

DOTTRINE SANITARIE A CONFRONTO

FARAH, OMLT IX: PARTNERSHIP TRA L'ESERCITO ITALIANO E L'ESERCITO AFGHANO

OMLT è l'acronimo di *Operational Mentoring and Liaison Team*. L'attività degli OMLT costituisce uno dei contributi fondamentali della missione ISAF NATO volta a favorire l'incremento in termini di capacità, autonomia e competenze delle Forze Armate afgane.

Sinteticamente è possibile evidenziare come compito primario dei *teams* costituenti gli OMLT sia quello di sovrintendere all'addestramento e alla «mentorizzazione» (1) delle unità dell'Esercito afgano (ANA - *Afghan National Army*) durante le fasi di esercitazione e in operazioni. Le attività OMLT sono condotte a livello di Corpo d'Armata, di Brigata e di *Kandak* (battaglione), con la finalità di supportare ed assistere l'ANA nelle sue funzioni. I *teams* che compongono gli OMLT sono solitamente composti da circa 20-30

L'Esercito Italiano ha raggiunto una consolidata esperienza, all'interno della NATO, per quanto attiene le attività dell'OMLT in differenti ambienti e contesti operativi. L'OMLT IX è stato un ulteriore momento di crescita nell'ambito della salda e proficua attività di *partnership* tra unità ISAF e ANA.

Questo articolo descrive l'esperienza sanitaria all'interno dell'OMLT IX in Farah - Camp Sayar, dove è dislocata la 2ª Brigata del 207° Corpo d'Armata afgano, confrontando peculiarità e differenze, da noi osservate, tra ANA e Forze Armate italiane.

Noi raccontiamo la personale esperienza vissuta e il nostro punto di vista riguardo alcuni specifici aspetti sanitari di questa straordinaria avventura.

persone, dipendendo dal tipo di unità che viene affiancata e supportata, e sono dispiegati per un periodo di almeno sei mesi. Questo al fine di instaurare solidi ed efficaci rapporti di collaborazione e ottimizzare gli effetti della mentorizzazione. Ciascun *team* svolge le proprie attività anche nei diversi settori ap-

partenenti alla branca logistica.

Tra le molteplici responsabilità di un OMLT la prima è: «addestrare, istruire e mentorizzare tutte le aree funzionali all'interno dell'unità al fine di perseguire un continuo miglioramento delle capacità, incluse le procedure di staff, per la conduzione di attività operative a livello *Kandak* o superiore».

Le Forze Armate italiane hanno raggiunto una consolidata esperienza all'interno della NATO per quanto concerne le attività connesse con i programmi OMLT in diversi contesti e ambienti. Con riferimento all'Afghanistan, è appena giunta a conclusione l'esperienza dell'OMLT IX.

Negli ultimi anni si è osservato un continuo e significativo miglioramento nelle relazioni tra i *teams* OMLT della NATO e l'ANA, con un indubbio miglioramento delle capacità operative e positive ricadute per tutti i settori.

Nell'ambito della branca logistica, i Servizi Sanitari svolgono un ruolo fondamentale nell'assicurare l'efficienza delle unità in tutte le diverse realtà e condizioni operative. Questo è particolarmente vero allorché le truppe sono impiegate in scenari o contesti operativi definibili ad alta intensità. Molteplici sono le funzioni del servizio sanitario: medicina preventiva, primo soccorso e chirurgia di guerra, igiene, disinfezione e disinfestazione, addestramento del personale sanitario - dai medici e infermieri professionali ai soccorritori militari o *combat life saver* -, corretta gestione della modulistica sanitaria e delle comunicazioni, gestione dei rifornimenti sanitari, gestione e immagazzinamento dei farmaci solo per citare le principali attività.

Ognuna delle suddette attività rappresenta un *item* fondamentale da affrontare, sviluppare e gestire durante una esperienza OMLT. È facile comprendere come, nell'ambito di un reparto militare, gli aspetti sanitari non rappresentino una condizione a se stante e svincolata dal resto delle attività, ma spesso coinvolgano altre branche dell'arte militare quali ad esempio *intelligence*, operazioni, logistica, CIMIC ecc.. Pertanto solo una organizzazione integrata e ben addestrata è in grado di ottenere risultati positivi e duraturi evitando, al contempo, il rischio di fallimento per la missione intrapresa. Per tali ragioni l'attività di mento-

rizzazione relativa agli aspetti sanitari appare di notevole importanza, anche se difficile da gestire, dal momento che risulta necessario tener contemporaneamente presenti non solo gli aspetti prettamente sanitari, ma anche le condizioni operative in cui questi devono essere attuati. Solo per comprendere la complessità dell'argomento, appare sufficiente indicare schematicamente le principali funzioni a cui è deputato il Servizio Sanitario delle Forze Armate afgane (*Afghan National Army Health System - ANAHS*). L' ANAHS si

- Logistica Sanitaria (MEDLOG);
- Medicina di Laboratorio (MEDLAB).

Finalità del presente articolo è quella di descrivere la nostra esperienza sanitaria nell'ambito dell'attività dell'OMLT IX svolta a Farah, Camp Sayar, dove è dislocata la 2^a Brigata del 207° Corpo d'Armata dell'ANA, confrontando alcune differenze da noi osservate tra i servizi sanitari dell'ANA e quelli italiani e della NATO e riportando alcuni aspetti peculiari di questa straordinaria esperienza.



comprende di 10 funzioni sanitarie:

- Comando, Controllo, Comunicazioni, Computer e *Intelligence* relativi agli aspetti della sanità (MEDC4-I);
- Primo Soccorso e Trattamento (MEDTREAT);
- Sgomberi ed Evacuazione medica (MEDEVAC);
- Ricovero e cure (HOSP);
- Servizi Odontoiatrici (DENTAL);
- Igiene e Medicina Preventiva (PVNTMED);
- Supporto Sanitario allo *Stress* operativo e in combattimento (COSC);
- Servizi Veterinari (VETMED);

BREVE DESCRIZIONE DELL'ORGANIZZAZIONE E DELLA DOTTRINA DEI SERVIZI SANITARI DELL'ANA

Occorre passare brevemente in rassegna l'organizzazione sanitaria e la dottrina dell'ANA, incentrando l'attenzione specialmente sulle attività operative a livello *Kandak* e Brigata. I Servizi Sanitari delle Forze Armate afgane (ANAHS) rappresentano un complesso *network* di sistemi intercorrelati e interdipendenti che forniscono un «continuum» di trattamenti sanitari direttamente dal

luogo in cui il militare ha subito l'infortunio o è stato ferito (*Point of Injury - POI*) attraverso una serie di passaggi successivi rappresentati dai *roles* sanitari. Questi ultimi sono strutture sanitarie contraddistinte da un livello via via crescente di capacità di trattamento e cura in grado di fornire le terapie adeguate, inclusi gli eventuali trattamenti riabilitativi finali.

I due compiti fondamentali dell'ANAHS sono di:

- fornire ai militari un supporto sanitario adeguato (comprensivo di cura dei feriti, sgombero degli stessi attraverso la catena sanitaria dei *roles* via via crescenti in ter-

Service Support), anche l'ANAHS è un sistema che fornisce la propria assistenza attraverso una serie di cosiddetti anelli (*echelons*) di cura.

Il CHSS dell'ANA è suddiviso in 4 anelli in ordine crescente dal primo al quarto e ciascuno si contraddistingue per capacità di cura e trattamento via via sempre più elevate rispetto al precedente livello.

I principi che sovrintendono il CHSS dell'ANA sono: conformità; continuità; controllo; prossimità; flessibilità; mobilità.

La comprensione dei suddetti principi appare chiara e una spiegazione dettagliata delle caratteristiche specifiche di ciascuno di questi esu-

narie di ciascun anello nei quali è suddiviso il CHSS come segue.

Primo Anello (*Echelon I*)

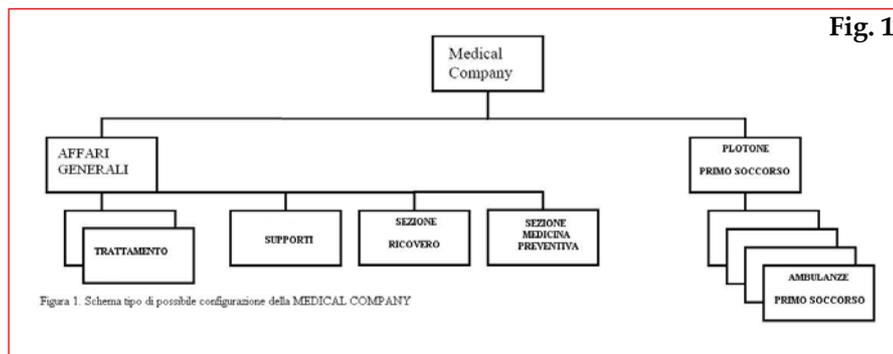
È devoluto a prestare le prime cure ai militari feriti/traumatizzati/malati. Tra le attività svolte a questo livello vi sono:

- il primo soccorso e le misure salvavita;
- la prevenzione e il trattamento delle malattie e degli infortuni non legati al combattimento (*disease and nonbattle injuries - DNBI*);
- le misure sanitarie di prevenzione dello *stress* in operazioni e in combattimento;
- la raccolta dei feriti;
- lo sgombero sanitario (MEDEVAC).

Le cure, a livello di Primo Anello, sono fornite dal seguente personale:

- plotone sanitario dei *Kandak* di manovra o di supporto al combattimento;
- compagnie sanitarie dei *Kandak* di supporto al combattimento (CSS *Kandak*);
- presidi sanitari delle guarnigioni (*Garrison troop medical clinics*).

A questo livello il trattamento sanitario è fornito da un medico - lo specialista dei trauma - o da altro personale sanitario presente a livello della struttura sanitaria di *Kandak*. Lo specialista traumatologo è assistito, nelle sue funzioni, da diversi assistenti medici addestrati a prestare assistenza sanitaria al paziente traumatizzato. È inoltre importante sottolineare come tutti i soldati siano addestrati nel saper applicare le manovre basilari di auto e primo soccorso (le cosiddette regole di *self-aid and buddy aid*). In aggiunta, ogni squadra o *team* dispone di almeno un *combat lifesaver*. Questi è un soldato appartenente ad una unità non di carattere sanitario che, oltre al proprio specifico settore di impiego, ha seguito con profitto un corso di primo soccorso e di assistenza al paziente ferito/traumatizzato.



mini di capacità sanitarie, includendo le correlate funzioni di logistica sanitaria);

- attuare tutte le misure di prevenzione sanitaria (FHP - *Force Health Protection*) in grado di garantire il benessere psicofisico dei soldati, in particolare nei contesti a più alta valenza operativa. I Servizi Sanitari dell'ANA sono orientati a promuovere il benessere psicofisico dei militari, a prevenire le patologie dovute alle malattie e agli infortuni occorsi non in combattimento (DNBI - *Disease and Non Battle Injury*) e ad offrire un tempestivo ed efficace trattamento, gestione e cura dei feriti.

Come già accennato, l'ANAHS si compone di 10 funzioni e, in accordo con le oramai consolidate regole internazionali su cui si basa il Supporto dei Servizi Sanitari al Combattimento (CHSS - *Combat Health*

la dalle finalità del presente lavoro (si rimanda a quanto descritto nella dottrina ANA - ANA Doctrine 4.02.2 - per un più esaustivo approfondimento).

Dai principi su cui fanno fondamento i CHSS dell'ANA scaturiscono anche le cosiddette «*battlefield rules*», ovvero le regole sanitarie da adottare «sul campo». Esse aiutano a stabilire le priorità e a risolvere le eventuali problematiche mediche da affrontare. La finalità del CHSS dell'ANA è quella di fornire un sistema di assistenza sanitaria senza soluzioni di continuità dalla sede iniziale dove il soldato è rimasto ferito, traumatizzato o si è ammalato, attraverso successive e consecutive postazioni sanitarie - definite anelli - di trattamento medico in grado di fornire le cure definitive e riabilitative.

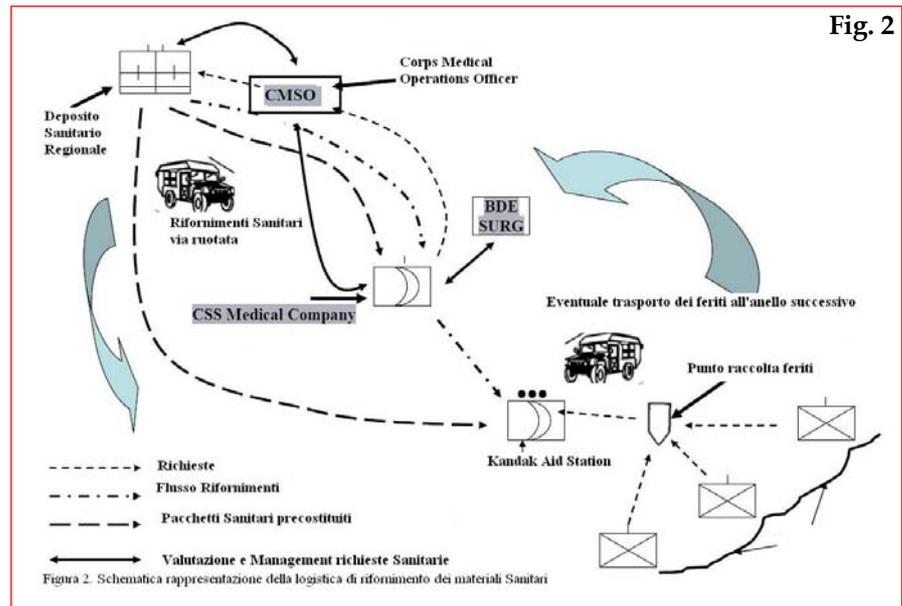
Possiamo riassumere le capacità sa-

Secondo Anello (Echelon II)

È dislocato a livello di Brigata ed opera attraverso la Compagnia Sanitaria (*Medical Company*) del CSS *Kandak*. All'interno della Compagnia Sanitaria vengono trattenuti o ricoverati solo i militari con ferite/traumi di non particolare gravità e comunque in grado di ritornare in servizio entro 1-3 giorni. Ovviamente nel caso di pazienti gravi il trattamento sanitario di emergenza (già iniziato immediatamente a livello di Primo Anello) può essere proseguito, qualora necessario, così come possono essere attuate altre misure e procedure sanitarie necessarie per stabilizzare le funzioni vitali del ferito, ma a questo livello non ci sono capacità e disponibilità chirurgiche (sale operatorie e *teams* chirurgici). La Compagnia Sanitaria riveste un ruolo fondamentale nel fornire il supporto sanitario a favore di tutte le unità della Brigata di appartenenza o da essa dipendenti.

La «*Medical Company*» svolge le seguenti funzioni:

- trattamento dei militari con patologie od affezioni di minor gravità, *triage* (selezione, smistamento, sgombero e definizione dei criteri di priorità nel trattamento) nei casi di emergenza di massa (*mass casualties*); manovre rianimatorie di primo soccorso e stabilizzazione del paziente traumatizzato; tecniche avanzate di terapia del ferito/traumatizzato; misure di trattamento atte a consentire l'eventuale ulteriore evacuazione dei pazienti verso strutture sanitarie di livello superiore;
- evacuazione e sgombero via terra dei pazienti dalle strutture sanitarie del Primo Anello (ad esempio *Kandak Aid Station*) o da punti raccolta feriti prestabiliti.
- rifornimento delle unità appartenenti alla Brigata dei presidi farmacologici e sanitari di urgenza ed emergenza;
- consulenze mediche a favore dei



pazienti provenienti da strutture sanitarie di 1° Anello.

- capacità di accoglienza/ricovero fino a 40 militari affetti da patologie che consentano il rientro in servizio entro le 72 ore successive.
- coordinamento con la sezione Affari culturali e religiosi in caso di necessità di supporto religioso.
- cure odontoiatriche d'urgenza.

La composizione della *Medical Company* è rappresentata in figura 1.

L'assistenza sanitaria a livello di Secondo Anello è fornita anche dalle cosiddette «*Garrison Medical Clinics*», che sono delle piccole strutture sanitarie con possibilità di ricovero e cura dei pazienti e contraddistinte da limitate capacità di diagnostica di laboratorio. In generale, con il termine *Garrison* vengono indicate delle unità di supporto logistico per i servizi che sono gerarchicamente alle dirette dipendenze del Corpo d'Armata e sono costituite da diverse componenti, inclusa una struttura sanitaria.

Terzo Anello (Echelon III)

Questo è rappresentato dagli Ospedali Regionali. Al momento si trovano a Kandahar, Gardez, Herat e Mazar-e-Sharif. Sono strutture sanitarie attrezzate, in termini di perso-

nale e mezzi, in grado di attuare le procedure di rianimazione, di svolgere interventi chirurgici e di instaurare il previsto trattamento post-operatorio.

Quarto Anello (Echelon IV)

Le cure a questo livello sono svolte dall'Ospedale Militare nazionale di Kabul o da altri Centri Sanitari Specialistici nazionali in grado di fornire le cure specialistiche avanzate, quelle definitive nonché l'eventuale trattamento riabilitativo necessario. Passando quindi a considerare l'altro aspetto prioritario correlato alla logistica sanitaria, ovvero il rifornimento di farmaci, di materiali, equipaggiamento e parti di ricambio (quella che viene definita, nell'ambito della dottrina ANA, come Classe VIII dei Rifornimenti Sanitari) occorre segnalare come questi siano approvvigionati attraverso specifici canali sanitari. In generale, le unità a livello Brigata o di rango inferiore dispongono di una autonomia di 5 giorni per quanto riguarda i rifornimenti sanitari. Durante le attività operative o di combattimento le sezioni o i plotoni sanitari, così come le *Medical Company* del CSS *Kandak* ricevono i rifornimenti sanitari sotto forma di pacchetti precostituiti di

farmaci e medicinali provenienti direttamente dai depositi avanzati dipendenti dalla Sezione Rifornimenti Sanitari di Corpo d'Armata. Le operazioni di rifornimento verso le unità «in prima linea» vengono attuate fino al conseguimento del ripianamento delle carenze oppure fino a quando la situazione lo rende necessario. Attualmente il rifornimento del materiale sanitario (classe VIII) alle unità avanzate viene normalmente realizzato avvalendosi delle ambulanze in qualità di mezzi di trasporto farmaci e presidi sanitari. In figura 2 è rappresentato lo schema della logistica di rifornimento dei materiali sanitari.

BREVE DESCRIZIONE DELL'ORGANIZZAZIONE E DELLA DOTTRINA SANITARIA DELL'ESERCITO ITALIANO: PRINCIPALI ASPETTI

In sintesi, si può affermare che il compito dei Servizi Sanitari dell'Esercito Italiano (E.I.) sia quello di promuovere, sostenere e provvedere al benessere psicofisico e alla salute di tutti i militari, in qualsiasi luogo o situazione essi vengano impiegati.

I Servizi Sanitari si compongono delle seguenti funzioni principali:

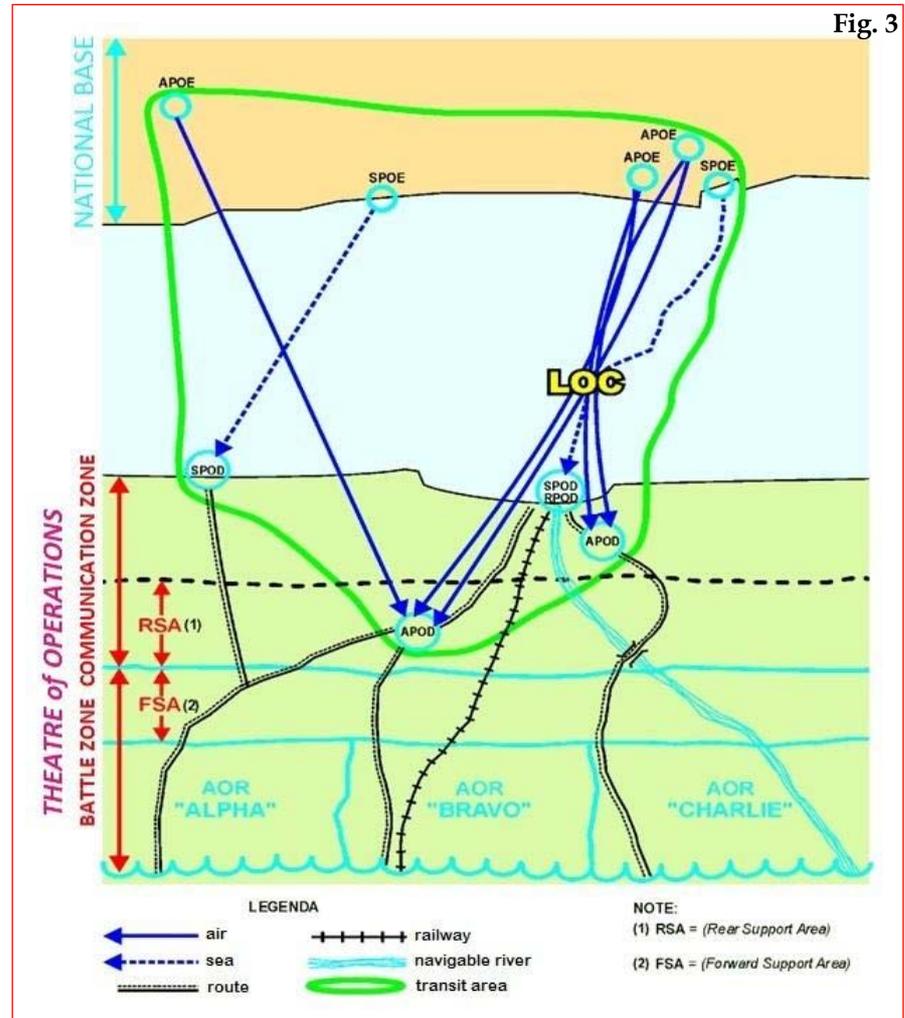
- primo soccorso e trattamento, medicina preventiva ed educazione sanitaria;
- diagnostica, cura, ospedalizzazione e riabilitazione;
- medicina legale;
- addestramento e aggiornamento del personale sanitario;
- immagazzinamento, rifornimento e ripianamento di farmaci e presidi sanitari.

I Servizi Sanitari dell'Esercito Italiano fanno riferimento ai principi della Dottrina Logistica: flessibilità; semplicità; previsione; specializzazione; interoperabilità; bilanciamento; economicità (si rimanda alla bibliografia per un eventuale approfondimento sull'argomento).

Schematicamente, l'organizzazione logistica dell'E.I., che include anche i servizi sanitari, è articolata in due zone principali così definibili:

- Zona Logistica di Supporto: ha la responsabilità di assicurare il supporto logistico a tutto l'E.I. Questa zona è dislocata sul territorio nazionale;
- Zona Logistica di Aderenza: è la

do e Controllo (C2) ed ha a sua disposizione mezzi, risorse e strumenti contraddistinti da una elevata mobilità, normalmente impiegati nelle missioni fuori area. Nei teatri operativi, solitamente, la componente logistica è suddivisa in una zona di supporto di retrovia (*Rear Support Area - RSA*) e in una zona di supporto avanzata (*Forward Support Area - FSA*). Le figure 3



zona in diretta connessione con la componente operativa dell'E.I.

Normalmente, in caso di missione fuori area, l'organizzazione logistica mette in atto un sistema «ad hoc» in grado di far fronte alle necessità della missione. La zona logistica di aderenza ha il compito di sostenere direttamente le forze impiegate in missione e coincide con il CSS. Dispone di una specifica e propria catena di Coman-

e 4 rappresentano schematicamente tale suddivisione della componente logistica, con particolare riferimento agli aspetti sanitari.

Passando a considerare nello specifico le attività sanitarie, concordemente con la dottrina NATO3, queste sono sviluppate in ruoli o «roles», caratterizzati da capacità sanitarie via via crescenti passando dal *role 1* al *role 4*.



207° Corpo d'Armata dell'Esercito Afgano in Camp Sayar - Farah, nel periodo giugno-dicembre 2010.

L'OMLT IX si è dimostrato un ulteriore momento di crescita nell'ambito di una consolidata attività di cooperazione tra le forze ISAF e l'ANA. Per tale motivo - partendo da un buon livello di base di preparazione e addestramento delle unità, anche per quanto riguarda gli aspetti sanitari - abbiamo deciso di focalizzare la nostra attenzione su alcuni punti chiave, ritenuti essenziali, nonché sul principale obiettivo da conseguire durante il nostro mandato.

Nello specifico, abbiamo deciso di incentrare la nostra attenzione sui seguenti aspetti preminenti:

- implementare la preparazione e l'addestramento del personale sanitario in accordo e sulla falsariga di quanto stabilito dalla dottrina ANA^{1,3,4,5,6};
- adattare il tipo di addestramento facendo riferimento al reale contesto operativo nel quale il personale sanitario è chiamato a svolgere la propria missione, tenendo bene a mente i continui cambi di scenario spesso riscontrabili.
- incrementare le capacità di saper usare le corrette procedure in termini di modulistica e comunicazione (ad esempio corretto uso dei *format*, della messaggistica e *report* sanitari, della catalogazione e archiviazione) all'interno dei *Kandak* e della Brigata, seguendo la prevista catena di comando.
- supportare tutte le attività dell'ANA, con la finalità ultima di far acquisire ai colleghi una completa autonomia in termini di capacità sanitaria nei vari contesti, inclusi quelli a più alta valenza operativa.

Per quanto attiene ai primi due punti abbiamo deciso di adottare una metodologia basata essenzialmente sul «*training on the job*» al fine di ottenere una reale e duratura capacità di «*management*» dei servizi sanitari a livello di *Kandak* e Brigata. Giorno dopo giorno abbiamo trascorso gran parte del nostro tempo a stretto contatto con i nostri colleghi mentorizzati, cercando di trovare assieme le soluzioni necessarie sia per risolvere le attività di *routine* sia per saper affrontare e dare risposte a problematiche straordinarie o impreviste. Per questa ragione la nostra attività di mentorizzazione non ha riguardato solo ed unicamente il personale della branca sanitaria, ma ha coinvolto tutti gli elementi chiave all'interno dei *Kandak* e della Brigata (G/S 3, G/S 4, Comandanti di unità o sezione ai vari

livelli, ecc.) con la finalità di stabilire un sistema consolidato e ben addestrato di interrelazioni fra i vari settori. Una tale metodologia ha ottenuto il risultato di semplificare le procedure e, al contempo, di ottimizzare il tempo a disposizione per risolvere o far fronte alle incombenze lavorative quotidiane.

Un altro aspetto che riteniamo opportuno sottolineare è la strategia di insegnamento intrapresa nell'addestramento dei *medics* al fine di risultare il più aderente possibile ai parametri di capacità e competenza che il personale sanitario con la qualifica di *medic* deve conseguire in accordo con quanto stabilito dalla dottrina dell'ANA4. Per esempio, facendo riferimento all'aspetto didattico, si è deciso di modificare la metodologia passando da una tipologia basata su «lezioni frontali» ad attività di insegnamento più coinvolgenti ed istruttive basate sul «*role play*». Anche gli argomenti delle

era chiamato a svolgere. Ad esempio, invece di limitarsi a ripetere i concetti basilari (seppur fondamentali) del Primo Soccorso, del BLS (*Basic Life Support*) e del PHTLS (*Pre Hospital Trauma Life Support*) abbiamo preferito pianificare e organizzare le lezioni basandoci sui possibili contesti operativi nei quali il personale sanitario dell'ANA avrebbe potuto essere impiegato e che spesso si contraddistinguono per condizioni o fattori limitanti che si discostano grandemente dalla situazione teorica che si può apprendere secondo una didattica sanitaria predefinita.

La corretta preparazione ed allestimento degli specifici zaini di primo soccorso (i cosiddetti M5) impiegati dal personale sanitario dell'ANA; una buona conoscenza e padronanza d'uso degli equipaggiamenti e del materiale sanitario necessario all'interno delle ambulanze impiegate in attività operative; il rapido e

corretta metodologia di approccio e gestione delle emergenze di massa (MASCAL - *mass casualties*) facendo riferimento alle regole basilari del *triage*, sono solo alcuni degli argomenti che abbiamo deciso di affrontare nelle nostre lezioni ed esercitazioni pratiche.

Passando ad analizzare la problematica connessa con la gestione della modulistica e il corretto uso dei *format* prescritti nelle comunicazioni e nella messaggistica, appare chiaro come la non adeguata applicazione delle procedure e metodologie previste possa far correre il rischio di ingenerare una condizione negativa, in grado di danneggiare l'efficienza dell'intera unità. Infatti, non disporre di una corretta visione e conoscenza della situazione non consente di elaborare una chiara risposta sul come operare al fine di evitare carenze, inefficienze o problematiche, che possono compromettere o inficiare l'intera capacità del sistema o del reparto.

Il giusto uso di procedure e *format* stabiliti rappresenta quindi un requisito fondamentale nella normale catena di Comando e Controllo, nonché nel flusso di rifornimenti e ripianamento di materiali, farmaci ed attrezzature sanitarie. Quantunque questo presupposto risulti chiaro ed universalmente accettato, cionondimeno le carenze nella conoscenza delle corrette procedure di utilizzo della modulistica rappresentano uno dei principali punti critici di strutture complesse dal punto di vista organizzativo come i servizi sanitari delle Forze Armate. Nello specifico, per quanto attiene la modulistica e le procedure dei rifornimenti e ripianamenti logistici e di materiale sanitario, l'organizzazione dell'ANA si basa fondamentalmente su un sistema molto snello di *format* e moduli. Questi sono essenzialmente rappresentati da due moduli/modelli che è possibile usare per la trattazione di tutte le classi di materiali, inclusi quelli sanitari e i medicinali (i cosiddetti



lezioni sono stati selezionati e scelti con l'intenzione di fare riferimento a scenari strettamente legati alla specifica missione o attività lavorativa che il nostro personale sanitario

pronto trattamento delle emorragie sul campo facendo ricorso anche all'uso dei più innovativi ausili al riguardo messi a disposizione dalla moderna tecnologia medica; una



«modello 9» e «modello 14»).

Al riguardo il nostro intento è stato quello di richiamare l'attenzione sulla fondamentale importanza del corretto uso ed applicazione della modulistica in questione ad ogni livello. A cadenza bisettimanale, sono stati effettuati degli incontri di aggiornamento, approfondimento e verifica, con il personale preposto, sul corretto uso, ad esempio, dei modelli 9 e 14 relativi alle richieste di rifornimenti sanitari; sulla corretta compilazione e verifica dei *format* a cadenza periodica inerenti la situazione sanitaria; sull'utilizzo delle cosiddette «*field medical cards*», ovvero le tabelline diagnostiche da utilizzare per i soldati feriti/traumatizzati in corso di operazioni; sull'utilizzo e l'aggiornamento continuo dell'*Individual Health Record* (HREC), cioè della cartella sanitaria individuale da allestire per ogni militare a livello della *Medical Company* e *Garrison Clinic*. Solo per citare i principali esempi.

Infine, per quanto riguarda l'ultimo punto relativo agli obiettivi che ci eravamo prefissati, ovvero il supporto a tutte le attività svolte dall'ANA, per quanto attiene lo specifico settore sanitario, abbiamo partecipato fianco a fianco quotidianamente alla maggior parte delle atti-

vità. La nostra partecipazione e collaborazione è stata però pianificata con l'intento di incrementare la capacità, in termini di autonomia operativa, da parte dei colleghi e di tutto il personale sanitario dell'ANA, in particolar modo durante le attività esterne e quelle operative.

Di rilievo, nella nostra particolare esperienza, sono state le attività sanitarie sviluppate a favore della popolazione nel distretto di Farah (MEDCAP activity), dove tutte le attività mediche sono state condotte e gestite, per la prima volta, in prima persona direttamente dal personale sanitario dell'ANA.

CONCLUSIONI

Non è intendimento di questo articolo offrire un'analisi esaustiva nell'ambito della comparazione tra i Servizi Sanitari dell'ANA e dell'E.I., ma solo descrivere la nostra personale esperienza e il nostro punto di vista su alcuni specifici aspetti sanitari.

Non c'è dubbio che l'attività svolta all'interno di un OMLT rappresenti una eccezionale e coinvolgente esperienza, che mette duramente alla prova le capacità e le conoscenze di tutte le persone coinvolte, ma

proprio per questo ancor più stimolante e gratificante.

Raffrontati ai Servizi Sanitari dell'E.I. ovviamente quelli dell'Esercito Afgano rappresentano una struttura più giovane, che necessita di tempo per conseguire una più completa autonomia in termini di capacità ed efficacia.

D'altra parte la fattiva cooperazione tra ANA e forze ISAF è una chiara e ferma evidenza del costante e continuo progresso in termini di capacità ed autonomia da parte dell'ANA.

I Servizi Sanitari dell'ANA presentano molte analogie quando vengono confrontati con la gran parte dei sistemi sanitari degli Eserciti delle altre Nazioni. La principale caratteristica che contraddistingue l'ANAHS - secondo il nostro personale punto di vista - è che rappresenta un sistema agile, snello, pronto, ben adatto alle principali necessità dell'Esercito Afgano, ovvero quelle di disporre di un sistema sanitario efficiente, specie in contesti ad alta valenza operativa o in combattimento.

Un altro punto di forza che caratterizza i Servizi Sanitari dell'ANA è rappresentato dalla struttura dei CSS *Kandak*, dove la presenza delle Compagnie Sanitarie (*Medical Companies*), costituite da personale sanitario ben addestrato concretizza una importante risorsa in termini di capacità sanitarie esprimibili in ogni circostanza.

Ultimo punto, ma non per questo meno importante da sottolineare, è la forte motivazione sul luogo di lavoro dimostrata dai soldati e dal personale medico e paramedico dell'ANA. Questa condizione ha rappresentato un aspetto fondamentale nel significativo miglioramento delle capacità sanitarie osservato durante la nostra esperienza in ambito OMLT IX.

Naturalmente permangono molti punti di criticità all'interno del sistema. Il più importante è, a nostro avviso, l'assenza di capacità di sgombero sanitario per via aerea e,

a volte, una certa carenza nel delicato e complesso settore dell'evacuazione sanitaria.

L'assenza di capacità chirurgiche a livello di Secondo Anello costituisce un altro importante fattore di criticità, in grado di limitare e condizionare sfavorevolmente il sistema. Peraltro entrambi i punti rappresentano problematiche ben conosciute e molti passi sono stati già intrapresi per cercare di risolvere le due questioni.

Altro dato importante da sottolineare è l'assenza di alcune branche sanitarie quali ad esempio la medicina veterinaria (teoricamente presente, ma in pratica inesistente), la medicina legale e la medicina del lavoro che, in un futuro prossimo, dovrebbero essere prese in considerazione al fine di acquisire un significativo miglioramento in termini di efficienza e capacità dell'intero Servizio Sanitario dell'ANA.

Anche le comunicazioni rappresentano un altro settore chiave che deve essere potenziato in un prossimo futuro: specialmente in corso di operazioni è fondamentale disporre di un sistema di comunicazioni rapido e preciso in caso di emergenze sanitarie.

In conclusione, anche se bisogna sempre tenere a mente la possibilità che molti ostacoli e difficoltà potranno ancora frapporsi e dovranno essere affrontati, non c'è dubbio che i Servizi Sanitari afgani sono sulla strada giusta per conseguire una completa autonomia ed indipendenza in termini di sostenibilità e capacità di operare efficacemente in ogni situazione.

Mohammed Akram Sameh
Generale di Brigata,
Comandante della 2^a Brigata
del 207° Corpo d'Armata Afgano

Graziano Giuseppe Parise
Colonnello,
Senior Medical Officer Mentor OMLT
IX Camp Sayar - Farah

NOTE

(1) Il neologismo «mentorizzare» viene usato per indicare l'azione di guida svolta dai Mentors (consiglieri) militari.

BIBLIOGRAFIA

ANA Doctrine 4-02.2, «Medical Evacuation», ed. 2009.

Stato Maggiore dell'Esercito - RIF, «La Dottrina Logistica dell'Esercito» M.6666 EI-1 A, ed. 2002.

ACE AD 85-8, «Medical support principles, police and planning parameters».

ANA Doctrine STP-8-86C-E4-5-SM-TG, «Health care specialist Skill Levels E4 and E5», ed. 2008;

ANA Doctrine 4-02.17, «Preventive Medicine Services», ed. 2009.

ANA Doctrine 4-02.6, «The Medical Company», ed. 2009.

Stato Maggiore dell'Esercito - Ispettorato per la Formazione e la Specializzazione, «L'impiego delle unità *Combat Service Support* (CSS)», Ed. 2005.

Stato Maggiore dell'Esercito - Comando Logistico, «Organizzazione del Servizio Sanitario Militare», ed. 2007.

Stato Maggiore dell'Esercito - Ispettorato Logistico, «Servizio Sanitario in Operazioni», ed. 2003.

NATO AJP - 1(D) ed. 7, «Allied Joint Doctrine», March 2010.

NATO AJP - 4 (A), «Allied Joint Logistic Doctrine», December 2003.

NATO ACE Directive 85-8, «Ace Medical Support», ed. 1997.

«Nato Logistics Handbook», ed. 1997.

ALP 9 (C), «Nato Land Forces Logistic Doctrine», ed. 2005.

Gli autori ringraziano per la collaborazione nella stesura del presente articolo:

- il Capitano Giancarlo Li Vecchi, Medical Officer mentor Kandak 5.2 OMLT IX Camp Sayar - Farah;
- il Tenente Marco Tribuzio, Medical Officer mentor Kandak 2.2 OMLT IX Camp Sayar - Farah;
- il Tenente Emanuele Pisani, Medical Officer mentor Kandak 2.2 OMLT IX Camp Sayar - Farah;
- il Tenente Pasquale La Prova, Medical Officer mentor Kandak 2.2 OMLT IX Camp Sayar - Farah;
- il Maresciallo Capo Luca Galimberti, NCO mentor Kandak 2.2 OMLT IX Camp Sayar - Farah;
- il Maresciallo Capo Antonio De Palma, NCO mentor Kandak 2.2 OMLT IX Camp Sayar - Farah.

