

# LA PROFESSIONE

MEDICINA, SCIENZA, ETICA E SOCIETÀ

*Trimestrale della Federazione nazionale  
degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri*



I . MMXII

150 ANNI DI UNITÀ D'ITALIA,  
100 ANNI DI ORDINE DEI MEDICI  
TORINO 10-II NOVEMBRE 2011

INTERVISTA A LEOLUCA ORLANDO  
“UNA COMMISSIONE PARLAMENTARE  
PER VIGILARE SULLA QUALITÀ DEI SERVIZI SANITARI”

LA PROFESSIONE MEDICA NEI 150 ANNI  
DELL'UNITÀ D'ITALIA. DALLA STORIA AL FUTURO.  
SANITÀ MILITARE E SOCIETÀ CIVILE  
LA MADDALENA 30 SETTEMBRE - 1 OTTOBRE 2011

IL CONTRIBUTO  
ISTRIA, TRENTO, SASSARI. LE ORIGINI DEL CODICE DI DEONTOLOGIA  
MEDICA ITALIANO

INTERVISTA A MARCO GARATTI  
“SUI FRONTI DI GUERRA, DIAMO ASSISTENZA SENZA DISCRIMINAZIONI”



# Indice

## **Torino, 10-11 novembre 2011**

150 anni di Unità d'Italia	
100 anni di Ordine dei medici .....	11

## **L'intervista**

Intervista a Leoluca Orlando	
“Una Commissione parlamentare per vigilare sulla qualità dei servizi sanitari” .....	19
<i>Eva Antoniotti</i>	

## **La professione medica nei 150 anni dell'Unità d'Italia. Dalla storia al futuro. Sanità Militare e Società Civile La Maddalena 30 settembre - 1 ottobre 2011**

Etica medica e sanità militare, un territorio da esplorare.....	27
<i>Maurizio Benato</i>	

Le ferite di Garibaldi.....	34
<i>Sergio Sabbatani</i>	
Il recente dibattito sull'etica militare: la bioetica militare e la questione di genere nella sanità militare .....	56
<i>Maurizio Balistreri</i>	
La sanità nell'Arma dei carabinieri .....	64
<i>Vito Ferrara</i>	
Criticità deontologiche nel contesto professionale del medico militare .....	67
<i>Col.Co.Sa.me. Marcello Giannuzzo</i>	
I Codici deontologici dei professionisti della salute in pace e in guerra.....	71
<i>Daniele Rodriguez</i>	
Due secoli al servizio del Paese in Guerra e Pace.....	90
<i>Antonio Santoro</i>	
Medicina e sanità nel processo di unificazione. Vicende di personaggi, di eserciti, di popolazioni .....	105
<i>Eugenia Tognotti</i>	
Il Centocinquantenario della fondazione del Corpo Sanitario Militare Marittimo .....	111
<i>Pietro Tommaselli</i>	
<b>Il contributo</b>	
Istria, Trento, Sassari. Le origini del Codice di deontologia medica italiano.....	125
<i>Sara Patuzzo</i>	

## L'Intervista

Intervista a Marco Garatti (Emergency)

“Sui fronti di guerra, diamo assistenza  
senza discriminazioni” .....141

*Eva Antoniotti*

# Organigramma

## **Comitato Centrale Fnomceo 2012-2014**

*presidente* Amedeo Bianco

*vicepresidente* Maurizio Benato

*segretario* Luigi Conte

*tesoriere* Raffaele Iandolo

*consiglieri* Giuseppe Augello

Hussein Awad

Sergio Bovenga

Nicolino D'Autilia

Raimondo Ibba

Antonino Maglia

Guido Marinoni

Sandro Sanvenero

Gianluigi Spata

Roberto Stella

Bruno Zuccarelli

## **Commissione nazionale Albo Odontoiatri 2012-2014**

*Presidente* Giuseppe Renzo

Giacinto Valerio Brucoli

Raffaele Iandolo

Sandro Sanvenero

Alessandro Zovi

## **Collegio dei Revisori dei Conti 2012-2014**

Ezio Casale

Salvatore Onorati

Francesco Alberti

Antonino Avolio (*supplente*)

Torino

10 - 11 novembre 2011

# 150 anni di Unità d'Italia 100 anni di Ordine dei medici

**LEGARE IN UN SOLO EVENTO** le celebrazioni per il 150° anniversario dell'Unità d'Italia e quelle per il Centenario dell'istituzione degli Ordini dei medici. Era questo l'obiettivo delle giornate organizzate a Torino, prima capitale italiana, il 10 e l'11 novembre dello scorso anno.

L'appuntamento ha raccolto diversi eventi: un Consiglio nazionale Fnomceo, l'assemblea nazionale delle Cao (Commissioni Albo Odontoiatri), l'assemblea annuale della Uemo (l'associazione europea dei medici di famiglia) e la riunione della Ceom, che riunisce i presidenti delle Federazioni nazionali degli Ordini dei medici dei diversi Paesi europei.

Ma al centro dell'attenzione c'era senza dubbio la cerimonia che si è svolta nello storico Teatro Alfieri, dove le bandiere tricolore rinviavano all'Unità d'Italia, idealmente collegata con il centenario dell'istituzione degli Ordini dei medici celebrato l'anno precedente.

Vi hanno preso parte oltre ai rappresentanti europei di Ue-

mo e Ceom, il vicepresidente vicario dell'Enpam Alberto Oliveti, il presidente nazionale Cao Giuseppe Renzo e i segretari nazionali dei maggiori sindacati medici italiani: Riccardo Cassi (Cimo), Roberto Lala (Sumai), Giacomo Milillo (Fimmg) e Costantino Troise (Anaa Assomed).

“I nostri Ordini, la nostra Federazione – ha detto Amedeo Bianco aprendo i lavori nella sua doppia veste di presidente dell'Ordine di Torino e presidente Fnomceo – sono perfettamente consapevoli del grande disagio che attraversa tutte le nostre professioni, chiamate a garantire qualità, efficacia, efficienza, appropriatezza in un contesto di crisi sociale, politica ed economica”. E proprio la crisi politica in atto, ha trattenuto a Roma il ministro della Salute Ferruccio Fazio, per partecipare al Consiglio dei ministri. Fazio ha comunque voluto partecipare all'evento, collegandosi telefonicamente con il Teatro Alfieri. Proprio in questa telefonata ha preannunciato le imminenti dimissioni del Governo, che avrebbero pochi giorni dopo portato all'insediamento del nuovo Governo “tecnico” guidato da Mario Monti. “Mi congedo da voi nel mio ruolo di ministro”, ha detto infatti Ferruccio Fazio rivolgendosi alla platea. “In questi anni – ha poi aggiunto – ho lavorato bene con voi e ho imparato ad apprezzare di più la nostra professione. È stato un arricchimento e ora voglio lavorare perché i progetti avviati, a cominciare dalla riforma degli Ordini della professioni sanitarie, non si interrompano”.

L'evento si è concluso con un commovente incontro tra passato e futuro della professione medica, portando sul palco i neolaureati in Medicina per pronunciare il giuramento professionale e i medici di Torino che quest'anno celebravano l'anniversario di 50, 60 e 70 anni della loro laurea per la consegna delle medaglie commemorative.

Nella giornata seguente, a margine dei lavori del Consiglio nazionale, sono stati presentati i libri appena pubblicati da Wal-

ter Gatti, direttore del portale web della Fnomceo, e Orfeo Notaristefano, giornalista che da anni collabora con la Federazione.

*Sanità e Web. Come internet ha cambiato il modo di essere medico e di essere malato in Italia*, questo il titolo del libro di Walter Gatti. Un lavoro corposo, che dà un quadro dettagliato di come il mondo della sanità italiano abbia affrontato la rivoluzione di internet. Poco più di quindici anni da raccontare, ma un cambiamento grande che ha investito tutti i protagonisti della sanità, medici, operatori, pazienti, politici e anche giornalisti. Prima di diventarne l'analista, Walter Gatti è un protagonista di questo cambiamento, visto che il portale da lui diretto è presente sul web fin dal 1998. Ed è anche un appassionato, come rivela nelle conclusioni: "non farei mai a meno delle possibilità che mi offrono i digital-media, ma non sono così web addict da sottovalutarne le portate negative, che in ambito health sono evidenti e potenzialmente altrettanto pericolose di un errore in corsia". Per scongiurare i pericoli della rete, Gatti si augura che l'esperienza on line si coniughi con due "skills antropologici per una sana vita digitale": ricerca e ragionevolezza. E per rafforzare l'augurio, cita Dante: "fatti non foste a viver come bruti, ma per seguir virtute e conoscenza".

Ma come è cominciata la storia dei rapporti tra sanità e web? Gatti fissa la data al 1993, quando vanno on line sia l'archivio di *Medline* che *Eric* (Education Resource Information Center). E in Italia si comincia subito dopo, con *Dica33* (1994), il sito di informazioni sulla salute rivolto al grande pubblico. Considerando che la *Repubblica* arriverà sul web solo nel 1996, Gatti rimarca come "la comunicazione italiana in ambito medico non fosse per nulla in ritardo, anzi quasi anticipasse i tempi degli editori generalisti".

In pochi anni internet stravolge il panorama, tanto che Salvino Leone, ginecologo e fondatore dell'Istituto siciliano di Bioetica, nell'intervista pubblicata in questo volume dice: "Il

*Walter Gatti*

*Sanità e Web.  
Come internet  
ha cambiato il modo  
di essere medico  
e malato in Italia*

*pp. 330, Springer,  
Milano 2011*

rapporto medico-paziente si è sviluppato nell'arco dei secoli in senso essenzialmente duale (...). Oggi in questo rapporto esclusivo si è inserito un 'terzo scomodo' cioè Internet".

Il risultato è che oggi, secondo una ricerca realizzata dall'Ordine dei medici di Napoli, i pazienti che arrivano in uno studio medico "non avendo mai consultato il web" sono davvero pochi, tra il 13,3% e l'11,8%. Dall'altra parte, secondo uno studio Censis del 2010, circa la metà dei medici utilizza comunemente gli strumenti informatici, ma c'è ancora un 30,2% di "retroguardia", che utilizza raramente il web, un 6,3% di "tradizionalisti", che non lo usano nella loro pratica professionale, e addirittura un 15,8% di "contrari".

Ma i numeri non bastano a raccontare questa vera rivoluzione, per questo il volume raccoglie anche, attraverso molte interviste, le esperienze e le opinioni di rappresentanti delle associazioni del mondo medico e sanitario: Cosimo Nume e Luigi Conte ripercorrono l'evoluzione del portale Fnomceo, Barbara Mangiacavalli tratteggia ruolo e funzione del sito della Federazione dei Collegi infermieristici, Andrea Mandelli illustra l'impegno della Fofi sul web.

Inevitabile poi una descrizione del mondo delle associazioni di cittadini, dei siti istituzionali di Regioni e istituzioni sanitarie. Ma soprattutto interessante l'approfondimento del rapporto con Internet da parte delle industrie farmaceutiche "motore e portafoglio del web". "La crisi planetaria e il ripensamento del web hanno colpito anche le pharma, che non sono più disposte a investire con la precedente facilità", scrive Gatti. E questo, ovviamente si ripercuote su chi fa della comunicazione in sanità il proprio lavoro. Sintetizzando le interviste raccolte, Walter Gatti sottolinea come editori e giornalisti sentano le difficoltà del momento e lo stallo della situazione. Cesare Fassari, direttore di Quotidiano Sanità, propone come via d'uscita la sfida della qualità: "Ci sono editori e imprenditori che non fanno nulla se non ci sono investimenti dell'industria

farmaceutica. Massimo rispetto per loro, ma noi cerchiamo di battere una strada diversa: il ‘più’ di qualità è fondamentale”.

Il libro di Orfeo Notaristefano, che vanta prefazioni multiple firmate da Amedeo **Bianco**, Giuseppe **Lumia**, senatore della Commissione Parlamentare Antimafia, e Ignazio **Marrino**, presidente della Commissione parlamentare d’inchiesta sul Servizio sanitario nazionale, rivela nel titolo i suoi temi: Sanità, medicina, etica e deontologia.

Raccogliendo i materiali della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri e le riflessioni sociali condotte sui Rapporti Censis, Notaristefano ricostruisce come la tematica etica in medicina si sia andata sviluppando. “Il mio libro – ha spiegato Notaristefano nel corso della presentazione a Torino – ripercorre gli ultimi sette anni del cammino della Fnomceo. Una selezione di documenti che dimostra come questi anni, in particolare gli ultimi cinque, positivamente segnati dalla presidenza di Amedeo Bianco, siano stati fondamentali. Anni nei quali la Federazione ha conquistato una crescente centralità nella politica sanitaria italiana, ottenendo un posto di prestigio ai Tavoli istituzionali. Questo libro può rappresentare una tappa, un momento del cammino di miglioramento della Professione medica. Non dobbiamo, infatti, commettere l’errore di accontentarci, di rimanere fermi al presente. Al contrario, ritengo che questi ultimi cinque anni abbiano testimoniato che la Federazione ha avuto il coraggio di lanciare il cuore oltre l’ostacolo, grazie proprio alla presidenza di Amedeo Bianco”.

*Orfeo Notaristefano*

*Sanità, medicina,  
etica e deontologia*

*pp. 544, Ponte Sisto,  
Roma 2011*



## “Una Commissione parlamentare per vigilare sulla qualità dei servizi sanitari”

*di Eva Antoniotti*

*Leoluca Orlando è uomo di molti interessi, dal cinema al football americano. Ma la sua vera passione è la politica, dove ha mostrato di esser capace di ricoprire incarichi anche assai diversi, tanto a livello locale, nella “sua” Sicilia, che a livello parlamentare nazionale. Proprio in questi giorni ha registrato un grande successo personale con la candidatura a sindaco di Palermo. E proprio per questo, come ha dichiarato più volte, probabilmente lascerà gli incarichi parlamentari, a cominciare dalla presidenza della “Commissione parlamentare d’inchiesta sugli errori in campo sanitario e le cause dei disavanzi sanitari regionali”. Nell’intervista che pubblichiamo Leoluca Orlando illustra il lavoro compiuto da questo organismo, creato con il governo Prodi ma che di fatto si è reso pienamente operativo proprio con la sua presidenza.*

**Presidente Orlando, qual è il compito proprio della Commissione da lei presieduta?**

Credo che il nostro vero obiettivo sia far crescere la qualità

e la sicurezza dei servizi del Ssn. Un obiettivo che si può raggiungere non nascondendo la polvere sotto il tappeto, ma avendo la pazienza e il coraggio di andare a vedere la realtà. Noi ci occupiamo di due filoni. Il primo riguarda gli errori sanitari e dunque la tutela della salute dei cittadini attraverso tutti i servizi, dall'attività ospedaliera, all'urgenza-emergenza, alla veterinaria. L'altro filone è quello dei disavanzi sanitari regionali, ovvero le Regioni sottoposte ai Piani di rientro.

Accade che molto spesso che le cose si intreccino, perché la percentuale più alta dei casi di presunti errori sanitari a noi denunciati riguarda Sicilia, Calabria, Lazio e Puglia, che guarda caso sono tutte Regioni sottoposte a Piani di rientro, a conferma, se ve ne fosse bisogno, che non sempre chi spende di più spende bene.

**Indagare sui presunti errori sanitari è questione molto delicata. Come vi accostate a questi casi?**

Analizzando gli errori sanitari bisogna distinguere il “chi” dal “perché” di un determinato evento.

Ci siamo occupati di oltre 500 casi di errori sanitari, colmando un'anomalia del nostro Paese dove non esiste un sistema di monitoraggio centralizzato sugli errori sanitari, nonostante ne sia stata proposta la creazione più volte. E la nostra esperienza ci porta a dire che quasi mai il “chi” coincide con il “perché”. Dobbiamo chiederci sempre se ci sono anomalie, disfunzioni organizzative che hanno portato o facilitato l'errore.

**In quali casi intervenite?**

Quando veniamo a conoscenza di un caso, attraverso i mezzi di informazione o attraverso una vera denuncia, chiediamo all'organo regionale competente di farci avere una relazione, chiedendo allo stesso tempo di sapere se siano già stati presi provvedimenti cautelari e se l'evento si è realizzato in presenza di anomalie funzionali o organizzative.

Ovviamente, nel caso di denunce dirette dei cittadini, queste devono essere accompagnate dalla perizia di un medico e di un legale di fiducia, per evitare che diventino oggetto del nostro esame legittime reazioni, non fondate però su basi concrete.

### **Avete mai ricevuto denunce da parte di medici?**

Quando la politica impone un primario, può succedere che poi, se si verifica un incidente, finisca sotto processo il medico “incompetente” che era di turno. Oggi uno dei problemi del Ssn italiano è la paura: ricevo personalmente tantissimi medici che mi raccontano situazioni di precarizzazione del personale, disfunzioni organizzative, mancato collegamento tra punto nascita e neonatologia, cattivo sistema di elitransporto. “Lo sapevo che sarebbe finita così”, dicono per commentare il caso, il presunto “errore”. E se chiedo perché non hanno denunciato tutto questo, mi rispondono che temono di perdere il posto di lavoro.

Ma come si fa ad essere un professionista responsabile fino in fondo del proprio operato se non si può pretendere di avere tutto ciò che serve a fare il proprio lavoro in modo efficiente?

### **A suo parere che rapporto deve esserci tra politica e sanità?**

La politica deve fare dieci passi avanti nella tutela della salute dei cittadini e venti indietro rispetto alla gestione della sanità. Lo spoil sistem senza paletti è devastante. La nostra relazione sulla Calabria, ad esempio, che a conferma del profilo istituzionale abbiamo approvato all’unanimità, rivela che sostanzialmente c’è stata una assoluta subalternità della tutela della salute dei cittadini alle logiche lottizzatrici e clientelari. Così uno dei principi era “un ospedale non si nega a nessuno”: e invece un ospedale o è davvero efficiente o è una trappola mortale. E con tanti ospedali, in Calabria abbiamo il primato della mobilità verso l’esterno e della mobilità in-

terna. Con il risultato che molti pazienti muoiono nel passaggio.

**In quanti casi avete riscontrato una reale responsabilità da parte dei medici?**

Meno del 2% dei contenziosi penali si concludono con la condanna dei medici e noi abbiamo cifre simili. Questo significa che bisogna smettere di indicare il medico come unico responsabile, che anzi spesso è, insieme al cittadino malato, una vittima, poiché non è messo in condizione di lavorare all'altezza della sua professionalità. Per capirci: nessuno ovviamente può dimostrare che i medici calabresi siano ontologicamente meno bravi dei medici toscani o lombardi, ma certo lavorano in situazioni più difficili.

Inoltre, a noi è capitato di mandare note di apprezzamento a medici che erano stati oggetto di denunce da parte dei ammalati, perché purtroppo esistono mali medici, ma anche mali avvocati, mali assicuratori e mali malati.

**Avete anche condotto un'inchiesta sulla situazione dei Punti nascita in Italia. Che risultati ha dato?**

Abbiamo diffuso questionari in tutte le strutture, grazie anche alla collaborazione di Aogoi e Sigo, e abbiamo delineato un quadro con diversi aspetti critici. Il più noto è quello dei parti cesarei, che secondo l'Oms dovrebbero riguardare circa il 15% dei parti, mentre in Campania ad esempio arrivano ad essere il 62% del totale, con cliniche dove si supera l'80%.. Abbiamo scoperto anche che solo il 14% delle strutture offre la possibilità del parto indolore e che praticamente non esistono strutture di mediazione culturale, nonostante in alcune aree i parti di donne straniere siano il 25% del totale.

E un aspetto su cui occorre intervenire subito è quello dei piccoli Punti Nascita: ce ne sono alcuni che non arrivano a 100 nascite all'anno, quando il piano elaborato dal ministero della Salute dice che dovrebbero essere mille o almeno

500. Questo è un vero problema culturale: bisogna spiegare alle donne, alle famiglie, ma anche ai sindaci che un Punto nascita a bassa utenza è pericoloso e che è molto meglio andare a partorire a venti km da casa. Noi vogliamo aiutare le Regioni che fanno questo percorso.

**Ha citato più volte la Calabria, che è stata esaminata dalla vostra Commissione. Ma perché vi occupate anche delle Regioni sottoposte ai Piani di rientro? Non sono già monitorate dal ministero della Salute?**

Le Regioni con i Piani di Rientro vengono seguite contemporaneamente anche dal ministero dell'Economia, nel cosiddetto "tavolo Massicci", e dal ministero della Salute, con la responsabilità di Filippo Palumbo.

Noi però ci occupiamo di un aspetto diverso: non sindaciamo la regolarità contabile, che resta affidata ai professionisti del "tavolo Massicci", ma cerchiamo piuttosto di capire cosa è stato colpito dai tagli, perché ovviamente questo non è senza conseguenze. La nostra attenzione è rivolta non al "quanto", ma piuttosto a "cosa": va bene tagliare gli sprechi, benissimo tagliare le ruberie, ma se si tagliano i servizi non va bene.

Questa premessa va fatta, anche perché oggi viviamo in una condizione di strutturale debolezza del ministero della Salute. Dieci anni fa il ministero della Sanità era tra i più potenti, poi per qualche tempo venne addirittura soppresso e oggi resta stretto tra due tenaglie: il ministero dell'economia e le Regioni, cosa che provoca un'oggettiva debolezza istituzionale del ministero della Salute che produce un'oggettiva prevalenza, che è scritta nelle norme e non dipende dalla qualità delle persone, dell'Economia sulla Salute.

**Si può dire che il vostro sia un monitoraggio alla qualità dei servizi.**

Esattamente: noi cerchiamo di compensare l'attenzione alla qualità dei servizi sanitari. Ciò su cui vigiliamo è che i citta-

dini ricevano tutti prestazioni sanitarie di buon livello, a prescindere dal territorio in cui vivono.

**La crisi economica sta minacciando la sostenibilità del nostro sistema sanitario. Lei crede che saremo costretti a ridurre i servizi?**

Io credo che, guardando anche il panorama internazionale, i sistemi che funzionano meglio sono quelli che equiparano pubblico e privato oppure quelli che privilegiano nettamente il pubblico.

Certo anche in questi casi possono esserci sprechi e ruberie e le peggiori disfunzioni le abbiamo lì dove formalmente si sceglie il pubblico, affidando al privato una funzione di supplenza, ma di fatto, con un gioco di ipocrisie, non c'è un privato di eccellenza, un privato in vera concorrenza col pubblico, ma il privato è la fotografia della disfunzione del pubblico.

In quello che dico non c'è nulla di ideologico: il Canada, ad esempio, non è certo un paese comunista, eppure là non esistono cliniche private, perché il pubblico funziona talmente bene che nessuno andrebbe a farsi curare in una struttura privata.

**Ma lei che sistema sanitario vorrebbe per l'Italia?**

Certamente io preferisco un sistema pubblico, ma quando il pubblico, come accade in alcune zone d'Italia, è sostanzialmente l'anticamera per affari inconfessabili del privato, allora ...

Insomma, si torna sempre al rapporto che deve esistere tra Stato e mercato. Credo, con uno slogan, che occorra più Stato nello Stato e più mercato nel mercato. Ovvero: ognuno deve fare la sua parte. In modo trasparente.

La professione medica  
nei 150 anni dell'Unità d'Italia.  
Dalla storia al futuro. Sanità  
Militare e Società Civile

La Maddalena  
30 settembre - 1 ottobre 2011

# Etica medica e sanità militare, un territorio da esplorare

*di Maurizio Benato*

Vicepresidente Fnomceo, presidente Omceo Padova

PARLARE ED OCCUPARSI DI ETICA PROFESSIONALE in ambito sanitario rappresenta sicuramente una sfida complessa sotto diversi profili: filosofico, culturale, scientifico, professionale e storico. Una sfida cui non ci siamo mai sottratti. La professione medica è in continuo divenire sul piano delle conoscenze, delle tecnologie e dell'organizzazione, aspetti questi che impongono una costante riflessione. L'obiettivo è far emergere, condividere e realizzare nell'ambito del servizio sanitario l'insieme dei valori e dei relativi comportamenti, adeguandoli alle logiche e agli assetti organizzativi, alla modalità e alla tipologia delle prestazioni erogate, alle modalità relazionali individuate, avendo come esclusivo riferimento la missione del medico.

Nel corso di questi ultimi anni la Fnomceo ha affrontato diverse tematiche per tanti versi innovative: mi riferisco in particolare alla tutela dell'Ambiente, alla promozione della Salute Globale all'organizzazione sanitaria di una società multiculturale, tematiche con cui il medico è chiamato spesso a confrontarsi. Il risultato di queste riflessioni è stato riassunto in documenti che di volta in volta abbiamo definito con il termine di *Carte Etiche* o *Manifesti*, documenti che indicano alla professione i binari entro cui il medico è chiamato a muoversi e si richiamano a logiche e valori che dovrebbero essere elementi fondanti del pensiero etico medico e del Codice deontologico.

Un primo passo, ad esempio, è già stato fatto in occasione della stesura dell'ultimo Codice Deontologico, con l'inserimento tra i doveri del medico anche dell'educazione alla salute avendo particolare attenzione all'ambiente in cui si vive.

Mi preme sottolineare che il Codice deontologico attiene al ruolo specifico svolto dal medico nella società indipendentemente dai suoi valori morali, valori che potrebbero anche confliggere con le disposizioni del Codice stesso.

L'esperienza personale – in cui per circa un anno sono stato dirigente di un servizio sanitario aeronautico in un reparto operativo dell'alta Italia – e la lunga frequentazione che mi lega al generale Mammana e ai vertici della Sanità Militare mi hanno consentito di approfondire questa inesplorata tematica. La sanità militare è un territorio per tanti versi inesplorato dalla riflessione etica e da non molto ci sono anche segni di grande sensibilità e attenzione da parte dei vertici militari a non accettare comportamenti che non rispettino i criteri di giustizia ormai condivisi all'interno della nostra comunità.

La riflessione si presenta però ancora fragile anche perché le problematiche bioetiche sono affrontate in maniera settoriale e rispondono per lo più a necessità contingenti, come emerge chiaramente da alcune pubblicazioni<sup>1</sup>.

Eppure i contenuti nella Sanità militare sono rimasti invariati negli anni e a tal proposito appare anche ininfluente l'operato dei vertici, ragion per cui il dovere del medico militare è rimasto pressappoco lo stesso dovere di quel collega che si è trovato nella trincea della Grande Guerra sull'Ortigara o sul Cengio, sul Don o ad El Alamein e che si trova oggi nelle operazioni "fuori area".

---

1. Victor W. Sidel, md\*; and Barry S. Levy, md, mph†, *Physician-soldier: a moral dilemma?*; Michael E. Frisina\*, *Medical ethics in military biomedical research*

La professione militare e del medico militare in particolare ha acquisito nella nostra società un'importanza sempre crescente, dovendo rispondere ai bisogni sociali, economici e culturali della società e questo vale ancor più ora, visto che chi tra di noi indossa oggi le stellette lo fa per sua scelta e con una aspettativa di autorealizzazione professionale. In tutte le istituzioni sta crescendo il bisogno di affinamento delle doti morali e di miglioramento del comportamento individuale, proprio perché da questi aspetti dipendono la fiducia, la stima, la considerazione nonché l'approvazione da parte dei cittadini. La sociologia militare non ha ancora riflettuto molto sull'essenza della professione militare. Forse perché manca ancora quel grado di maturazione teorica indispensabile per potersi misurare con il complesso e composito oggetto della sua potenziale speculazione.

Questo convegno nasce anche per questo: per delineare un percorso condiviso che porti a definire alcune norme comportamentali – norme che peraltro sono già assodate e di fatto applicate – in ambiti in cui queste tematiche non hanno ancora raggiunto il rango di disposizione normativa vincolante.

#### PROGETTAZIONE E REALIZZAZIONE DI UNA CARTA ETICA PER I MEDICI MILITARI

L'obiettivo generale del progetto consiste nell'individuare, definire e trascrivere in un contesto di totale condivisione i principi che uniformano la medicina militare, sia come etica "della" struttura sanitaria nei rapporti verso l'esterno (cittadini in armi e committenza), sia come etica "nella" struttura, vale a dire nell'agire professionale di ogni operatore all'interno delle complesse relazioni interpersonali che sussistono in ogni gruppo di lavoro.

Per realizzare una Carta Etica devono essere soddisfatti i seguenti criteri.

*Obiettivo generale*

- Creazione di contesti di comunicazione, confronto e discussione in cui la Fnomceo per la sua funzione di coordinamento degli Ordini provinciali, i responsabili della Sanità Militare e il Ministero della Difesa possano, all'interno di una specifica cornice, esprimere il loro parere in merito agli aspetti etici e ai valori sottesi alle diverse modalità relazionali e relative criticità individuate, con cui svolgono il loro compito tecnico-professionale nei confronti dei cittadini.
- Creazione e sviluppo di contesti di ascolto e confronto con le Associazioni Civiche, per poter condividere le criticità riscontrate nel rapporto con i cittadini e individuare nuovi modelli relazionali.
- Conoscenza reciproca e confronto di quelle che sono le specifiche norme contrattuali e regolamentari proprie delle strutture d'appartenenza, allo scopo di realizzare un'integrazione e una condivisione a livello operativo dei diversi aspetti e delle diverse modalità relazionali, che possono prendere la forma di procedure etico-organizzative.

La Carta dovrà necessariamente essere soggetta ad una periodica revisione, revisione che potrà contenere tutti gli aspetti innovativi conseguenti a nuove riflessioni etiche.

La Carta Etica dovrà presentarsi come strumento trasparente, così da consentire se vi è coerenza fra scelte praticate e valori enunciati, rendendo visibili la qualità e il senso profondo delle dimensioni immateriali che i medici militari individueranno come istanze etiche.

La Carta Etica si declina quindi su un piano astratto indicando pertanto degli “orizzonti di idealità” o “principi” che realizzano un progetto di “Sanità militare” strettamente correlato con la capacità di individuare e di rispondere ai bisogni di salute, secondo un modello organizzativo e manageriale sostenuto da elementi di qualità chiaramente descritti e quindi verificabile.

Solo a queste condizioni i valori, le scelte programmatiche e le modalità relazionali che vengono descritte nella Carta rappresentano strumenti d'orientamento politico dell'organizzazione, possono costruire relazioni di fiducia con le istituzioni e i cittadini e consentono di ottenere il riconoscimento esterno della propria identità.

#### I VALORI

Questa dimensione è costituita dalla descrizione dell'insieme degli aspetti etico morali e valoriali individuati dagli operatori del gruppo di lavoro che si ritengono auspicabili, adeguati, corretti e necessari nel caratterizzare le modalità relazionali.

#### *Obiettivi specifici*

#### GLI IMPEGNI

Questa dimensione è costituita dall'insieme degli impegni che i medici militari assumono nei confronti dei cittadini, sotto forma di azioni concrete, comportamenti professionali e modalità relazionali quali quelle prima descritte, quindi azioni, comportamenti e modalità relazionali che siano osservabili e valutabili, in assetti organizzativi predisposti ad hoc e adeguati. Si tratta di aspetti comunicativi, modalità comportamentali e relazionali, coerenti con i valori, in quanto ne rappresentano la migliore concretizzazione individuata dagli operatori stessi. L'elenco dei valori e l'elenco degli impegni consentono l'aggiornamento delle missioni della medicina militare e rappresentano la base per costruire e/o rielaborare le missioni delle Unità Operative.

#### LA PROFESSIONALITÀ

La dimensione delle professionalità, intesa come parte integrante della carta etica, comprende l'individuazione e la descrizione di impegni specifici. La parte della Carta riguardante la professionalità prende in considerazione gli impegni assunti per dare una risposta a specifici bisogni di salute

e alle necessità di particolari aree sanitarie critiche che – inevitabilmente – hanno una forte ricaduta sui cittadini e la società.

#### “CARTA ETICA DEL MEDICO MILITARE”

#### *Possibili Tematiche*

- L'indipendenza del medico e del suo operato nei confronti della gerarchia; la doppia figura dell'Ufficiale e del Medico.
- Ruolo, dipendenze e vincoli dell'Ufficiale medico in corso di operazioni fuori area.
- L'Ufficiale Medico e la convenzione di Ginevra.
- Posizione (di rifiuto) dell'Ufficiale medico italiano nei confronti delle armi NBC (garanti delle scelte politiche italiane...ovviamente!)
- Garante della “umanizzazione” del triage ovvero rivisitazione dei principi del Triage alla luce del Codice deontologico di oggi.
- L'Ufficiale Medico rifugge le pratiche di tortura e costrizione fisica dei prigionieri (... in quanto garante delle scelte del Governo Italiano !).
- L'Ufficiale Medico promuove la cultura del rispetto ambientale anche in corso di missioni al di fuori del territorio nazionale (vedi smaltimenti rifiuti ospedalieri e tossici ... che già pratichiamo!).
- L'Ufficiale Medico, nello svolgimento del servizio, ed in particolare in corso di missioni al di fuori dei confini nazionali, si impegna al rispetto delle diverse identità culturali e religiose.
- L'Ufficiale Medico italiano condivide e promuove la partecipazione italiana alle missioni internazionali di soccorso umanitario. Avendo il privilegio di potere esprimere la professione medica nell'ambito di un contesto extraterritoriale, è fiero di adoperarsi in favore di popolazioni straniere meno fortunate e dello stesso personale del contin-

gente, nazionale o internazionale, inviato per supportare quelle popolazioni; dichiara con orgoglio la propria dedizione a questa finalità, che configura uno degli scopi più antichi e nobili del Medico Militare di una nazione evoluta .

- Medico Militare quale figura che si impegna a garantire vigilanza anche in tema di mobbing, inteso quale fenomeno che genera nocumento al benessere psicologico.
- La formazione e l'aggiornamento sono obiettivi fondamentali nella dinamica di vita e di lavoro dell'Ufficiale Medico.

# Le ferite di Garibaldi

*di Sergio Sabbatani*

Unità Operativa di Malattie Infettive Policlinico S.Orsola Malpighi,  
Bologna.

IL PERSONAGGIO STORICO CHE PIÙ DI OGNI ALTRO evoca un'immagine positiva ed eroica del risorgimento italiano, l'uomo che ha rappresentato per intere generazioni l'ideale di riferimento, che ha dimostrato, durante tutta la sua vita, di essere immune da sentimenti egoistici e da interessi personali ed infine che si è donato senza riserve al progetto risorgimentale è il Generale Giuseppe Garibaldi.

Sintetizzare in poche pagine il racconto relativo agli aspetti sanitari delle cinque ferite da arma da fuoco, che nel loro accadere finiscono per intrecciarsi con le complesse vicende risorgimentali, è compito arduo. Tenteremo di assolvere al compito che ci è stato affidato, rimandando tuttavia il lettore, maggiormente interessato, alla lettura dei lavori più estesi che abbiamo citato in bibliografia.

*1832. La ferita  
del Mar Nero*

Garibaldi la prima ferita, la più leggera, se la procurò nel 1832, a 25 anni, quando ottenuta la patente di capitano di

II° classe, imbarcato sul *Clorinda*, veleggiando nel Mar Nero, la nave venne assalita dai pirati; l'equipaggio reagì e nel corso della scaramuccia il giovane marinaio fu ferito leggermente ad una mano. È interessante precisare che Garibaldi aveva già conosciuto le idee mazziniane ad Istanbul frequentando nella Capitale dell'Impero Ottomano esuli italiani.

Veniamo alla seconda ferita. Nel 1836, Garibaldi esule dalla Liguria, condannato a morte, era sbarcato nell'America Meridionale. Unitosi ad un gruppetto di fuoriusciti italiani, repubblicani convinti, che sostenevano il governo della piccola Repubblica del Rio Grande del Sud, da poco separata ed in guerra con il grande impero del Brasile, mette a disposizione le sue competenze marinaresche e di guerrigliero, per sostenere la causa repubblicana. Inizia così un'attività di corsaro e nel maggio del 1837 riesce a catturare una goletta, ribattezzata "Mazzini". La "guerra di corsa" davanti all'estuario del Rio della Plata risultò essere intensa ed efficace, ma il 15 giugno del 1837 la nave venne attaccata dalle truppe governative ed il timoniere ucciso. Subito Garibaldi prese il timone abbandonato, ma fu anche lui colpito al collo da un proiettile, cadendo come morto (figura 1). La nave riuscì a fuggire verso Santa Fè, sul Paranà. Luigi Carniglia, un esule ligure, si prese cura del ferito che rimase tra la vita e la morte ed in preda alla febbre per 8 giorni, fino a che, giunti in Uruguay, il giovane chirurgo Ramon Delarea estrasse il proiettile dalla ferita. In seguito di questo scontro la nave fu sequestrata e Garibaldi venne imprigionato. Dopo qualche tempo l'Eroe dei due Mondi così scriveva all'amico Cuneo: *"Le mie ferite sono quasi dimenticate, come pure l'operazione alla cervice. Era entrata, quella maledetta palla, sotto l'orecchio sinistro e dopo avere attraversato diagonalmente il collo, si era fermata sotto l'orecchio destro a mezzo*

*1837. La ferita sul Rio della Plata*

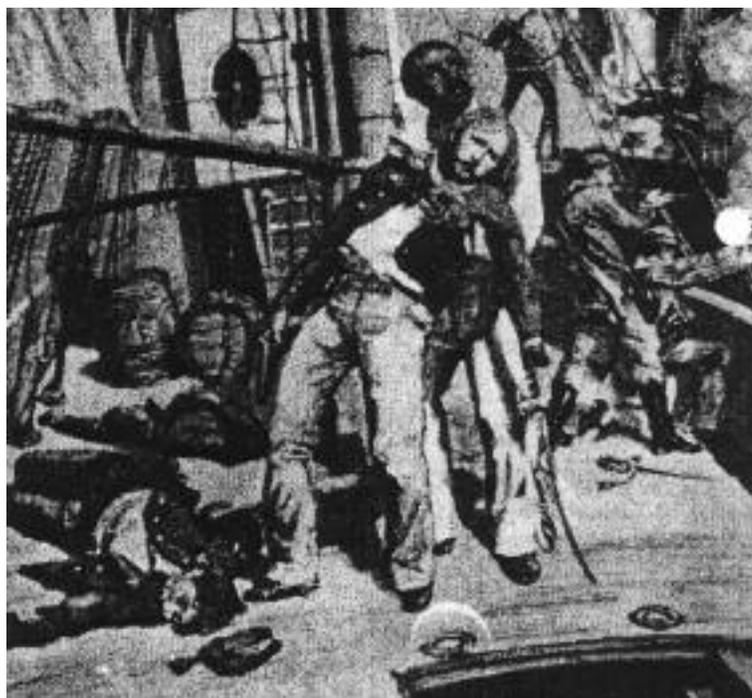
*pollice dalla cute, e mi ha regalato di una operazione di circa mezzaora che dava gusto, massivamente quando il dottore mi scostava i tendini nervosi fra i quali si era incastrata. La ferita del braccio destro, fu leggerissima<sup>1</sup>; solo la palla me lo aveva lambito”. Firmato. Borel<sup>2</sup>.*

### *1837. La Tortura*

Imprigionato dal Governatore di Gualaguay, Leonardo Milan, Garibaldi gode inizialmente di una certa apparente libertà che lo induce a fuggire, ma una spia infiltrata ne favorisce di nuovo la cattura. Posto sotto interrogatorio gli viene inti-

1. Garibaldi fa riferimento ad una seconda ferita procuratasi durante lo scontro, di striscio, di poco conto.
2. Nome di battaglia di Garibaldi in Sud America.

FIGURA 1 - GARIBALDI FERITO IN UN  
COMBATTIMENTO NAVALE SUL RIO DELLA PLATA



mato di denunciare gli affiliati ed i complici nella fuga, Garibaldi si rifiuta di parlare, allora i suoi aguzzini gli infliggono la tortura mediante slogature delle articolazioni procurate mediante la corda. La tortura gli causa uno svenimento e quando riprende conoscenza il Governatore gli rinnova la richiesta di denunciare i compagni. Garibaldi per tutta risposta nell'intento di dimostrare la sua forte ribellione ed il suo sdegno sputò in faccia a Millan. La figura 2 rappresenta la scena con efficacia realistica.

Dopo la vicenda Sud americana ed altre avventure in giro per il mondo, ritroviamo nel 1849 Giuseppe Garibaldi a Roma a difendere la Repubblica. Il 30 aprile, fuori Porta San Pancrazio<sup>3</sup>, un proiettile sparato da un milite francese lo avrebbe ucciso se non avesse incontrato il manico del suo pugnale. Questa fucilata gli produsse “una piaga circolare”, come scrisse in seguito il medico garibaldino Pietro Ripari, all'altezza

*1849. La ferita  
a Porta S. Pancrazio*

3. A porta San Pancrazio morirono il suo assistente Andrea Aguyar, detto il Moro di Garibaldi, ed il comandante dei lancieri Masina.

FIGURA 2 - GARIBALDI SOTTOPOSTO A TORTURA IN SUD AMERICA



dell'ipocondrio destro, in corrispondenza del fegato. La piaga si protrasse per diversi mesi, ma pochissimi erano al corrente che il Generale era stato ferito, Egli era sempre in prima fila nel guidare l'attacco. Il giorno dopo essere stato colpito inseguì i francesi, mentre fuggivano verso Civitavecchia e la ferita non gli impedì di partecipare alla battaglia di Palestrina e di combattere a Velletri, contro il Re di Napoli. Nel-

FIGURA 3 - FUCILE FRANCESE DA FANTERIA MODELLO 1842 <MOLLA IN DIETRO>

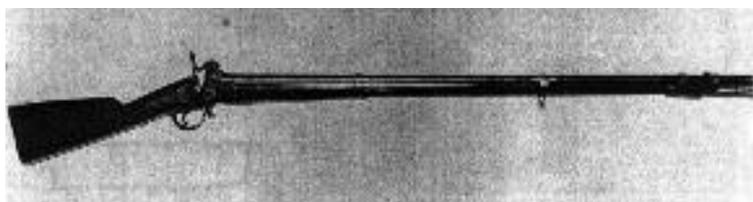
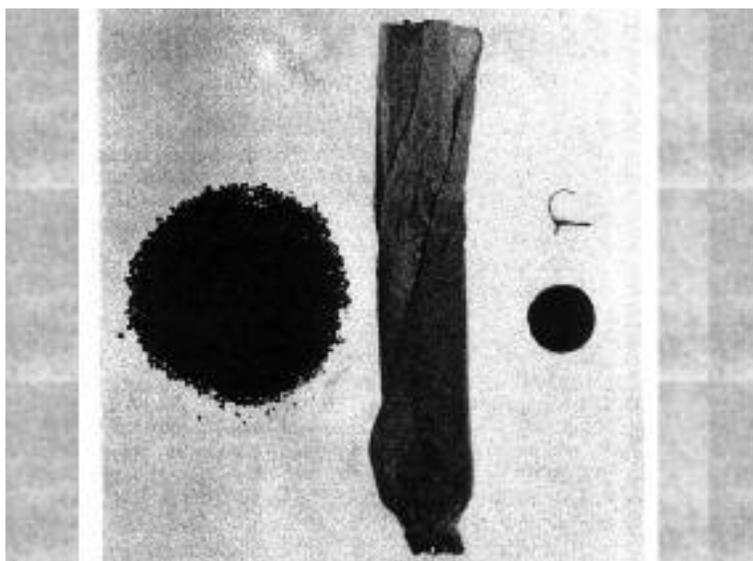


FIGURA 4 - CARTUCCIA ORIGINALE D'EPOCA DIVISA NEI SUOI COMPONENTI: POLVERE NERA, CARTA, PROIETTILE SFERICO, LEGACCIO



la figura 3 viene presentato il fucile in dotazione nel 1849 all'esercito francese durante l'assedio di Roma, si tratta di un'arma che aveva un traguardo fisso, tarato sui 150 metri, che sparava una cartuccia lunga circa 8 cm contenente una palla sferica di piombo molle, calibro 17mm, pesante 28 gr. ed ove erano inseriti 8 gr. di polvere nera (figura 4). La piaga fu curata, come riportò Ripari, con: "*faldella spalmata di unguento rosato, tenuta a posto da compressa e larga fascia che girava sei volte il corpo*".

Alla distanza di 150 metri, prove eseguite nel 1855 davano, su tavolette di legno di abete, 12 cm di penetrazione. Alla luce di questi dati dobbiamo dedurre che il manico del pugnale di Garibaldi doveva essere particolarmente robusto; inoltre, il tiro che poteva essergli fatale venne sparato molto probabilmente da una distanza superiore ai 150 metri.

Veniamo ora alla ferita dell'Aspromonte (la quarta), quella che è rimasta maggiormente nota nella storia dell'epopea risorgimentale. Questo sconcertante episodio macchiò con un marchio d'infamia coloro che il 29 agosto del 1862 procurarono al condottiero una ferita che lo avrebbe potuto uccidere.

È necessario ora un brevissimo inquadramento storico-politico. Roma nel 1861, dopo la proclamazione del Regno d'Italia, rimaneva in mano al Pontefice Pio IX inoltre lo Stato Pontificio godeva della protezione dell'Imperatore dei Francesi, Napoleone III. Non dimentichiamo che dopo gli accordi di Plombiers la Francia aveva sostenuto nel 1859 gli Stati Sardi nella II Guerra d'Indipendenza contro l'Impero Austro-Ungarico; questo appoggio aveva consentito sia l'unione della Lombardia al Piemonte sia l'innescò del processo unitario che aveva dato vita, due anni dopo, al Regno d'Italia. Con la morte di Cavour la guida politica del nuovo Regno era fragile e la Francia premeva perché non ci fossero colpi di mano verso lo Stato Pontificio. Per converso i re-

*1862. La ferita  
dell'Aspromonte*

pubblicani italiani erano fortemente delusi, fremevano perché con l'acquisizione degli Stati dell'Italia centrale e dopo l'annessione del Regno di Napoli da parte dei Savoia, si era ulteriormente rafforzato il partito monarchico; i repubblicani con Mazzini in testa vedevano che gli sforzi da loro compiuti, sotto la guida militare di Garibaldi, erano stati paradossalmente strumentalizzati dai Savoia e dai conservatori, indebolendo le loro aspirazioni.

Dopo l'impresa dei Mille il prestigio di Garibaldi era enorme in Italia e all'estero, ma questo carisma era avvertito negli ambienti conservatori come una spada di Damocle che, in qualsiasi momento, poteva rivolgersi contro la Monarchia Sabauda e contro quell'ordine nel Mediterraneo di cui la Francia, in quel momento storico, era garante.

Delineato sinteticamente il contesto storico veniamo ai fatti. Nell'agosto del 1862 circa 2.000 garibaldini imbarcati a Catania, dopo avere assalito due piroscafi, nella mattinata del 25 sbarcarono al di là dello stretto tra Milito e Capo d'Armi, iniziando una marcia verso Reggio Calabria. L'obiettivo era risalire lo stivale e liberare Roma. Intercettati dalle truppe regie, evitarono lo scontro e si diressero verso l'Aspromonte convinti che le popolazioni locali si sarebbero uniti a loro e che, in un secondo tempo, gli stessi soldati sabaudi sarebbero passati dalla loro parte. Ricordiamo un fatto strategico importante per comprendere quanto l'impresa del 1862 non avesse alcuna speranza di giungere al successo. A causa delle rivolte e del brigantaggio, divampato dopo il 1860, in Italia meridionale erano dislocati circa 150.000 soldati italo-piemontesi. Queste truppe d'occupazione erano impegnate a fondo nel contrasto di quello che in quel momento era percepito come un attentato all'unità ed alla stabilità del nuovo Regno d'Italia.

Ma torniamo agli avvenimenti di quel fine d'agosto del 1862. Le guide invece di condurre i volontari immediatamente ad

una casetta forestale dove, era stato detto, c'erano armi e cibo, fecero errare, sembra volontariamente, i garibaldini per 4 giorni per i boschi sfiancandoli in un inutile girovagare. Alcuni di questi si staccarono dalla colonna per procurare cibo ed acqua. Il giorno 29, verso le ore 15.30 circa 1.900 garibaldini si trovarono nei pressi di Gambarie a fronteggiare 3.500 bersaglieri, meglio armati, comandati dal generale Emilio Pallavicini. I soldati regi, contrariamente a quanto sperato da Garibaldi, viste le camice rosse iniziarono, repentinamente, una fitta scarica di fucili nell'intento di fermare comunque la colonna. I volontari risposero al fuoco e lo scontro si accese, presentando tutti i presupposti per sfociare in una carneficina fratricida. Garibaldi, comprese subito la situazione e si frappose tra i due schieramenti – era ben visibile con il suo poncho Sud americano – convinto che alla sua vista i regi avrebbero smesso di sparare. Aveva appena terminato di ordinare ai suoi di interrompere il fuoco comandando “*non tirate sugli italiani*”, quando una scarica di carabina lo colse. Due fucilate lo colpirono dal basso verso l'alto: una fu di poco conto, di striscio alla coscia sinistra, l'altra invece lo ferì al piede destro. Complessivamente il combattimento durò circa 30 minuti ed al termine dello scontro rimasero sul terreno 12 uomini (7 garibaldini e 5 bersaglieri) oltre a 40 feriti.

Il Generale dopo essere stato colpito fece ancora qualche passo prima di accasciarsi. Il piede destro fu subito liberato dallo stivale e notato un gonfiore nella parete esterna, avvertito non naturale lo stesso Garibaldi disse al giovane medico dell'ambulanza garibaldina, Enrico Albanese, che nel frattempo era sopraggiunto: “*guardate là se ci è la palla estraetala subito*”. Forte dell'incoraggiamento del Generale, Albanese incise con il bisturi la cute per la lunghezza di un pollice, proprio in corrispondenza di quella tumefazione ove era logico pensare ci fosse “*la palla*”, anche perché se era ben visibile il

foro di entrata non era apprezzabile il foro d'uscita. Pochi minuti dopo il ferimento era sopraggiunto Pietro Ripari, medico capo dell'ambulanza garibaldina; Albanese dopo avere premuto sulla tumefazione vide, come scrisse nelle sue memorie pubblicate postume: "... *il corpo scivolare all'indietro, e la resistenza mancò*". La situazione militare continuava ad essere confusa e nel trambusto, mentre Albanese avrebbe voluto procedere nell'estrazione della palla, Ripari gli ordinò di fermarsi, e così fu fatto.

Sul piano militare interrotto lo scontro, i garibaldini vennero accerchiati e disarmati; il Generale era assistito dai suoi luogotenenti, ma partecipò attivamente nell'organizzare il disimpegno della colonna di garibaldini e all'evacuazione dei feriti. Essendo stata saccheggiata l'ambulanza – soltanto il medico Giuseppe Basile era riuscito a salvare qualche ferito – si dovette procedere, per allestire una portantina, con la

FIGURA 5 - GARIBALDI TRASPORTATO A BRACCIA DAI GARIBALDINI DISCENDE DALL'ASPRONTE VERSO SCILLA



raccolta di qualche robusto ramo, Garibaldi a causa della ferita non era in grado di camminare. Verso sera il mesto corteo iniziò la discesa verso il Mar Tirreno in direzione di Scilla (figura 5). Circa a mezzanotte il gruppo si fermò presso la capanna del pastore Vincenzo e lì rimase fino alle sette del giorno 30. Ripresa la marcia, sotto un sole ardente e con il ferito febbricitante, la colonna giunse a Scilla alle 14. Due ore dopo una lancia traghettò il Generale sulla Pirofregata Duca di Genova, ove l'illustre ferito fu alloggiato in una cabina angusta e trasferito, in stato di detenzione, dopo un'attraversata di un giorno, al Forte Varignano di La Spezia. I militari trattennero il Generale a bordo per altre 28 ore. La ferita aveva cominciato a dare vistosi segni d'infezione, con dolore, febbre ed una suppurazione franca che comparve nella mattina del 3 settembre, associata ad esteso *tumor* del piede. Il paziente, contrariamente a quanto la clinica faceva supporre, mostrava condizioni psicologiche ottime, mangiava con appetito ed appariva positivo e fiducioso rincuorando i compagni di prigionia.

Dal giorno 3 settembre cominciarono a giungere al capezzale del Generale illustri medici, chiamati a consulto dai familiari: Riboli da Parma, Di Negro da Genova, Prandina da Chiavari, mentre il giorno seguente arrivarono Rizzoli da Bologna e Zannetti da Firenze. Erano tutti repubblicani ed appartenevano al giro garibaldino, forse per questo motivo inizialmente nessuno riuscì ad avvicinare il malato. La situazione si sbloccò quando il 4 arrivò al Varignano il Professore Porta da Pavia, inviato dal Ministro degli Interni. Egli saggiamente aprì un consulto al letto del malato per stabilire il da farsi e così anche i medici chiamati dalla famiglia e dai garibaldini poterono visitarlo.

Il problema immediato e pratico era stabilire se la "*palla*" era ancora in situ o se era fuoriuscita dal piede. Il Professore Porta, luminare riconosciuto unanimemente dai colleghi, con-

dizionò da subito il gruppo: riteneva “*la palla*” non trattenu-  
nuta, Egli pensava che fosse rimbalzata. In tempi ove si era  
portati ad avere un rispetto quasi sacrale delle opinioni de-  
gli accademici, la maggior parte dei consulenti esterni si ap-  
piattì su questa posizione. Ben altra opinione avevano i gio-  
vani medici garibaldini, Basile e Albanese che, presenti al-

l’Aspromonte, pensavano in-  
vece che la “*palla*” fosse rima-  
sta in loco. Ripari aveva sul  
piano squisitamente tecnico,  
una posizione più defilata;  
Egli, come si evince dalla let-  
tura delle sue memorie, si po-  
neva principalmente il proble-  
ma “politico” del primato dei  
medici dell’ambulanza nelle  
decisioni finali. Tale primato  
in realtà non si concretizzò  
quasi mai, vista anche la nu-  
merosità ed il prestigio dei  
consulenti che anche nei me-  
si successivi si portarono al let-  
to del paziente. A posteriori  
però si può affermare che le in-  
tuizioni dei giovani medici ga-  
ribaldini e le cure che quoti-  
dianamente Basile operò, con  
medicazioni sapienti – ap-  
prezzate particolarmente dal  
Generale – al termine della vi-  
cenda si dimostrarono più ef-  
ficaci delle dotte opinioni di  
diversi luminari.

Si brancolò nel buio per pa-

FIGURA 6 - LA FOTOGRAFIA RITRAE LA  
VISITA A GARIBALDI DI RICHARD  
PARTRIDGE. (MUSEO CIVICO DEL  
RISORGIMENTO DI BOLOGNA)



recchio tempo, il paziente peggiorava e presto cominciò a delinarsi il quadro della franca sepsi. Basile praticava anche due volte al giorno la medicazione della ferita introducendo nella fistola una spugnetta che permetteva l'espurgo di materiale purulento e, dopo il 10 settembre, l'espulsione di micro frammenti ossei e corpi estranei (piccoli pezzi di stoffa e di pelle dello stivale). Il 16 settembre giunse al Varignano il professor Partridge di Londra, anche Lui espresse l'opinione che il Generale avesse il malleolo fratturato e che la pallottola fosse rimbalzata. Il chirurgo inglese concordò con la pratica delle medicazioni di Basile e promise l'invio di un "*apparecchio a sospensione*" per tenere in scarico l'arto (figura 6). L'*apparecchio* pervenne in Italia il 29 settembre.

Il primo tra i consulenti a ritenere la pallottola ancora in situ fu Emilio Cipriani. Egli ascoltò con attenzione il racconto dei medici garibaldini e, dopo avere considerata la direzione del foro d'entrata e vista l'assenza di un foro d'uscita, concluse che la palla era ancora incastrata in profondità nei pressi del malleolo esterno.

Abbiamo accennato alle medicazioni praticate due volte al giorno da Basile. Dopo l'espurgo del pus, la rimozione di frammenti d'osso e di indumenti, che la *palla* nella sua traiettoria aveva trascinato dentro, veniva applicata, come scrive Basile, una *faldella* larga sulla ferita, spalmata di unguento, olio e cera; a seguire venivano posizionati empiastri, mantenuti "*...in sesto da fapiatura a 18 capi; fermato il tutto da leggier fanone, e posato dentro doccia fatta morbida da cuscinetti adattati;-la doccia del dottor Riboli preferibile per la forma, è desiderata sempre dal Generale*". Gli empiastri venivano cambiati spessissimo e nei voti dei curanti avrebbero dovuto servire per sedare i dolori. Nel periodo corrispondente al mese di settembre ed ai primi 4 giorni di ottobre si assistette ad un progressivo miglioramento con riduzione del gonfiore, mentre si manifestò una fastidiosa mialgia migrante

associata a febbre, che fu interpretata dai curanti come espressione di dolori reumatici. Dal 9 di ottobre i diari clinici dei tre medici garibaldini, riportati diligentemente nelle memorie, riferiscono un peggioramento del quadro clinico, caratterizzato da malessere generale, dolore importante alle articolazioni, *tumor* al piede destro esteso dalle dita fino alla porzione prossimale della tibia, febbre di tipo settico intermittente, insonnia e pallore cutaneo. Dobbiamo dedurre che erano presenti tutti i segni classici della sepsi. La figura 7 consente di apprezzare, in una fotografia scattata in questo periodo, il profondo stato di sofferenza del paziente.

Il malato rimase in condizione di detenzione durante tutto il mese di settembre; l'imbarazzo del Governo Italiano era grande in quanto le pressioni dell'opinione pubblica nazionale e internazionale era costante e non poche furono le manifestazioni popolari<sup>4</sup>. Il 5 ottobre giunse in fine la grazia. A togliere dall'imbarazzo lo Stato Italiano ci pensò Vittorio Emanuele II che avendo sposata la figlia, la Principessa Maria Pia, al Re del Portogallo, Luigi di Braganza, pensò di festeggiare l'evento concedendo la grazia ai garibaldini incarcerati dopo i fatti dell'Aspromonte.

Il 19 ottobre Garibaldi fu visitato da Agostino Bertani<sup>5</sup>, importante figura risorgimentale ed eminente repubblicano. Ber-

---

4. A Londra manifestarono in suo favore più di 100 000 persone, chiedendone la scarcerazione.

5. Agostino Bertani (1812-1886). Conseguì la laurea in medicina e chirurgia a Pavia, fu assistente di Luigi Porta, viaggiò molto all'estero e visitò ospedali, manicomio e carceri. Al ritorno fondò la Gazzetta Medica. Partecipò alle cinque giornate di Milano, finiti gli scontri fu nominato chirurgo capo dell'Ospedale Maggiore e direttore provvisorio. Ritornati gli austriaci partì per l'esilio. Nel 1849 fu a Roma, alla difesa della Repubblica Romana. Dal 1850, ottenuta la naturalizzazione sarda, si stabilì a Genova e la sua attività fu molto utile durante l'epidemia colerica del 1854. Mazziniano, fu tra i principali organizzatori della Spedizione dei Mille e nel 1860 era a Napoli nella veste di segretario del Dittatore Garibaldi. Dal 1861 fu deputato e biasimò la politica tenuta dai governi di destra per i procedimenti sommari adottati nei confronti delle bande brigantesche del Sud e del Centro Italia. Partecipò alla III° Guerra d'Indipendenza organizzando il corpo medico dei volontari. Nel 1867 pur essendo contrario alla spedizione per liberare Roma, si trovò a curare i garibaldini feriti a Mentana. Trascorse gli ultimi venti anni della sua vita alla Camera, a Firenze e Roma, occupandosi di questioni politiche, sociali e sanitarie come Deputato della sinistra.

tani, come scrisse Basile, riferendosi alla pallottola “...nè disegnò perfettamente il luogo del suo stare —nella fossetta tra l’astragalo, il calcagno, ed il cuboide”; nella sua relazione stilata dopo la visita si chiese con una certa vena ironica: “...se più che alle incerte e lenti risorse riparatrici della natura, od agli espedienti dell’arte debbiasi affidare la vita del Generale Garibaldi”. La risposta, implicitamente, poneva in essere la necessità d’intervenire attivamente mediante l’arte, per togliere la palla che, con la sua persistenza, manteneva attiva l’infezione e impediva il miglioramento dell’osteomielite.

Il 28 ottobre giunse al capezzale del paziente il grande chirurgo francese Auguste Nélaton. Egli ammise subito la presenza in situ della pallottola e consigliò l’allargamento del tramite della ferita “...per poter andare in caccia del proiettile ed estrarlo”.

Il giorno seguente si tenne un gran consulto a cui parteciparono la maggior parte dei medici citati più altri che nel frattempo erano accorsi, richiamati dalla fama del paziente e dall’af-

FIGURA 7 - RITRATTO FOTOGRAFICO DI GARIBALDI NELL’OTTOBRE DEL 1862. SI OSSERVI LO STATO DI SOFFERENZA DEL VOLTO. (MUSEO CIVICO DEL RISORGIMENTO DI BOLOGNA)



fetto e stima che Garibaldi riscuoteva in larghi settori della classe medica. Il professor Porta era ancora dell'opinione che il proiettile non era in loco, della stessa opinione rimaneva Francesco Rizzoli, che però espresse il parere che non era necessaria l'amputazione. Ricordiamo che ai tempi di Pasteur, chi veniva sottoposto ad amputazione nel 70% dei casi aveva un'evoluzione infausta con exitus per setticemia. Rizzoli pensava che la guarigione potesse compiersi spontaneamente, prospettando una progressione verso l'osteomielite cronica, con la formazione di una fistola. Zannetti confermò che l'amputazione non era necessaria, espresse un giudizio favorevole sul trattamento che quotidianamente operava Basile ed inoltre, in riferimento all'estrazione della pallottola, disse: “...*se per altro avvenga di potere precisare il luogo ov'è la palla, io allora starò con quelli che affermano doversi estrarre*”. Quasi tutti poterono intervenire dicendo la propria opinione tranne i medici dell'ambulanza garibaldina; di ciò si lamentarono in seguito nelle loro memorie sia Ripari, sia i suoi assistenti Basile e Albanese. Fu scritta quindi da Zannetti, Rizzoli e Bertani una breve relazione che sintetizzava l'opinione generale; ormai la maggioranza dei convenuti si era indirizzata verso la presenza della pallottola in loco e pertanto tutti consigliavano di continuare con le medicazioni che Basile fin dai primi giorni praticava con solerzia ed efficacia. Nella relazione in fine si consigliava di proseguire con le indagini per stabilire ove si era incastrata la palla, con l'obiettivo di rimuoverla definitivamente.

Il 30 ottobre giunse a La Spezia il chirurgo russo Nikolaj Ivanovich Pirogoff inviato in Italia a spese degli studenti russi che in quel frangente studiavano all'Università di Heidelberg. Il giorno dopo visitò il paziente insieme a Partridge; per dare maggiore evidenza oggettiva al suo riscontro, utilizzò il compasso, con il fine di stabilire la distanza intercorrente tra i due malleoli del piede offeso, paragonandola poi

con quella dell'altro piede. Rilevando una differenza, dedusse che la *palla* era ancora in loco. Nella sua relazione scrisse (diplomaticamente) che l'atteggiamento d'attesa, per ora tenuto era il più opportuno, fino a che "...*troppo pus o cattivo, o distacco di frammenti d'ossa, od ascesso, dimostrino la necessità di estrarre il proiettile*".

Il giorno 8 novembre il collegio dei medici curanti decise di trasferire il paziente a Pisa con l'intento di evitare il clima umido che affliggeva La Spezia nei mesi autunno-invernali. Giunti a Pisa venne contattato Paolo Tassinari, stimato chimico dell'Università, proponendogli di cercare tracce di piombo nel pus che quotidianamente veniva drenato; le analisi, ripetute nei giorni 13, 14, 15 novembre, non diedero esito positivo. Sempre con l'obiettivo di stabilire ove era incastrata la *palla*, fu utilizzata, intorno al giorno 20, anche la macchina termo-elettrica (il galvanometro). Si trattava di un ingegnoso strumento che utilizzava, a mo di sonda, un terminale costituito da uno specillo a cui al capo prossimale erano collegati due fili metallici, tra loro divisi per una lunghezza di 1 cm. Lo specillo doveva essere introdotto nella fistola, in profondità fino all'articolazione tibio-tarsica, ove si pensava si fosse incastrata la pallottola. Se lo specillo avesse incontrato il piombo della *palla* l'ago del galvanometro, con cui questo era posto in comunicazione tramite i fili metallici, avrebbe dovuto dare un segnale e l'ago si sarebbe dovuto muovere sul suo asse mobile. Il galvanometro, provato su di una pallottola posta tra le dita di un operatore, era risultato efficace nel segnalare il differenziale di potenziale; purtroppo l'ago, una volta inserito profondamente lo specillo all'interno della fistola, non fornì un risultato conclusivo per stabilire inequivocabilmente la presenza della palla<sup>6</sup>.

---

6. È possibile che la formazione di una capsula di fibrina e di pus intorno alla pallottola abbia impedito il contatto con il piombo e per questo motivo non si sia potuto realizzare il differenziale elettrico.

Intanto si continuavano le medicazioni quotidiane e si manteneva pervia la fistola mediante la spugnetta medicata. Venivano estratti micro frammenti d'osso, inoltre si cominciarono ad introdurre nella fistola, proprio in quei giorni certi specilli che Nélaton aveva ideato e che aveva portato con sé dalla Francia; a suo parere questi specilli, che avevano la particolarità di presentare la testa in ceramica rugosa, sarebbero stati utili, come in effetti fu, per individuare la pallottola e così sbloccare la situazione che, ricordiamo, rimaneva pericolosamente in stallo da più di 80 giorni.

Nella giornata del 21 novembre sia Zannetti che Basile ripeterono l'introduzione degli specilli di Nélaton, ma mentre Zannetti timoroso, sentita una resistenza si fermò, Basile, incoraggiato da Ripari, suo diretto superiore, forzando incontrò un corpo estraneo che, al contatto, produsse un piccolo suono metallico. Quando lo specillo fu retratto il piccolo bottone di ceramica rugosa bianca si era tinto di grigio scuro per due buoni terzi della circonferenza. Il chimico Tassinari portò lo specillo nel suo laboratorio ed effettuata l'analisi confermò la presenza di piombo. Era la prova cercata, il proiettile che Albanese e Basile avevano sempre supposto in loco era stato trovato a circa 4 cm di profondità dall'ingresso della fistola, in linea retta con l'articolazione del piede, appoggiato sulla tibia. Alla sera del 22 novembre fu ripetuta la medicazione con la solita spugnetta e la piccola radice di genziana che serviva per spingerla in profondità per 4 cm. La mattina dopo il dottor Basile, tolta la spugnetta, che presentava impigliata una scheggia ossea larga 1 cm e lunga 2, introdusse lo specillo che si fermò sempre a 4 cm contro la palla. Il giovane medico voltatosi verso Zannetti che era stato il suo maestro all'Università, gli porse una pinzetta dentata, così il Professore, con la più grande facilità, estrasse finalmente la pallottola.

Sulla vicenda del ferimento di Garibaldi avvenuto all'Aspromonte, sulla gestione politica dell'incidente, sulla volontà del Governo Italiano, presieduto da Rattazzi, di chiudere in un modo o nell'altro la partita con il Generale e con i repubblicani, sull'incertezza dei medici, che numerosi accorsero al capezzale dell'illustre malato, sono state scritte numerose pagine che, per ragioni di spazio, non è possibile qui riportare.

In relazione all'evoluzione clinica, in sintesi possiamo riferire che il miglioramento dell'infezione della conseguente sepsi e la stabilizzazione dell'osteomielite – ancora il 30 dicembre ed il 27 gennaio del 1863 dalla fistola vennero espulse schegge di osso – fu molto lenta e si protrasse per tutto l'inverno, la primavera e fino all'estate inoltrata. Il 21 agosto del 1863 a Caprera si festeggiò la guarigione del Generale<sup>7</sup>. Erano passati 357 giorni dal ferimento.

Dopo i fatti dell'Aspromonte che avevano portato al ferimento e all'incarcerazione del Generale, nei quattro anni successivi il Governo Italiano, dopo avere dimostrato a Napoleone che comunque Roma veniva salvaguardata non solo con il ricorso alle armi, ma anche con il trasferimento, nel 1865, della Capitale del Regno a Firenze, tentò di ricucire i rapporti con Garibaldi e con le camice rosse garibaldine.

Le crescenti tensioni tra Austria e Prussia per la supremazia in Germania portarono nel 1866 al conflitto, ed offrirono al Regno d'Italia la possibilità di allargare i suoi confini Nord-orientali con l'annessione del Veneto. Si creò così un'alleanza tra Prussia ed Italia, contro l'Impero Austro-Ungarico che

*1866. La ferita di  
Monte Suello*

---

7. Di vera e propria guarigione non si può parlare, in quanto l'evoluzione fu verso un'osteomielite cronica; nel 1866 a Monte Suello, durante la III<sup>o</sup> Guerra d'Indipendenza, quando Garibaldi fu ferito per la quinta volta, il dott. Conti, medico che lo soccorse notò, durante la visita, che il Generale aveva, in corrispondenza del piede destro, la presenza di una benda sporca di materiale giallastro.

costituiva in quel momento l'ostacolo maggiore al completamento dei due disegni di unificazione nazionale.

La III° Guerra d'Indipendenza, come è noto, non fu particolarmente fortunata per le armi italiane sconfitte duramente sul mare, a Lissa, ed in terra ferma a Custoza. Solamente Garibaldi alla testa di 30.000 volontari, male armati, riuscì ad ottenere il 21 luglio 1866, nella battaglia di Bezzecca, un successo che gli aprì le porte del Trentino e che forse lo avrebbe portato nei pressi di Trento<sup>8</sup>. Per gli austriaci i problemi militari maggiori si determinarono invece con i prussiani, ma una pace, favorita da Napoleone III, risolse il conflitto e l'Italia poté includere il Veneto all'interno dei suoi confini. Garibaldi in uno scontro preliminare nei paraggi del Lago di Garda a Monte Suello il 3 luglio fu ferito per la quinta volta. Anche in questa occasione lo scontro fu condizionato dal fatto che le camice rosse erano male armate con catenacci non affidabili ed imprecisi, mentre i garibaldini si trovavano a fronteggiare i temibili Kaiseriaeger armati con carabine da cacciatore, modello recente del 1854<sup>9</sup>.

A Monte Suello, lo scontro inizialmente stava andando male per gli Italiani che, avanzando in modo scriteriato, erano stati oggetto di un fitto tiro da parte dei fucilieri. Questa sparatoria iniziale aveva causato numerose vittime tra i garibaldini. Ovviamente dopo un'avanzata imprudente, come si suol dire "alla garibaldina", costata diversi morti, i volontari ebbero un momento di sbandamento ed indietreggiarono. A questo punto Garibaldi in persona, come era suo so-

---

8. Come è noto Garibaldi richiamato per interrompere le operazioni militari, mentre si accingeva ad entrare in profondità nel territorio Trentino, il 9 agosto rispose con il celebre e celebrato telegramma ove aveva dettato un laconico "obbedisco".

9. L'episodio passò alla storia come una vittoria garibaldina, mentre in realtà, si trattò solo di un'occupazione di territorio; gli austriaci, dopo avere contenuto due attacchi, si accorsero che due compagnie di bersaglieri genovesi, armati di ottime carabine svizzere a lunghissima portata, li stavano aggirando dall'alto per cui durante la notte, si disimpegnarono ritirandosi oltre il confine. Al mattino gli italiani occuparono, senza colpo ferire, tutta i contrafforti di Monte Suello.

lito, si gettò in avanti nella mischia per rincuorare i suoi, fu allora che venne ferito. In quell'occasione sembra che il Generale sia stato colpito da fuoco amico. Una versione ci dice: *“Il Generale si era molto avanzato nel campo nemico e un garibaldino, temendo cadesse prigioniero, tirò contro un austriaco, però la palla, invece di colpire il nemico, investì Garibaldi nella natica sinistra”*. Un'altra relazione dettata dallo stesso Garibaldi, dice che la ferita fu dovuta *“a un colpo sfuggito accidentalmente a un volontario mentre tentava di rendere atto il suo fucile”*.

La ferita era localizzata nella parte anteriore della coscia sinistra, vicino all'inguine, interessava la cute, il tessuto sottocutaneo e una piccola porzione di muscolo. Il danno si rivelò trascurabile e nell'arco di pochi giorni il Generale poté seguire le operazioni belliche seduto su di una carrozzella. Si trattò di una ferita di striscio e grazie alla testimonianza del medico garibaldino Cesare Conti, che lo assistette e che in seguito scrisse un ricordo dell'accaduto, sappiamo che nella ferita si erano infiltrati brandelli di tessuto trascinati dalla pallottola. Conti riferisce anche che ebbe modo d'ispezionare ciò che rimaneva della ferita dell'Aspromonte, ed osservò che il cerotto era ancora sporco, segno che si era instaurata una fistola verso la cute, tramite di espurgo dell'osteomielite cronica.

Durante la notte, dopo essere stato medicato, il Generale rimase isolato in compagnia del solo Conti, ebbe una notte tranquilla ed il giorno dopo attesero insieme, fino alle 5 del pomeriggio, l'arrivo di Agostino Bertani e del capitano medico Barni. La ferita fu sfasciata ed ispezionata e tutti convennero che si trattava di cosa lieve.

Garibaldi sarebbe potuto morire, durante la sua vita di marinaio e soldato, per lo meno 5 volte, sia direttamente per i colpi da arma di fuoco, sia per le infezioni che si instauravano quasi sempre dopo i ferimenti. È difficile commentare,

al termine di questi resoconti, la sequela di eventi fortunati che di volta in volta gli salvarono la vita. È facile pensare che se Garibaldi fosse morto nel Mar Nero nel 1832, nel Rio della Plata 5 anni dopo, o a Roma nel 1849 il destino dell'Italia e del suo Risorgimento sarebbe stato probabilmente diverso.

Infine ricordiamo che ai tempi di Pasteur le complicanze infettive post-intervento uccidevano il 70% degli operati e che durante i conflitti le percentuali di deceduti erano anche maggiori. Nei resoconti dei chirurghi garibaldini i termini anti-sepsi e asepsi non compaiono mai. Questi sono gli anni che precedono le scoperte di Pasteur e le applicazioni, nella pratica chirurgica, di Joseph Lister. Nell'arco di trenta anni la chirurgia fece passi da giganti ed alla fine del secolo nelle sale operatorie e nelle corsie degli ospedali ai pazienti verranno offerti, nelle condizioni più fortunate, interventi chirurgici sterili e medicazioni delle ferite più sicure.

#### BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE.

- Albanese E., *La ferita di Garibaldi ad Aspromonte. Diario inedito della cura. Lettere-Relazioni Militari e Mediche-Documenti*. Preceduti da notizie biografiche-storiche di G. Pipitone-Federico. 1907 Remo Sandron-Editore. Milano-Palermo-Napoli .
- Arrigoni C., *La palla d'Aspromonte e la ferita di Garibaldi*. Torino. 1984.
- Arrigoni C., *Garibaldi corsaro in America nel 1837 e la sua prima ferita in guerra*. Torino. 1966.
- Arrigoni E., *Garibaldi fu ferito (1837)* 37-39, 3, TAC ARMI 1979.
- Arrigoni E., *Garibaldi fu ferito (1849)*(II) 49-53, 4, TAC ARMI 1979.
- Arrigoni E., *Garibaldi fu ferito (1862)*(III)23-27, 7, TAC ARMI 1979.
- Arrigoni E., *Garibaldi fu ferito (1866)* (IV).25-29, 12 TAC ARMI 1979.
- Basile G., *Storia della Ferita del Generale Garibaldi toccata il 29 agosto 1862 in Aspromonte compilata dal Dottor Giuseppe Basile*. Dell'ufficio Tip. Del Giornale il Commercio. Palermo. 1863
- Candido S., *Garibaldi corsaro riograndese*. Roma. 1964.

- Cipriani E., *Storia clinica della ferita di Aspromonte*. Camicia Rossa 2, 30-32; 1938
- Consiglio regionale della Toscana, *La ferita di Garibaldi ad Aspromonte. Documenti e lettere inedite a Ferdinando Zannetti*. (a cura di Gabriele Paolini). Edizioni Polistampa Firenze. 2004
- Curatolo F., *Anita Garibaldi*. Milano. 1932.
- Lo Cicero G., *Nuovo indicatore Magneto-elettrico*. Stamperia di G.B. Loversnaider. Palermo. 1958.
- Loevinson E., *Giuseppe Garibaldi e la sua Legione nello Stato Romano 1848/1849*. Roma. 1904.
- Marquiset R., *Armes a feu francaises modèles reglementaires*. Paris. 1968.
- Munster L., *Particolari finora ignoti sulla ferita di Garibaldi a Monte Suello nei ricordi di un capitano medico bolognese*. Il Comune di Bologna. 11, 12-16; Novembre 1932.
- Fiasca A., *La ferita di Garibaldi ad Aspromonte*. Firenze. 1957.
- Garibaldi G., *Le memorie di Garibaldi*. Bologna. 1932.
- *Giuseppe Garibaldi Memorie* (a cura di Alberto Burgos) Paolo Gaspari Editore, Udine. 2004
- Ripari P., *Storia della Grave Ferita toccata in Aspromonte dal Generale Garibaldi il giorno 29 agosto 1862*. Tipografia di Gaetano Bozza, Milano. 1863
- Peterson H., *Encyclopaedia of fire-arms*. Londra. 1964.
- Sabbatani S., *Le ferite di Garibaldi*. Infez. Med. 4, 274-287, 2010.
- Sacerdote G., *La vita di G. Garibaldi*. Milano. 1933.
- Trevelyan G.M., *Garibaldi in Sicilia*. Neri Pozza Editore. Il Cammello Battriano. Vicenza. 2004
- Trevelyan G.M., *Garibaldi e la difesa della Repubblica Romana*. Bologna. 1909.
- Venosta F., *Giuseppe Garibaldi*. Milano. 1885.
- <http://community.girlpower.it> (in data 25/03/2008)
- <http://www.ruvr.ru/main.php> (in data 25/03/2008)

# Il recente dibattito sull'etica militare: la bioetica militare e la questione di genere nella sanità militare

*di Maurizio Balistreri*

Presidente del Comitato di Bioetica del Policlinico Militare Celio

COME IL MILITARE CHE COMBATTE IL NEMICO deve affrontare scelte eticamente difficili, così anche il medico militare che opera in contesti di guerra può trovarsi davanti a dilemmi morali importanti che possono riguardare l'atteggiamento da avere nei confronti di un soldato che rifiuta la cura; la questione se rispettare la fiducia del paziente; chi curare in una situazione in cui non è possibile curare tutti (*wartime triage*); se partecipare a sperimentazioni di farmaci sui soldati che non prevedono il loro consenso; se aiutare un soldato ferito gravemente a morire, se questa è la sua richiesta; se partecipare a interrogatori di prigionieri che prevedono trattamenti crudeli; se contribuire allo sviluppo di armi chimiche e biologiche che possono essere letali.

Anche per il medico militare, inoltre, si pone la questione se soccorrere il nemico ferito e come comportarsi nei confronti della popolazione civile e non belligerante. Queste sono questioni che caratterizzano le scelte del medico militare in

guerra. Ci sono, poi, i dilemmi che il medico militare deve affrontare nella pratica medica quotidiana, operando, cioè, non in una situazione di guerra, ma nella realtà sanitaria. Le questioni bioetiche sono diventate tra le questioni più importanti del dibattito pubblico ed esse richiamano sempre più l'attenzione degli operatori sanitari che devono decidere in merito alle nuove richieste di autonomia avanzate dai nostri concittadini. Anche per aiutare il medico ad affrontare la complessità di questa nuova situazione sono stati istituiti in molti Paesi Comitati nazionali di bioetica che, su richiesta del Parlamento o, come nel nostro Paese, del governo, approfondiscono i problemi etici e giuridici posti dagli sviluppi della tecnologia e della medicina. Sebbene i Comitati nazionali di Bioetica svolgano un'importante funzione di orientamento per coloro che devono decidere in merito a queste nuove problematiche morali e bioetiche, gli operatori hanno bisogno di organismi capaci di offrire una consulenza a livello locale e, di conseguenza, molto più modulata sulla particolare situazione o sul particolare dilemma etico che può presentarsi loro nella pratica medica. In presenza, cioè, dei nuovi dilemmi morali, sia i professionisti del mondo sanitario che i cittadini comuni sottolineano che i principi di carattere generali proposti dai Comitati nazionali di Bioetica non bastano e che c'è una necessità impellente di spazi di riflessione bioetica molto più radicati nel territorio e, proprio per questo, in una condizione migliore per offrire un'indicazione morale sui problemi concreti.

È proprio tenendo conto di queste questioni che partecipiamo al Convegno organizzato dalla Federazione degli Ordini dei medici e degli odontoiatri per esaminare, non soltanto da un punto di vista etico, ma anche culturale e professionale, le nuove sfide che il medico militare è chiamato ormai ad affrontare. La medicina militare, del resto, è ormai un tema centrale dell'attuale riflessione morale. Delle que-

*Le nuove sfide  
per il medico militare*

*I lavori  
del Comitato di  
Bioetica del  
Policlinico Celio  
di Roma*

stioni della medicina militare si è occupato di recente il Comitato nazionale per la bioetica che sta apprestando un parere che riguarderà anche i doveri del medico coinvolto nelle missioni di pace e, più in generale, negli interventi armati. La Federazione degli Ordini dei medici e degli odontoiatri intende invece integrare il Codice deontologico con una sezione *ad hoc* dedicata alla medicina militare che, per altro, dovrebbe riassumere i contenuti di una *Carta etica del medico militare* a cui stanno lavorando la *Fnomceo* insieme al Comando Logistico dell'Esercito, alla Direzione Generale della Sanità Militare e al Comitato di Bioetica del Policlinico Celio. Proprio il Comitato di Bioetica del Policlinico Celio di Roma, poi, ha dedicato il secondo Corso in Bioetica alle problematiche morali che caratterizzano il mondo militare con una prima parte incentrata sui temi della medicina e della bioetica militare. Il Corso, che è stato organizzato dal Comitato di Bioetica del Policlinico Celio insieme alla Consulta di Bioetica, ha avuto un grande successo di pubblico ed ha visto la partecipazione di alcuni tra i più importanti esponenti della bioetica italiana. Dopo una prima lezione introduttiva sull'etica tenuta dal professor Maurizio Mori, sono state discusse alcune delle maggiori questioni morali della medicina militare: da quella relativa ai diritti del paziente soldato e ai doveri del medico militare (con relazioni del professor Eugenio Lecaldano; del professor Piergiorgio Donatelli; della professoressa Rossana Cecchi; del colonnello Marcello Giannuzzo, del dottor Maurizio Benato), ai dilemmi del medico militare nelle missioni di pace e negli interventi armati (con relazioni del professor Sergio Bartolommei, del generale Carmelo D'Arcangelo; del generale Gennaro Vecchioni) e alle sfide mosse al medico militare dal multiculturalismo (con relazioni del dottor Riccardo Di Segni; del professor Luca Savarino; del professor Simone Pollo; del colonnello Claudio Molica e, infine, della dottoressa Lorella Ven-

tura). Anche se il Corso è ancora in pieno svolgimento e terminerà soltanto a dicembre, gli organizzatori hanno già in programma la pubblicazione degli Atti che dovrebbero essere raccolti in un'opera in due volumi dal titolo *Manuale di Etica militare*.

A riprova di quest'attenzione verso le questioni morali della medicina militari, c'è, infine, la recente istituzione da parte del Comando Logistico dell'Esercito del Centro Interdipartimentale di Studi sull'Etica in Ambito Militare (Cisem) che attraverso un Consiglio Direttivo composto da esperti del settore (sia militari che civili) si propone di studiare, rilevare e approfondire le tematiche afferenti all'etica in ambito militare con l'obiettivo di offrire un supporto interdisciplinare su particolari questioni a quanti, militari e non, in prima persona sono chiamati a prendere decisioni concrete ed assumerne le responsabilità militari. Questo significa che compito del Consiglio Direttivo del Cisem è anche quello di esaminare e, quindi, di occuparsi questioni che possono riguardare la medicina militare, esprimendo il proprio parere sui particolari problematiche o dilemmi etici, promuovendo l'attivazione di iniziative formative (corsi di perfezionamento, master, convegni, incontri, seminari) per svolgere un'attività di sensibilizzazione sulle questioni etiche, attraverso l'organizzazione di seminari, convegni, giornate di studio, e incoraggiando attività di collaborazione a livello nazionale e internazionali con altre istituzioni.

Il fatto che oggi la medicina militare sia oggetto di tanto interesse meriterebbe forse un approfondimento più puntuale di quello che in quest'occasione posso offrire.

La mia ipotesi è che al dibattito sulla bioetica militare contribuiscano diversi fattori: incidono, innanzi tutto, le grandi trasformazioni morali che hanno attraversato negli ultimi decenni la medicina e, più in generale, la società e che hanno portato ad una riflessione critica nei confronti di quei

*L'apertura del mondo  
militare alle donne*

principi morali che ispiravano l'etica medica – vitalismo ipocratico, da una parte, (cioè l'idea che compito del medico sia sempre e soltanto quello di prolungare la vita a prescindere da qualsivoglia considerazione sulla condizione e sulle preferenze o volontà del paziente) e del paternalismo medico, dall'altra (cioè, dell'idea che il medico sappia meglio del paziente qual è il suo bene). Vanno considerati, inoltre, anche i processi di moralizzazione interni al mondo militare che appare sempre più sensibile ed attento ai valori della società liberal-democratica e, di conseguenza, sempre meno disposto ad accettare comportamenti che rappresentano una violazione ingiustificata degli spazi di autonomia delle persone o che non rispettano i criteri di giustizia condivisi all'interno della nostra comunità. Un cambiamento di atteggiamento favorito forse anche dall'apertura del mondo militare alle donne che essendo molto più empatiche e sensibili degli uomini possono aver concorso a rendere il carattere dei militari un po' più dolce e delicato e, di conseguenza, meno indifferente ai sentimenti (piacevoli o spiacevoli) dei nostri simili. C'è da mettere in conto, poi, lo sviluppo tecnologico degli ultimi anni che ha cambiato profondamente la natura degli interventi armati e, più in generale, delle guerre che vedono protagonisti sono sempre più i mezzi meccanici e sempre meno i soldati.

Queste trasformazioni che riguardano sia la natura degli interventi armati che l'atteggiamento del mondo militare nei confronti della guerra e della violenza, insieme al cambiamento di paradigma morale che ha interessato recentemente la medicina spiegano non soltanto l'attuale dibattito sulla medicina e sulla bioetica militare, ma anche l'esigenza – sempre più avvertita – di raccogliere i risultati di questa riflessione morale in una *Carta etica di medicina militare* che possa aiutare i medici militari ad affrontare i dilemmi (moral) più importanti della propria professione. È normale, in-

fatti, che venendo meno l'etica medica (militare) tradizionale, i medici militari abbiano bisogno di una nuova mappa dei valori a cui fare riferimento. La proposta di una *Carta etica di medicina militare* è stata avanzata recentemente dal dottor Maurizio Benato, vicepresidente della Federazione nazionale degli Ordini dei medici e degli odontoiatri, che ha rilanciato un'idea del generale Giacomo Mammana, il quale aveva già promosso alcuni anni fa una simile iniziativa. A partire dalla versione del generale Mammana e tenendo conto della versione del dottor Benato, anche il Comitato di Bioetica del Policlinico Celio ha poi elaborato una bozza di documento che considera i principi morali cui il medico militare dovrebbe orientarsi.

È proprio riguardo alla proposta di *Carta etica di medicina militare* che ora vorrei soffermarmi, articolando due brevi considerazioni: una di metodo, l'altra di contenuto. Per quanto riguarda la considerazione di metodo, quello che intendo affermare è che la stesura di una *Carta etica di medicina militare* non può evidentemente prescindere dal contributo dei medici militari che hanno l'esperienza per mettere a fuoco e, quindi, per vedere meglio le problematicità della medicina militare. Il contributo degli esperti di bioetica di formazione filosofica o di altra estrazione resta, cioè, importante e deve essere presente in una riflessione sull'etica militare, ma non può sostituire o rendere superfluo il coinvolgimento dei medici militari. Inoltre, è soltanto coinvolgendo i medici militari che i principi morali affermati dalla *Carta* potranno avere valore pratico e, di conseguenza, avere autorevolezza, in quanto si tratterà di principi morali che i militari già esprimono e riconoscono. L'alternativa è imporre al mondo militare principi morali che essi non accettano e che, essendo estranei ai medici militari, sono destinati a restare lettera morta. Per quanto riguarda, invece, il contenuto, la *Carta* dovrebbe chiarire che il medico militare non può fare riferi-

*La proposta di una  
Carta etica di  
medicina militare*

mento ad un'etica diversa da quella del medico civile e che, pertanto, il medico militare si impegna a svolgere la propria professione di medico animato, come il medico non militare, dal desiderio di tutelare la salute fisica e psichica del malato e nel rispetto della sua volontà e della sue convinzioni morali. Non metterà in atto, cioè, procedure diagnostiche, terapeutiche o sperimentali contro la volontà del paziente e in caso di impossibilità per il paziente di esprimere la propria volontà il medico farà riferimento alle sue volontà precedentemente espresse.

Una conclusione, questa, giustificata evidentemente dal fatto che viviamo all'interno di una società liberal-democratica che non può consentire che vi siano contesti o spazi d'azione in cui il principio di autonomia e quello di giustizia non vengano rispettati o che vengano considerati principi la cui violazione è sempre moralmente permessa. Inoltre, il medico militare non soltanto deve rispettare l'autonomia del paziente, ma non deve nemmeno impegnarsi in atti che costituiscono partecipazione in complicità o incitamento alla tortura o che rappresentano punizioni crudeli, inumani o degradanti per il prigioniero o che sono comunque lesive della sua integrità. Con questo non intendo affermare che non vi saranno per il medico militare situazioni particolarmente dilemmatiche: queste situazioni continueranno ad esserci. Quello che sostengo è che queste situazioni non saranno molto diverse da quelle che anche i medici non militari possono incontrare nella loro quotidiana pratica medica e, comunque, non possono giustificare una violazione dei diritti umani fondamentali. Ad ogni modo è proprio perché al medico, sia militare che civile, si possono presentare questi dilemmi che è importante che il dibattito di bioetica continui: questa riflessione non potrà a volte alleggerire le sue responsabilità morali, ma lo metterà nella condizione di affrontare con più consapevolezza le scelte importanti.

*Il dibattito bioetico  
come strumento di  
consapevolezza*

Peraltro, è proprio la riflessione morale che può dare un contributo importante ad una maggiore comprensione delle questioni morali che possono interessare le donne soldato. Son passati più di dieci anni da quando il Parlamento italiano ha dato il via libero all'ingresso delle donne nelle forze armate e da allora tante donne hanno deciso di intraprendere la carriera militare dando prova di grandi capacità e professionalità. Per molti ancora, comunque, la presenza delle donne nelle forze armate rappresenta ancora una stranezza: qualcosa che contrasta con il loro spirito e le loro tradizioni. Inoltre è un fatto che, anche se non esistono specifiche limitazioni all'impiego del personale femminile, la presenza delle donne nelle forze armate è ancora molto marginale. È importante pertanto analizzare le principali problematiche che le donne soldato incontrano con l'obiettivo non soltanto di favorire lo sviluppo di una cultura orientata ad una maggiore sensibilità nei confronti delle donne e di una maggiore sensibilità nei confronti delle donne ma anche di elaborare soluzioni che possano aiutare a superare o, quanto meno ad affrontare, le questioni di genere nel mondo militare. Deve essere promossa una riflessione critica sulle difficoltà delle donne alle pari opportunità nell'accesso al mondo militare e alle cariche di comando e sulle possibili discriminazioni, vessazioni e violenze che possono subire nella loro attività. Una riflessione che sappia tener conto dell'importante contributo che le donne stanno dando e possono dare nella prevenzione dei conflitti, nella gestione delle crisi e nella ricostruzione post-conflitto, oltre che nella pianificazione e attuazione degli interventi internazionali.

# La sanità nell'Arma dei carabinieri

*di Vito Ferrara*

Generale brigata medico

Specialista in Criminologia Clinica, Psichiatria Forense e Psicologia Medica

L'ARMA DEI CARABINIERI SI È AVVALSA fino all'anno 2001 di ufficiali medici dell'Esercito Italiano in servizio presso il Comando Generale e dislocati presso le varie Legioni, Enti Addestrativi e Comandi.

Il primo Direttore di Sanità dell'Arma dei Carabinieri risale all'anno 1970, quando fu istituita la Direzione di Sanità presso il Comando Generale dell'Arma.

L'attuale Direttore di Sanità è il generale Domenico Ribatti in carica dal 1992 che ha frequentato il I corso dell'Accademia di Sanità.

Finalità principale del Servizio Sanitario dell'Arma sono sempre state l'aderenza ai Reparti Territoriali (Stazioni, Compagnie, Gruppi) e la medicina preventiva. Ricordiamo gli esami schermo-grafici a domicilio effettuati con l'ormai storico carro schermo-grafico a bordo del quale carabinieri con la qualifica di tecnico di radiologia effettuavano l'esame schermografico del torace per la prevenzione della Tbc.

Nel 1995 i cinque Comandi di Divisione sono stati dotati di Centri Mobili di Rianimazione sui quali prestavano servizio anestesisti di strutture Ospedaliere e/o Universitarie. Tali ambulanze sono state utilizzate per il G7 a Napoli nel 1997, oltre a varie operazioni di servizio dell'Arma territoriale e G.I.S. Dall'anno 2001 l'arruolamento degli ufficiali medici e farmacisti dell'Arma dei Carabinieri avviene attraverso un concorso per esami e titoli. I vincitori di concorso frequentano per un anno accademico la Scuola Ufficiali Carabinieri dove studiano, oltre le materie di medicina militare, tutte le materie previste per gli ufficiali dei carabinieri.

La vera peculiarità infatti, rispetto agli ufficiali medici e farmacisti delle altre Forze Armate, è la loro qualifica di Ufficiale di Polizia Giudiziaria (UPG).

Organo direttivo centrale è la Direzione di Sanità del Comando Generale dal quale dipendono il Centro Polispecialistico e CNSR-Uff. Sanitario (centro nazionale di selezione e reclutamento).

Organi esecutivi sono le Infermerie Presidiarie, con assetti infrastrutturali, tecnologici ed organizzativi commisurati alle esigenze dei Reparti e dei bacini di utenza con compiti di assistenza, comprensiva di sostegno psicologico a cura del Servizio Psicologia Medica (SPM); vigilanza igienico-sanitaria; medicina legale; educazione sanitaria.

L'organico del comparto sanitario dell'Arma é costituito da 119 ufficiali medici (16 donne), 3 ufficiali farmacisti (2 donne), 192 infermieri professionali (3 donne), 24 fisioterapisti, 9 tecnici di radiologia e 11 tecnici di laboratorio.

In T.O. (teatro operativo) gli ufficiali medici e il personale infermieristico dell'Arma, oltre a fornire l'assistenza sanitaria ai militari impegnati in operazioni di servizio, concorrono all'attività di:

- intelligence (studio dell'ambiente, delle strutture sanitarie

*Attività sanitarie  
all'estero*

del territorio, malattie endemiche, raccolta delle informazioni etc);

- supporto nei confronti della popolazione civile (assistenza sanitaria su ambulatori, visite negli ospedali e a domicilio);
- rilievo della lesività sui cadaveri e descrizione dei quadri lesivi cui ricollegare la morte anche attraverso esame autoptico;
- collaborazione tecnica nell'opera di recupero ed identificazione delle salme (anche in caso di disastri e calamità naturali).

### *Prospettive future*

- Incrementare il numero degli ufficiali medici in servizio nell'Arma selezionando i medici da arruolare in base anche alle specializzazioni di interesse
- Mantenere l'operatività delle 42 infermerie che ogni anno effettuano circa 135.000 visite mediche .
- Migliorare l'aderenza sanitaria al modello organizzativo dell'Arma garantendo l'indispensabile assistenza ai militari dislocati sul territorio che rappresentano l'81% della F.O. dell'Arma al fine di preservarne l'efficienza operativa e il benessere psico fisico.
- Completare ed ampliare i compiti della medicina preventiva.
- Mantenere costante l'aderenza ai militari impiegati nelle missioni operative all'estero.

In conclusione, l'ufficiale medico dell'Arma deve incarnare nella propria persona l'esperienza del medico militare e le caratteristiche del carabiniere per espletare quei nuovi compiti cui è chiamato sempre più frequentemente a svolgere.

# Criticità deontologiche nel contesto professionale del medico militare

*di Col. Co. Sa. me. Marcello Giannuzzo*

Capo Sezione Medicina Legale

Dipartimento di Sanità dell'Esercito

LA PROFESSIONE DEL MEDICO MILITARE può presentare delle situazioni professionali tali da ingenerare dubbi o scelte conflittuali in chi, contestualmente, ha prestato giuramento ad una Istituzione che deve conseguire obiettivi fissati dallo Stato ed ha anche prestato giuramento di curare e tutelare la salute della persona umana, indipendentemente da qualsiasi condizione o posizione occupi il malato e il medico.

L'apparente conflittualità tra chi ha giurato di curare la persona umana ma anche fedeltà con un arma in mano può essere compresa solo percependo che i diritti universali di libertà ed autonomia di un popolo possono superare, ancorché in casi davvero eccezionali, quelli della sacralità della vita umana.

Lo Stato, la cultura italiana ed il Suo Esercito non hanno mai dato adito ad alcun tipo di dubbio sulle priorità di tali principi e la Sanità Militare, quale espressione di questi valori,

ha sempre dimostrato il rispetto della sacralità della vita umana in tutte le missioni cui ha partecipato, quasi sempre spingendosi alla assistenza sanitaria e umanitaria, anche oltre la “mission”, sempre con il placet dei Comandanti e delle SS.AA. È tuttavia certo che, sia in Patria, sia in missione, possono crearsi delle condizioni tali da far sorgere nel medico militare dubbi sulla condotta da seguire, di volta in volta, in ragione del contesto professionale.

Sono state quindi individuate criticità che potrebbero presentarsi in missioni internazionali nella realizzazione del triage in alcune particolari aree, nella tipologia di cure da prestare, nelle decisioni di rimpatrio, nella scelta di cure a fronte di risorse e condizioni estremamente limitate.

Si deve perciò porre l'accento sulla formazione e la preparazione a queste condizioni di “emergenza”, che consentano di conseguire prima in Patria e quindi in missione una “coscienza professionale” in grado di rispondere con prontezza ai possibili conflitti etici correlati a situazioni straordinarie. È certo che sia sotto il profilo culturale, sia per il Codice dell'Ordinamento Militare, *il medico militare deve unire peculiari doti professionali e morali ad una perfetta conoscenza delle norme in tempo di pace e di crisi internazionale.*

*Il medico militare  
deve unire doti  
moralì e conoscenza  
delle norme*

Norme che fin dalla prima Convenzione di Ginevra, sono state ben codificate per quanto attiene i riflessi sanitari e il rispetto della dignità della persona umana anche in tempo di guerra e in ogni condizione. Ma il conoscere e il saper vivere ed applicare le norme previste dal diritto umanitario internazionale non può prescindere da una formazione che poggi le sue fondamenta sulla più aderente applicazione delle norme comportamentali in tempo di pace e in condizioni ordinarie. È quindi sul quotidiano che sembra importante dover tornare per ricercare quel pieno “assorbimento” dei più alti valori della coscienza individuale, che consenta in condizioni straordinarie di mantenere intatto quel rispetto

e quei comportamenti più facili da perseguire e che sembrano esserci in tempo di pace.

Anche in condizioni ordinarie, tuttavia, si pongono delle questioni morali di non semplice approccio per il medico militare, che si trova non di rado ad essere il medico confidente e di fiducia del soldato (militare, sottufficiale, giovane o alto ufficiale che sia) ed allo stesso tempo consulente del Comandante e medico con riflessi amministrativi, fiscali e legali rispetto all'impiego dello stesso soldato-paziente. Anche il problema dei rapporti gerarchici, presenti in qualsiasi organizzazione privata o pubblica ma certamente indispensabili e fondamentali in una Istituzione come quella militare, può determinare condotte conflittuali, così come anche un'organizzazione sanitaria che, al pari di quella civile, vive momenti di crisi e difficoltà per i tagli del personale e dei bilanci.

Ancora le profilassi obbligatorie (vaccinazioni collettive, profilassi per le aree malariche, ecc) nonché l'obbligo di accertamenti sanitari periodici per il controllo dello stato di salute. La mancanza di una copertura assicurativa per eventuali responsabilità nei confronti di terzi discendenti dall'attività professionale medica. L'esercizio dell'attività libero professionale in qualità di medico per la qualifica di ufficiale medico durante i periodi di inidoneità al servizio militare. Il tentativo di alcuni ufficiali medici – in forza di presunti principi conflittuali non propriamente chiari – di rinviare fino a cercare di evitare l'impiego in teatri operativi ad alto rischio sia per la propria vita (si pensi alla presenza dei nostri militari in alcune aree orientali ad altissimo rischio) sia per le condizioni in cui si deve operare (a volte medici da soli in zone con presidi sanitari distanti e raggiungibili con gravi difficoltà, ostacoli e tempi non brevi) sono problematiche quotidiane di coscienza professionale medica e militare.

Tutto ciò non deve generare solo timori ma spronare a com-

piere ogni utile sforzo per riconoscere i propri errori e i propri limiti, individuando percorsi formativi che consentano al medico militare di esprimere la più alta manifestazione del rispetto della vita e della dignità della persona nonché punto di riferimento nella stessa collettività militare ma anche civile.

L'etica medica e l'etica militare costituiscono certamente valori universali che nell'epoca attuale devono e possono trovare la propria affermazione attraverso una formazione continua, che partendo dall'educazione civica e dall'etica nelle scuole dell'obbligo, prosegua sempre durante gli studi universitari, le scuole militari e la carriera.

# I Codici deontologici dei professionisti della salute in pace e in guerra

*di Daniele Rodriguez*

P.O. di Medicina Legale nell'Università di Padova

## 1. I PRINCIPI DEI CODICI DEONTOLOGICI SONO GUIDA IDONEA A RISOLVERE ALCUNI DILEMMI PECULIARI DELLE CONDIZIONI DI GUERRA?

La questione fondamentale su cui intendo soffermarmi è se, per il medico militare, i Codici deontologici siano guida:

I) in generale, per un percorso professionale (ed extraprofessionale) coerente sia in pace sia in guerra, laddove “coerente” significa che il percorso si ispira ai medesimi principi e valori, sia in pace sia in guerra;

II) in particolare, per la soluzione di dilemmi, non abituali in tempo di pace, che potrebbero porsi in tempo di guerra.

I dilemmi che attengono al punto II) sono così esemplificabili:

a) quale atteggiamento tenere verso il “nemico” necessitante di soccorso sanitario perché ferito, ammalato, debole, denutrito?

b) vi sono differenze, quando si tratti di un “nemico”, rispetto all’atteggiamento verso l’“amico”?

c) quali sono le priorità di intervento in caso di “amico” e “nemico”, contemporaneamente bisognevoli di soccorso, soprattutto quando più gravi siano le condizioni del “nemico”?

d) come comportarsi di fronte al “nemico” che sembri aver bisogno di soccorso sanitario, quando sussista il sospetto che si tratti di un inganno volto a superare le nostre difese e a portare un attacco?

e) quale atteggiamento tenere di fronte ad ordini dei superiori gerarchici che portino ad una inadeguata cura dei “nemici”?

f) in caso di scarsità di risorse terapeutiche, esse devono essere riservate ai malati di parte “amica” e negate ai “nemici”?

g) in caso di scarsità di risorse, esse devono essere riservate ai malati che risultano più facilmente recuperabili per l’attività bellica?

h) quale atteggiamento tenere verso il soldato “amico”, che rifiuti consapevolmente un trattamento sanitario, in particolare quando la mancata effettuazione dello stesso comporti postumi invalidanti o la morte?

i) quale gestione del dovere del segreto professionale, in ipotesi che il “nemico”, sotto l’effetto di farmaci psicotropi somministrati a scopo terapeutico, riveli notizie militari di interesse per la parte “amica”?

l) quale cura nella gestione delle cartelle cliniche e/o della documentazione sanitaria, relativamente a “nemici”, nei confronti dei quali siano state realizzate procedure diagnostiche e/o terapeutiche?

È il caso di ribadire, per esigenze di chiarezza espositiva, anche se la precisazione è superflua, che le questioni ora proposte vanno analizzate e discusse in ambito deontologico, astraendosi dalle possibili corrispondenti indicazioni normative riconducibili a leggi dello Stato o a disposizioni dell’autorità militare.

Attiene a questa relazione l'ambito problematico dei rapporti intercorrenti fra norme deontologiche e norme di diritto. <sup>[1]</sup>  
<sup>[2] [4] [5] [8] [10] [11]</sup> La questione è se le indicazioni di legge debbano essere utilizzate come chiave di interpretazione del codice deontologico o se nella codificazione deontologica esistono spazi di espressione autonoma, concretizzanti un impegno verso la persona assistita più consistente di quanto le leggi stesse chiedano al professionista sanitario. Non è questa la sede per affrontare sistematicamente la questione. Mi atterrò pertanto a questo assunto: ove non espressamente richiamate come di riferimento, le norme dello stato non sono usate come punto di interpretazione, potendosi/dovendosi ammettere un eventuale contrasto fra le due diverse tipologie di fonti normative.

## 2. L'ART. 3 DEL CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA: IL CONTENUTO

La stragrande maggioranza dei 26 Codici deontologici delle professioni della salute non riporta espressamente né indicazioni né regole utilizzabili per la concreta soluzione delle questioni prospettate nel paragrafo precedente, in I) e in II), relative ai principi ed ai valori di riferimento in caso di guerra e, rispettivamente, della soluzione dei dilemmi legati alla guerra stessa.

Certo, nei Codici di deontologia, sono quasi sempre espressi (e quando non espressi, sono sottintesi) i valori ed i principi di riferimento, ma non è proposta una analisi degli stessi ed un reciproco confronto. Di conseguenza, è affidato all'interprete, cioè al singolo professionista, stabilire la gerarchia fra valori che venissero a trovarsi in contrapposizione a causa delle condizioni di guerra, in rapporto alla singola contingente problematica.

Solo un Codice deontologico affronta espressamente le questioni menzionate. Si tratta del Codice di deontologia medi-

ca, il cui art. 3 fornisce indicazioni non sulla gerarchia dei valori, ma sulla irrilevanza di possibili fattori condizionanti gli stessi, affermando così che sono valori assoluti e non relativi.

*Art. 3. Doveri del medico.*

*Dovere del medico è la tutela della vita, della salute fisica e psichica dell'Uomo e il sollievo dalla sofferenza nel rispetto della libertà e della dignità della persona umana, senza distinzioni di età, di sesso, di etnia, di religione, di nazionalità, di condizione sociale, di ideologia, in tempo di pace e in tempo di guerra, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera. La salute è intesa nell'accezione più ampia del termine, come condizione cioè di benessere fisico e psichico della persona.*

Il testo dell'art. 3 è esplicativo proprio in merito alle tematiche sinora discusse. Esso, in particolare, focalizza tre aspetti:

- *senza distinzione ... di nazionalità*: l'espressione è ben chiara: "amici" e "nemici" sono sullo stesso piano;
- *in tempo di pace e in tempo di guerra*: questa ulteriore precisazione elimina tutti gli eventuali dubbi residui: "amici" e "nemici" sono sullo stesso piano anche in tempo di guerra;
- *quali che siano le condizioni istituzionali*: applicata al tema in discussione, l'espressione va letta come significante anche quando il medico svolga la sua funzione in qualità di militare.

L'art. 3 caratterizza il dovere del medico, anche militare, anche nei confronti del "nemico", anche in tempo di guerra, nel senso dell'impegno attivo e sollecito, utilizzando, tra l'altro, termini e concetti di particolare pregnanza quali:

- tutela;
- sollievo dalla sofferenza;
- salute intesa nell'accezione più ampia del termine.

Tutto ciò vale non solo in relazione all'attività professiona-

le, dato che il contenuto dell'art. 3 si riferisce al medico non necessariamente solo quando sia nell'esercizio dell'attività professionale. Il principio generale è contenuto nel secondo comma dell'art. 1 del Codice di deontologia.

*Art. 1. Definizione.*

*(...) Il comportamento del medico anche al di fuori dell'esercizio della professione, deve essere consono al decoro e alla dignità della stessa, in armonia con i principi di solidarietà, umanità e impegno civile che la ispirano.*

Qualche ulteriore spunto di riflessione in argomento deriva dal confronto fra il citato art. 3 e l'art. 4 dello stesso Codice: l'art. 3 si riferisce al "medico" (quindi, nel senso dell'art. 1, anche al di fuori dell'esercizio professionale) e l'art. 4 al "medico nell'esercizio della professione"; infatti in quest'ultimo articolo è ribadito sinteticamente il rispetto dei valori etici della professione e sono enfatizzate le conoscenze scientifiche quale imprescindibile riferimento per l'attività professionale.

*Art. 4. Libertà e indipendenza della professione.*

*L'esercizio della medicina è fondato sulla libertà e sull'indipendenza della professione che costituiscono diritto inalienabile del medico.*

*Il medico nell'esercizio della professione deve attenersi alle conoscenze scientifiche e ispirarsi ai valori etici della professione, assumendo come principio il rispetto della vita, della salute fisica e psichica, della libertà e della dignità della persona; non deve soggiacere a interessi, imposizioni e suggestioni di qualsiasi natura.*

*Il medico deve operare al fine di salvaguardare l'autonomia professionale e segnalare all'Ordine ogni iniziativa tendente a imporgli comportamenti non conformi alla deontologia professionale.*

È così dimostrata la tesi introduttiva, per cui l'art. 3 del Codice di deontologia medica statuisce la irrilevanza di possibili fattori condizionanti i valori etici di riferimento, affermando nel contempo che tali valori sono assoluti e non relativi, non essendo, in particolare, limitati da fattori legati alla guerra.

### 3. L'ART. 3 DEL CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA: ORIGINE E CONFRONTI

Il contenuto dell'attuale art. 3 del Codice di deontologia medica è, grosso modo, corrispondente a quello dell'art. 5 della versione del medesimo Codice del 1989. Fu in quella oc-

TABELLA 1 - CONFRONTO FRA ART. 3 DEL CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA DEL 2006 E ART. 5 DEL CODICE DEL 1989

In corsivo sono riportate le parole rispettivamente cambiate; il simbolo † indica assenza di parole rispetto al testo dell'altra versione

CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA 2006	CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA 1989
<i>Dovere</i> del medico è la <i>tutela</i> della vita, della salute fisica e psichica dell'Uomo e il sollievo dalla sofferenza nel rispetto della <i>libertà</i> e della dignità della persona umana, senza <i>distinzioni</i> di età, di sesso, di <i>etnia</i> , di religione, di nazionalità, di condizione sociale, di ideologia †, in tempo di pace e in tempo di guerra, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali † opera. <i>La salute è intesa nell'accezione più ampia del termine, come condizione cioè di benessere fisico e psichico della persona.</i>	<i>Compito</i> del medico è la <i>difesa</i> della vita, della salute fisica e psichica dell'uomo e il sollievo dalla sofferenza nel rispetto della † dignità della persona umana, senza <i>discriminazioni</i> di età, di <i>razza</i> , di religione, di nazionalità, di condizione sociale, di ideologia <i>politica</i> , in tempo di pace <i>come</i> in tempo di guerra, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali il <i>medico</i> opera. †

casione che la materia, ora in esame, venne per la prima volta inserita in un Codice di deontologia medica. Un confronto fra il primitivo disposto e la norma attuale è proposto in tabella 1.

Paiono degni di menzione, sia in termini generali sia con particolare riferimento al tema in analisi, alcuni cambiamenti migliorativi che caratterizzano la versione attuale: si parla di “dovere” non semplicemente di “compito”; il più impegnativo termine “tutela” sostituisce quello di “difesa”; è stato introdotto esplicitamente il principio del “rispetto della libertà” della persona; è stata chiarita l'accezione della parola “salute”.

Queste modifiche stanno ad indicare una particolare attenzione al significato dell'articolo ed una persistente volontà di mantenerne il contenuto valido ed attuale.

Si tratta, inoltre, di contenuto che non è avulso dalla filosofia generale del codice di deontologia medica. In particolare, l'inciso “in tempo di pace e in tempo di guerra” dell'art. 3 è armonicamente correlato ad altri passi del Codice stesso. Esso è infatti implicitamente ripreso in alcuni articoli del capo IX Trattamento medico e libertà personale.

*Art. 51. Obblighi del medico.*

*Il medico che assista un cittadino in condizioni limitative della libertà personale è tenuto al rispetto rigoroso dei diritti della persona, fermi restando gli obblighi connessi con le sue specifiche funzioni. ...*

*Art. 52. Tortura e trattamenti disumani.*

*Il medico non deve in alcun modo o caso collaborare, partecipare o semplicemente presenziare a esecuzioni capitali o ad atti di tortura o a trattamenti crudeli, disumani o degradanti.*

*Il medico non deve praticare, per finalità diversa da quelle dia-*

*gnostiche e terapeutiche, alcuna forma di mutilazione o menomazione, né trattamenti crudeli, disumani o degradanti.*

La tutela del cittadino in condizioni limitative della libertà personale (art. 51) ed il divieto assoluto anche solo di presenziare a trattamenti disumani o degradanti (art. 52) sono concettualmente assimilabili al rispetto incondizionato della persona, anche quando si tratti di un “nemico”, che discende dal disposto dell’art. 3.

#### 4. L’ART. 3 DEL CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA: GUIDA ALLA SOLUZIONE DEI DILEMMI NELLE CONDIZIONI DI GUERRA

Per quanto riguarda il Codice di deontologia medica, è quindi possibile dare una risposta alle due questioni inizialmente proposte.

I) Il codice di deontologia medica, in base all’art. 3 e con riferimento all’art. 1, traccia un percorso professionale ed extraprofessionale di tutela della persona coerente, sia in pace sia in guerra, nel senso che il percorso si ispira ai medesimi principi e valori, sia in pace sia in guerra, qualunque sia la qualifica istituzionale rivestita dal medico.

II) I principi dell’art. 3 sono utilizzabili per la soluzione di molti dei dilemmi citati come non abituali in tempo di pace e che potrebbero porsi in tempo di guerra: non vi è alcuna differenza di tutela fra “amico” e “nemico” bisognevoli di soccorso sanitario; anche in carenza di risorse terapeutiche, le priorità di intervento non prendono in considerazione la condizione di essere “amici” o “nemici”, né, nell’ambito degli “amici”, vale l’obiettivo di utilizzare prontamente i militari meno gravi trascurando i bisogni dei militari più gravi; eventuali ordini di natura gerarchica superiore, anche se corrispondenti ad un dovere istituzionale, non incidono sui predetti doveri di fonte deontologica. La tutela della libertà del-

la persona, richiamata anche nell'art. 3, comporta il rispetto dell'autodeterminazione del militare che rifiuti consapevolmente un trattamento sanitario, anche quando la mancata effettuazione dello stesso comporti postumi invalidanti o la morte.

Altre questioni, partendo dall'art. 3 del codice di deontologia medica, possono essere risolte. Infatti, chiarito che l'art. 3 impone la tutela della persona in modo omogeneo, sulla base dei medesimi principi e valori, sia in pace sia in guerra, qualunque sia la qualifica istituzionale rivestita dal medico, è facile dire che, in tema di segreto professionale e di documentazione clinica nei confronti dei "nemici", valgono le indicazioni dei pertinenti articoli del codice di deontologia. La materia resta comunque complessa e qui può essere proposta solo qualche riflessione essenziale.

Circa il segreto professionale, vale dunque il principio della sua tutela anche riguardo fatti appresi, a causa dell'esercizio professionale, dal "nemico"; tuttavia di volta in volta, occorre interrogarsi – in base a quanto contemplato dall'art. 10 – se la rivelazione sia consentita "da una giusta causa, rappresentata dall'adempimento di un obbligo previsto dalla legge (denuncia e referto all'Autorità Giudiziaria, denunce sanitarie, notifiche di malattie infettive, certificazioni obbligatorie) ovvero da quanto previsto dai successivi articoli 11 e 12" del Codice di deontologia medica.

Però fra le giuste cause, che, nell'art. 10 cit., sono indicate fra parentesi, senza possibilità di capire se esse siano tassative ed esclusive o solo esemplificative, non è menzionato alcun disposto di possibile interesse per la presente analisi (ma da taluno potrebbe essere ragionevolmente proposto qualche riferimento normativo, utilizzabile per analogia); inoltre, gli articoli 11 e 12, riferendosi solo a dati personali, non sono attinenti alla materia in discussione e dovrebbero essere applicati per analogia, forzando in particolare il testo (ma

non il senso generale) dell'art. 12, per quanto riguarda fatti di interesse militare appresi in forza del segreto professionale, la rivelazione dei quali verrebbe ad essere ammissibile quando scaturente dalla "necessità di salvaguardare la vita o la salute (...) di terzi".

Circa la documentazione clinica e la certificazione in genere sono validi gli articoli 24, 25, 26 del codice di deontologia e devono essere rispettati nella prevedibile ipotesi che il militare "nemico", ad operazioni belliche concluse, si rivolga alle nostre strutture sanitarie per ottenere attestazioni idonee a dimostrare, in genere per motivi pensionistici, ferite e/o malattie contratte per causa di guerra.

La questione del sospetto di essere di fronte ad un "nemico" che sembri aver bisogno di soccorso sanitario, ma che in realtà miri ad ingannarci per superare le nostre difese ed aggredirci, merita una discussione articolata, cui in questa sede può essere fatto solo un brevissimo cenno, stante la necessità di provvedere ad una accurata e sistematica ricerca, con confronto dei vari passi, del codice di deontologia.

L'indicazione di base è comunque questa: il codice di deontologia medica non affronta la specifica questione. Alcuni spunti di interesse sono dati dall'art. 14.

*Art. 14. Sicurezza del paziente e prevenzione del rischio clinico.*

*Il medico opera al fine di garantire le più idonee condizioni di sicurezza del paziente e contribuire all'adeguamento dell'organizzazione sanitaria, alla prevenzione e gestione del rischio clinico anche attraverso la rilevazione, segnalazione e valutazione degli errori al fine del miglioramento della qualità delle cure.*

*Il medico al tal fine deve utilizzare tutti gli strumenti disponibili per comprendere le cause di un evento avverso e mettere in atto i comportamenti necessari per evitarne la ripetizione; tali*

*strumenti costituiscono esclusiva riflessione tecnico-professionale, riservata, volta alla identificazione dei rischi, alla correzione delle procedure e alla modifica dei comportamenti.”*

In parte attinente è anche la seconda parte del primo comma dell'art. 70.

*Art. 70. Qualità delle prestazioni.*

*(...) Il medico deve altresì esigere che gli ambienti di lavoro siano decorosi e adeguatamente attrezzati nel rispetto dei requisiti previsti dalla normativa compresi quelli di sicurezza ambientale.*

Il confronto fra gli articoli 14 e 70 propone la questione se la soluzione al problema debba vedere la partecipazione del medico nel contesto della gestione del rischio clinico (art. 14) oppure la sua estraneità, stante il fatto che la tutela dell'ambiente di lavoro è responsabilità dell'amministrazione. (art. 70). È sufficiente indicare che pare consono alla responsabilità del medico collocare il problema nel più ampio tema della gestione del rischio clinico, che comprende anche la sicurezza degli ambienti e dei terzi e che contempla la partecipazione del medico stesso alla elaborazione di procedure volte al contenimento del rischio: tale opzione è motivata dal fatto che la partecipazione del medico alla gestione del rischio in condizione di guerra permette di giungere a decisioni conclusive rispettose sia dell'incolumità pubblica sia della dignità di persone “nemiche” ingiustamente sospettate di simulare condizioni di compromissione le proprie condizioni di salute.

È comunque meritevole di interesse la prospettiva di inserire, in una futura revisione dell'attuale Codice di deontologia medica, indicazioni sulla partecipazione e sul ruolo del

medico nella gestione del rischio clinico nelle condizioni peculiari legate a concomitanti eventi bellici.

## 5. I CODICI DEONTOLOGICI DELLE ALTRE PROFESSIONI SANITARIE

Come precedentemente riferito, nessuno degli altri Codici deontologici delle professioni sanitarie riporta espressamente indicazioni o regole utilizzabili per la concreta soluzione delle questioni inizialmente prospettate in I) e in II).

Comunque, quasi tutti i Codici deontologici delle professioni sanitarie affermano espressamente:

- la tutela della salute, della vita, della libertà e della dignità;
- il principio della non discriminazione della persona in base, tra l'altro, alla nazionalità.

Essi recano pertanto uno o più passi analoghi all'art. 3 del Codice di deontologia medica, <sup>[6] [7] [9]</sup> fuor che per la precisazione “in tempo di pace e in tempo di guerra”.

Il nodo della riflessione complessiva viene dunque a concretizzarsi così: l'indicazione “in tempo di pace e in tempo di guerra” del Codice di deontologia medica può essere utilizzata come riferimento interpretativo dei passi analoghi, ma privi di detta espressione, dei vari codici deontologici delle professioni sanitarie?

La risposta è affermativa perché i valori e i principi poco sopra menzionati ed altri (per es.: solidarietà, modalità di risolvere i conflitti, tutela dei diritti umani) enunciati nei vari Codici di deontologia sono in contrasto con le ragioni di qualsivoglia guerra.

La locuzione “in tempo di pace e in tempo di guerra” può essere considerata dunque sottintesa, perché scontata e comunque coerente con il contesto dei principi e dei valori espressamente enunciati, nei passi pertinenti dei codici deontologici delle professioni sanitarie.

Tale conclusione può però essere opinabile per i Codici de-

ontologici delle professioni sanitarie di cui all'art. 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni, quelle cioè con laurea triennale. La specifica disciplina normativa per l'esercizio di tali professioni conferisce un peculiare valore giuridico ai loro Codici deontologici (mentre per il Codice di deontologia medica il problema non sussiste nei medesimi termini, non essendo la professione di medico-chirurgo e quella di odontoiatra disciplinate dalla medesima normativa).

I Codici di deontologia delle professioni sanitarie con laurea triennale vengono menzionati nella legge 26 febbraio 1999, n. 42, che reca disposizioni in materia di professioni sanitarie, con riferimento solo a quelle infermieristiche, tecniche e della riabilitazione, nonché nella legge 10 agosto 2000, n. 251, che disciplina le professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché la professione ostetrica.

L'art. 1 della legge n. 42/1999, per quanto qui rileva, prescrive che "il campo proprio di attività e di responsabilità" delle professioni sanitarie citate è determinato dai contenuti, tra le altre fonti, degli specifici Codici deontologici. Vista questa peculiare indicazione, che individua il Codice deontologico come fonte di attività e responsabilità, sorge il dubbio che una interpretazione quale quella sopra proposta, che va al di là delle indicazioni testuali, dando per scontate alcune precisazioni che invero non compaiono espressamente, non sia ammissibile per una fonte normativa, il Codice deontologico, che – stando al dettato dell'art. 1 della legge n. 42 – assume di fatto il valore di legge, vincolata quindi alla tassatività della forma.

In base allo stesso principio, la esplicita previsione, in uno dei Codici deontologici delle professioni sanitarie con laurea triennale, di una espressione del tipo "in tempo di pace e in tempo di guerra" collocata nell'opportuno contesto, porterebbe al riconoscimento anche legale del principio della

validità assoluta dei valori deontologicamente codificati e della loro applicazione indifferenziata, non condizionata in particolare da eventi bellici e/o dalla condizione di “amico” o “nemico” della persona da assistere.

Le norme vigenti non consentono una analoga accoglienza in ambito legale delle indicazioni del Codice di deontologia medica ed in particolare di quelle esplicitamente statuite nell’art. 3 in relazione all’equivalenza delle condizioni di pace e di guerra.

TABELLA 2 - CODICI DEONTOLOGICI  
CHE CONTEMPLANO LA CLAUSOLA DI COSCIENZA

CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA - 2006	CODICE DEONTOLOGICO DELL'INFERMIERE - 2009	CODICE DEONTOLOGICO DEL DIETISTA - 2009	CODICE DI DEONTOLOGICO DELL'OSTETRICA - 2010
<p><i>Art. 22. Autonomia e responsabilità diagnostico-terapeutica.</i> Il medico al quale vengono richieste prestazioni che contrastino con la sua coscienza o con il suo convincimento clinico, può rifiutare la propria opera, a meno che questo comportamento non sia di grave e immediato nocimento per la salute della persona assistita e deve fornire al cittadino ogni utile informazione e chiarimento.</p>	<p><i>Art. 8.</i> L'infermiere, nel caso di conflitti determinati da diverse visioni etiche, si impegna a trovare la soluzione attraverso il dialogo. Qualora vi fosse e persistesse una richiesta di attività in contrasto con i principi etici della professione e con i propri valori, si avvale della clausola di coscienza, facendosi garante delle prestazioni necessarie per l'incolumità e la vita dell'assistito.</p>	<p><i>Capo III.</i> <i>Responsabilità verso l'utente/cliente.</i> 2. Il dietista, nel caso di situazioni in contrasto con la coscienza personale e i principi etici che regolano la professione, s'impegna a trovare la soluzione operativa più idonea nel rispetto dell'autonomia e della dignità della persona. Solo in caso di conflitti insanabili si può avvalere dell'obiezione di coscienza.</p>	<p><i>Art. 3.16.</i> L'ostetrica/o di fronte ad una richiesta di intervento in conflitto con i principi etici della professione e con i valori personali, si avvale della obiezione di coscienza quando prevista dalla legge e si avvale della clausola di coscienza negli altri casi, garantendo le prestazioni inderogabili per la tutela della incolumità e della vita di tutti i soggetti coinvolti.</p>

## 6. LA CLAUSOLA DI COSCIENZA

In alcuni Codici di deontologia – compreso quello del medico – esiste una norma esplicita applicabile nell’ambito in discussione e di peculiare rilievo per gli aspetti non espressamente disciplinati dal rispettivo Codice. Le norme di interesse attengono alla cosiddetta *clausola di coscienza*. [3] I quattro Codici deontologici che la contemplano ed i precisi riferimenti normativi sono riportati in tabella 2.

La terminologia adottata e l’impostazione del tema non sono sovrapponibili nei quattro Codici. La terminologia “clausola di coscienza” è usata nei codici deontologici dell’infermiere e dell’ostetrica; la formula “obiezione di coscienza” è usata nel Codice deontologico del dietista; il codice di deontologia medica si esprime in termini di “rifiuto” di prestazione d’opera. Il punto di partenza è comunque sovrapponibile: due Codici richiamano il contrasto e due il conflitto fra diversi principi/visioni etiche o con la propria coscienza. Tutti i quattro Codici deontologici non definiscono il soggetto con il quale può sorgere il conflitto/contrasto, non ponendo quindi alcuna limitazione e lasciando ampio il campo applicativo. Pertanto i conflitti possono riguardare, da un lato, e necessariamente, il professionista della salute e, dall’altro, di volta in volta, vari altri soggetti, fra i quali, per esempio, può figurare l’amministrazione da cui il professionista dipende, compresa l’amministrazione militare. I conflitti con l’amministrazione possono sorgere a causa di una diversa valutazione – operata dalle parti in conflitto – delle modalità da seguire per la promozione o la tutela della salute della persona “nemica”, in ipotesi di volontà dell’amministrazione di inibire al professionista la corretta presa in carico della persona. L’impegno primo che il professionista è chiamato ad assumere, secondo l’insegnamento del codice deontologico dell’infermiere, applicabile anche agli altri Codici, è il dialogo; solo se il conflitto non

è componibile, il professionista arriverà ad avvalersi della clausola di coscienza.

Questa è caratterizzata in tre Codici in modo simile e potenzialmente fuorviante. La clausola di coscienza nel Codice di deontologia medica è definita come volontaria non esecuzione di un'attività richiesta da altri; nei Codici deontologici dell'infermiere e dell'ostetrica è da intendere nello stesso senso, visto il contesto: infatti è solo in caso di rifiuto – omissione di un trattamento – che ha senso il richiamato dovere di garantire comunque le prestazioni inderogabili per la tutela della incolumità e della vita.

La clausola di coscienza potrà dunque essere ragionevolmente opposta ad amministrazioni che propongano atti non conformi alla promozione o alla tutela della salute della persona, o che chiedano di astenersi da un intervento, utile ed indicato, determinando così un evento dannoso o pericoloso. Il rifiuto del professionista, quindi, non sempre si tradurrà in un non fare o *solo* in un non fare, ma potrà corrispondere ad un fare ciò che egli ritiene corrispondente ai bisogni della persona.

Diversa è la impostazione del Codice deontologico del dietista: la clausola di coscienza non è limitata all'ipotesi del rifiuto. Sembra anzi di poter desumere che la clausola di coscienza, opzione comunque estrema, sia da attuare solo in caso di conflitti insanabili nella ricerca della “soluzione operativa più idonea nel rispetto dell'autonomia e della dignità della persona”. La clausola di coscienza comporta dunque l'adesione alla opzione che è più tutelante la persona.

Per le professioni che contemplan la possibilità di ricorrere alla clausola di coscienza, questa può essere una risorsa (ulteriore) per orientare le scelte di fronte a dilemmi tipici delle condizioni belliche, nel senso che costituisce valido supporto normativo a sostegno di decisioni che valorizzano la tutela della persona, ancorché questa appartenga allo schie-

ramento “nemico” ed ancorché la decisione possa contrastare con richieste dell’autorità militare che non tengono in adeguata considerazione tale tutela..

## 7. CONCLUSIONI

Fra i Codici deontologici delle professioni della salute, solo il codice di deontologia medica affronta espressamente le questioni dei principi e dei valori di riferimento in caso di guerra, costituendo così guida adeguata per la soluzione dei dilemmi legati alla guerra stessa. Il messaggio dell’art. 3 di detto Codice è semplice e chiaro: valori e principi hanno significato assoluto e non relativo e nessun fattore può condizionarli.

Quasi tutti i Codici deontologici delle professioni della salute affermano espressamente, da un lato, la tutela della salute, della vita, della libertà e della dignità e, dall’altro lato, il principio della non discriminazione della persona in base, tra l’altro, alla nazionalità. Essi enunciano pertanto valori e principi analoghi a quelli del Codice di deontologia medica, ma non esplicitano che essi valgono ugualmente “in tempo di pace e in tempo di guerra” come fa il Codice di deontologia medica. Si pone la questione se tale clausola possa essere considerata sottintesa ed essere adottata come riferimento interpretativo dei vari Codici deontologici delle professioni sanitarie ed in particolare dei passi che riportano valori e principi.

La risposta non è univoca, stanti da un lato il fatto che tali valori e principi sono in contrasto con le ragioni di qualsivoglia guerra e quindi da ritenere operanti anche in caso di guerra, e dall’altro il particolare valore giuridico delle codificazioni deontologiche delle professioni sanitarie con laurea triennale, valore giuridico che induce ad essere cauti nel proporre interpretazioni che si discostino dalla espressione formale del testo.

Per alcune professioni, la esplicita previsione della clausola di coscienza può essere una risorsa ulteriore per orientare le scelte di fronte a dilemmi tipici delle condizioni belliche, nel senso di operare la scelta congrua per la tutela della persona, ancorché appartenente allo schieramento “nemico”.

In ogni caso, la formulazione dell’art. 3 del Codice di deontologia medica appare chiara ed esprime un orientamento rispettoso della tutela della persona, venendo a costituire un modello che potrà essere utilizzato come riferimento da altre professioni per integrare gli aspetti dubbi, circa il significato – assoluto e non condizionato – dei valori e dei principi enunciati nei rispettivi codici di deontologia.

#### BIBLIOGRAFIA

1. AA.VV., *Codice deontologico commentato*, Medico-Scientifiche, Torino 2007.
2. M. Barni (a cura di), *Bioetica, deontologia e diritto per un nuovo codice professionale del medico*, Giuffrè, Milano 1999.
3. Casonato C, Cembrani F, *Il rapporto terapeutico nell’orizzonte del diritto*, in: Rodotà S, Zatti P, *Trattato di biodiritto – I diritti in medicina*, Giuffrè, Milano 2011, pp. 39-108.
4. Fineschi V, *Il codice di deontologia medica*, Giuffrè, Milano 1996.
5. Formaggio TG, *Deontologia medica e legislazione sanitaria*, Pavese, Pavia 1958.
6. Rodriguez D, *Codici deontologici delle professioni sanitarie a confronto*, in: Benci L, *Le professioni sanitarie (non mediche)*, McGraw-Hill, Milano 2002, pp. 43-115.
7. Rodriguez D, *I codici deontologici dei professionisti sanitari e la guerra*. Rivista Diritto Professioni Sanitarie 2001; 3: 212-220.
8. Rodriguez D, *Le fonti deontologiche delle professioni sanitarie*, in: Rodotà S, Zatti P, *Trattato di biodiritto – Ambiti e fonti del biodiritto*, Giuffrè, Milano 2010, pp. 825-848.

- Rodriguez D, Caenazzo L, *I codici deontologici delle professioni sanitarie*, in AA.VV., *Elementi di Medicina Legale*, Monduzzi , Noceto 2010, pp. 20-51.
9. Rodriguez D, Valsecchi M, *Il codice di deontologia medica e la guerra*. *Janus* 2002; 2/5: 10-21.
  10. Silvestro A (a cura di), *Commentario al codice deontologico dell'infermiere 2009*, McGraw-Hill, Milano 2009.
  11. Tavani M, Picozzi M, Salvati G, *Manuale di deontologia medica*, Giuffrè, Milano 2007.

# Due secoli al servizio del Paese in Guerra e Pace

*di Antonio Santoro*

Brigadier Generale medico della Direzione Generale della Sanità Militare,  
Co-coordinatore del Master di II Livello della Facoltà di Medicina e  
Chirurgia dell'Università di Firenze, Professore di Geopolitica,  
Storico Militare

## 1. INTRODUZIONE

Il presente contributo, poggiante tutto su rigorosa documentazione storica, riflette esclusivamente il pensiero storicistico dell'autore e viene presentato in forma libera, con sole finalità informative.

Seguire per intero in tempi brevi la generosa traccia storica della Sanità Militare è opera impossibile per una seria e concisa presentazione, per cui considereremo solo le fondamenta dell'edificio storico del più eroicamente umile Corpo Militare.

La traccia generosa è dato storico scolpito ed immutabile e purtroppo chi parla ama poco ripetere in maniera troppo frettolosa il radioso cammino storico, i cui fulgidi termini differenziali sono a volte narrati e ripetuti nelle varie occasioni istituzionali!

È forse necessario tributare un doveroso e rispettoso ricordo ad Alessandro Riberi, illustre figlio di Piemonte e nostro Padre Fondatore.

Dobbiamo anche ricordare Cesare Ricotti Magnani, ministro della Guerra del Governo Lanza, primo Generale d'Arma Combattente che fornì generosa e concreta prova di credere nei medici militari, cui diede Casa Madre, stelletta, sciarpa azzurra ed incarico di veri comandanti. Il suo insegnamento, gloriosamente nato dalle giovanili esperienze sui campi di battaglia delle Guerre d'Indipendenza e perfezionato da alti studi militari esteri, è stato poi dimenticato da talun altro che aveva meno studiato ed ancor meno combattuto.

Un anno e quattro mesi fa in altra Sede abbiamo ricordato che sono cominciate le celebrazioni storiche dei 150 anni dell'Unità d'Italia!

È infine necessario alle nostre migliaia di Caduti di ogni tempo ed ogni luogo, nonché ai numerosi Decorati della Sanità Militare, in primo luogo le 28 medaglie d'Oro, nobile schiera generosa di uomini di ogni tempo, principciata dal fulgido eroe portafertiti nella terribile battaglia di Plava (GO). Sul sanguinoso fronte giulio, sulle rive del contrastato Isonzo, nel 1916, già umilissimo mezzadro della bassa Toscana, Angelo Vannini, di cui non si ha neanche una foto, nobilissimo portafertiti tra trincee e reticolati, per salvare i suoi commilitoni cadde sotto l'impetoso fuoco austro ungarico. Aveva poco più che 20 anni e fu la prima Medaglia d'Oro al Valor Militare per la Sanità Militare.

## 2. CENNI SUI PRIMORDI DELLA SANITÀ MILITARE <sup>[4, 12]</sup>

Da sempre i feriti abbandonati sui campi di battaglia e gli infermi tutti non erano mai stati un'emergenza per alcuno, se non per pochi umili caritatevoli, sovente religiosi, come San Camillo de Lellis, futuro Patrono della Sanità Militare.

I primi Servizi Sanitari Militari modernamente strutturati risalgono alla Francia del Re Sole, ma le particolarmente

cruente guerre del periodo giacobino-napoleonico esigevano un rinnovato e cospicuo apporto dinamico dalla Sanità Militare transalpina. Detto apporto fu piuttosto disorganizzato, anche se i medici militari francesi compirono miracoli in Europa, come nella spedizione in Egitto, dove si trovarono anche a fronteggiare terribili epidemie di peste e di colera. Inoltre i Francesi negli stati satelliti (le cosiddette repubbliche sorelle) incoraggiarono, se non imposero il reclutamento e la formazione di giovani medici e chirurghi militari: non a caso la prima Scuola di Sanità Militare italiana ebbe a funzionare, sia pure per pochi mesi, nell'effimero governo veneziano prima della disinvolta pace di Campoformido (ottobre 1797) in Padova presso l'attuale Collegio Morgagni.

*Napoleone  
e la sanità militare*

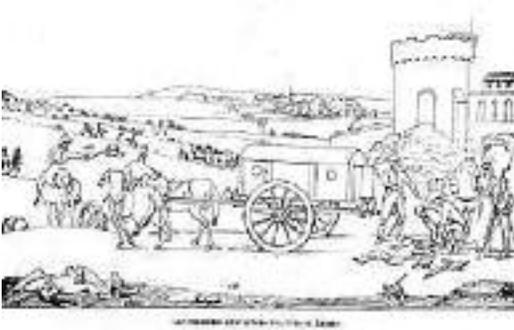
Dal 1800 Napoleone riordinò l'istituzione sanitaria militare francese. Il personale sanitario era particolarmente allenato allo sgombero veloce dei feriti, prima con i Brancardiers (portaferiti) e poi con le Ambulanze Volanti di Dominique Larrey.

Pierre Françoise Percy, rovesciando il concetto di ferito-sgombero-chirurgo in ferito-chirurgo-sgombero, inventò il Wurst, formazione chirurgica campale semovente, rappresentata da un carro-ospedale chirurgico, affastellato in

una specie di veicolo a salsicciotto allungato, da cui il nome, su cui si adattavano nel trasporto chirurghi, medici, infermieri e farmacisti militari. Il Percy istituì anche la figura infermieristica apicale del Despotat, corrispondente ad un attuale Sottufficiale infermiere.

La Sanità Militare francese fu messa a dura prova nelle campagne di

FIGURA 1 - L'AMBULANCE LARREY



Spagna e Russia, ma compì una serie di veri e propri miracoli in quei tragici fronti, divoratori di migliaia e migliaia di vite umane.

Di certo il modello francese fu ripreso dai vari eserciti d'Europa e del Nuovo Mondo, sia pure in proporzioni minori, come pure nel nostro Paese.

### 3. LA SANITÀ MILITARE ITALIANA [1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11]

Tutto ebbe inizio a Torino con Carlo Alberto ed a Napoli con Ferdinando II di Borbone negli anni 30 del XIX Secolo. Ma Re Tentenna, consigliato dal professor Riberi, fece di più.

Istituì con Regio Viglietto del 4 giugno 1833 il Corpo Sanitario Militare con un Consiglio di Sanità Militare di cui ben presto fu nominato Presidente con rango di Generale il professor Alessandro Riberi, Chirurgo e Preside della Facoltà Medica torinese e Presidente del locale Regio Colle-

*Il ruolo di  
Alessandro Riberi*

FIGURA 2 - IL WURST DI PERCY VERSO IL CAMPO DI BATTAGLIA



gio Medico, fondatore nel 1851 del Giornale di Medicina Militare.

La Sanità Militare Italiana assunse la data del 4 giugno 1833, ricorrenza del Regio Viglietto istitutivo, a Festa del Corpo Sanitario.

Sebbene nel Regno di Sardegna esistessero in organico Medici e Chirurghi Militari sin dal 1793, i loro organici furono regolamentati il 4 giugno 1833 da re Carlo Alberto che creò anche un supporto infermieristico, essendo sino ad allora i medici aiutati solo da qualche militare di truppa meno operativo. Solo nel 1848, nel quadro dei decreti riordinanti la Sanità Militare, Carlo Alberto istituì una compagnia di 360 Infermieri Militari, essenzialmente impiegati nei diversi cupi Ospedali Militari, alle dipendenze di Ufficiali Contabili (!). La Regia Normativa Sarda, illuminata dal grande Riberi, oltre a regolamentare gradi ed uniformi dei sanitari militari, riconobbe poi il rango di ufficiali anche ai Farmaceuti ed ai Veterinari, i cui rispettivi capi servizio afferirono al Consiglio Sanitario Militare, fondò il Laboratorio Farmaceutico Militare, unificò anche le Lauree in Medicina e Chirurgia, istituì un Corpo Infermieri Militari e creò una sorta di Accademia di Sanità Militare per studenti in divisa nelle tre università sabaude (Torino, Genova e Cagliari).

Questo esperimento fu poi studiato a fondo dallo Stato Maggiore del Cancelliere prussiano Otto Von Bismarck.

La Sanità Militare sarda nel 1855-56 ebbe a partecipare nella guerra di Crimea. Il conflitto fu la prima vera e propria operazione di peace making fuori area con 4 future Nazioni della Nato. Primato storico di questa guerra fu anche l'eccezionale volontariato sanitario femminile, animato da una fiorentina britannica, ispiratrice di un grande ideale universale sul versante alleato ed anche in campo russo nobildonne e popolane in generosa mescolanza furono impeccabili infermiere volontarie. Infatti il conflitto fu pieno di pericoli,

logisticamente arduo, funestato da battaglie cruente e dal colera che uccise più del piombo. Il soccorso sanitario eroico e capace fu svolto con l'ambulanza, per l'epoca avanzata, accolta in tende a tiranti e baracchette di legno: le perdite sarde da malattie saranno ben inferiori a quelle degli alleati ed infinitamente minori di quelle dei Russi!

Nello Stato Pontificio Pio IX, da giovane recluta napoleonica, fu il più amante di cose militari degli ultimi 20 Eredi di Pietro, chiamando a sé quale pro-ministro della Guerra un monsignore belga, Xavier De Merode, ex legionario d'Algeria ed ufficiale di Stato Maggiore; nel 1860 regolamentò Medici e Chirurghi, loro affiancando una Compagnia Infermieri di 126 uomini con 3 ufficiali in organico, per l'unico Ospedale Militare che era a Roma in Borgo Vaticano. Per l'operatività campale ... nessun infermiere era previsto!

I Borboni di Napoli fecero abbastanza per la loro Sanità Militare, arruolando diverse centinaia di professionisti e mettendo in linea una capillare rete nosocomiale.

*La sanità militare  
nel Regno di Napoli*

FIGURA 3 - SANITARI MILITARI DELLE DUE SICILIE



Ariosi e puliti erano gli oltre 20 Ospedali Militari delle Due Sicilie, pur con organici scarsi e senza alcuna strutturazione dell'attività infermieristica; sono infatti riscontrabili solo tracce regolamentari per il disimpegno dei servizi ospedalieri.

Come ben si vede in immagine d'epoca a sgomberare i feriti campali dovevano provvedere gli ufficiali medici e chirurghi, mentre tutti gli altri, cappellani compresi, tengono conversazione. Sul campo: solo Ufficiali Medici!

L'atroce esperienza dei campi di battaglia dell'estate del 1859 nella II Guerra d'Indipendenza rappresentò un momento difficile per i medici militari degli eserciti contendenti; infatti nessun militare paramedico era preposto al soccorso dei feriti in battaglia, dovendovi provvedere da soli gli ufficiali medici, nella migliore ipotesi aiutati da alcuni religiosi e dai commilitoni del ferito, improvvisati barellieri. È da dirsi che i feriti, amici e nemici, erano da tutti curati in regime egualitario. I troppi feriti abbandonati sui campi di battaglia fecero maturare l'idea al viandante ginevrino Henry Dunant che ci fosse bisogno di un organismo umanitario internazionale che si prendesse cura di queste enormi masse di feriti che occorrevano nei moderni conflitti, senza operare alcuna distinzione di uniformi.

Con queste premesse la Sanità Militare giunge al momento della fusione nazionale, analogamente a tutti i Corpi Militari della Nazione. Primo compito della nuova e fragile Nazione fu l'approntamento di un modello di difesa verso nemici esterni ed un inaspettato nemico interno dal '61, il devastante Brigantaggio politico nelle nuove province meridionali. Le Forze Armate italiane dovevano velocemente crescere di numero, ricorrendo all'incorporamento dei militari degli Stati Preunitari e dei Garibaldini, ma anche necessitavano di un complesso processo d'amalgama, a cominciare

dall'uso della lingua parlata! La consistenza dei Corpi Sanitari è riportata nella seguente tabella I, mentre in Tabella II sono enumerate le strutture ospedaliere e logistiche delle Sanità Militari preunitarie e nella III con medesimo criterio le strutture campali.

TABELLA 1 - SANITÀ MILITARE: RISORSE UMANE

Abitanti	Effettivi terra+mare	n. Uffic.		n. Uff. medici		Indice di medicalizzazione x 1000
		farmac.	terra	mare	mare	
5.145	50.440	20	184	22		1:272
9.117	92.497	41	383	53		1:230
3.124	92.497	1		50		1:337
1.783	11.866	4	19	2		1:611
598	4.275	0	5			1:854
4.958	3.290	0	4			1:922

Dati desunti da Censimento1861 e da C. Mezzacapo, 1856

Le Forze Armate italiane dovevano velocemente crescere di numero, ricorrendo all'incorporamento dei militari degli Stati Preunitari e dei Garibaldini, ma anche necessitavano di un complesso processo d'amalgama, a cominciare dall'uso della lingua parlata.

TABELLA 2 - SANITÀ MILITARE: STRUTTURE LOCALIZZATE

Effettivi terra+mare	Laboratori Farmac. centr.	n. ospedali militari		Posti letto massimi	Indice di ospedalizzazione
		Terra	Mare		
50.440	1	8	11.300	2,58	pl/100
92.497	=	17	52.900	3,14	pl/100
17.060	=	1	200	1,17	pl/100
11.866	=	3	290	2,44	pl/100
4.275	=	Ricovero possibile dei militari solo in Ospedale Civile			
3.290	=	Ricovero possibile dei militari solo in Ospedale Civile			

Dati desunti da Censimento1861 e da C. Mezzacapo, 1856

Si era cominciato nel '59 con l'assorbimento di militari della Lombardia, già soggetta al Governo asburgico, di ufficiali e graduati degli Stati della Lega dell'Italia Centrale ( ex pontifici delle Legazioni emiliane e romagnole, emiliani dei Ducati, toscani ) e dal '60, nell'autunno, di ex pontifici delle Marche e dell'Umbria.

TABELLA 3 - SANITÀ MILITARE: STRUTTURE D'ADERENZA

Ambulanze	n. campagne militari	
	in Italia	fuori area
SI	2	1 (1°G.I. 1848-49 + Crimea 1855-56)
SI	2	(1° G.I. 1848 + Sicilia 1848 - No estero)
SI	1	(No in campagna, solo in manovre)
SI	1	(1° G.I. 1848, ma organizzata dai volontari)
NO	Nessuna operatività di campagna	
NO	Nessuna operatività di campagna	

Dati desunti da A. Santoro, Roma, 2010

In totale la Sanità Militare incorporò in quel periodo complessivamente: 176 medici del Regio Esercito, 4 medici della Regia Marina, 11 veterinari del Regio Esercito.

Nel dicembre 1860 furono quindi ammessi in organico, previo scrutinio, 184 Ufficiali Medici su 383 dell'ex Esercito Borbonico e 53 su 53 della ex Armata di Mare di Francesco II. Purtroppo il 1° aprile 1861 fu anche emanato il Regio Decreto che separava istituzionalmente la Sanità Marittima da quella di Terra: infatti il 21 aprile di quell'anno il Servizio Sanitario della Marina veniva reso completamente indipendente da quello dell'Esercito. Era la prima foglia leggiera che fuggiva dal vitale carciofo sanitario militare che poi si sfoglia via via e poi sempre più in fretta, le prossime foglie voleranno via nel 1938, nel 1954, nel 2000. E poi? Ma queste son storie, pur se nate allora, dei tempi nostri!

Il nuovo Ordinamento Sanitario Marittimo istituiva la fi-

gura apicale di Ispettore (che faceva parte del Consiglio Superiore Militare di Sanità) e Luigi Verde ne assunse l'incarico il primo gennaio 1862. La plebiscitaria adesione della Marina Napoletana al governo sabaudo fu confermata, mentre di lì a poco a terra ed ancor più sul mare i sanitari sentirono subito incomprensioni sinora non sentite con il vecchio governo napoletano. Comunque per i neo italiani ufficiali medici non fu solo un adattamento uniformologico.

Ultimi ad essere immessi nelle Forze Armate Italiane ed in particolare nel Regio Esercito furono gli ufficiali ex garibaldini, i meno accettati dai colleghi di carriera del neo Regio Esercito Italiano. Furono ammessi ai ruoli con Regio Decreto 28 marzo 1862 e con un grado in meno al precedente. Furono immessi in organico, previo scrutinio, 125 Ufficiali Medici, Veterinari e Cappellani, mentre nella Marina erano già entrati, in quanto ex della Marina Napoletana. Questi sanitari sentivano ancor di più dei colleghi le incomprensioni perché politicamente non graditi dai nobili conservatori. Queste incomprensioni furono anche sentite da un Medico di Reggimento che al Sud era costretto all'ingrato compito di arruolare alla visita di leva recalcitranti giovani; questi lascerà la grigia uniforme per riprenderla poi orgogliosamente nella stagione bellica del 1866: Cesare Lombroso, brillante professore universitario di Torino, famoso per gli studi antropologici e criminologici.

Con le immissioni in ruolo descritte e con il reclutamento diretto la Sanità Militare di Terra si trovò ad avere in organico 770

FIGURA 4 - IL MEDICO  
DI REGGIMENTO  
DOTT. CESARE LOMBROSO, 1861



Ufficiali Medici al 31 dicembre 1864, di cui 732 in servizio attivo e 38 in aspettative varie.

Il Corpo Sanitario Marittimo anche vide ampliati i suoi organici con Regio Decreto dell'11 luglio 1863, con 120 Ufficiali Medici e 10 Ufficiali Farmacisti, ma i posti non vennero coperti che alla fine degli anni '80!

Non fu tanto facile cucire insieme le forze armate nazionali che si scucirono indegnamente per sola incapacità degli Stati Maggiori a Custoza e Lissa con equa parità interforze! Eppure, grazie alle vittorie dell'alleato prussiano, alla mediazione di Napoleone III e con l'onore nazionale salvato a Bezzecca da Garibaldi avemmo il Veneto. Anche allora sul mare come a terra la Sanità compì generosi prodigi ed ebbe i suoi gloriosi caduti con equa parità interforze!

Dal Risorgimento venne fuori l'Italia unita con tutte le sue virtù, ma anche con parecchi problemi ed esagerate aspirazioni, compresa quella di un posto al sole d'Africa che portò i militari italiani a confrontarsi in ardue prove ben lontano dal suolo nazionale; la Sanità dovrà esserci non solo per assistere militari e popolazioni, ma anche per fronteggiare insidie esotiche nella serie di guerre coloniali in cui ben presto gli eventi precipiteranno la giovane Nazione, tributando per la sua umile opera sacrifici e sangue. La Sanità Militare annovera illustri professionisti e nel maggio 1896 il tenente colonnello medico Giuseppe Alvaro dell'ospedale militare di Napoli esegue le prime radiografie su due soldati feriti nella battaglia di Adua del 1 marzo 1896 durante la disastrosa campagna di guerra per la conquista dell'Abissinia.

L'esperienza di Alvaro, a soli cinque mesi dall'annuncio della scoperta dei raggi X da parte di Guglielmo Roentgen, è considerato il primo impiego in assoluto della radiologia in ambito militare. Gli Italiani vanno avanti: nel 1911 l'Italia combatte contro la Turchia in Libia. L'Esercito Italiano dispiega tutti i suoi nuovi mezzi, a cominciare dall'aereo ed il

generale medico Ferrero di Cavallerleone introduce un apparecchio radiologico campale, capolavoro di arrangiamenti all'italiana, ma utilissimo per la diagnostica delle ferite d'arma da fuoco.

La Grande Guerra fu la prima occasione in cui la Sanità Militare ebbe a dover operare in proporzioni titaniche, pagando anche un ingente tributo di sangue, allineando sul campo tutte le moderne specialità disponibili.

La Classe Medica Italiana rispose compatta. Nel 1915 c'erano 800 ufficiali medici in servizio permanente effettivo (s.p.e.), nel 1916 salirono a 14.050, di cui 8.050 in zona di operazioni, mentre nel 1918 si contavano 874 medici in s.p.e. e 16.884 altre categorie.

Furono richiamate alle armi le classi di ufficiali medici in congedo sino al 1870 (48 anni di età nel 1918!). Sulla tragica linea del fronte ancora non bastavano e fu istituita una facoltà medica proprio vicino alle linee del fuoco per accelerare i corsi di laurea dei giovani studenti alle armi: la Sanità Militare istituì in concorso con diversi cattedratici universitari, coordinati dal professor Giuseppe Tusini, Clinico Chirurgo dell'Università di Modena, e richiamati con il grado di tenente colonnello, l'Università Castrense di San Giorgio di Nogaro (UD). Con alcuni corsi invernali accelerati si laurearono ben 1.200 aspiranti ufficiali (studenti degli ultimi anni di Medicina e Chirurgia arruolati). Di essi ben 150 caddero al fronte, compiendo la sublime missione. Enorme saranno il tributo di sofferenze della Sanità in quella guerra, ma non mancò il perfezionamento e l'avanzamento scientifico: in particolare la Radiologia Medica trasse enorme profitto dall'esperienza bellica. La Sanità Militare Italiana allineò una decina di ambulanze radiologiche, individuando anche i primi Tecnici di Radiologia. Campione d'umanità fu in un paese alleato la grande Maria Curie che di tasca sua regalò ai poilus francesi alcune ambulanze radiologiche dove

*La Grande Guerra*

prestò un non dimenticato servizio volontario. Nell'immane conflitto la Sanità fu faro d'amore ed infatti accolse nelle sue file due apostoli della pace e della fede. In Sanità a compiere i lavori di assistenza, sovente umili ed imbarazzanti, ci finiscono militari tra i meno aiutanti, fra questi, poco prima della Grande Guerra, Francesco Forgiione da Pietralcina (BN). Farà bene il suo dovere in ospedale, ma sarà riformato per tbc. Meglio farà in seguito e sarà Santo. Ci fu poi un buon Sergente Infermiere da Sotto il Monte: allo scoppio della Grande Guerra i sacerdoti non erano esentati dalle stellette e così don Angelo Roncalli da Sotto il Monte (BG) mise i galloni di Sergente Infermiere, poi per una nuova legge di guerra, sarà Tenente Cappellano. Nel 1958 salirà al Sacro Soglio col nome di Giovanni XXIII.

Finita nel novembre 1918 la Grande Guerra, tutti i Medici Italiani ed i Farmacisti vollero tributare la loro riconoscenza al sacrificio di oltre 250 eroi armati del solo bracciale di Croce Rossa, erigendo a proprie spese l'Ara Minerbiana, plastica immagine della Medicina Italiana nel Cortile del Chiostro del Maglio in Firenze.

Il monumento realizzato con il bronzo delle decorazioni dei reduci Medici e con l'aspra pietra del Carso, fu inaugurato alla presenza dei Reali il 1° novembre 1924.

La Sanità Militare ne è tuttora orgoglioso custode!

Le velleitarie scelte politiche del fascismo portarono l'Italia in rovinosi conflitti, pur se all'inizio tutti fortunatamente vinti, ma l'ultimo, decisivo fu catastrofico. Infatti nella II Guerra Mondiale su tutti I fronti I Sanitari Militari compiono miracoli in situazioni sempre drammatiche. Due di essi, medici operosi e coraggiosi patrioti anti fascisti saranno immolati alle Fosse Ardeatine con tutti gli altri 333, espressione completa del popolo italiano. Ma i nazifascisti non furono i soli massacratori di italiani, ancor più rabbioso fu il genocidio compiuto dagli slavi comunisti di Josip Broz Ti-

## *La seconda Guerra mondiale*

to in Venezia Giulia, in Piazza dell'Unità a Trieste, come presso l'anfiteatro romano di Pola i *liberatori* carnefici di Tito non risparmiarono neanche i medici militari colpevoli solo, come migliaia di altri, di essere italiani! Ufficiali medici di Marina e dell'Esercito sparirono per sempre nelle foibe e, purtroppo anche in tante ipocrite memorie italiane.

Ma lasciamo le guerre e ricordiamo anche che la Sanità Militare non è angelo solo in tempo di guerra, ma anche in pace: dalle epidemie coleriche postunitarie al terremoto di Casamicciola, dallo tsunami del 1908 all'alluvione di Firenze, dalla strage di Bologna al terremoto d'Irpinia: disastri in Italia non mancano mai e la Sanità Militare è stata sempre silenziosamente presente assieme agli altri angeli della solidarietà, in divisa e non. *Fratribus ut vitam servares* è infatti il suo motto.

Inoltre la nuova Italia Repubblicana ripudia la guerra, ma non può fare a meno di soccorrere gli aggrediti: nel decennio dopo la 2ª Guerra Mondiale l'Italia non può inviare Militari all'estero: un primo invio però lo compie nel 1950 la Croce Rossa Italiana che allestisce un ospedale da campo in Corea che riscuoterà la gratitudine della nazione ospite aggredita dal dilagante imperialismo rosso. Su questa scia si muoverà poi dal 1982 la Sanità al seguito di contingenti umanitari delle Forze Armate italiane; cominciano le vere e proprie missioni estere per l'Italia democratica e repubblicana. In Libano la Sanità Militare farà cose preziose, apprezzate in particolare dalla gente più povera. E poi, sotto l'egida internazionale, dal 1990 Albania, Kurdistan, ex Jugoslavia, Somalia, Mozambico, Timor Est, Iraq: ovunque con gli altri militari portatori di pace la rassicurante e gradita Sanità Militare. Mentre tuttora sanitari militari operano in Afganistan, Libano, Bosnia e Kosovo ed in minor quota ovunque nel mondo ove sussista la necessità. Ieri come oggi, oggi come domani!

*La sanità militare  
in tempo di pace*

Viva l'Italia, Viva le Forze Armate, Viva i Medici d'Italia, Viva la Sanità Militare Unica ed Indissolubile! Evviva anche il prode Domenico Millelire che impedì che questa bella isola divenisse suolo straniero

#### BIBLIOGRAFIA

1. Alianello C., *La conquista del Sud*, Rusconi, Milano, 1972
2. Alvaro G., *I vantaggi pratici della scoperta di Röntgen in chirurgia*, Giornale medico del Regio Esercito 44: 385-394 1896
3. Casarini A., *Cenni storici sulla Sanità Militare Italiana*, Giorn. Med.Milit. 75: 3-24, 1927
4. Direction Centrale du Service de Santé des Armees, *Le Service de Santé des Armées. Une Force au service des Hommes*, SIRPA, Paris, 1995
5. Finzi R, Bartolotti M, *Corso di Storia. L'Età Contemporanea*, Zanichelli, Bologna, 1991
6. Mazzetti M, *Dagli Eserciti pre-unitari all'Esercito Italiano*, in *L'Esercito Italiano dall'Unità alla Grande Guerra – 1861-1918*, pagg. 9 - 48, Stato Maggiore Esercito, Ufficio Storico, Roma, 1980
7. Pellegrini F, *Per il centenario del Corpo Sanitario Militare Italiano 1833-1933. Cenni Storici*, Giorn. Med. Milit. 81: 420-465, 1933
8. Pezzi G, *Breve storia del Corpo Sanitario Marina Militare nel primo centenario della sua istituzione*, Ann. Med. Nav. 66: 145-160, 1961
9. Rendina C, *I Papi – storia e segreti*, Roma, 1999
10. Rivista Militare, *Gli eserciti italiani dagli stati preunitari all'Unità Nazionale*, Quaderno n°4, I. G. D. A., Novara, 1984
11. Santoro A, *La Sanità Militare nel Regno delle Due Sicilie 1734-1861*, Giorn. Med. Milit. 137: 474-504, 1987
12. Santoro A, *L'Ambulanza nella Sanità Militare*, Convegno Policlinico Militare del Celio, 15 gennaio 2010

# Medicina e sanità nel processo di unificazione. Vicende di personaggi, di eserciti, di popolazioni

di *Eugenia Tognotti*

Docente di Storia della medicina, Università di Sassari

PUR IN ASSENZA DI STUDI SPECIFICI e di statistiche relative all'intera penisola, si può affermare – sulla base della documentazione disponibile – che il contributo dei medici che presero parte al movimento risorgimentale fu considerevole. Basterà riferirsi alla partecipazione di medici e studenti di Medicina alla spedizione dei Mille. Ma anche al contributo d'idee – che emerge dagli Atti – che essi diedero nelle nove Riunioni organizzate nell'Italia risorgimentale, tra il 1839 e il 1847. Indicati orgogliosamente come *Congressi degli scienziati italiani*<sup>1</sup>, ebbero un ruolo fondamentale, ancorché inadeguatamente studiato e indagato, nella formazione di una coscienza nazionale<sup>2</sup>. Lo scopo di costruire una comunità scientifica italiana – prima ancora che nascesse la Nazione –

*Medicina e  
Risorgimento*

1. C.G. Lacaïta, *I Congressi degli scienziati nella storia del Risorgimento*, "Il Risorgimento", 2001 (3): 7-18.

2. Nel primo Congresso Giuseppe Mazzini vide l'inizio della fusione nazionale. R.V. Ceccherini, *Un secolo di vita della Società Italiana per il Progresso delle Scienze*, "Un secolo di progresso scientifico italiano (1839-1939)", a cura di L. Silla, Roma, 1939, vol. VII, p. 334.

attraversa, infatti, come un filo rosso i nove Congressi, nei quali si cominciò a porre l'idea stessa di un'unità politica del paese, facendo del progresso della scienza e della tecnica una leva per l'elevazione della vita civile e delle condizioni di vita di vasti strati di popolazione. Per molti di coloro che vi partecipavano – matematici, medici, naturalisti, botanici, chimici, ingegneri, fisici – ragione scientifica e ragione patriottica erano un tutt'uno. E in tutti era viva l'idea che, con l'Unità, "l'Italia delle scienze"<sup>3</sup>, avrebbe potuto mettersi alla pari con le altre nazioni e contribuire, attraverso la conoscenza, ad agire sui fatti e migliorare "*la condizione degli abitanti della comune nostra patria, l'Italia*"<sup>4</sup>.

Per quanto riguarda i medici – titolari di cattedre universitarie, membri di Accademie, condotti e liberi professionisti, direttori di ospedali, componenti di Commissioni sanitarie dei vari Stati, consulenti in organismi sanitari pubblici<sup>5</sup> – questo modo di sentire non poteva che mettere capo anche alla desolante realtà medico sanitaria di un Paese che sventava, in Europa, per gli alti tassi di mortalità e morbilità per malattie epidemico-contagiose.

Soltanto in un Paese unito – secondo un'idea condivisa – sarebbe stato possibile lottare contro la desolante realtà medico sanitaria contrassegnata da un'altissima mortalità infantile e dal dominio di malattie come il tifo, il vaiolo, la malaria, e un nuovissimo flagello, il colera, arrivato in Italia, per la prima volta, a metà degli anni Trenta dell'Ottocento.

Nella memorialistica, nei temi affrontati ai Convegni, nei giornali medici emergono le disfunzioni collegate alla fram-

---

3. L'espressione è del presidente del VI Congresso Vitaliano Borromeo. Il discorso in *Annali Universali di Medicina*, Vol. CXIII, Fasc. 337, 1845, p. 327.

4. *Ibidem*, p. 748.

5. Al primo Congresso, quello di Pisa del 1839, i medici rappresentavano un buon trenta per cento sul totale dei 421 scienziati registrati.

mentazione politico-istituzionale, tra cui si possono ricordare:

- le diverse posizioni degli Stati – determinate dalle dottrine, contagioniste o anticontagioniste, dei diversi governi – riguardo alle quarantene e ai cordoni sanitari che provocava inciampi nella circolazione di uomini e merci;
- la difficoltà di disporre di dati omogenei sulla morbilità e la mortalità per malattie vecchie e nuove nei diversi Stati regionali, data – per dirla con Cesare Lombroso – la “nessuna armonia (delle statistiche mediche) fra di loro”, la “disparatezza nei titoli e nei gruppi patologici”, e le “distinzioni loro”<sup>6</sup>;
- la difformità delle strategie terapeutiche tra i vari Stati regionali;
- la mancanza di una statistica clinica *nazionale*, capace di raccogliere sistematicamente dati clinici omogenei su cui basare certezze scientifiche;
- la diversità e la molteplicità delle farmacopee e dei pesi e misure medicinali in Italia, “cagione di frequenti disordini e difficoltà nel pratico esercizio della medicina”, che al Congresso di Milano spinse a sostenere l’esigenza di una Farmacopea uniforme.

Incalcolabile era inoltre il danno che la divisione d’Italia provocava condizionando la libera circolazione delle conoscenze mediche, dei saperi, delle dottrine, delle pubblicazioni scientifiche. Gli stessi giornali medici del tempo avevano una circolazione limitatissima: quando il patologo Filippo Pacini, individua a Pisa il vibrione durante un’ondata di colera (1854)<sup>7</sup>. I risultati, pubblicati sulla Gazzetta medica della Toscana, rimarranno circoscritti a una parte d’Italia e saran-

---

6. Studi per una Geografia medica d’Italia del dottor Cesare Lombroso, Milano 1865.

7. M. Bentivoglio, P. Pacini, Filippo Pacini: a determined observer. “Brain Research Bulletin”, 1995 (38) : 161–165.

no del tutto ignorati all'estero (30 anni più tardi Koch dirà di non averne mai sentito parlare).

La pressione della parte più sensibile del mondo medico non mancò di produrre qualche risultato. Le leggi piemontesi del 30 ottobre 1847 e del 24 luglio 1848 – che, in seguito, saranno estese con pochissime variazioni alla Lombardia e, quindi, alle altre province annesse – sopprimevano i proto-medici e la giurisdizione delle antiche magistrature di Sanità, che per secoli avevano avuto pieni poteri nel campo della salute pubblica e del “governo” delle emergenze epidemiche. Questa delicata materia era posta all'ombra del Ministero dell'Interno. A latere del potere esecutivo venivano creati corpi tecnici a carattere consultivo i Consigli sanitari, secondo una struttura piramidale. Al vertice c'era il Consiglio superiore – massimo organo scientifico della sanità – e via via i consigli sanitari provinciali e circondariali. Il loro compito era di “vegliare sulla conservazione della sanità pubblica”. Il parallelismo tra il varo di quei primissimi provvedimenti e il movimento quarantottesco fu percepito con precisione dai contemporanei, tanto che i settori medici progressisti le salutarono come un cruciale passaggio verso un’“epoca di libertà” che “favoreggiava gli interessi vitali dell'umana famiglia”.

*I fondamenti della  
sanità pubblica  
in Italia*

All'indomani dell'Unità, nel 1865, quest'assetto fu trasferito nell'allegato che riguardava la Sanità, l'*All. C.*, uno dei sei che costituivano la legge comunale e provinciale del 20 marzo di quell'anno. La legge sulla salute pubblica attribuiva ai comuni l'onere del servizio sanitario per i poveri attraverso i medici condotti e il mantenimento degli esposti.

Erano state così poste le fondamenta dell'edificio legislativo della Sanità pubblica. Il cammino dell'assunzione da parte dello Stato dei compiti di tutela della salute dei cittadini continuò – sia pure in modo lento e contrastato – fino alla prima legge di Sanità dell'Italia unita, conosciuta anche come

Legge Crispi (Legge 22 dicembre 1888 n. 5849, G.U. 24 dicembre 1888, n. 301). Tra i medici che si erano battuti per quella legge – che introduceva la figura dell'ufficiale sanitario e del Medico provinciale, la vaccinazione antivaiolosa obbligatoria, l'assistenza medica gratuita per i poveri, il controllo sugli alimenti – c'era il medico-politico Agostino Bertani che era stato il braccio destro di Garibaldi nella spedizione dei Mille e ufficiale medico dei volontari di Garibaldi nella II Guerra d'Indipendenza. Laureato all'Università di Pavia, era stato medico-chirurgo all'Ospedale Maggiore di Milano e, nel 1842, aveva fondato la *Gazzetta Medica*. Amico di Mazzini e di Cattaneo, era stato tra i preparatori e i partecipanti alle Cinque giornate di Milano (1848). Durante la breve esperienza della Repubblica romana, nel 1849, fu chiamato, troppo tardi, a curare il giovanissimo poeta e patriota Goffredo Mameli, autore delle parole dell'Inno nazionale, una delle figure più famose del Risorgimento. Ferito il giorno 3 giugno, inavvertitamente, da un commilitone alla gamba sinistra, il giovanissimo poeta era stato portato per una medicazione e un breve ricovero all'ospizio dei Pellegrini. Ma era stato curato tardi e male. Chiamato solo il 19 giugno, quando la situazione era già compromessa, Bertani, abilissimo chirurgo, aveva dovuto arrendersi di fronte alla gangrena che aveva portato il ferito alla morte il 7 luglio. "Fu fatta una piccola apertura nel ventre per iniettare l'arsenico – ricorderà più tardi Bertani –. Non si è fatta la sezione perché volevasi l'imbalsamazione. Io gli tagliai un po' di capelli e un po' di barba in memoria di tanto ingegno, di tanto amore d'Italia e di tanta sventura"<sup>8</sup>.

Medico-chirurgo in capo dei Cacciatori delle Alpi, Bertani organizzò l'assistenza ai feriti in quasi tutte le più importanti spedizioni militari e partecipò alla terza Guerra d'Indi-

*La figura  
di Agostino Bertani*

---

8. J.W. Mario, *Agostino Bertani e i suoi tempi*, Firenze 1888.

pendenza, dove elaborò e attuò il progetto – in collaborazione con il carrozziere torinese Alessandro Locati – di un nuovo carro ambulanza, descritta in questo modo: “È essa un veicolo montato su quattro ruote e sette molle. Riesce utilizzabile su qualsiasi strada e ha una notevole capienza perché può portare cinque feriti distesi su appositi lettini e altri tre seduti davanti”.

Bertani si distingueva per perizia, abilità, umanità. Il suo braccio destro, il medico-patriota Malachia De Cristoforis, nobile varesino, laureato sia in Medicina che in Chirurgia, ricorderà nelle memorie: “Come chirurgo, del '59, era seguace della chirurgia conservatrice: molti dei nostri feriti debbono a Bertani se i loro arti, fracassati da proiettili, non furono amputati. Egli era già nel '59 gran partigiano dei larghi sbrigamenti, alla ricerca dei corpi stranieri e al libero deflusso delle raccolte: lottò più volte, con vittoria, contro i chirurghi degli ospitali civili, dove trovavansi i nostri feriti, per risparmiare a questi una grande inutile operazione. Per istinto maestro e fine psicologo, come conoscitore profondo della natura umana e dell'uomo che aveva davanti a sé, insegnava ai suoi dipendenti l'arte del medico militare sul campo e nelle ambulanze e l'arte chirurgica con metodo proprio”.

Divenuto Deputato dopo l'Unificazione politica del Paese, egli promosse un'inchiesta parlamentare *sulle condizioni della classe agricola e principalmente dei lavoratori della terra in Italia* e non cessò mai, fino alla morte, avvenuta nel 1886, di battersi, dai banchi dell'opposizione, per gli ideali di libertà, di democrazia, di giustizia sociale per i quali tanti medici avevano lottato guardando all'indipendenza nazionale e all'Unità d'Italia.

# Il Centocinquantesimo della fondazione del Corpo Sanitario Militare Marittimo

*di Pietro Tommaselli*

Ammiraglio Ispettore Capo

MI SIA INNANZITUTTO CONSENTITO RIVOLGERE un caloroso ringraziamento a tutte le Autorità qui convenute, che conferiscono con la loro partecipazione pregnante solennità all'evento di quest'oggi, nonché un sentito grazie agli organizzatori per il cortese invito e per avere scelto La Maddalena, cittadina tanto cara a noi marinai, quale sede di questo Convegno.

L'Italia compie 150 anni. Con la nostra Nazione, compie 150 di vita il Corpo Sanitario della Marina Militare Italiana. Voglio iniziare questo mio saluto riprendendo le parole del Capo dello Stato nel discorso che ha tenuto a Genova il 5 maggio 2010, anniversario della partenza della spedizione dei Mille da Quarto il 6 maggio 1860, data che ha segnato ufficialmente l'inizio delle celebrazioni del centocinquantesimo dell'unità della Nazione: "L'Unità d'Italia fu perseguita e conseguita attraverso la confluenza di diverse visioni, strategie e tattiche, la combinazione di trame diplomatiche,

iniziative politiche e azioni militari, l'intreccio di componenti moderate e componenti democratico rivoluzionarie. Fu davvero una combinazione prodigiosa, che risultò vincente perché più forte delle tensioni anche aspre che l'attraversarono”.

Venendo alla nostra storia, all'atto dell'unione, confluirono nella neonata Marina italiana le navi delle flotte preunitarie appartenenti al Regno di Sardegna, al Regno delle Due Sicilie, al Regno Pontificio ed al Gran Ducato di Toscana. La Forza Navale così costituita aveva necessità di dotarsi di un suo servizio sanitario.

*L'istituzione del  
Corpo Sanitario  
della Marina  
Militare Italiana*

L'istituzione del Corpo Sanitario della Marina Militare Italiana risale al 1° aprile 1861, quando Cavour, che ricopriva la carica di Presidente del Consiglio dei Ministri e di Ministro della Marina, presentò a sua Maestà il Re un regolamento che dava un ordinamento unitario ai Corpi Sanitari di quelle flotte.

Il Corpo dipendeva tecnicamente dal Consiglio Superiore di Sanità dell'Esercito. Gli ufficiali medici destinati sulle unità navali assumevano le denominazioni di medici di Vascello, medici di Fregata e di Corvetta.

Un anno più tardi, nel 1862, fu istituito il Consiglio Superiore di Sanità Militare Marittima la cui presidenza fu affidata a Luigi Verde, Medico Ispettore Generale che divenne, così, il primo Capo del Corpo Sanitario Militare Marittimo. Da allora la storia del Corpo Sanitario, si lega indissolubilmente alla storia del Paese. Ripercorrere questi avvenimenti, dai più fulgidi ai più tragici, significa ripercorrere la storia del nostro Corpo e degli uomini che lo hanno reso grande.

Il 23 giugno 1866 scoppiò la guerra tra l'Austria e la Prussia con cui si era alleata l'Italia che aspirava ad annettersi territori sotto il governo austriaco. Il 24 giugno, il giorno dopo lo scoppio della III guerra di Indipendenza, gli italiani subi-

rono a Custoza una pesante sconfitta. Si presentava la necessità di una vittoria sul mare che controbilanciasse la disfatta terrestre.

L'ammiraglio italiano, Carlo Pellion di Persano ricevette l'ordine di attaccare l'isola di Lissa. Il mattino del 20 luglio 1866 le due flotte si avvistano e, una volta venute a contatto, nasce una mischia disordinata: la nave ammiraglia austriaca "Erzherzog Ferdinand Max", sperona, provocandone l'affondamento, la corazzata "Re d'Italia".

La corazzata "Palestro" salta in aria in seguito ad un incendio, mentre altre tre unità italiane sono gravemente danneggiate. Nella battaglia di Lissa le perdite in vite umane furono ingenti, fra di loro sono da annoverarsi numerosi appartenenti al personale sanitario imbarcato sulle unità affondate. Con loro perse la vita l'Ispettore Generale Luigi Verde, che nell'imminenza della battaglia, aveva chiesto all'ammiraglio Persano di poter imbarcare sulla corazzata "Re d'Italia".

L'Ispettore Carlo Mari, che succedette a Luigi Verde, dovette affrontare il problema della riorganizzazione del Corpo, creando la nuova rete ospedaliera. Nel 1867 fu istituito l'Ospedale di Marina Sant'Anna a Venezia e nello stesso anno quello di Piedigrotta a Napoli ed infine, nel 1874, l'Ospedale Principale di La Spezia.

Alla fine dell'Ottocento l'importanza strategica dell'arcipelago della Maddalena era cresciuta a tal punto che fu necessario sviluppare opportune strutture per fornire il necessario supporto al naviglio militare, oltre a creare un sistema di fortificazioni. Fu così intrapresa la costruzione del quarto ospedale marittimo, quello della Maddalena.

L'Ufficiale medico di Marina dell'epoca, però, non si limitava soltanto in attività proprie del suo ruolo, ma anche in altre operazioni sicuramente stimolanti e non di meno pericolose: nel 1899 un medico di prima classe, Achille

*La costruzione  
dell'ospedale  
marittimo della  
Maddalena*

Cavalli Molinelli fu destinato a far parte della spedizione al Polo Nord al seguito del Duca degli Abruzzi Luigi Amedeo Di Savoia.

Nel contempo l'accresciuta importanza della base navale di Taranto spingeva il Capo dell'Ispettorato dell'epoca, Salvatore Scrofani, a realizzare un Ospedale dimensionato alle crescenti esigenze.

Sono le 5 e 21 del 28 dicembre 1908 quando il sismografo dell'osservatorio Ximeniano di Firenze registra una attività sismica di eccezionale violenza. È il terremoto di Messina e Reggio Calabria di magnitudo 7.1 della scala Richter. La Marina Militare si impegna nella prima missione di protezione civile inviando la I Divisione Navale con le corazzate "Regina Margherita", "Regina Elena" e "Vittorio Emanuele", l'incrociatore "Napoli" e il piroscafo "Campania" che venne utilizzato come nave-ospedale per il soccorso alla popolazione. Il Comandante della Regia Nave "Napoli" assunse il comando della "piazza" e delle operazioni di soccorso, sbarcando i marinai e allestendo il primo ospedale da campo per la cura dei feriti leggeri mentre quelli più gravi venivano trasportati a bordo.

Lo psichiatra svizzero Stierlin che soccorse i sopravvissuti al terremoto, notò che il 25% degli scampati mostrava identici disturbi psicopatologici riferibili al trauma emotivo patito, e sostenne che per sviluppare tale sintomatologia non era necessaria una predisposizione psicopatologica. Nasceva da quelle osservazioni la psicologia dell'emergenza con l'apprezzamento di uno dei suoi quadri più caratteristici che sarà classificato in seguito come "disturbo post-traumatico da stress".

*La Scuola di Sanità  
Militare Marittima*

Con il Regio Decreto del 7 settembre 1910 fu istituita a Napoli la Scuola di Sanità Militare Marittima che, affiancata da un Ufficio Tecnico, doveva impartire l'istruzione complementare per partecipare ai concorsi per la nomina a Tenen-

te Medico in servizio permanente e a quella per sostenere l'esame di avanzamento a Capitano; tale istruzione costituiva la condizione indispensabile per l'abilitazione alle destinazioni d'imbarco.

Nel 1913 furono completati i lavori di costruzione dell'Ospedale Principale di Taranto composto da 26 edifici, tra cui 8 padiglioni di cura con circa 400 posti letto. L'ospedale ebbe un ruolo importantissimo durante il primo e secondo conflitto mondiale.

Nel corso della prima guerra mondiale il Servizio Sanitario della Marina Militare svolse la sua azione a favore degli equipaggi delle Unità Navali e del personale distaccato sul fronte terrestre dividendo con gli altri Corpi i sacrifici, i disagi e i pericoli. Un servizio di grandissima utilità, che onorò la Marina Militare, fu quello dell'assistenza fornita dalle sue nove navi-ospedale.

A partire dal 1929 il governo Mussolini dà inizio al progetto coloniale sulla scia di quanto attuato da Gran Bretagna e Francia. L'Abissinia è uno Stato ancora indipendente. Inizia nel 1935 la campagna in Africa Orientale. La Sanità della Marina Militare portò un determinante contributo a tale campagna partecipando con otto navi-ospedale, ed i medici della Marina furono presenti anche nelle operazioni a terra al seguito delle truppe combattenti. La responsabilità dell'organizzazione sanitaria fu affidata all'insigne tropicalista Aldo Castellani il quale promosse con grande impegno la prevenzione delle malattie diffuse, la potabilizzazione delle acque, la salubrità dei luoghi di cura la vaccinazione multivalente unitamente alla formazione dei medici assegnati al contingente di invasione. Il successo fu straordinario; le perdite per malattia furono per quell'epoca esigue a fronte dell'ingente numero di uomini impiegati. La prestigiosa rivista Time definì Castellani "the man who won the war".

*Salus militum victoriae pignus* fu il motto che il Re dettò do-

po aver insignito il Castellani del titolo di Conte di Chisimaio quale riconoscimento per il contributo alle operazioni militari.

La Seconda guerra mondiale chiamò il Corpo Sanitario a ben più ardue prove: grazie all'imponente squadra di navi-ospedale, comprendente 18 unità, furono effettuate ben 596 missioni, 115 uscite per soccorso a naufraghi, 250.000 feriti ed infermi ospedalizzati e rimpatriati. Le navi-ospedale non furono risparmiate dagli attacchi del nemico: esposte alle insidie delle mine, percorsero con ritmo incessante i mari, in particolare le rotte fra la madre patria e l'Africa settentrionale per il trasporto degli infermi dalla Libia e dalla Tunisia. Delle 18 unità, 12 furono affondate. Gli equipaggi della navi ospedale lavorarono incessantemente per assicurare il soccorso e le cure ai feriti. Con il personale medico e paramedico operavano le Infermiere Volontarie della Croce Rossa che da sempre hanno affiancato e supportato con encomiabile dedizione e spirito di sacrificio gli ufficiali medici della Marina in destinazioni di imbarco come presso le strutture sanitarie a terra. A bordo delle navi-ospedale è stata scritta una delle pagine più gloriose della nostra storia. Professionalità e senso del dovere si sono fuse indissolubilmente in quegli uomini, molti dei quali hanno pagato con la vita il loro mirabile impegno.

*La Marina e la sua  
Sanità nel secondo  
dopoguerra*

Uscita dalla sconfitta del secondo conflitto mondiale, la Marina e con essa il Corpo sanitario patirono le umiliazioni del trattato di pace.

Si deve attendere la metà degli anni '70 quando la "Legge Speciale" consentì alla Repubblica di dotarsi di una flotta moderna ed efficiente.

Il Governo recepì l'allarme della Marina ed allo scopo emanò la legge n. 57 del 22 Marzo 1975, "Costruzione e ammodernamento di mezzi navali della Marina Militare", la cosiddetta legge "Navale", che stanziava a tale scopo mille mi-

liardi da utilizzarsi nell'arco di 10 esercizi finanziari (1974-1984). Inizia così una nuova era per la Marina Militare e per il suo Corpo sanitario che con missioni che, travalicando il Mare Nostrum, ci porteranno nei diversi oceani in operazioni umanitarie di peace-keeping e peace-enforcing.

Tra le missioni umanitarie va ricordata fra le prime quella nel Mar Cinese Meridionale in soccorso dei profughi vietnamiti (boat people luglio-agosto 1979), nella quale furono impiegate le navi "Vittorio Veneto", "Andrea Doria" e "Stromboli", costituenti l'VIII Gruppo Navale.

In quello stesso anno iniziarono le missioni di pace svolte nell'ambito dell'Onu con la costituzione della forza (Unifil – United Nations Interim Force in Libano) con l'invio di un contingente italiano in quella nazione. Ancora in Libano nel 1982-1984, uomini e mezzi del Battaglione San Marco fecero parte della Forza multinazionale dislocata a Beirut. Nave "Caorle" fu impiegata per l'evacuazione dei cittadini occidentali dalla città. Un'altra forza di pace, la M.F.O. (Multinational Force and Observers), viene costituita nel 1982 a seguito del Trattato di Pace del 1979 firmato da Egitto ed Israele a Washington. L'Italia aderisce alla costituzione della Forza M.F.O. ed invia in Sinai il X gruppo navale con tre dragamine oggi sostituiti da tre moderni pattugliatori, con 90 uomini che operano nel Golfo di Aqaba dal 25 Aprile 1982 per assicurare la libera navigazione.

Ma è dalla fine degli anni '80 che gli impegni internazionali si fanno sempre più serrati.

Nel 1987-1988 prende vita la missione Golfo 1, protezione del traffico nazionale nel Mare Arabico durante il conflitto Iran-Iraq con il XVIII Gruppo navale.

Nel 1990 dopo l'invasione irachena del Kuwait ed in osservanza delle risoluzioni dell'ONU fu dislocato in quei mari il XX gruppo navale e nel gennaio del 1991 ebbe inizio l'operazione "Desert Storm".

*Gli impegni  
internazionali  
degli ultimi anni*

Lo Stato Maggiore Marina predispose un adeguato supporto sanitario alle unità già operanti con l'invio di Nave "San Marco" che nel frattempo aveva subito le necessarie trasformazioni idonee ad assicurare cento posti letto di degenza, due sale operatorie, un gabinetto analisi, uno radiologico e uno odontoiatrico con una equipe medica di prim'ordine. Da ricordare, ancora, le numerose missioni della nostra Forza Armata: "Pellicano" e "Albanian Guard" con il XXII gruppo navale (unità anfibia e di sorveglianza) (1991-1993); le operazioni di embargo all'ex Jugoslavia (1992-93) con quasi tutta la Squadra Navale; la missione "Restore Hope" – Somalia 1, 2, 3 – con il XXIV Gruppo Navale ("Veneto", "San Marco", "San Giorgio", "Vesuvio") e il XXV Gruppo Navale ("Garibaldi", "Scirocco", "San Giorgio", "San Marco", "Stromboli") e con il XXVI Gruppo Navale ("Garibaldi", "Libeccio", "San Giorgio", "San Marco", "Stromboli") (1993-1995).

Ancora l'operazione "Alba 1" e "Alba 2" - a protezione dei connazionali in Albania e della forza multinazionale a guida italiana (FMP) con unità anfibia e poi il XXVIII Gruppo navale, nell'isola di Saseno (1997-98).

L'operazione "Stabilize" a Timor Est con Nave "San Giusto" ed aliquote del San Marco (sett. 1999- marzo 2000).

L'operazione "Enduring Freedom": con la prima fase COMGRUPNAVIT ("Garibaldi", "Etna", "Zeffiro", "Aviere", nov. 2001-gen. 2002); la seconda fase "De La Penne", "Maestrale"; la terza fase con Nave "Euro" e la quarta fase con Nave "Aliseo".

L'operazione "Antica Babilonia": con il gruppo navale di protezione Cigala Fulgosi, Chioggia, Viareggio, gruppo comando e trasporto con Nave "San Giusto" (maggio-novembre 2003). L'operazione Leone in Libano del 2006 con Nave "Garibaldi", "San Giusto", "San Giorgio", "San Marco", "De la Penne" e Nave "Fenice" che hanno sbarcato, nell'ambito

Unifil, sulla spiaggia di Tiro la “forza d’ingresso” (Entry Force) del contingente di pace italiano, costituita dalle truppe anfibe della nuova Forza di Proiezione dal Mare, a loro volta composte dal Reggimento San Marco della Marina Militare e dai Lagunari del Reggimento Serenissima dell’Esercito.

Arriviamo, così, ai giorni nostri con le più recenti attività di contrasto alla pirateria nell’Oceano Indiano (operazione Tortuga ed Atalanta) e con l’operazione “White Crane” in soccorso alla popolazione di Haiti colpita dal disastroso sisma del 12 gennaio 2010.

Nave “Cavour”, l’orgoglio della nostra flotta e, oserei dire, del nostro Paese in quanto frutto dell’ingegno e dell’operosità delle nostre maestranze, è partita dal porto di La Spezia il 19 gennaio con 882 militari tra cui la Task Force “Genio” dell’Esercito e personale dell’Aeronautica, dei Carabinieri, del Corpo Infermiere Volontarie della Croce Rossa, con un’equipe medica multi specialistica interforze. Dopo una sosta a Las Palmas, Isole Canarie, e una a Fortaleza in Brasile per imbarcare personale sanitario civile e militare brasiliano (composto da 13 medici, 14 infermieri e un elicottero da trasporto), la nostra portaerei è giunta a Port-au-Prince in 11 giorni di navigazione. Dalla nave è stato assicurato il compito di comando e controllo dell’intero contingente, fornendo assistenza sanitaria sia nell’ospedale di bordo sia a terra nei posti medici avanzati. Gli elicotteri imbarcati hanno distribuito aiuti umanitari alla popolazione e fornito supporto logistico al personale civile e militare impiegato sull’isola.

Oggi le nostre Navi incrociano al largo delle coste libiche, e dall’inizio della crisi hanno dato un decisivo contributo all’evacuazione in sicurezza dei nostri connazionali e non solo e continuano a monitorare e a mantenere la sicurezza in quelle acque.

*L'impegno del Corpo  
Sanitario della  
Marina Militare*

Ricorrendo il centocinquantesimo anniversario dell'unità d'Italia intendo andare a concludere, così come ho iniziato, con le parole del Capo dello Stato: "Il nostro impegno si nutre di un più forte senso dell'Italia e dell'essere italiani, di un rinnovato senso della missione per il futuro della nazione. Ieri volemmo farla una e indivisibile, come recita la nostra Costituzione, oggi vogliamo far rivivere nella memoria e nella coscienza del paese le ragioni di quella unità e indivisibilità come fonte di coesione sociale, come base essenziale di ogni avanzamento tanto del Nord quanto del Sud in un sempre più arduo contesto mondiale. Così, anche nel celebrare il 150°, guardiamo avanti, traendo dalle nostre radici fresca linfa per rinnovare tutto quel che c'è da rinnovare nella società e nello Stato".

Posso affermare con certezza che il Corpo Sanitario della Marina Militare, che ho l'onore di dirigere, è pronto a raccogliere questo incitamento che proviene dalla più alta carica istituzionale e dal Paese, e a cimentarsi nei compiti che gli sono propri e di quelli che si riterrà opportuno assegnargli in futuro. Sono questi compiti di diagnosi e cura ma anche di prevenzione, di mantenimento dell'efficienza, di promozione della salute psicofisica degli equipaggi, del supporto sanitario nelle emergenze e nelle operazioni in cui la Marina Militare sarà chiamata a dare il proprio contributo.

Dallo scorso anno sono usciti dall'Accademia Navale i primi laureati in medicina e chirurgia del Corso Normale Sanitario: guardo a loro con profonda notevole fiducia e rinnovato entusiasmo essendo i nostri eredi destinati a proseguire il nostro cammino.

Per loro è stato studiato un iter formativo adattato alle esigenze di una moderna Forza Armata che, oltre alle materie previste dal piano di studi di facoltà, contempli le discipline di più stretta pertinenza della nostra Professione di medici militari. In tale ottica è stato sottoscritto un accordo con la

cattedra di Chirurgia d'Urgenza della Università degli Studi di Pisa per garantire un corso dedicato a questi nostri giovani neo-laureati in maniera che abbiano un immediato sufficiente addestramento per fronteggiare con sicurezza le emergenze che si dovessero presentare durante la loro destinazione di imbarco, prima di essere avviati, espletati gli obblighi giuridici, ai vari corsi di specializzazione.

Vorrei dire molto di più, vorrei citare gli uomini che hanno raggiunto gli onori della gloria, ma vorrei anche ricordare coloro che ogni giorno assiduamente lavorano nei nostri dipartimenti, nelle nostre infermerie, a bordo delle nostre navi con professionalità, impegno, sacrificio e con entusiasta orgogliosa motivazione che ritengo essere il nostro valore aggiunto.

Non è retorica, ma ancora oggi, a distanza di circa dieci anni dalla sospensione del servizio di leva, ricevo richieste di richiamo per addestramento da parte di ex-ufficiali medici di Complemento, giovani e meno giovani. È commovente constatare come molti di loro siano stati profondamente e favorevolmente toccati dall'impatto con la nostra organizzazione e ne serbino un indelebile splendido ricordo. Sarà perché il periodo di ferma si ricollega inevitabilmente alla giovinezza, per molti di loro in tutto o in parte irrimediabilmente trascorsa, sarà la passione per il mare, l'affezione alla forza armata o per quell'aria di pulizia morale che si respira sulle nostre navi ma, i segni di stima, di gratitudine, di profonda affezione sono palesemente apprezzabili nelle loro parole e nella loro riaffermata totale disponibilità a rendersi ancora utili alla Forza Armata.

Agli Ufficiali farmacisti che hanno condiviso la nostra storia, agli psicologi, biologi, veterinari, ai Sottufficiali infermieri forniti di laurea universitaria e specialistica, ruoli di più recente istituzione che arricchiscono e supportano in maniera ineguagliabile con la loro professionalità l'operato del

Corpo, la mia incondizionata stima e il più sincero grato apprezzamento.

A tutti, indistintamente, rivolgo il mio plauso, il mio sentimento di affettuosa vicinanza, la mia profonda, perenne riconoscenza nella certezza che il Corpo Sanitario Militare Marittimo, oggi riconfigurato e rinnovato secondo le mutate esigenze della Forza Armata, continuerà ad operare nel solco delle sue più nobili tradizioni, nella piena consapevolezza che il retaggio glorioso che ci è pervenuto dai nostri predecessori è stato pienamente onorato, retaggio che con fiduciosa certezza affidiamo oggi alle future generazioni.

Viva il Corpo Sanitario Militare Marittimo, viva la Marina, viva l'Italia.

# Il contributo

# Istria, Trento, Sassari. Le origini del Codice di deontologia medica italiano

*di Sara Patuzzo*

Collaboratrice alla Cattedra di Medicina Legale,  
Università degli Studi di Verona

## IL RITROVAMENTO DEI CODICI PROFESSIONALI DELLA CAMERA DEI MEDICI DELL'ISTRIA E DELLA CAMERA DEI MEDICI DI TRENTO

Il presente articolo trova spazio nel numero de *La Professione* dedicato al Convegno sulla Sanità civile e la Sanità militare organizzato dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri e dalla Federazione Regionale degli Ordini dei Medici della Sardegna, che si è tenuto il 30 settembre e il 1° ottobre 2011 a La Maddalena, uno dei cuori della Sardegna.

Questa regione da sempre ha costituito una fucina ricca di iniziative per il mondo medico, anche sotto il profilo deontologico della professione. È infatti proprio la Sardegna a essere matrice, all'inizio del secolo scorso, di una pubblicazione di grande importanza storica che, come si evince già dal suo inequivocabile titolo, intende rappresentare una guida etica in grado di orientare i medici nel lavoro quotidiano: ci

riferiamo al *Codice di etica e di deontologia* dell'allora volontario Ordine dei Medici della Provincia di Sassari<sup>1</sup>.

I tradizionali studi storici e specifici sulla deontologia medica sono uniti nel considerare questo documento come il più antico esempio del genere edito nel nostro Paese<sup>2</sup> e, in particolare nella ricorrenza del centenario (1903-2003), molti sono stati gli eventi pubblici e assembleari volti a celebrarne l'assegnato ruolo, alcuni dei quali realizzati nella stessa Sardegna<sup>3</sup>.

Tuttavia, recenti ricerche archivistiche hanno riportato alla luce alcuni Codici professionali, di cui si erano perse le tracce, precedenti a quello sassarese: il Codice professionale emanato dalla Camera dei medici dell'Istria nella sessione del 20 dicembre 1897<sup>4</sup>, e il Codice professionale stabilito dalla Camera dei medici di Trento, approvato nella sessione del 21 luglio 1900<sup>5</sup> e va-

- 
1. Ordine de' Medici della Provincia di Sassari, *Codice di etica e di deontologia*, Tipografia e Libreria G. Gallizzi e C., Sassari 1903. La scoperta dell'esistenza di questo Codice si deve alle ricerche della Prof.ssa Eugenia Tognotti, Docente alla Facoltà di Medicina e Chirurgia e alla Facoltà di Scienze Politiche dell'Università degli Studi di Sassari.
  2. Si vedano, tra gli altri, i contributi di Giorgio Cosmacini (*La religiosità della medicina. Dall'antichità a oggi*, Laterza, Bari 2007, p. 131), di Massimo Baldini (*Dai galatei medici al codice deontologico*, in FNOMCeO, 1946-1996. Per una storia degli Ordini dei medici, Nel cinquantenario della ricostituzione, Arte della Stampa srl, Roma 1996), e di Paolo Benciolini (*"La deontologia. Dai Galatei ai Codici deontologici"*, in FNOMCeO, "Centenario dell'istituzione degli Ordini dei Medici. Cento anni di professione al servizio del Paese", *La Professione* II, 2010, p. 265).
  3. Per le pubblicazioni ricordiamo, tra le altre, quella di Francesco Introna (*"I cento anni del Codice deontologico"*, *Rivista Italiana di Medicina Legale* XXVII, 2005, p. 951). Per i convegni si vedano l'evento organizzato dall'Ordine dei Medici di Sassari, svoltosi presso l'Ateneo turritano il 17 ottobre 2003 (per il quale l'intervento del Presidente dell'OMCeO di Sassari si può trovare in Agostino Sussarellu, "Sassari 1903-2003. Il primo Codice di etica e deontologia", *Sassari Medica* XII, 2003, n. 5, p. 3), e il Convegno organizzato dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, intitolato "Il Codice deontologico tra passato, presente e futuro", tenutosi a Roma il 30 ottobre 2003 (i cui atti sono reperibili in FNOMCeO, *Cento anni di deontologia medica*, FNOMCeO, Roma 2003).
  4. Camera dei Medici dell'Istria, *Codice professionale e tariffa medica*, Stab. Tip. L. Bontempo, Pola 1899. Questo Codice è custodito presso la Biblioteca Attilio Hortis di Trieste.
  5. Camera dei Medici in Trento, *Codice professionale stabilito dalla Camera dei Medici in Trento per i propri pertinenti nella sessione del 21 luglio 1900*, in *Camera dei Medici in Trento ad uso dei propri pertinenti*, Raccolta di alcune Leggi e disposizioni sanitarie, Tip. ed. f.lli Mariotti, Trento 1900, pp. 43-55. Questo Codice è conservato nell'archivio storico della Biblioteca Comunale di Trento. Una sua parte è riportata anche in un articolo firmato da Emilio Leoni, "La correttezza professionale in Italia", apparso su *Rivista medica* nel 1905, pp. 105-107.

lido in tutto il Trentino<sup>6</sup>.

A quel tempo l'Istria e il Trentino rientravano nei domini dell'impero asburgico, motivo per il quale forse finora non erano state svolte indagini di ricerca storica sulla materia in questi territori. Ciò nonostante, i documenti sopraindicati presentano alcune caratteristiche peculiari che possono condurre a ritenerli italiani, almeno sul piano culturale.

Anzitutto i loro autori erano medici italiani e operavano in contesti sanitari dove le Camere mediche che li riunivano, se pur facenti capo a una Giunta di coordinamento, avevano di fatto acquisito una loro indipendenza dal governo centrale austro-ungarico, come stabilito dalla Legge del 20 dicembre 1884 sull'autonoma regolazione del servizio sanitario nei Comuni<sup>7</sup>, e dalla Legge del 22 dicembre 1891 sull'istituzione delle Camere dei Medici<sup>8</sup>. Inoltre, i suddetti Codici professionali risultano scritti in italiano al fine di essere compresi dai «propri pertinenti», appunto italiani, quando non si hanno notizie di loro eventuali copie redatte in lingua tedesca.

A differenza degli antichi Galatei, che erano opera di singoli professionisti, i Codici deontologici sono il frutto dell'attività dell'associazionismo medico, ad adesione su base libera fino alla Legge n. 455 del 1910<sup>9</sup>. Infatti, sia nel caso istria-

- 
6. Per il testo integrale del Codice professionale della Camera dei Medici dell'Istria e le modifiche intervenute nella versione trentina si rimanda a Sara Patuzzo, "Premessa al Codice professionale della Camera dei Medici dell'Istria e della Camera dei Medici di Trento", *Bioetica. Rivista interdisciplinare* n. 4, XIX, marzo 2011; mentre per la ricostruzione storica delle origini di questi Codici si rinvia a Sara Patuzzo, "Il primo Codice di deontologia medica italiano. Nuove ricerche", *Professione & Clinical Governance. La cultura della salute fra etica, economia e diritto*, n. 2, 2012.
  7. «Ai comuni spetta di provvedere al proprio servizio sanitario mediante l'assunzione di medici comunali», Legge 20 dicembre 1884, in Camera dei Medici in Trento ad uso dei propri pertinenti, *Raccolta di alcune Leggi e disposizioni sanitarie*, op. cit., art. 1, p. 3. Questa Legge è pubblicata sul *Bollettino provinciale* n. 1 del 1885.
  8. Legge 22 dicembre 1891 "Sull'istituzione di camere dei medici", in Camera dei Medici in Trento ad uso dei propri pertinenti, *Raccolta di alcune Leggi e disposizioni sanitarie*, op. cit., pp. 14-21.
  9. Com'è noto, gli Ordini dei medici chirurghi, così come quelli dei farmacisti e dei veterinari, vengono istituiti ufficialmente con la Legge n. 455 del 10 luglio 1910.

no-trentino sia in quello sassarese, essi seguono la costituzione delle relative Camere dei medici di Trento (19 marzo 1882), dell'Istria (19 dicembre 1893) e dell'Ordine dei medici di Sassari (5 novembre 1902).

Gli intenti di questi documenti sono i medesimi e possono essere riassunti nella volontà della categoria di difendere i propri comuni interessi professionali, i compiti e gli scopi, la dignità e il decoro della classe medica, prevedendo precise sanzioni per i medici colpevoli di un "contegno indegno". In particolare, si tratta di esplicitare in norme l'esistenza di un sapere specialistico, l'esclusività dell'esercizio professionale, l'autonomia e la responsabilità del professionista, oltre a rilanciare il ruolo nel medico in una società ormai divenuta diffidente. In altri termini, i Codici professionali devono svolgere la funzione di regolamentare la categoria professionale, essendo quella medica "una casta che presuppone un particolar modo di condursi e trattare con tutti, e [...] dove vi] predominano circostanze così speciali e molteplici che non sempre si può cavarsela col solo buon tatto e col saper vivere [...] tanto che] si rende assolutamente necessario che da medici di esperienza vengano composti i principi fondamentali di questa etica"<sup>10</sup>.

#### COMPARAZIONE TRA IL CODICE PROFESSIONALE MEDICO ISTRIANO-TRENTINO E IL CODICE DI ETICA E DEONTOLOGIA MEDICA DI SASSARI

Si premette che, poiché a parte qualche piccola modifica il Codice professionale medico pubblicato dalla Camera dei Medici di Trento riproduce quello sviluppato dalla Camera dei Medici dell'Istria, nella seguente analisi si farà riferimento a quest'ultimo documento, chiamandolo "istriano-trentino"

---

10. Lodovico Sartori, "La Etica della professione medica", *Il Bollettino Medico Trentino* XV, 1896, pp. 73-77 e 102-107. In questo articolo Sartori riporta il verbale dei principali interventi tenuti al 63° Congresso di Londra della British Medical Association nel luglio e agosto 1895.

e indicando comunque i mutamenti intervenuti nella seconda formulazione.

Il Codice istriano-trentino e il Codice sassarese presentano un'articolazione in capitoli differente, anche se simile nei contenuti trattati.

Il Codice istriano-trentino si divide in 5 parti intitolate: *Norme generali* (12 articoli), dove sono individuati i compiti e gli obiettivi della professione, il ruolo della Camera dei Medici e le sanzioni disciplinari; *Norme nei rapporti coi colleghi* (15 articoli); *Norme nei rapporti col pubblico* (8 articoli), ovvero la relazione tra il medico e il paziente e la sua famiglia; *Norme nelle sostituzioni* (4 articoli); *Norme nei consulti* (12 articoli).

Il Codice sassarese, diviso in 3 parti, presenta in apertura il capitolo sui *Doveri e diritti dei Sanitari verso il pubblico* (11 articoli), prosegue poi con lo stabilire i *Doveri dei Sanitari verso i colleghi* (37 articoli), dove sono predisposte anche le norme di tipo generale, e si chiude con una sezione appositamente dedicata alla materia delle sanzioni, intitolata appunto *Provvedimenti disciplinari* (2 articoli).

#### DEFINIZIONE DELLE CARATTERISTICHE DEL MEDICO E DELLA PROFESSIONE

In apertura il Codice istriano-trentino afferma che è dovere del medico quello di prestare il suo aiuto professionale con “scienza e coscienza”, termini che avranno larga diffusione nel linguaggio specifico della deontologia medica e che invece non ricorrono nel Codice sassarese, il quale nel primo articolo associa al medico le caratteristiche della diligenza, della pazienza e della benevolenza<sup>11</sup>.

---

11. Ordine de' Medici della Provincia di Sassari, Codice di etica e di deontologia, op. cit., art. 1.

In merito alla finalità della professione, entrambi i Codici la individuano nel tutelare la salute pubblica<sup>12</sup>. In aggiunta il Codice sassarese manifesta una particolare sensibilità verso i poveri<sup>13</sup>, ai quali sono dedicati gli ambulatori pubblici<sup>14</sup>, e che devono essere curati con la medesima abnegazione di quelli più ricchi, senza che con questi ultimi il medico manifesti ossequio<sup>15</sup>.

In tutti e due i documenti è fatto divieto al medico di accordarsi con terzi, come farmacisti, levatrici, infermieri<sup>16</sup>, o dirigere ambulatori presso farmacie<sup>17</sup>, specifica il Codice di Sassari, allo scopo di aumentare la propria clientela.

Ricorre in entrambi, anche se in modalità a volte diverse, il riferimento alla necessità di tutelare la dignità professionale della classe medica in diverse circostanze, come di seguito specificato.

- 1) Quando si assume un incarico presso un amministrazione<sup>18</sup>, il cui regolamento è comunque oggetto di valutazione da parte del Consiglio dell'Ordine<sup>19</sup>.
- 2) Nel rapportarsi agli abusivi della professione, che in alcun modo devono essere protetti<sup>20</sup>, accettati per il ruolo di consulenti<sup>21</sup> o di assistenti negli interventi, incarichi che devono essere sempre scelti dal medico stesso e ricoperti da suoi colleghi o, per alcune attribuzioni, da levatrici<sup>22</sup>.

---

12. Ivi, art. 2. Camera dei Medici dell'Istria, Codice professionale e tariffa medica, op. cit., art. 1.

13. Ordine de' Medici della Provincia di Sassari, Codice di etica e di deontologia, op. cit., art. 1.

14. Ivi, art. 5.

15. Ivi, art. 1.

16. Ivi, art. 43. Camera dei Medici dell'Istria, Codice professionale e tariffa medica, op. cit., art. 11.

17. Ordine de' Medici della Provincia di Sassari, Codice di etica e di deontologia, op. cit., art. 46.

18. Ivi, art. 6. Camera dei Medici dell'Istria, Codice professionale e tariffa medica, op. cit., art. 24.

19. Ordine de' Medici della Provincia di Sassari, Codice di etica e di deontologia, op. cit., art. 7.

Camera dei Medici in Trento, Codice professionale stabilito dalla Camera dei Medici in Trento per i propri pertinenti nella sessione del 21 luglio 1900, in Camera dei Medici in Trento ad uso dei propri pertinenti, Raccolta di alcune Leggi e disposizioni sanitarie, op. cit., art. 24.

20. Ivi, art. 46. Camera dei Medici dell'Istria, Codice professionale e tariffa medica, op. cit., art. 9.

21. Ordine de' Medici della Provincia di Sassari, Codice di etica e di deontologia, op. cit., art. 21.

22. Ivi, art. 30.

Il Codice turritano, “per ovvie ragioni scientifiche”, consiglia al medico di accettare come consulenti medici anche coloro che esercitino l’*omeopatia* o la *dosimetria*<sup>23</sup>. Nel Codice istriano-trentino è fatto più in generale divieto al medico di proteggere i prodotti di “empirici e ciarlatani”<sup>24</sup>.

- 3) In materia di onorario quest’ultimo documento dispone che il medico si attenga al tariffario per le prestazioni mediche nella pratica privata allegato<sup>25</sup>, e che presenti alla fine dell’anno la nota delle sue competenze a tutti i suoi clienti<sup>26</sup>, i quali sono tenuti a effettuare il pagamento, il più facilitato possibile<sup>27</sup>, ma in caso di necessità anche indotto dalla procedura giudiziaria<sup>28</sup>.

Alla questione del compenso il Codice di Sassari dedica un totale di 4 articoli, dove si legge che l’onorario deve essere “degno ed adeguato”<sup>29</sup> e che, in caso di controversie, è necessario appellarsi alle decisioni del Consiglio dell’Ordine<sup>30</sup>; che il medico deve essere retribuito per la visita effettuata nell’urgenza anche se il suo intervento sia risultato superfluo<sup>31</sup> e che, rispetto a quella prevista per il medico generico, al medico specialista spetta una retribuzione più lauta<sup>32</sup>. Riguardo a quest’ultima figura, il Codice sassarese presenta un’originalità in confronto al Codice istriano-trentino, poiché, oltre a stabilire le modalità della sua relazione con il medico curante<sup>33</sup>, presenta un norma<sup>34</sup> nella quale ne offre la definizione:

---

23. Ivi, art. 21.

24. Camera dei Medici dell’Istria, Codice professionale e tariffa medica, op. cit., art. 9.

25. Ivi, art. 27. Camera dei Medici in Trento, Codice professionale stabilito dalla Camera dei Medici in Trento per i propri pertinenti nella sessione del 21 luglio 1900, in Camera dei Medici in Trento ad uso dei propri pertinenti, Raccolta di alcune Leggi e disposizioni sanitarie, op. cit. art. 24.

26. Camera dei Medici dell’Istria, Codice professionale e tariffa medica, op. cit., art. 33.

27. Ivi, art. 35.

28. Ivi, art. 34.

29. Ordine de’ Medici della Provincia di Sassari, Codice di etica e di deontologia, op. cit., art. 8.

30. Ivi, art. 9.

31. Ivi, art. 10.

32. Ivi, art. 11.

33. Ivi, art. 32.

34. Ivi, art. 31.

*È da ritenersi medico specialista solamente quello che ha rinunciato all'esercizio di tutte le branche della medicina o della chirurgia, eccettuata una ben definita, nella quale possa provare, con documenti ufficiali o titoli, di avere acquistato speciale perizia o competenza.*

Il Codice sassarese specifica inoltre che il medico deve astenersi dal vendere medicine<sup>35</sup>, e deve compilare la ricetta medica in modo che questa sia leggibile dal farmacista, aggiungendo anche il nome del paziente al quale essa si riferisce nel caso vengano prescritti farmaci a dosi massime<sup>36</sup>.

#### OSSERVANZA DELLE NORME E SANZIONI DISCIPLINARI

Nel Codice istriano-trentino e in quello di Sassari viene ribadita l'autorità esercitata sul medico da parte del Consiglio della Camera o dell'Ordine, in particolare in merito alle sanzioni disciplinari, specificate nel dettaglio nel documento sassarese rispetto al precedente<sup>37</sup>.

In entrambi i Codici le norme contenute vengono indicate moralmente vincolanti non solo per i medici iscritti alla Camera o all'Ordine<sup>38</sup>, ma anche per quelli non aderenti, verso i quali, non potendo esercitare alcuna funzione disciplinare, il Codice sassarese stabilisce l'opportunità di interrompere qualunque rapporto professionale<sup>39</sup>.

#### I DOVERI DELLA "BUONA COLLEGANZA"

Nel Codice di Sassari i doveri che richiamano il medico a mantenere un buon rapporto con i propri colleghi ricalcano in buona parte quelli predisposti dal Codice istriano-trentino.

---

35. Ivi, art. 45.

36. Ivi, art. 44.

37. Ivi, art. 49. dei Medici dell'Istria, Codice professionale e tariffa medica, op. cit., artt. 3, 4.

38. Ivi, nota all'art. 3.

39. Ordine de' Medici della Provincia di Sassari, Codice di etica e di deontologia, op. cit., art. 50.

- 1) Doveri di solidarietà tra medici, ad esempio prestandosi reciprocamente aiuto e protezione<sup>40</sup>.
- 2) Doveri di rispetto reciproco, da assicurarsi in ogni circostanza, trattando il collega con la stessa cura che si vorrebbe per se stessi<sup>41</sup>, e non esprimendo pubblicamente pareri discordanti sulla diagnosi e la cura<sup>42</sup>.
- 3) Doveri di dare la priorità al medico curante, non visitando un paziente già in cura da un altro collega senza informarlo, a parte il caso dell'urgenza<sup>43</sup>, nel quale occorre comunque limitarsi alle prescrizioni essenziali astenendosi da qualsiasi critica sulla cura precedente<sup>44</sup>, e rimanere solo se il paziente non ha un proprio medico curante e se si è arrivati per primi<sup>45</sup>, mentre per il Codice istriano-trentino spetta alla parte scegliere il medico per l'ulteriore cura<sup>46</sup>.
- 4) Doveri di mantenere la concorrenza su un piano di lealtà, non gestendo più gabinetti delegati ad altri medici e clientela non propria<sup>47</sup>, non abbassando la propria tariffa<sup>48</sup>; non intralciando l'acquisizione di un posto rimasto vacante presso un'Amministrazione nei confronti di un medico candidato<sup>49</sup>, tanto più se questi è già stato nominato dall'Am-

---

40. Ivi, art. 12. Camera dei Medici dell'Istria, Codice professionale e tariffa medica, op. cit., artt. 13, 21.

41. Ordine de' Medici della Provincia di Sassari, Codice di etica e di deontologia, op. cit., art. 12.

42. Ivi, art. 14. Camera dei Medici dell'Istria, Codice professionale e tariffa medica, op. cit., artt. 17, 26.

43. Ivi, art. 14. Ordine de' Medici della Provincia di Sassari, Codice di etica e di deontologia, op. cit., art. 13.

44. Ivi, art. 15. Camera dei Medici dell'Istria, Codice professionale e tariffa medica, op. cit., art. 15.

45. Ordine de' Medici della Provincia di Sassari, Codice di etica e di deontologia, op. cit., art. 19.

46. Camera dei Medici dell'Istria, Codice professionale e tariffa medica, op. cit., art. 19.

47. Ordine de' Medici della Provincia di Sassari, Codice di etica e di deontologia, op. cit., art. 38. Camera dei Medici dell'Istria, Codice professionale e tariffa medica, op. cit., artt. 14, 16.

48. Ivi, art. 23. Ordine de' Medici della Provincia di Sassari, Codice di etica e di deontologia, op. cit., art. 39.

49. Camera dei Medici dell'Istria, Codice professionale e tariffa medica, op. cit., art. 22. Ordine de' Medici della Provincia di Sassari, Codice di etica e di deontologia, op. cit., art. 39.

ministrato temporaneamente e gode di buona reputazione; non accettando un impiego presso il Comune quando ciò sia stato impedito ad un altro medico<sup>50</sup>. Nel Codice sassarese non risulta il richiamo specifico al comportamento che il medico deve adottare in tema di pubblicità, presente invece nel Codice istriano-trentino<sup>51</sup>.

Si ritiene interessante evidenziare come il Codice di Sassari intervenga non solo sui rapporti che il medico intrattiene con suoi colleghi, ma anche con gli altri sanitari, in particolare con i farmacisti. Un articolo dedicato impone al medico il divieto di intervenire tra paziente e farmacista, raccomandando talune farmacie oppure criticando il modo di preparazione o il prezzo delle prescrizioni. Addirittura questo Codice prevede che in capo al medico incomba il dovere di difendere il farmacista di fronte all'acquirente al fine di "dimostrargli che non è un commerciante ma un professionista che ha dovuto studiare per lunghi anni, ed ha continue e gravissime responsabilità"<sup>52</sup>.

#### I DOVERI DA ASSOLVERE IN MATERIA DI CONSULTI E SOSTITUZIONI

Nel Codice di Sassari gli articoli che disciplinano il consulto, che non può essere delegato<sup>53</sup> e che, nel caso sia destinato ad un paziente di ambulatorio deve essere svolto presso il consulente<sup>54</sup>, presentano una particolare indicazione rispetto ai consulenti stranieri (da rifiutare fuori dall'ambito dei loro connazionali, salvo che per quelli che provengono da nazioni dove è accordata libertà di esercizio per i medici italiani<sup>55</sup>).

---

50. Ivi, art. 42.

51. Camera dei Medici dell'Istria, Codice professionale e tariffa medica, op. cit., artt. 7, 8.

52. Ordine de' Medici della Provincia di Sassari, Codice di etica e di deontologia, op. cit., art. 47.

53. Ivi, art. 24.

54. Ivi, art. 25.

55. Ivi, art. 22.

In materia di consulti, sia in questo Codice sia nel precedente la priorità è sempre data al medico curante:

- 1) che è chiamato ad acconsentirvi<sup>56</sup> e ad accettarlo qualora lo richieda la famiglia, a meno che non lo ritenga inopportuno, caso in cui egli potrà lasciare il proprio incarico o proporre un secondo consulente<sup>57</sup>;
- 2) che deve mantenere la cura del paziente dopo il consulto, a meno che non ritenga sia fatto diversamente<sup>58</sup>;
- 3) che deve essere rispettato dal consulente evitando questi di intervenire su operazioni già poste in essere o di criticarlo<sup>59</sup>, soprattutto davanti al malato ed alla sua famiglia dopo il consulto, la cui discussione deve avvenire in separata sede<sup>60</sup>.

In tema di supplenze, i Codici in questione richiamano il medico alla massima delicatezza e rispetto per il collega sostituito<sup>61</sup>, al quale spetta poi il diritto di rientrare in servizio e di riprendere la cura<sup>62</sup>, oppure di dare mandato al medico che l'ha sostituito nel caso lo consideri opportuno: che sia espressamente richiesto dal paziente<sup>63</sup> o che abbia dimostrato di «avere fatto tutto il possibile per tutelare la propria dignità e correttezza di fronte alla famiglia, all'infermo, e specialmente di fronte al collega»<sup>64</sup>.

---

56. Ivi, artt. 16, 17, 23. Camera dei Medici dell'Istria, Codice professionale e tariffa medica, op. cit., art. 40.

57. Ordine de' Medici della Provincia di Sassari, Codice di etica e di deontologia, op. cit., artt. 20, 28.

58. Ivi, art. 27, 29. Camera dei Medici dell'Istria, Codice professionale e tariffa medica, op. cit., art. 47.

59. Ivi, art. 42. Ordine de' Medici della Provincia di Sassari, Codice di etica e di deontologia, op. cit., art. 37.

60. Ivi, art. 26. Camera dei Medici dell'Istria, Codice professionale e tariffa medica, op. cit., artt. 44, 45.

61. Ivi, art. 36. Ordine de' Medici della Provincia di Sassari, Codice di etica e di deontologia, op. cit., art. 33.

62. Ivi, art. 35. Camera dei Medici dell'Istria, Codice professionale e tariffa medica, op. cit., art. 38.

63. Ordine de' Medici della Provincia di Sassari, Codice di etica e di deontologia, op. cit., art. 35.

64. Ivi, art. 36.

Riguardo l'onorario nei casi di supplenza, il Codice istriano-trentino prevede che esso sia frutto di un accordo vicendevole, in mancanza del quale “il sostituto non potrà pretendere dal medico supplito che la relativa quota dei di lui proventi fissi”<sup>65</sup>. Il Codice di Sassari precisa che la retribuzione del supplente di un medico impiegato presso il Comune deve essere pari a quello del collega<sup>66</sup>. Nel caso in cui un medico sia chiamato a coprire un posto rimasto vacante presso un'Amministrazione che ha dispensato il precedente dipendente, egli non può assumere l'incarico, a meno che il Consiglio dell'Ordine non dia un parere positivo<sup>67</sup>.

#### I DOVERI CIRCA IL RAPPORTO TRA MEDICO E PAZIENTE

In merito al rapporto medico-paziente, il Codice sassarese riprende solo in parte le norme previste dal Codice istriano-trentino, per mostrare alcune specifiche originalità.

Il Codice turritano mantiene il dovere di assicurare l'assistenza al paziente nei casi di urgenza<sup>68</sup>, senza che vengano specificati i doveri di cura all'ammalato considerato inguaribile<sup>69</sup> e il dovere di rispettare il paziente conservando scrupolosamente il segreto professionale<sup>70</sup>, ma senza indicare il divieto di effettuare visite superflue e il dovere di facilitare il pagamento della parcella<sup>71</sup>.

Ma soprattutto il Codice sassarese presenta una forte propensione a riconoscere la necessità di raccogliere il consenso del paziente prima di procedere con l'intervento sanitario.

---

65. Camera dei Medici dell'Istria, Codice professionale e tariffa medica, op. cit., art. 39.

66. Ordine de' Medici della Provincia di Sassari, Codice di etica e di deontologia, op. cit., art. 34.

67. Ivi, art. 41.

68. Ivi, art. 18. Camera dei Medici dell'Istria, Codice professionale e tariffa medica, op. cit., art. 28.

69. Ivi, art. 29.

70. Ivi, art. 31. Ordine de' Medici della Provincia di Sassari, Codice di etica e di deontologia, op. cit., art. 1.

71. Camera dei Medici dell'Istria, Codice professionale e tariffa medica, op. cit., artt. 30, 35.

Infatti, mentre il Codice istriano-trentino individua il solo dovere di informativa, da rivolgersi nell'unico caso di "vero e imminente pericolo" alla famiglia e solo eventualmente al malato<sup>72</sup>, il Codice di Sassari, pur comunque anch'esso trovando in prevalenza nella famiglia, e non nel malato, il suo interlocutore<sup>73</sup>, prevede il dovere del medico di ottenere il consenso all'atto operativo:

*Non intraprenderà alcun atto operativo senza avere prima ottenuto il consenso dell'ammalato o delle persone dalle quali questo dipende, se è minorenne o civilmente incapace. Certi casi di urgenza si autorizzano, però, a derogare di questa regola. Ma nelle contingenze gravi domanderà, potendolo, il concorso di un collega che assuma una parte di responsabilità; ciò farà specialmente quando si tratti di procurare l'aborto scopo terapeutico*<sup>74</sup>.

È a partire da queste due ultime norme che è possibile tracciare quel quadro dell'ambiente medico sassarese di inizio Novecento dove "il paziente naviga, per così dire, nel mezzo di una titolarità di diritti che per metà è misconosciuta, quando si ravvisa nei familiari le figure investite della sua rappresentanza, e per metà è invece riconosciuta, quando si ravvisa la necessità di preliminarne il suo consenso [anche se] non sappiamo se molto, o molto poco, informato"<sup>75</sup>.

## CONCLUSIONE

Si è scelto di collocare la comparazione dei Codici in oggetto in merito agli articoli relativi al rapporto tra medico e paziente in chiusura alla presente disamina al fine di procedere nel merito a una breve riflessione conclusiva.

---

72. Ivi, art. 32.

73. Ordine de' Medici della Provincia di Sassari, Codice di etica e di deontologia, op. cit., art. 3.

74. Ivi, art. 4.

75. Giorgio Cosmacini, La religiosità della medicina. Dall'antichità a oggi, Laterza, Bari 2007, p. 133.

Ulteriori ricerche andranno condotte per comprendere il probabile passaggio di informazioni dal Codice istriano-trentino a quello sassarese, forse dovute ai tanti viaggi, in Italia come all'estero, che sappiamo essere stati compiuti da Angelo Roth, allora Presidente dell'Ordine dei Medici di Sassari, medico dalla brillante carriera accademica, impegnato anche sul fronte politico progressista e stimato ricercatore di fama internazionale.

Allo stesso modo è possibile che, insieme agli scenari sociali, culturali, politici ed economici della Sassari del tempo, sia stata determinante proprio la grande personalità di questo Presidente per la formulazione del citato articolo 4 sul consenso del malato.

Una norma che, senza dubbio alcuno, dona all'elaborato turritano, anche qualora questo perdesse il primato storico nell'avvicinarsi dei Codici deontologici in Italia, il sigillo di un documento non solo moderno, ma "assolutamente innovativo"<sup>76</sup>, in anticipo rispetto ai tempi di evoluzione della sensibilità della deontologia medica italiana in merito alla relazione di cura.

---

76. Paolo Benciolini, La deontologia. Dai Galatei ai Codici deontologici, in FNOMCeO, Trimestrale "La Professione. Medicina, scienza, etica e società", Centenario dell'istituzione degli Ordini dei Medici. Cento anni di professione al servizio del Paese II, MMX, op. cit., p. 266.



## “Sui fronti di guerra, diamo assistenza senza discriminazioni”

*di Eva Antoniotti*

*Marco Garatti è un chirurgo, specializzato in chirurgia epatica e trapianti di fegato negli Stati Uniti. Bresciano, dal 1998 collabora con Emergency, in progetti che lo hanno portato in Cambogia, Eritrea, Sierra Leone, Sudan e Iraq, ma soprattutto in Afghanistan. È stato tra i primi ad arrivare a Kabul, nel 2001, quando ancora si stava costruendo l'ospedale di Emergency e vi è poi tornato più volte, fino al 2010, quando con altri operatori di Emergency venne arrestato per alcuni giorni dal governo locale. Nel 2002 l'Ordine dei medici chirurghi ed odontoiatri di Brescia gli ha conferito un premio “per meriti sociali ed umanitari”, mentre nel 2003 è stato insignito dell'Ordine al merito della Repubblica per le sue azioni umanitarie in Cambogia, Eritrea ed Afghanistan.*

**Dottor Garatti, quali sono i criteri etici con cui lavora un medico di Emergency?**

Noi siamo aperti a tutti. Qualsiasi paziente ferito o affetto

da una delle patologie trattate nei nostri ospedali può accedere alle nostre strutture e avere un trattamento che peraltro ci ostiniamo a fare gratuitamente.

**Avere cure gratuite deve essere sorprendente per alcune popolazioni.**

In molti contesti è molto sorprendente, anche perché paradossalmente la sanità, nei paesi dove la popolazione ha un reddito più basso, non è fornita in modo gratuito. In Sierra Leone, ad esempio, soltanto recentemente il ministero della Sanità ha stabilito che alcune categorie, come le donne in gravidanza e i bambini con meno di cinque anni, possono avere un trattamento medico a carico dello Stato, ma tutti gli altri pagano.

**Immagino che le vostre strutture non siano proprio sul fronte di guerra, ma piuttosto siano nei territori retrostanti. È così?**

Non esattamente. Emergency è nata come organizzazione che faceva supporto sanitario alle vittime civili di guerra: eravamo nel Kurdistan iracheno quando c'era ancora Saddam Hussein, eravamo in Afghanistan quando i talebani si facevano la guerra tra di loro, siamo stati l'unica organizzazione non governativa presente in Afghanistan dopo l'11 settembre 2001 e prima che i talebani venissero, almeno in fase iniziale, cacciati. Recentemente siamo stati anche in Libia, a Misurata, con un team. Quindi il nostro intervento è in area di guerra, molto chiaramente.

**Operando in aree di guerra entrate mai in contatto con strutture sanitarie militari?**

Solitamente no. In Afghanistan in particolare, che conosco meglio essendoci stato per circa dieci anni, si è creata una situazione molto confusa, con contingenti militari che fanno contemporaneamente attività legata alla guerra, del tutto legittima dal loro punto di vista, e attività che sono più di pertinenza delle Ong, come la costruzione e l'allestimento di

scuole o di ospedali. Allo stesso tempo alcune Ong, per portare la propria opera, si avvalgono della copertura di sicurezza dei contingenti militari.

Tutto questo ha prodotto una grandissima confusione all'interno del Paese e quindi noi, per motivi di sicurezza, ci teniamo molto a rendere evidente che siamo un'Ong non dipendente dal governo italiano, che svolge il proprio lavoro autonomamente e per questo non abbiamo rapporti con altre strutture sanitarie legate invece al governo locale.

**Ma crede ci siano differenze etiche nell'esercizio della medicina in ambito civile e militare?**

Penso che le motivazioni e le strategie terapeutiche siano molto diverse. In genere, il personale medico militare presente in zone di guerra è destinato innanzi tutto alla cura dei propri soldati, l'obiettivo primario non è certamente la popolazione. Per noi è tutto il contrario.

**Immagino però che vi sarete fatti delle domande riguardo a chi curare. Come avete risolto il problema?**

Noi non ci facciamo grandi problemi: tutti i pazienti che si presentano nei nostri ospedali hanno il diritto di essere trattati, a prescindere del meccanismo di lesione, a prescindere dall'appartenenza politica, a prescindere dall'appartenenza religiosa. Non abbiamo problemi a trattare nessuno, ma qualche volta sono i governi locali che hanno problemi con noi se trattiamo determinate persone.

Ad esempio, io nel 2010 sono stato arrestato dal governo locale con altri colleghi nel nostro ospedale di Lashkar-gah, nel sud dell'Afghanistan, e verosimilmente la motivazione era che nel nostro ospedale venivano curati anche pazienti feriti che appartenevano agli insurgent, come si dice ora. Siamo stati in carcere per nove giorni e poi ci hanno rilasciato con le scuse.

**E siete potuti restare in Afganistan?**

Siamo venuti via, perché dopo il carcere afgano avevamo una certa voglia di tornare a casa. Ma uno dei miei colleghi poco dopo è tornato nello stesso ospedale dove eravamo stati “prelevati” e ci è rimasto altri sei mesi. Io non sono ancor tornato, ma solo per problemi logistici personali.

**Operare in Paesi così diversi dal nostro pone certamente problemi anche di tipo culturale. È una difficoltà?**

In una delle aree più conservatrici dell’Afganistan, la valle del Panshir, abbiamo un ospedale generale in cui facciamo anche maternità e dove vengono a partorire mediamente 330 donne ogni mese. È chiaro che dobbiamo porre una certa attenzione a quelle che sono le esigenze culturali dell’area, ma siamo sempre riusciti a lavorare.

Attenzione alle diverse culture significa che nella maternità, ad esempio, utilizzate solo donne come personale sanitario? Non necessariamente, piuttosto cerchiamo di essere attenti, come stranieri, a come ci poniamo nei confronti delle pazienti e delle famiglie. Comunque finora non abbiamo inviato nessun ginecologo uomo e anche le ostetriche sono tutte donne. Ma al di là di questo, il fatto che l’ospedale sia diventato un centro di riferimento, con un numero così alto di parti, significa che c’è fiducia in quello che facciamo: portare le donne a partorire da noi vuol dire farle morire di meno.

**Non avete mai problemi di sovraffollamento? Come riuscite a rispondere a tutti?**

Abbiamo sempre cercato di fare un intervento che potesse essere concentrato su alcune specifiche aree. In Afghanistan la scelta non è difficile: quello che un gruppo di chirurghi come noi può affrontare è essenzialmente legato alla guerra e dunque ai traumi, ed è quello che facciamo in due dei nostri ospedali. Anche negli ospedali generali, quello in Afghanistan e quello in Sierra Leone, abbiamo posto delle li-

mitazioni al nostro intervento: facciamo soltanto quella parte di trattamento che, per vari motivi, non può essere svolta dalle altre strutture del posto. Per esempio in Sierra Leone trattiamo tutte le patologie chirurgiche acute, traumatologiche e non, e tutti gli ospedali del ministero della Sanità locale sanno che possono fare riferimento a noi per queste cose.

Certo qualche volta abbiamo problemi di spazio o di accettazione di pazienti, soprattutto perché avendo a che fare con l'urgenza i ricoveri sono imprevedibili. Ma siamo sempre riusciti a trovare una soluzione. Ad esempio In Afghanistan, dove è molto frequente avere grossi afflussi di pazienti, perché dopo l'esplosione di una bomba o dopo un attentato suicida il numero di ricoveri si impenna, abbiamo adeguato la struttura con delle aree di ricovero temporaneo e alternativo che fanno da cuscinetto all'ospedale.

### **Come coprite i costi dei vostri interventi?**

Prevalentemente raccogliamo donazioni da privati. E poi stiamo molto attenti nella definizione dei budget per i vari progetti. Purtroppo, in un momento in cui girano pochi soldi per tutti, ne girano ancora di meno per le donazioni: il numero dei donatori continua a salire, ma l'entità delle donazioni è calata.

### **I medici e gli operatori che lavorano con Emergency sono volontari o vengono retribuiti?**

Sono volontari, perché decidono volontariamente di partire, ma ovviamente vengono retribuiti, come d'altra parte accade in quasi tutte le organizzazioni non governative che hanno un certo rilievo. È un lavoro che richiede una competenza molto alta: chi fa il chirurgo di guerra deve avere una buona competenza in area di conflitto, chi fa l'anestesista deve essere in grado di fare l'anestesia pediatrica o in pazienti molto compromessi. In più, chiediamo

anche un impegno prolungato nel tempo: le nostre non sono mai missioni di una o due settimane, ma impegnano minimo tre mesi e, nella gran parte dei casi, sei mesi.

Per saperne di più

### *Cos'è Emergency*

Emergency è un'associazione umanitaria fondata a Milano nel 1994 per portare aiuto alle vittime civili delle guerre e della povertà.

Dal 1994 a oggi, Emergency è intervenuta in 16 paesi, costruendo ospedali, centri chirurgici, centri di riabilitazione, centri pediatrici, posti di primo soccorso, centri sanitari, un centro di maternità e un centro cardiocirurgico.

I team di Emergency hanno finora portato aiuto a 4.668.900 persone (dati al 31 dicembre 2011).

Conoscendo gli effetti drammatici della guerra, Emergency è impegnata anche nella promozione di valori di pace, come la campagna avviata nel 1994 Emergency che ha portato l'Italia a mettere al bando le mine antiuomo.

Nel 2008, insieme ad alcuni paesi africani, Emergency ha elaborato il Manifesto per una medicina basata sui diritti umani per rivendicare una sanità basata sull'equità, sulla qualità e sulla responsabilità sociale.

Emergency è stata giuridicamente riconosciuta Onlus nel 1998 e Ong nel 1999.

Dal 2006 Emergency è riconosciuta come Ong partner delle Nazioni Unite - Dipartimento della Pubblica Informazione.

### **Per sostenere Emergency**

Emergency finanzia i suoi progetti attraverso le donazioni. Il modo più semplice per fare una donazione è contattare il numero verde 800.394.394, ma è possibile usare anche altre forme, tutte illustrate chiaramente nel sito dell'associazione, [www.emergency.it](http://www.emergency.it).

### **Per lavorare con Emergency**

Ogni mese oltre 100 persone lavorano con Emergency per portare cure alle vittime della guerra e della povertà. Si tratta di medici, infermieri e tecnici accuratamente selezionati, che scelgono di dedicare alcuni mesi a questa attività, ovviamente retribuita.

Per sollecitare i professionisti della sanità a questa scelta, Gino Strada, fondatore e anima dell'associazione, scrive: "Abbiamo ancora bisogno di professionisti che vogliono diventare compagni di viaggio di Emergency nel percorso di pratica quotidiana del diritto a essere curati.

Sarà per tutti l'occasione per una straordinaria esperienza umana e professionale".

### **Avete un sistema di supporto psicologico per i medici e gli operatori che lavorano in condizioni così difficili?**

Non abbiamo una strategia di supporto formale. Abbiamo però la forte consapevolezza che lavorando in determinate condizioni, e a determinati ritmi la possibilità di burn out è molto forte. Per questo nessuno può andare oltre i cinque mesi continuativi di missione e poi possiamo contare sul lavoro in team: lavorando in modo molto collegiale, riusciamo anche a capire se qualcuno di noi è in difficoltà. In questi casi è meglio che rientri, perché è problematico sostituire qualcuno a progetto avviato, ma è ancora più problematico che resti.

### **Se un medico volesse lavorare con Emergency come deve fare?**

Può mettersi in contatto con noi attraverso il nostro sito ([v.box](mailto:v.box@emergency.it)). Abbiamo un grande bisogno di chirurghi, anestesisti, ortopedici, ginecologi,

pediatri, di medici esperti in medicina tropicale. E poi abbiamo bisogno di infermieri, fisioterapisti, tecnici di radiologia. In genere, accettiamo circa il 20% dei curricula che ci vengono inviati, perché dobbiamo poter contare su competenze molto elevate e particolari, mentre la capacità di affrontare un trauma o un'emergenza a 360 gradi si è un po' persa in Italia. Anche per questo lavorare con Emergency è un'esperienza che arricchisce straordinariamente, anche sotto il profilo professionale.

# LA PROFESSIONE

MEDICINA, SCIENZA, ETICA E SOCIETÀ

*Trimestrale della Federazione nazionale  
degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri*

Anno XIV • Numero I - MMXII

Presidente  
*Amedeo Bianco*

Direttore responsabile  
*Eva Antoniotti*

Gruppo di lavoro "Area della comunicazione"  
*Cosimo Nume* (coordinatore)  
*Giancarlo Aulizio*  
*Alessandro Innocenti*  
*Bartolomeo Griffa*  
*Raffaele Iandolo*



Editore  
*Fnomceo*  
Piazza Cola di Rienzo 80/A,  
00192 Roma



**Edizioni Health Communication**  
Edizioni e servizi di interesse sanitario

Redazione  
*Edizioni Health Communication*  
Via Vittore Carpaccio, 18  
00147 Roma  
Tel. 06.594461  
Fax 06.59446228

Finito di stampare nel mese di maggio 2012 con i tipi e gli impianti della  
C.G. Edizioni Medico Scientifiche s.r.l. da Ages Arti Grafiche s.r.l. - Torino

Le variazioni di indirizzo vanno comunicate per posta alla sede della Fnomceo:  
Fnomceo  
Centro elaborazione dati  
Piazza Cola di Rienzo 80/A,  
00192 Roma