esterno, delle attività operative e dei concorsi esterni mediante una Sala operativa attiva 24h su 24h;</li> <li>- gestione della documentazione classificata e degli aspetti relativi alla sicurezza interna e del personale e dei passaporti di servizio.</li> </ul>	93
<p><b>Servizi amministrativi e contabili.</b> Sono svolti dalla Direzione amministrativa ed in parte da alcune componenti dell'Ufficio logistico, della farmacia, del magazzino elettromedicali e sono rivolti alla:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- verifica della corretta esecuzione contrattuale dei servizi esternalizzati;</li> <li>- emissione, contabilizzazione e liquidazione di certificati di viaggio del personale militare e civile;</li> <li>- gestione del denaro e dei flussi contabili connessi con l'attività contrattuale;</li> <li>- gestione dell'eventuale contenzioso contrattuale;</li> <li>- attività di supporto amministrativo a favore di altri enti sanitari (DMML di Roma, Milano, Padova, Messina e Cagliari);</li> <li>- gestione patrimoniale delle dislocazioni amministrative (consegnatari) del Policlinico (atti di gestione contabile, ricognizioni, fuori uso, smaltimento, permute, etc.);</li> <li>- prima vestizione/rinnovo corredo a favore del personale militare del Policlinico militare, del DMML di Roma e del personale della riserva selezionata richiamato in servizio per le esigenze operative.</li> </ul>	60
<p><b>Servizi infrastrutturali.</b> Il Policlinico Militare di Roma è articolato sulle richiamate tre sedi (Comprensorio di "Villa Fonseca", Caserma "Attilio Friggeri" e Caserma "Federico Bocchetti") per la gestione delle quali è impiegato personale militare e civile inquadrato a livello di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comando alla sede, con compiti di minuto mantenimento, controllo e gestione delle attività di cantiere, verifica delle esecuzioni dei contratti relativi ai servizi di gestione degli impianti tecnologici esternalizzati, manutenzione delle aree verdi, delle aree comuni e gestione degli alloggi di servizio collettivo;</li> </ul> <p>-Sezione Infrastrutture dell'Ufficio Logistico che, in qualità di organo tecnico direttivo settoriale, provvede alla pianificazione e programmazione degli interventi infrastrutturali, alla realizzazione dei capitolati tecnici, alla coordinazione delle attività infrastrutturali con gli organi tecnici del Genio militare, alla gestione di sistemi informativi del Demanio, alla gestione delle tematiche di sicurezza sui luoghi di lavoro congiuntamente all'RSPP.</p>	30
<p><b>Servizi di vettovagliamento.</b> Il vettovagliamento è assicurato tramite <i>catering</i> completo (la ditta esterna cucina e distribuisce i pasti nella sede dell'ente) tranne che per la Caserma "Attilio Friggeri" (area ospedaliera) che fruisce di un <i>catering</i> veicolato per il quale, in virtù della particolare natura dei fruitori (degenti), è stato previsto l'utilizzo del punto di cottura di "Villa Fonseca" per la confezione di pasti in monoporzioni. Resta</p>	11

comunque impiegato il personale deputato ad assolvere alle incombenze previste dalla normativa di Forza armata dal punto di vista amministrativo, contabile e tecnico, cui compete una costante ed attenta attività di verifica e monitoraggio del servizio offerto dalla ditta fornitrice.	
<b>Servizi info-logistici.</b> Il regolare funzionamento dei sistemi informativi riveste particolare importanza, oltre che per l'attività sanitaria, anche per tutte le attività tipicamente militari, per le quali deve essere assicurata la regolare gestione dell' <i>hardware</i> e dei <i>software</i> (SIGE, SIEFIN, SIESTAT), nei termini previsti dalle norme amministrative, contabili e tecniche di Forza armata	15
<b>Servizi di supporto logistico, operativo ed addestrativo.</b> Si tratta dei servizi volti a garantire le attività di: <ul style="list-style-type: none"> <li>- trasporto di materiali e personale non sanitario per esigenze di funzionamento e di servizio;</li> <li>- trasporto del personale e dei relativi equipaggiamenti per l'immissione nei vari teatri operativi (alimentazione dei dispositivi sanitari schierati all'estero e <i>Medical Expert Team</i>) ed i relativi rientri in Patria;</li> <li>- controllo e gestione del parco veicoli e relative dotazioni;</li> <li>- controllo e gestione dei materiali di casermaggio, commissariato ed equipaggiamento, da distribuire al personale in caso di attività addestrative, impiego in Teatro Operativo e cerimonie/manifestazioni.</li> </ul>	42
<b>Servizi di approntamento per l'impiego nei Teatri operativi.</b> Il Policlinico militare deve assicurare l'attività di approntamento del personale pianificato per gli avvicendamenti nei Teatri operativi e la gestione della fase di immissione degli stessi. Tali attività vengono svolte dalla sezione addestramento dell'Ufficio addestramento e relazioni esterne, che garantisce inoltre la gestione delle prove di efficienza operativa per tutto il personale del Policlinico militare, i concorsi di Forza armata ed esterni, nonché le attività addestrative a connotazione squisitamente militare	8
<b>Servizi di supporto logistico ai Teatri operativi.</b> La farmacia del Policlinico militare, oltre alle funzioni tipiche (attività di fatto marginale) svolge, sulla base delle disposizioni del Comando di sanità e veterinaria, una funzione assimilabile a quella di ente logistico di rifornimento dei Teatri operativi per quanto attiene ai farmaci e ai materiali elettromedicali. Tale funzione comprende tutta la programmazione degli approvvigionamenti, l'immagazzinamento, la gestione delle richieste di rifornimento, il condizionamento dei rifornimenti, la gestione della spedizione e le correlate attività di approntamento della documentazione doganale, la gestione amministrativa e contabile dei farmaci e dei materiali elettromedicali. Inoltre, la farmacia assolve anche le funzioni di polo di riferimento nazionale per il ricondizionamento dei corredi complementari e pacchetti di medicazione NBC a favore di tutti gli EDR della Forza armata.	5
<b>Totale</b>	339

Fonte: dati del Ministero della difesa

Va al riguardo osservato che la nutrita elencazione dei compiti specifici non a carattere sanitario che dà conto dell'impiego, nel Celio, delle richiamate 339 unità, ad avviso della Sezione presenta ampi margini di miglioramento attraverso la razionalizzazione e l'unificazione di attività che presentano punti di contatto, ovvero attraverso la cessione dei compiti e delle funzioni ad altri e diversi reparti delle Forze

## **5. L'organizzazione in chiave interforze e la razionalizzazione**

Rispetto alla partizione della sanità militare per Forza armata, concettualmente necessaria, è da tempo stato avviato un processo di diverso segno, ovvero di integrazione, denominato di "interforzizzazione", da intendere come realizzazione di una completa coesione, ovvero una totale compenetrazione tra le diverse componenti dello strumento militare.

Gli interventi ordinativi in tal senso, riguardanti per prime le strutture sanitarie territoriali di diagnosi, ricovero, cura, nonché di medicina legale, sono stati avviati - nelle more dell'approvazione di una specifica legge - con una direttiva del Capo di stato maggiore della Difesa del 7 giugno 2005, in attuazione di una analoga indicazione ministeriale del 12 novembre 2004.

Successivamente la riorganizzazione in sanità di sostegno (o territoriale) e sanità di aderenza ha fatto emergere la necessità di stabilire più strette connessioni funzionali tra la sanità territoriale (gestita a livello di Forza armata ma riconfigurata in senso interforze) e lo Stato maggiore della Difesa, gerarchicamente superiore alle Forze armate, mediante l'individuazione di un referente unico, avente capacità di emanare direttive/disposizioni per conto dell'autorità militare di vertice e di verificarne l'attuazione. Pertanto, il 1° gennaio 2007, su disposizione del Capo di stato maggiore della Difesa, è stato istituito l'Ufficio generale della sanità militare (Ugesan), posto alle dipendenze del Capo di Stato maggiore della Difesa, ed organizzato per funzioni, con compiti di indirizzo e di coordinamento delle attività sanitarie in materia di organizzazione degli organismi di diagnosi, ricovero e cura e di medicina legale, formazione del personale, programmazione finanziaria, attività sanitaria internazionale, coordinamento delle azioni sanitarie di valenza interforze e internazionale. Più avanti, a seguito della soppressione della Direzione generale della sanità militare (Difesan), ai sensi del decreto del Ministro della difesa 22 giugno 2011 e in conseguenza della pur richiamata direttiva ministeriale in materia di riordino del settore (n. 4 del 9 agosto 2012), in data 29 novembre 2012, su disposizione del Capo di Stato maggiore della Difesa in luogo di Ugesan è stato costituito l'attuale Ispettorato

generale della sanità militare (Igesan). L'organismo, dapprima posto alle dirette dipendenze del Capo di Stato maggiore della Difesa ed ora del Sottocapo di Stato maggiore della Difesa, costituisce lo strumento con cui la citata autorità gerarchica assicura la direzione e il coordinamento dell'attività e dei servizi sanitari militari, nonché la formazione del personale sanitario, mantenendo l'unitarietà delle funzioni sanitarie, secondo le previsioni dell'art. 89 del Testo unico dell'ordinamento militare (TUOM).

Nel mese di dicembre, infine, come più volte accennato è stata approvata la legge n. 244/2012 che, nel conferire ampia delega al Governo per la revisione, in senso riduttivo, dell'assetto strutturale e organizzativo del Ministero della Difesa, ha previsto, tra l'altro, la ridefinizione delle strutture della sanità militare, poi attuata mediante il d.lgs. n. 7/2014 e successive modifiche e integrazioni, con conseguenti riflessi anche sulle dotazioni organiche del personale dei Corpi sanitari.

Ogni Forza armata ha così proceduto alla razionalizzazione della propria organizzazione sanitaria di aderenza, in particolare riorganizzando le proprie strutture periferiche, mediante accorpamento e redistribuzione delle competenze. Sono state previste altresì, le soppressioni di: Enti intermedi (Direzioni di sanità) di Padova e Napoli (per l'Esercito) e di quelli di La Spezia e Taranto (per la Marina)<sup>27</sup>, le cui funzioni di comando e controllo riferite a vigilanza, sovrintendenza, consulenza tecnica e coordinamento dei servizi sanitari nel territorio di competenza, sono state ripartite tra livelli di comando superiori e collaterali, con conseguente risparmio in termini di oneri di funzionamento e di risorse umane impiegate. Sono stati quindi oggetto di razionalizzazione, a livello di enti interforze come in parte già anticipato:

- il Centro ospedaliero di Milano (riorganizzato in Dipartimento militare di medicina legale di tipo A, mantenendo funzioni di ricovero a livello day hospital-day surgery, ex art. 2188-bis TUOM);

- i Dipartimenti militari di medicina legale;
- le Commissioni mediche di 2<sup>a</sup> istanza.

---

<sup>27</sup> Le funzioni di comando e controllo riferite a vigilanza, sovrintendenza, consulenza tecnica e coordinamento dei servizi sanitari nel territorio di competenza, sono state ripartite tra livelli di comando superiori e collaterali: ciò ha consentito la soppressione di un intero livello gerarchico (intermedio) di comando, con conseguente risparmio in termini di oneri di funzionamento e di risorse umane impiegate

Inoltre, in ragione della rideterminazione e razionalizzazione delle relative attribuzioni funzionali in armonia con il nuovo assetto ordinamentale, i servizi sanitari della Marina militare delle sedi di La Spezia, Roma, Taranto e Augusta sono stati riorganizzati in “Infermerie presidiarie” ai sensi dell’art. 2188-ter del TUOM.

A seguito dell’adeguamento alla normativa di settore, anche il servizio trasfusionale militare è stato ridisegnato mediante l’adozione del d.m. Difesa 11 luglio 2013, con cui è stato sancito l’accentramento delle principali competenze nella sede del Policlinico militare "Celio", il contestuale ridimensionamento dei compiti delle sedi periferiche di La Spezia e Taranto e la conversione di quella di Firenze ad altre funzioni.

La razionalizzazione ex legge n.244/2012 ha inoltre stabilito, come accennato, per una contrazione del 21 per cento (358 unità) degli organici degli ufficiali dei Corpi sanitari delle Forze armate (da 1683 a 1325) nell’arco temporale 2014-2024, con un primo *decalage* di 220 ufficiali già registrato nel periodo dal 2012 al 2016<sup>28</sup>.

Nel 2017, la sempre più costante presenza nazionale nei Teatri operativi all’estero e la sopravvenuta necessità di fornire concreto riscontro agli impegni assunti dal Governo italiano in materia di assistenza, evacuazione sanitaria e somministrazione di cure, con particolare riguardo ai programmi di cooperazione internazionale, ha comportato un nuovo adeguamento del contesto organizzativo ospedaliero militare. Adottato a mente dell’art. 10, comma 3 del d. lgs. 15 marzo 2010, n. 66, il decreto in data 19 luglio 2017 ha previsto il ripristino della configurazione del Dipartimento militare di medicina legale di Milano in Centro ospedaliero militare, ai fini di una maggiore disponibilità in Patria di assetti sanitari con capacità di ricovero, quale supporto delle attività svolte nei Teatri operativi.

La valorizzazione in chiave di integrazione interforze della sopra descritta razionalizzazione organizzativa della sanità militare è stata ripresa anche nelle previsioni del Libro Bianco per la sicurezza internazionale e la difesa, documento del 2017 che ha indicato programmaticamente il modello di *governance* del Dicastero della difesa, all’interno del quale sviluppare gli elementi culturali e organizzativi in grado di meglio corrispondere alle esigenze di sicurezza nazionale.

---

<sup>28</sup> A tal proposito va soggiunto che in sede di adunanza pubblica svoltasi in data 11 luglio 2019 presso questa Sezione centrale di controllo gestione è emerso che i minori costi derivanti dalle riduzioni e razionalizzazioni nel tempo, sono stati costantemente impiegati quali accantonamenti.



Nel caso della sanità militare (paragrafo 174 del citato documento programmatico) tali elementi risultano correlati con le interazioni in materia logistica ed infrastrutturale attestate alla ivi prevista nuova figura del DNAL (Direttore nazionale degli armamenti e responsabile per la logistica), nella quale verrebbero unificate le competenze relative sia all'acquisizione di mezzi e sistemi d'arma, sia alle infrastrutture e alla logistica, ad eccezione di quelle di supporto diretto alle Forze armate.

Gli ostacoli alla definitiva integrazione interforze, anche legislativa (che non ha trovato tuttavia ulteriore seguito per lo scadere della decorsa legislatura) appaiono risiedere nel quadro normativo, e vanno individuati in vincoli di carattere organizzativo e procedurale esistenti a livello di norma primaria (nella fattispecie si veda, a titolo di esempio, come il Policlinico di Roma risulti incardinato nell'organizzazione logistica dell'Esercito in forza dell'art. 105 del TUOM ovvero come il successivo art. 150 disciplini le competenze del Corpo sanitario aeronautico nella sfera della singola Forza armata).

La Sezione, preso atto della evoluzione storico-ordinamentale del settore, con riferimento al tema dell'interforzizzazione considera necessario sviluppare alcune osservazioni circa quanto riferito dalla Difesa.

Pur considerate le difficoltà rappresentate, infatti, va rilevato che:

- la costituzione di Igesan quale vertice interforze della sanità militare non sembra, di per sé, sufficiente a sostanziare un cambio di passo in un processo che, ad oggi, nonostante avviato da oltre dieci anni ancora non esprime sufficiente incisività e, principalmente, quella pervasività che dovrebbe necessariamente caratterizzare e garantire il completo sviluppo di un concetto certamente di valenza strategica; ne è indiretto riscontro anche la circostanza che il reperimento dei dati necessari alla presente relazione è stato caratterizzato da una fitta e decisiva interlocuzione di tale ente con gli organi delle singole Forze armate, a significare che alcune situazioni e relative informazioni ancora non si trovano nella piena e diretta disponibilità del vertice preposto al controllo e coordinamento;

- il livello della fonte che disciplina la materia, anche se avente forza di legge, non è un reale impedimento a modifiche necessarie a migliorare l'attuazione di un obiettivo quando esso è ritenuto strategico, e pertanto da perseguire con impegno univoco e convinto, come è riscontrabile rispetto a quanto realizzato in altri settori della Difesa; può pertanto ipotizzarsi che il tema della interforzizzazione, ad oggi non risulti pienamente metabolizzato all'interno delle Forze armate in quanto riguardante il delicato tema delle competenze e delle autonomie, che più volte hanno concorso a determinare lo stallo di puntuali iniziative di legge che prevedevano, fra l'altro, l'istituzione di un ruolo sanitario unico, a suggello di una più spinta integrazione fra le varie componenti di Forza armata;
- del resto, la stessa attuazione della legge n.244/2012, realizzata attraverso atti avente forza di legge quali i decreti legislativi, sarebbe stata una buona occasione per meglio definire la tematica, specie in un contesto di razionalizzazione riduttiva; di contro, gli interventi approvati, se formalmente sono stati indirizzati a ridurre il numero di alcuni enti sanitari interforze, singolarmente hanno esplicitato la loro efficacia più per comprimere che non per potenziare l'area interforze, mentre avrebbero potuto anche investire l'organizzazione della sanità militare nel suo insieme ad es. considerando l'opportunità di istituire una unica accademia di sanità dedicata in luogo dell'attuale sistema, in cui ciascuna Forza Armata seleziona e recluta i proprio futuri medici, li inquadra due anni nelle rispettive ordinarie accademie militari e poi li segue durante la frequenza dei corsi professionali a carattere universitario di medicina e chirurgia; ciò al fine di semplificare l'attività di reclutamento ed avviare la maturazione di una effettiva cultura interforze, poi diversificabile, in relazione alle peculiari esigenze di Forza armata, attraverso successivi corsi di specializzazione.

Dunque, se il principio della interforzizzazione della sanità militare deve ancora considerarsi attuale, allora sembra opportuno che, per renderlo più concreto, vengano assunte nuove e più efficaci misure attuative nonchè ulteriori iniziative, sia organizzative che normative.

## CAPITOLO V

### CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE E RACCOMANDAZIONI

1. Considerazioni conclusive. 2. Raccomandazioni

#### 1. Considerazioni conclusive

I costi della sanità militare per il 2017 (risultanti dalla somma di 129,725 milioni per la sanità di supporto, 208,445 milioni per quella di aderenza e 31,280 per il funzionamento, pari a 369,451 milioni<sup>29</sup> sono pari a circa lo 0,32 per cento della separata spesa sanitaria pubblica per il medesimo anno, quantificabile in 113,6 miliardi di euro, secondo i dati formalizzati nel rapporto di coordinamento della Finanza pubblica per il 2018, approvato dalle Sezioni Riunite in sede di controllo il 21 maggio 2018 (Del. N. 9/SS.RR.CO/RCFT/17).<sup>30</sup>

A fronte di tali dati, la scelta effettuata nel 1978 dalla legge n.833 (vedi precedente nota 3) e confermata nel 2010 attraverso il disposto degli artt. 181 e 182 del Codice dell'ordinamento militare, ha fissato la distinzione fra le strutture sanitarie civili, affidate alle Regioni e quelle militari, mantenute allo Stato. In sostanza le disposizioni in parola hanno considerato che, per quanto qui interessa, allo scopo di assicurare il miglior assolvimento dei rispettivi, ed in qualche misura diversi ed indipendenti compiti, rispettivamente assegnati alle Regioni ed allo Stato, la migliore soluzione fosse quella di una cooperazione fra articolazioni diverse e diversamente finalizzate; articolazioni tuttavia caratterizzate da un certo livello di integrabilità, e dunque capaci, interagendo, di fornire una migliore risposta sia agli ordinari bisogni sanitari del cittadino in quanto tale, sia alle peculiari ed aggiuntive necessità di prestazioni che vanno indirizzate al cittadino impegnato nel particolare settore della Difesa, a garanzia della efficienza collettiva delle Forze armate.

---

<sup>29</sup>Nel 2018 il medesimo aggregato di spesa risulta pari a 367,778 milioni.

<sup>30</sup> Inoltre, secondo i dati ISTAT pubblicati nel 2017, nel 2014 la spesa media per abitante in Italia, inclusi i costi a carico dei privati, è stata di 2.404 euro, mentre negli altri paesi europei si va dai 3.000/4.000 spesi ad abitante per tedeschi, francesi e britannici, fino ai 5.000 spesi in Danimarca e Svezia o gli oltre 5.500 euro pro capite del Lussemburgo.

Non sembra infatti revocabile in dubbio che anche ai militari, per la non trascurabile quantità di rischi a cui sono costantemente esposti durante l'intera vita professionale, vada erogata, come ad altre categorie di lavoratori, non solo una più fitta vigilanza sanitaria ma vadano altresì assicurati anche specifici interventi, terapie, riabilitazioni e cure, decentrati e tempestivi, in relazione al peculiare contesto di riferimento professionale.

E' dunque punto fermo che, anche qualora venisse adottata una qualsiasi diversa soluzione organizzativa, ai militari vada assicurata la continuità, quantitativa e qualitativa, delle prestazioni sanitarie sin qui loro erogate.

La sanità militare ricopre vaste aree d'intervento quali la medicina del lavoro militare, la medicina legale anche in ambito statale, la medicina preventiva ed alcuni settori di quella d'emergenza (ad es. gruppi di biocontenimento, camere iperbariche, etc.) che vanno a sgravio della sanità civile e che richiedono peculiari capacità e specializzazioni nonché attrezzature e strutture attualmente non disponibili nel contesto organizzativo del SSN.

Nella prospettiva di "civili militarizzati", imposta anche dal contesto delle alleanze internazionali, costoro andrebbero specificamente e adeguatamente remunerati ed andrebbero convenientemente risolti i non semplici problemi di dipendenza e di stato giuridico che ne conseguirebbero, per gli interessati e per le diverse amministrazioni di riferimento, più acuti nel contesto della sanità d'aderenza.

Le evidenziate esigenze di disporre di strutture sanitarie in fase di prontezza operativa, cioè non impegnate ma in condizioni di costante disponibilità (*stand by*), e dunque estranee al circuito aziendale del SSN, dovrebbero essere egualmente garantite, al pari delle maggiori condizioni di sicurezza e di resilienza organizzativa e logistica da continuare ad assicurare a nosocomi in cui vengano trattati militari.

Le strutture di formazione e di specializzazione dei medici con competenze specifiche nel settore militare, almeno inizialmente, andrebbero anch'esse preservate allo scopo di continuare ad assicurare il necessario *know how* alla categoria, mentre il SSN dovrebbe dotarsi, attraverso specifici concorsi, e nuove spese, di una specifica *governance* da dedicare al peculiare settore; al tempo stesso le Forze armate, interessate a ricevere ed organizzare le prestazioni dal SSN, non potrebbero privarsi *in toto* delle

competenze indispensabili a gestirle ed a valutarle e pertanto dovrebbero conservare necessariamente delle strutture dedicate.

A fronte degli enumerati, possibili fattori di spesa va contrapposto, principalmente, quello di potenziale risparmio riferibile ad economie di scala, in ambito civile, che riguarderebbero alcune delle prestazioni squisitamente sanitarie attualmente erogate dall'organizzazione militare.

Al riguardo va ribadito che una rilevante parte degli oneri connessi all'esercizio della sanità della Difesa sono conseguenti a adempimenti e necessità squisitamente militari, difficilmente contemperabili con i criteri di gestione, ormai pienamente aziendalistici, e dunque di massimo sfruttamento dei fattori di produzione che, a buona ragione, ormai da tempo caratterizzano le diverse esigenze e necessità delle strutture del SSN.

Per quanto concerne la valutazione della economicità della gestione sanitaria militare, sulla base dei dati dettagliatamente analizzati, la prima osservazione va dedicata al processo di razionalizzazione e di riduzione dei costi della sanità militare, affrontato principalmente a far data dal 2012 e tuttora in corso. Gli effetti concreti di tali azioni si sono manifestati solo nel triennio 2012 - 2014 nel quale si evidenzia un significativo calo del numero degli addetti e delle relative spese, anche di funzionamento. Nell'ultimo quadriennio invece non si sono registrate ulteriori riduzioni anche se gli effetti delle razionalizzazioni risultano stabilizzati. Ciò costituisce motivo di attenzione da parte della Sezione e di invito all'amministrazione a proseguire più incisivamente nella attuazione delle previste riduzioni.

Il dispositivo della sanità militare, nel corso del 2018, si è avvalso complessivamente di circa 6300 unità, comprendenti medici, infermieri, aiutanti di sanità, tecnici, e relativo supporto logistico operativo, articolato su due aliquote: quella della sanità di sostegno, pari a 2460 unità, e quella di aderenza, pari a 3838 unità.

Il volume delle prestazioni complessivamente assicurate, nei vari settori che caratterizzano i compiti della sanità militare, ed analiticamente descritte nella relazione, permette di affermare che gli obiettivi connessi all'efficacia dell'organizzazione in esame sono stati sostanzialmente raggiunti.

Quanto sopra, tuttavia, non significa affatto che la struttura, l'organizzazione e la gestione del servizio di sanità militare, non presentino ad oggi aspetti ben suscettibili di un doveroso miglioramento, in special modo per quanto attiene al profilo dell'efficienza.

E segnatamente:

- va rimarcato ulteriormente che il numero del personale complessivamente addetto alla sanità, negli ultimi anni, non presenta il *trend* di ulteriore riduzione che deve invece conseguire attraverso il processo attuativo della legge n.244/2012, ancora in corso;
- la fondamentale collaborazione con il SSN, nonostante alcuni obiettivi anche attualmente perseguiti, non è sin qui approdata a veri e propri accreditamenti di posti letto, e trova sviluppo in un numero ancora limitato di siti e per temi ristretti;
- le convenzioni a titolo oneroso con medici non appartenenti all'amministrazione dello Stato, pur in calo, risultano tutt'ora in numero non trascurabile;
- i sistemi informativi impiegati velocizzano dei segmenti di procedimenti sanitari ma, pur utili, non sono ancora disponibili e dunque impiegabili da ciascun appartenente all'area e non permettono una diretta comunicazione con analoghi sistemi del SSN;
- il ciclo della programmazione finanziaria sanitaria evidenzia aspetti eccessivamente articolati;
- il settore della ricerca registra iniziative riguardo ad importanti temi concernenti la morbilità e mortalità del personale della Difesa, già da tempo avviate e delle quali si attendono conclusioni, o quanto meno indicazioni di concrete misure di ulteriore protezione;
- la struttura ordinativa ed organizzativa del Policlinico di Roma, analiticamente esposta, con riguardo al supporto logistico amministrativo, evidenzia vistose ridondanze su cui intervenire, in quanto le 339 unità addette per compiti non sanitari vanno ridotte;
- l'altro fondamentale tema, quello della interforzizzazione, non risulta perseguito con la necessaria incisività e determinazione.

## 2. Raccomandazioni

All'amministrazione della Difesa e, per quanto d'interesse, al dicastero della Salute, va conseguentemente raccomandato di:

- proseguire nel processo di razionalizzazione della sanità militare, ottemperando alle riduzioni del personale dei Corpo sanitari direttamente conseguenti all'applicazione della legge n. 244 del 2012 nonché riesaminando le relative strutture al fine di accrescerne l'efficienza perseguendo, specie nella macro-area della sanità di sostegno - al netto delle peculiari esigenze legate alla condizione militare - parametri il più possibile affini a quelli stabiliti per le strutture del SSN;
- considerare la possibilità di risolvere in maniera definitiva il fenomeno delle convenzioni a titolo oneroso, o comunque di ridurlo significativamente valutando, d'intesa con il SSN, la prospettiva di ricollocare tali professionisti in strutture civili che abbisognino delle loro specifiche competenze, contemporaneamente sostituendoli, in ambito militare attraverso l'esecuzione di un piano pluriennale di mirati reclutamenti svolgere, allo stesso tempo, un puntuale approfondimento delle compatibilità dello specifico istituto rispetto alle numerose novelle legislative che hanno connotato il settore giuslavoristico;
- avviare un esame congiunto dello stato di attuazione delle intese e delle convenzioni sin qui realizzate, al fine ultimo di mettere a punto una completa e condivisa pianificazione, nel tempo, delle azioni possibili e necessarie a stipularne di nuove, al fine di incrementare ed approfondire la cooperazione in senso binario, a tal fine dando corpo anche ad una "cornice" nazionale in cui iscrivere le singole iniziative;
- imprimere impulso allo sviluppo e diffusione degli strumenti e sistemi informatici già in uso curando, nella medesima prospettiva di maggiore omogeneità con il SSN anche l'aspetto della condivisione dei relativi dati con il SSN;
- tener conto, altresì, delle specifiche indicazioni già formulate al SNN stesso da questa Sezione centrale di controllo sulla gestione nella propria delibera n. 4 del 2018, cap. VI, punto 1 delle considerazioni finali e raccomandazioni; ciò potrebbe permettere di avviare, anche nell'ambito della sanità militare, le azioni più idonee

a superare il riscontrato *deficit* di pianificazione e programmazione emerso durante l'adunanza pubblica svoltasi in data 11 luglio 2019, con particolare riferimento al settore infrastrutturale (adeguamento antisismico, misure antincendio, etc.) già posto da questa Sezione all'attenzione del Ministero della salute con la richiamata deliberazione per i medesimi temi;

- semplificare i procedimenti di programmazione finanziaria sanitaria;
- proseguire e concretizzare le attività in corso nel settore della ricerca militare, nonché ampliare lo spettro della relativa funzione della ricerca sanitaria;
- monitorare il verificare che l'andamento della spesa sanitaria militare di funzionamento, per verificare che il trend di riduzione non finisca con l'incidere le capacità operative del servizio, con particolare riguardo all'area dell'aderenza;
- intervenire sulle ridondanze del sostegno logistico amministrativo dedicato al Policlinico militare;
- elaborare e sviluppare sistemi più moderni e maggiormente analitici di monitoraggio e controllo della spesa sanitaria militare, al fine di garantire sempre più nel dettaglio la valutazione dell'efficienza di ciascun reparto sanitario;
- riconsiderare l'argomento dell'interforzizzazione assumendo, se del caso, le diverse iniziative necessarie ad imprimere nuovo impulso al tema.

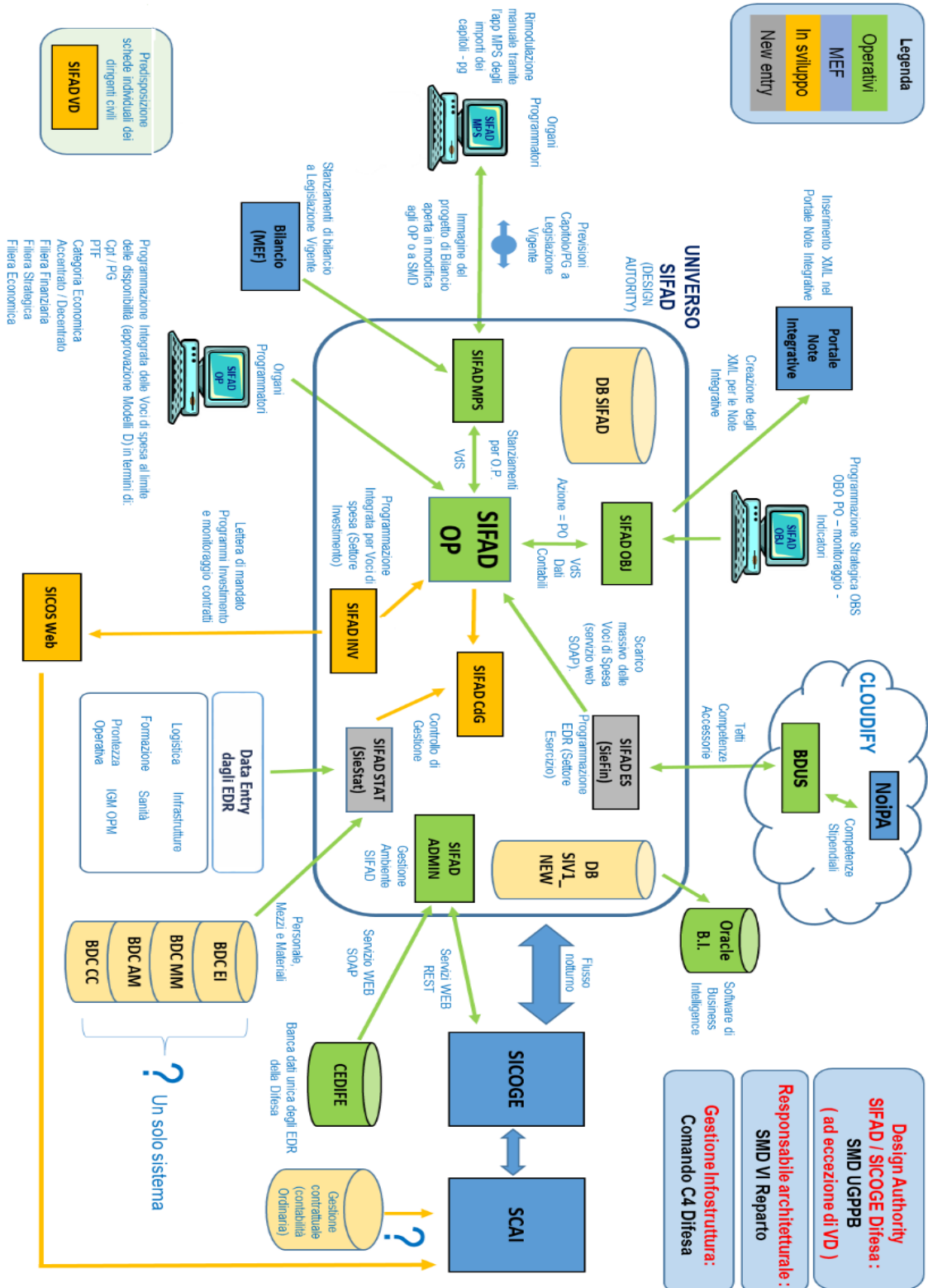


**INDICE ABBREVIAZIONI**

<b>NATO</b>	Organizzazione del trattato dell'Atlantico del Nord ( <i>North Atlantic Treaty Organization</i> )
<b>SMD</b>	Stato Maggiore della difesa
<b>SGD</b>	Segretariato generale della difesa
<b>DNA</b>	Direzione nazionale degli armamenti
<b>SME</b>	Stato Maggiore dell'esercito
<b>SMM - MARISTAT</b>	Stato Maggiore della marina
<b>SMA</b>	Stato Maggiore dell'aeronautica
<b>BILANDIFE</b>	Ufficio centrale del bilancio e affari finanziari
<b>IGESAN</b>	Ispettorato generale della sanità militare
<b>LEA</b>	Livelli essenziali di assistenza
<b>SSN</b>	Servizio sanitario nazionale
<b>SSM</b>	Servizio sanitario militare
<b>COM (1)</b>	Centro ospedaliero militare
<b>COM (2)</b>	Codice ordinamento militare
<b>TUOM</b>	Testo unico delle disposizioni in materia di ordinamento militare
<b>DMML</b>	Dipartimento militare di medicina legale
<b>C.M.</b>	Commissione medica
<b>IMAS</b>	Istituto di medicina aerospaziale
<b>IPAMAS</b>	Istituto di perfezionamento e addestramento in medicina aerospaziale
<b>EDR</b>	Enti, Distaccamenti, Reparti
<b>COMSUBIN</b>	Comando subacquei e incursori
<b>OPS</b>	Organo programmatore settoriale
<b>CSS</b>	Centro di spesa secondario

<b>SIEFIN</b>	Sistema informatico finanziario di Forza armata
<b>COMLOG</b>	Comando logistico (Esercito)
<b>PED</b>	programmazione esigenziale decentrata
<b>SDO</b>	schede dimissione ospedaliera
<b>OED</b>	Osservatorio epidemiologico della difesa
<b>COR</b>	Centri operativi regionali
<b>ISS</b>	Istituto Superiore di Sanità
<b>SISAD</b>	Sistema informativo sanitario Ministero della difesa
<b>BDC</b>	Banca dati centrale
<b>BDSS</b>	Banca dati storico statistica
<b>GDSI</b>	Gestione dati sanitari infermeria
<b>CMD</b>	Carta multiservizi difesa
<b>SICRAL</b>	Sistema italiano comunicazioni riservate e allarmi
<b>CST</b>	Centro servizi telemedicina
<b>COI</b>	Comando operativo di vertice interforze (Aeronautica militare)
<b>CISAM</b>	Centro Interforze studi per le applicazioni militari
<b>DNAL</b>	Direttore nazionale degli armamenti e logistica
<b>ROLE</b>	Ruolo, compito
<b>SIFAD</b>	Sistema Informativo Finanziario Amministrazione Difesa

# Sistema Informativo Finanziario dell'Amministrazione Difesa (SIFAD)



CORTE DEI CONTI - CENTRO UNICO PER LA FOTORIPRODUZIONE E LA STAMPA - ROMA

