

# LA PROFESSIONE

MEDICINA, SCIENZA, ETICA E SOCIETÀ

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



III . MMXV

## *Interviste*

ROBERTA CHERSEVANI  
GIUSEPPE RENZO  
ALBERTO OLIVETI

---

## *Speciale*

GLI STATI GENERALI  
DELLA PROFESSIONE MEDICA  
E ODONTOIATRICA 2015

---

## *Convegno*

LA MEDICINA MILITARE TRA STORIA,  
ETICA E ATTUALITÀ  
ASIAGO, 19 LUGLIO 2014

---





# Indice

## INTERVISTE

*A cura di Eva Antoniotti*

Gli Ordini devono parlare ad alta voce dei nodi professionali.....5

*Roberta Chersevani*

La professione odontoiatrica non può essere trattata  
come un settore commerciale.....15

*Giuseppe Renzo*

La previdenza è un sistema a cascata.....22

*Alberto Oliveti*

**Stati Generali della professione medica e odontoiatrica.....29**

CONVEGNO NAZIONALE

La medicina militare tra storia, etica e attualità

Introduzione.....	39
<i>Maurizio Benato</i>	
La sanità militare nella Grande Guerra.....	47
<i>Raimondo Ibba</i>	
Le istanze etiche della medicina militare .....	59
<i>Antonio Sabino</i>	
Il medico militare e le missioni internazionali di pace .....	84
<i>Federico Marmo</i>	
Etica, mondo militare e responsabilità del medico con le stellette: un ponte verso il futuro .....	90
<i>Maurizio Balistreri</i>	
Università Castrense: un glorioso fatto storico che detta insegnamenti al presente .....	98
<i>Luigi A. Conte</i>	
Etica militare e deontologia medica. La presenza delle donne .....	101
<i>Rita Nonnis</i>	
La medicina militare nel codice deontologico .....	105
<i>Aldo Pagni</i>	
Articolo 77 del Codice di Deontologia Medica: l'etica ed il medico militare oggi.....	108
<i>Maurizio Scassola</i>	

INTERVISTA A ROBERTA CHERSEVANI,  
PRESIDENTE FNOMCEO

## “Gli Ordini devono parlare ad alta voce dei nodi professionali”

*A cura di Eva Antoniotti*

È PASSATO QUASI UN ANNO da quando Roberta Chersevani è stata eletta presidente della FNOMCeO. Mesi densi di impegni e di incontri, nei quali la professione medica e odontoiatrica ha dovuto farsi sentire con molte e diverse iniziative, per contrastare una tendenza che sembra voler ridurre la sanità ad una faccenda di “conti”, di riduzione dei costi, penalizzando i professionisti e, allo stesso tempo, i cittadini, che vedono sempre più limitato il loro diritto alla salute.

**Presidente Chersevani, proviamo a ripercorrere le cose fatte da quando è stata nominata. Da dove partiamo?**

Partiamo da un inizio difficile, con la faccenda dell’Antitrust, le competenze mediche e le annose difficoltà dei giovani nel percorso di laurea e postlaurea. Un momento di serenità è stato l’approvazione da parte del Consiglio Nazionale del documento del 4 luglio, successivamente pubblicato su alcuni

quotidiani. Dopo la fase di dibattito per il rinnovo degli organismi dirigenti della Federazione, che ha inevitabilmente portato a una discussione interna piuttosto vivace, è stato importante trovare un ampio consenso su un testo che riassume il punto di vista della professione sulla situazione attuale. “Per una rinnovata alleanza dei medici con i cittadini” è un titolo che dice già molto: il nostro impegno per la difesa delle prerogative professionali, a cominciare dalle scelte da compiere in “scienza e coscienza”, è anche un atto di garanzia verso i cittadini e verso il loro diritto costituzionale alla tutela della salute. Questa è la constatazione da cui abbiamo avviato il nostro ragionamento: i medici vivono un crescente disagio nello svolgere la propria professione e i cittadini avvertono crescenti difficoltà nell’accedere ai servizi sanitari. Per uscire da questa situazione negativa, che rischia di avvitarsi su se stessa in un crescendo di incomprensioni e dispute legali, occorre una rinnovata alleanza tra medici e cittadini.

#### PER UNA RINNOVATA ALLEANZA DEI MEDICI CON I CITTADINI

I cittadini avvertono sempre di più la difficoltà ad accedere alle cure e i medici italiani, insieme a tutti gli altri operatori sanitari, vivono una condizione di profondo disagio nello svolgere il proprio ruolo professionale.

La causa di tutto questo risiede in molteplici fattori, primo fra tutti una politica orientata più alla gestione emergenziale del presente e attenta a rispondere a problemi meramente economici che all’affermazione dei valori di equità, giustizia e sicurezza, perseguendone la realizzazione con appropriate progettualità programmatiche.

L’attuale politica sanitaria vede la professione medica come un costo e non come un investimento importante e irrinunciabile per la risoluzione dei tanti problemi che affliggono la sanità.

Le tecnostutture sia centrali che regionali spesso attuano misure bu-

rocratiche e vessatorie sulla professione, come voler assegnare al medico responsabilità patrimoniali derivanti da inappropriata prescrizione o proporre modelli organizzativo-gestionali obsoleti, già abbandonati in altri Paesi e non suffragati da evidenze probatorie positive.

Il processo di aziendalizzazione in sanità ha evidenziato il suo fallimento nel perseguire, quale obiettivo prioritario, il mantenimento dei costi svilendo il ruolo dei professionisti a mero fattore produttivo. La Professione, a fronte di questa realtà, deve confrontarsi con l'aumento e il mutamento dei bisogni assistenziali, mentre si riducono sempre di più le risorse pubbliche e private. Lo stesso Parlamento Europeo ha evidenziato che l'attuale crisi economica ha creato una forte pressione sui bilanci sanitari nazionali influenzando sulla sicurezza dei pazienti e pertanto ha invitato gli Stati membri a garantire che la sicurezza non sia messa a rischio dalle misure di austerità e che il sistema sanitario resti adeguatamente finanziato. Il contenzioso, nella maggior parte dei casi futile e pretestuoso, condiziona la vita professionale, la qualità del lavoro medico, la serenità e il rapporto con i pazienti e con i cittadini, mentre l'eccessiva burocratizzazione dell'attività medica toglie tempo all'ascolto, che è esso stesso tempo di cura dei pazienti. Molte delle professioni sanitarie lamentano e praticano diffusamente fenomeni di reciproca erosione di competenze e sicuramente questa non è la strada giusta per affermare un corretto ed equilibrato multiprofessionalismo in sanità.

### **Consapevoli**

della assoluta necessità di dover affrontare, in modo responsabile, la grande crisi della sanità pubblica italiana in una condizione di persistente crisi economica e sociale, con il comune impegno di garantire il diritto alla tutela della salute di tutti i cittadini e il ruolo e l'autonomia della Professione

### **i medici italiani chiedono**

- di diventare interlocutori istituzionali ascoltati dalla politica sanitaria nazionale e regionale in quanto portatori di soluzioni dei problemi nell'interesse dei cittadini e di partecipare al Tavolo Regioni – Governo;
- l'autonomia e la responsabilità della Professione nella gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici e delle strutture sanitarie;

- la definizione, anche nell'ipotesi di una via legislativa, di quanto previsto dall'art. 3 del Codice di Deontologia Medica 2014 per quanto attiene a competenze e doveri del medico in una relazione paritaria tra medico e persona, che abbia come unico fine il bene e l'interesse della persona assistita;
- la difesa del SSN equo, solidale ed universalistico, che superi la eccessiva parcellizzazione e frammentazione dei tanti modelli regionali;
- un processo di "ricapitalizzazione" del lavoro professionale dopo anni di subalternità delle risorse umane a mere logiche di tenuta dei conti, di gestione del consenso politico, di svilimento dei valori di riferimento (autonomia, responsabilità, meritocrazia, trasparenza, formazione, sviluppo delle competenze) che sono il cuore dei servizi alla persona sana e malata;
- di evitare gli eccessi di una politica sanitaria assoggettata alle esigenze economico-finanziarie, particolarmente gravose per le Regioni sottoposte a piani di rientro;
- lo sviluppo di modelli organizzativi che facilitino le relazioni e l'integrazione tra sistemi e tra professionisti garantendo una equilibrata ed efficace gerarchia funzionale;
- di rendere la sicurezza per pazienti ed operatori una garanzia del sistema;
- di rendere attrattive per i professionisti le cosiddette "periferie" facendo in modo che vi sia un equo accesso ai servizi per tutti i cittadini.

### **I medici italiani si impegnano**

- alla salvaguardia dell'ambiente e del welfare in quanto elementi fondamentali a tutela della salute e di grande coesione sociale;
- a perseguire l'appropriatezza delle prescrizioni diagnostiche e terapeutiche, ispirata alle evidenze scientifiche ed alla medicina basata sul valore (value based), che tenga conto della specificità clinica, psicologica, affettiva, culturale, etnica e sociale della singola persona ammalata rinsaldando l'alleanza terapeutica, nel rispetto dei diritti sanciti dalla Carta Costituzionale e del Codice di Deontologia Medica;
- a favorire un ruolo attivo dei pazienti nei percorsi di cura e di assistenza anche attraverso l'educazione sanitaria e l'informazione;
- a garantire approcci multidisciplinari nei trattamenti medici rafforzando la coesione e la coerenza del percorso clinico-assistenziale del paziente;

- a promuovere lo sviluppo di sistemi di confronto su prestazioni ed esiti in dimensione nazionale ed internazionale, per favorire la credibilità delle organizzazioni e dei professionisti;
- favorire l'adesione (compliance) a regole e raccomandazioni condivise, sostenute da evidenze scientifiche, innovative rispetto ai comportamenti tradizionali;
- a promuovere una leadership funzionale capace di coniugare l'unitarietà, l'armonia, la qualità e l'efficacia degli esiti dell'intero processo clinico-assistenziale, tenendo conto delle molteplici autonomie e competenze tecnico-professionali in una matrice di responsabilità e potestà che si riconoscono nella sola centralità della tutela della salute della persona sana e malata;
- ad avere maggiore attenzione all'utilizzo delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione per garantire adeguati standard di qualità, equità e riservatezza.

### **Il progresso della società non è possibile senza i medici**

Noi dobbiamo essere parte attiva delle scelte decisionali per adattare l'organizzazione del lavoro ma anche le prestazioni (performance) professionali al miglior percorso assistenziale possibile.

Dobbiamo lavorare per un approccio nuovo alla sanità che in una moderna concezione di tutela della salute non consideri più l'efficienza e l'equità come due concetti che procedono su binari separati e contrapposti all'economia e all'etica, ma che vadano nella stessa direzione a sostegno dei principi secolari di una professione equa, solidale ed universalistica.

*Approvato per acclamazione dal Consiglio Nazionale FNOMCeO svoltosi a Roma il 4 luglio 2015*

**Quali sono le maggiori criticità e come può intervenire la professione medica?** Riassumo sinteticamente ciò che abbiamo scritto nel documento: se si guarda alla sanità solo sotto il profilo del contenimento dei costi immediati, fatalmente i professionisti saranno mortificati, con l'obiettivo di ridurre le possibilità decisionali. Basti pensare a tutta l'attività di prevenzione, gravosa nell'immediato, ma strategica di fronte all'aumento dell'età media della popolazione e al parallelo incremento delle cronicità. Inoltre, nel tentativo di "controllare" i costi si continua a far crescere il carico burocratico che grava sulla professione, con la pericolosa tendenza a sanzionare, anche economicamente, i professionisti. Una spirale negativa che riduce il tempo di ascolto dei pazienti – che è già cura – e incrementa il ricorso ad una medicina difensiva, che ad alcuni professionisti può apparire l'unica difesa contro il contenzioso legale. Nel documento chiedevamo tra l'altro l'autonomia e la responsabilità della professione nella gestione dei percorsi diagnostici terapeutici e delle strutture sanitarie, la definizione, anche in via legislativa, di quanto previsto dall'art. 3 del Nuovo Codice di Deontologia Medica 2014 per quanto attiene competenze e doveri del medico, la difesa di un Ssn equo, solidale e universalistico che superi la eccessiva frammentazione dei tanti modelli regionali, lo sviluppo di modelli organizzativi che facilitino le relazioni e l'integrazione tra sistemi e tra professionisti garantendo una equilibrata ed efficace gerarchia funzionale. Esprimevamo, inoltre, l'impegno alla salvaguardia dell'ambiente e del welfare, a perseguire l'appropriatezza, a garantire approcci multidisciplinari – rafforzando la coesione e la coerenza del percorso clinico-assistenziale del paziente. Auspicavamo un maggior ascolto delle istanze professionali da parte dei decisori politici. Sono convinta che in un contesto di maggiore collaborazione si potrebbero infatti trovare soluzioni più efficaci, modelli organizzativi nuovi e sod-

disfazione da parte della professione, ora a disagio, con un conseguente miglioramento della qualità dei servizi offerti alla popolazione.

**Questo dialogo con le istituzioni politiche tardava, tanto che il 21 ottobre scorso la FNOMCeO ha convocato a Roma gli Stati Generali della professione.**

È stato un momento importante, non solo per la giornata nella quale ci siamo ritrovati a discutere insieme, ma anche per i molti incontri preparatori con tutte le forme associative dei medici, dalle organizzazioni sindacali delle diverse categorie alle Società scientifiche. Come presidente è stata una vera occasione di crescita ed ho potuto acquisire molti elementi specifici delle diverse realtà.

Ma al di là di questi aspetti positivi, purtroppo abbiamo dovuto registrare ancora la mancata presenza dei rappresentanti istituzionali, proprio mentre il Governo, preparando la legge di stabilità, annunciava nuovi “tagli” alla spesa sanitaria, come se questa fosse una soluzione al problema. E così si è arrivati alla mobilitazione di piazza.

**Il 28 novembre a Roma, medici in piazza per difendere il Ssn.**

Non solo medici: la piazza era aperta a tutti i cittadini e a tutte le associazioni che intendono difendere la sanità italiana. Perché la questione è decisiva: noi crediamo che si debbano difendere e coniugare i principi di equità e di efficienza, per poter garantire nel tempo una sanità solidale e universalistica. Altri, e molti decisori politici, sembrano pensarla all'opposto, muovendo verso una sanità efficientista, ma non garantita a tutti, con troppe differenze a livello regionale che producono disuguaglianze. E questo, ed è una responsabilità grave, senza avere la chiarezza di prospettare ai cittadini la scelta che stanno di fatto compiendo, riducendo i finanziamenti, minando le strutture sanitarie in termini di credibi-

lità, riducendo i medici ad esecutori acritici anziché valorizzare la loro qualità di professionisti responsabili.

La manifestazione del 28 novembre ha ribadito la nostra convinzione: la sanità non è un costo ma un investimento, perché un paese più sano è un paese più ricco e nelle condizioni di creare maggiore ricchezza.

**Intanto, resta in vigore il famoso comma 566, introdotto in corsa nella legge di stabilità 2015 e che molti medici hanno interpretato come un attacco alla leadership del medico nella sanità.**

Ho scritto ancora alla ministra Lorenzin a fine anno, sottolineando come, malgrado il paziente lavoro di contatti e mediazione, la professione medica sia stata disattesa nelle sue legittime aspettative e competenze e manifestando, dunque, un legittimo disappunto.

Il vero problema è che quel testo crea incertezza nel mondo sanitario e questo è pericoloso per la stessa sicurezza dei pazienti. Occorre esprimere con chiarezza che al medico, e solo al medico, spetta la responsabilità della diagnosi e della prescrizione, sia in ambito clinico, che per fini preventivi, terapeutici e riabilitativi. Non si tratta di svalutare le altre professionalità del mondo sanitario, tutte indispensabili al buon funzionamento di questo sistema complesso, ma solo di indicare senza ambiguità i ruoli, i compiti e le responsabilità di ogni attore nei percorsi di cura alla persona.

Abbiamo spesso fatto dei paralleli con la sicurezza aeronautica, dove agiscono molte diverse professionalità specializzate, ma dove le decisioni, in particolare in situazioni critiche, spettano sempre al comandante: è una garanzia per la sicurezza di tutti, un elemento di chiarezza che consente la massima efficienza.

Mi piace anche fare un riferimento al mondo della musica sinfonica: il direttore d'orchestra ha un ruolo essenziale per

la riuscita di un'esecuzione, anche se certo non si sostituirebbe mai ai maestri dei diversi strumenti, ciascuno dei quali porta un contributo insostituibile.

Oltretutto, sono convinta che questa posizione di leadership funzionale dei medici nel mondo sanitario sia, nella stragrande maggioranza dei casi, agita e vissuta in serenità, mentre i problemi si fanno aspri quando si portano questi temi nel dibattito politico.

**Proprio in questi giorni, è arrivata in Aula la legge sulla responsabilità professionale, che da anni era all'esame delle Commissioni parlamentari nelle sue molteplici versioni. È fiduciosa che possa essere approvata nella "versione Gelli"?**  
Intanto sono contenta che non sia stata stralciata, ma resta il rischio che un dibattito in Aula segnato da un certo populismo possa modificarla. Bisogna comprendere, e far comprendere all'opinione pubblica, che quando il medico interviene, sceglie, prescrive o opera, non sta attentando all'integrità fisica del paziente: un chirurgo non "ferisce" il paziente che opera! Certamente non chiediamo nessuna forma di "impunità" o di depenalizzazione: laddove si possa provare il dolo o la colpa grave occorre sanzionare severamente il medico. Ma questo accade raramente, come mostrano anche i dati degli esiti del contenzioso legale in sanità. Il progetto di legge ha ancora un percorso da completare. Mi auguro che possa ulteriormente affinarsi a garanzia del professionista e del cittadino.

**Lei è stata a lungo la presidente di un piccolo Ordine ed ha poi assunto la responsabilità della Commissione Deontologica della Federazione. Cosa l'ha convinta ad accettare di ricoprire il ruolo gravoso di presidente della FNOMCeO?**  
Lo spirito di servizio. Una forma di adesione responsabile alla comunità professionale alla quale appartengo. Mi piace-

rebbe che da parte di molte e molti ci fosse una maggiore partecipazione alla vita degli Ordini, che sono la nostra casa professionale.

**Cosa si propone in particolare di fare durante il suo mandato?**

Le giornate scorrono in fretta, gli impegni giornalieri sono tanti, gravosi, tutti con carattere di urgenza. La travolgente quotidianità rischia di lasciare poco spazio a programmi di più ampio respiro. Vorrei riuscire a dare maggiore forza attrattiva agli Ordini, con un maggior coinvolgimento degli iscritti a partecipare agli eventi. Vorrei che gli Ordini parlassero a voce alta dei nodi professionali. Vorrei che ci fosse un maggior ascolto, perché rappresentiamo la professione tutta.

Va recuperato il ruolo del medico, in un momento di grande cambiamento, e lo si può fare potenziando la relazione di cura, a garanzia del paziente. Va snellita la burocratizzazione. Va ridefinito il rapporto con le altre professioni sanitarie, in un clima di collaborazione tra i componenti del team, definendo le rispettive competenze e responsabilità, sempre nell'ottica del bene e della sicurezza delle persone assistite. Dobbiamo avere un ruolo proattivo nella preparazione di percorsi legislativi, che ci riguardano, per evitare una penalizzante azione di difesa, quando compaiono sanzioni, spesso strumentali e inaccettabili.

Un recente patto con il Consiglio Nazionale Forense, per avviare un percorso comune che tuteli il diritto alla difesa e il diritto alla salute, finalità proprie di queste due professioni, mi sembra un buon viatico.

La classe dirigente della Federazione deve esprimere coesione, lavorando compatta, e con spirito di servizio, tralasciando le tentazioni di personalismi e opportunismi.

INTERVISTA A GIUSEPPE RENZO,  
PRESIDENTE NAZIONALE CAO

## “La professione odontoiatrica non può essere trattata come un settore commerciale”

**GIUSEPPE RENZO GUIDA CON GRINTA** gli odontoiatri italiani da molti anni. L'ultima iniziativa importante che ha fortemente voluto è la Carta dell'Odontoiatria, che fissa diritti e doveri peculiari della professione e che è stata varata a Taormina a dicembre, nel corso di tre giornate di lavoro che portavano un titolo significativo: “Fuori i mercanti dalla professione”.

**Presidente Renzo, quale scenario offre l'odontoiatria italiana?**  
La professione deve essere ripensata per essere in grado di accettare le sfide del futuro. Nell'ultimo periodo si sono evidenziate diverse criticità, generalmente non provenienti dalla professione ma dall'esterno: la crisi economica che ha messo in crisi gli odontoiatri e la “pazientela” sempre meno in grado di accedere alle cure odontoiatriche, i livelli minimi assistenziali non garantiti e l'impossibilità, in un prossimo futuro, di poter prevedere un intervento serio del Ssn per sostenere l'accesso alle

cure odontoiatriche stesse. Sono tutti elementi che fanno soffrire le persone e che si ripercuotono fortemente sulla professione odontoiatrica.

### **In cosa si evidenziano le attuali “difficoltà della paziente”?**

Partiamo da un dato di fatto: le cure odontoiatriche sono economicamente onerose. Questo dipende da molti fattori: le cure odontoiatriche richiedono spesso interventi ripetuti e successivi ed inoltre impiegano, se si vuole intervenire con la massima qualità, materiali costosi, attrezzature sofisticate e personale formato. Mi si consenta una provocazione: perché soltanto per le nostre categorie i costi diretti e indotti per l'aggiornamento secondo ECM ministeriale sono a carico del professionista e non sono consentiti gli sgravi fiscali o detrazioni? Si pensi che l'Odontoiatria è esercitata per il 90/92 % in libera professione e si capirà da cosa nasce la mia contestazione: la sperequazione! Alcuni costi sono incomprimibili, tanto è vero che il sistema pubblico non riesce a garantire le cure odontoiatriche, anche perché la stessa prestazione costa quattro volte di più nel pubblico che nel privato.

E vengo al punto: la paziente è in difficoltà perché da una parte patisce la crisi economica e dall'altra i Lea, in ambito odontoiatrico, non sono garantiti. Ora si parla di adeguatezza prescrittiva: in campo odontoiatrico significa semplicemente cancellazione di quasi tutte le prestazioni. La ridefinizione dei livelli minimi assistenziali secondo il decreto sull'appropriatezza prescrittiva in Odontoiatria è un non senso. Le cure odontoiatriche non sono mai state garantite dal cosiddetto Sistema Sanitario, se non per limitate fasce, in maniera parcellizzata sul territorio nazionale e con tempi biblici. Sorge spontanea una domanda: a parte le diverse catene, i liberi professionisti sono sempre più in affanno nel fare “impresa”, non si vorrà ripercorrere strade già battute, importando in Italia il modello delle “assicurazioni”? L'esperienza ha dimostrato che nel Paese che

ha inventato questo sistema, gli Stati Uniti d'America, il risultato è stato negativo e ha recato solo inefficienza. Porre l'assistenza odontoiatrica nelle mani delle assicurazioni non significa applicare il sistema della mutualità volontaria e, ancora meno, delle mutue sociali.

**E quanto questa crisi si ripercuote sulla professione?**

Molto. Oltre alla crisi generale, oltre alla permanenza di costi importanti per lo svolgimento delle prestazioni con standard qualitativi adeguati, c'è un'ulteriore criticità, che è la plethora odontoiatrica. In Italia ci sono 61 mila odontoiatri, con un rapporto di 1 ogni 900 abitanti, mentre l'OMS ha stabilito il rapporto ottimale in 1 a 2.000. Qualcuno pensava e continua a pensare che la plethora, in ragione dell'aumentata concorrenza, potesse far scendere le parcelle, ma questo non è accaduto, proprio perché gran parte dei costi, come dicevo prima, sono incompressibili. I sempre presenti e solleciti "Soloni" dovrebbero verificare i dati: le parcelle non hanno subito il calo sperato, mentre si sono contratte le richieste e la qualità delle cure. Il rapporto medico-paziente in molti casi annullato, mentre le scelte terapeutiche subiscono l'inevitabile influenza del "datore di lavoro", inevitabilmente orientato a valutare costi di investimento e ritorno economico per l'azienda e non ai benefici per il paziente.

**Dobbiamo aspettare che emergano criticità in termini di sicurezza?**

Le tariffe, di cui parla il sistema della concorrenza, possono subire una riduzione esclusivamente in presenza di scarsa qualità nelle prestazioni d'opera intellettuale, dei materiali e della sicurezza igienico-sanitaria! Tutte le altre questioni, attualmente presenti nello scenario futuribile che vede contestato il Sindacato ANDI, che difende gli interessi dei propri iscritti, dai terzi lucranti (società commerciali, con finalità legittime di gua-

dagno ma non certo paladini del diritto alle cure), non trovano l'Istituzione impreparata. L'Ordine, in quanto ente ausiliario della Pubblica Amministrazione posto anche a tutela del diritto costituzionalmente riconosciuto alla tutela della salute, esprime con forza quanto più volte affermato: "Fuori i mercanti dalla professione". Il risultato vero e verificabile è che abbiamo cittadini che rinunciano alle cure odontoiatriche e contemporaneamente la professione registra una disoccupazione intorno al 12-15% e una sottoccupazione del 15-20%. Lo studio EURES, che abbiamo presentato a novembre a Taormina, mostra come i giovani odontoiatri nei primi tre anni dalla laurea guadagnano 1.000-1.200 euro al mese, mentre le donne, con la solita disparità, non arrivano a 900 euro. Una situazione che espone anche i colleghi più giovani alla pratica illecita del prestanomismo, con tutti i rischi legali e professionali.

**Per arginare la pleora odontoiatrica si potrebbe intervenire sul numero di laureati e dunque sul fabbisogno stimato annualmente da Ministero della Salute. Avete fatto delle richieste in questa direzione?**

I Collegi CAO provinciali chiedono da tempo una riflessione su questa situazione, tanto da proporre, provocatoriamente, un fabbisogno uguale a zero. Sappiamo – e si sono già manifestate le prime avvisaglie – che corriamo il rischio di farci considerare una casta chiusa, a difesa di privilegi, che non si vuole aprire ai giovani. Niente di più falso e lo dicono le statistiche: l'incremento di laureati iscritti agli Albi degli Odontoiatri è il più alto tra tutte le professioni intellettuali negli ultimi 15 anni! Corriamo anche il rischio di fare saldare fra loro gli interessi dei poteri forti: Università che vogliono numeri per mantenere insegnamenti e cattedre e gruppi economici interessati ad investire capitali con l'unica finalità del guadagno. Risultato: sforniamo disoccupati, manovalanza a basso costo ad enorme impatto sociale!

Come rappresentante della CAO Nazionale, ho personalmente inviato una lettera al Ministro Lorenzin proprio su questo tema, ribadendo come sia necessario armonizzare una strategia di livello europeo, sulla base dell'iniziativa della *Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting* promossa dalla Commissione Europea. In assenza di questi interventi, gli studenti italiani continueranno a orientarsi verso altri paesi europei o anche extraeuropei, vanificando ogni forma di programmazione e consentendo, nei fatti, il percorso di studi solo ai più abbienti.

**Come si può intervenire per superare questa situazione difficile?**

Noi stiamo innanzitutto cercando di far capire agli interlocutori politici e amministrativi che questa è una professione intellettuale e dunque non può essere regolata *sic et simpliciter* con le norme che si rivolgono alle imprese e al mercato. Alludo, chiaramente, alla politica dell'Antitrust, che non comprende che, se le aziende possono essere governate dal mercato, ovvero dalla legge della domanda e dell'offerta, le professioni intellettuali debbono invece rispettare anche altri requisiti: qualità, etica e deontologia, senza le quali la prestazione non può essere reputata sicura. Se questo non accade il primo ad essere danneggiato è il cittadino-paziente, e poi anche lo stesso professionista.

**Pensa che ci saranno novità nei nuovi Lea annunciati per febbraio?**

Il diritto alle cure, anche delle malattie del cavo orale, è un diritto sancito nella Carta costituzionale. Bisogna quindi potenziare la rete degli ambulatori odontoiatrici pubblici, spesso in condizioni disastrose per carenza di materiale e di attrezzature, almeno per rispondere alle esigenze primarie. In questo momento di crisi, per rispondere ai bisogni sempre più gravi dei

cittadini, si sono anche attivate molte iniziative di volontariato in ambito odontoiatrico, rivolte alle scuole, ai portatori di handicap e alle fasce più disagiate della popolazione. Non si può pensare, però, di risolvere i problemi col volontariato, né dall'altra parte imponendo ai professionisti tariffe "calmierate" e insufficienti a coprire i costi, come qualcuno ha ipotizzato. Occorre invece trovare strade per armonizzare il sistema pubblico con il sistema libero-professionale. Si potrebbe, per esempio, ripensare al sistema dell'assistenza indiretta: prestazioni erogate dai libero-professionisti, in parte sostenute dal Ssn e in parte pagate dai cittadini. Si possono individuare prestazioni essenziali interamente a carico del SSN, prestazioni aggiuntive sostenute per una quota dal Ssn e per un'altra dai cittadini e prestazioni superiori interamente pagate dal paziente.

### **Insomma, pensate di tornare al convenzionamento indiretto?**

Potrebbe essere un grande servizio per la popolazione e anche un sostegno alla professione, che subisce la crisi. Aggiungo un solo elemento: la prevenzione in campo odontoiatrico può ridurre del 50% le patologie. Oggi non viene svolta in nessun modo dal servizio pubblico, ma solo da alcune iniziative volontarie dei professionisti, mentre si potrebbe fare molto.

### **Al di là del piano normativo, state pensando anche ad azioni positive rivolte ai professionisti?**

Grazie all'azione di Enpam e Confprofessioni si sono aperte possibilità di accedere ai fondi strutturali FSE e FESR messi a disposizione dalla Comunità Europea, con prestiti e mutui rivolti ai professionisti, soprattutto ai giovani. È stata una battaglia vincente, ingaggiata a Bruxelles da tutte le forze politiche del nostro Paese, consentendo ai professionisti, e non solo alle imprese commerciali, di usufruire di queste risorse destinate all'innovazione e allo sviluppo.

**A proposito di Enpam: c'è una novità importante che riguarda i giovani anche in ambito previdenziale. Può illustrarla?**  
Partiamo da una premessa: il percorso di formazione in Italia è particolarmente lungo, oltretutto con un problema specifico per le scuole di specializzazione in odontoiatria. Ancora una volta denuncio la sperequazione evidente tra medici laureati in Medicina e Chirurgia e medici laureati in Odontoiatria. Questo porta i nostri giovani ad entrare nel mercato del lavoro più tardi che in tutte le altre nazioni europee. È una situazione che accomuna medici e odontoiatri, che non cominciano a lavorare prima dei 28-32 anni. Considerato che la riforma pensionistica chiede ormai un periodo di contribuzione che supera i 40 anni, abbiamo pensato che fosse utile consentire agli studenti degli ultimi anni di poter avviare, con costi molto ridotti, la loro iscrizione all'Enpam, avvicinandoli così agli standard europei.

**Qual è il problema della formazione specialistica in odontoiatria?**

Ci sono due ordini di problemi: il primo è che mancano finanziamenti adeguati per le Scuole di specializzazione in odontoiatria e il secondo è che sono state erroneamente inserite in un profilo che non gli è proprio. Il risultato è che molte non riescono neanche a partire ed altre, come quella di Roma, non ricevono il riconoscimento europeo. È una situazione allucinante, sulla quale combattiamo da tempo e che porta molti laureati anche a proseguire gli studi all'estero.

**Quale obiettivo si è dato per il 2016?**

Vorrei che riuscissimo a superare le incomprensioni che abbiamo avuto in questi anni con alcuni interlocutori politici e istituzionali. La professione odontoiatrica è una professione intellettuale e non può essere trattata come un settore commerciale. Solo se c'è questo riconoscimento il professionista può lavorare con serenità e garantire la salute del cittadino.

*(E. A.)*

INTERVISTA AD ALBERTO OLIVETI,  
PRESIDENTE ENPAM

## La previdenza è un sistema a cascata

**ALBERTO OLIVETI STA AFFRONTANDO** il suo primo mandato pieno come presidente dell'Enpam, l'ente di previdenza dei medici e degli odontoiatri italiani. Nella precedente "legislatura" aveva assunto l'incarico presidenziale a metà mandato, portando a termine un sostanziale riassetto dell'Ente, ristrutturando i parametri degli investimenti, della previdenza e dello Statuto. Un'impresa che sembra aver riscosso apprezzamento anche al di fuori della categoria, tanto che a fine 2015 è stato nominato alla guida dell'Adepp, l'associazione che riunisce gli enti di previdenza privati.

Dopo un così vasto lavoro, gli abbiamo chiesto quali siano gli obiettivi per il prossimo quinquennio.

**Presidente Oliveti, qual è il suo progetto per questo mandato?**

Ho in mente l'immagine dei trionfi di calici che si realiz-

zano nelle feste: una piramide di bicchieri nella quale versando del liquido nel primo si realizza una cascata che scende nel secondo piano e poi in quelli successivi. La Fondazione Enpam in questa fase ha questo ruolo: deve riempire il primo grande contenitore, ovvero pagare le pensioni dei medici. Ma se c'è qualcosa in più, deve ricadere nei contenitori sottostanti, ovvero nel lavoro dei medici, anche perché quel lavoro sostiene la previdenza. Se poi dal lavoro c'è ancora qualcosa che trabocca, allora potremo versarlo nel sistema che è alla base, il sistema Paese. I livelli sono collegati: sostenere il lavoro sostiene le pensioni, sostenere il Paese sostiene il lavoro e quindi le pensioni.

**In questa fase di crisi riuscite ad avere comunque questo gettito extra? Riuscite, pagate le pensioni, ad avere del liquido da far scendere nei bicchieri sottostanti?**

Noi siamo in un sistema stretto: finalità pubblica, mezzi privati, controllo pubblico. Dobbiamo quindi garantire la previdenza per chi esce dal mondo del lavoro, l'assistenza per chi è inabile al lavoro e questo è il nostro compito, controllato. Le nuove regole ci impongono una riserva che sia almeno cinque volte quello che è stato erogato in pensioni e la tenuta nel tempo, secondo i calcoli attuariali, in un arco temporale "congruo", che fino a qualche anno fa era di 15 anni e oggi è arrivato a 50. Inoltre dobbiamo dimostrare di essere in pareggio tra le entrate e le uscite, senza tener conto del patrimonio. È un calcolo più severo di quanto si farebbe secondo il criterio classico del "buon padre di famiglia", che conta sul suo stipendio, sulla redditività dei suoi investimenti ma anche, in caso di bisogno, sul patrimonio. Noi non possiamo contare sul patrimonio, dobbiamo garantire in una prospettiva di 50 anni, eppure ce la facciamo e lo dimostriamo nei nostri bilanci.

**Perché qualche anno fa la situazione sembrava, invece, molto più critica?**

Secondo il bilancio 2009 noi avevamo 12 anni, fino al 2021, prima del fallimento tecnico. Considerando anche il patrimonio, l'azzeramento avveniva nel 2032, ovvero dopo 23 anni. Eravamo comunque al di sopra della soglia dei 15 anni richiesta fino ad allora, anche se al di sotto dei 30 anni richiesti a partire da quell'anno.

Ma improvvisamente il controllore pubblico, con uno "stress test", chiese una garanzia delle prestazioni in una prospettiva di 50 anni. E, con le nostre riforme, siamo riusciti a rispondere anche a questa richiesta. La previsione è che, anche negli anni della annunciata gobba pensionistica, quando saranno moltissimi ad andare in pensione, noi riusciremo a restare in equilibrio, utilizzando il patrimonio solo come garanzia, ovvero una somma uguale al quintuplo dell'erogato.

**Quali sono stati gli interventi più efficaci della riforma, oltre, ovviamente, all'aumento dell'età pensionabile?**

Siamo partiti da quattro punti fermi. Primo: manteniamo il nostro sistema di calcolo, ovvero il contributivo indiretto a valorizzazione immediata. Questo vuol dire che noi assegniamo ad ogni contributo che entra un valore nell'immediato, non a consuntivo. Secondo: non tocchiamo le pensioni in essere. Terzo: le misure non hanno valore retroattivo. Quarto, come già detto: l'aumento dell'età della pensione, ma con la possibilità di uscire anche prima, con delle penalizzazioni.

Gli interventi sono stati: una riduzione del rendimento dei contributi, una riduzione dei premi per chi resta al lavoro oltre l'età della pensione, un aumento dell'aliquota contributiva, vista la situazione di blocco dei contratti.

Faccio un solo esempio, riguardo alla riduzione del rendi-

mento: nella libera professione, prima della riforma, ogni mille euro versati se ne ricevevano 140; oggi se ne ricevono 93, ma i contributi precedenti alla riforma non sono stati toccati. Non sono azioni indolori, ma ci garantiscono la tenuta del sistema previdenziale.

### **È soddisfatto del risultato?**

È stata una manovra pesante, ma siamo riusciti a rispondere alle richieste del controllore pubblico, a garantire la tenuta del sistema nel tempo e a mantenere l'equità intergenerazionale. E le nostre pensioni sono comunque adeguate.

### **In prospettiva però, con la valorizzazione ridotta dei contributi, si ridurranno anche le pensioni.**

Ma, passato il momento della gobba pensionistica, noi non avremo più bisogno di tutto il patrimonio attuale a garanzia: potremo rivedere i calcoli attuariali e liberare parte del patrimonio per rinforzare le pensioni. Ma fin da ora abbiamo rafforzato l'assistenza tradizionale, con una assistenza strategica verso i giovani professionisti, per sostenerli nella fase di ingresso nella professione.

### **Partiamo dall'assistenza tradizionale. Come è stata rafforzata?**

La riassumiamo nel Progetto Quadrifoglio: sostegno al credito, per offrire ai medici le migliori condizioni per i loro investimenti personali e professionali; sostegno alla componente assicurativa, con prodotti specifici per i medici che abbiamo concretizzato in collaborazione con la Fnomceo; assistenza integrativa, attraverso la società di mutuo soccorso "Salute Mia" realizzata con i sindacati medici, per integrare al meglio il Ssn; infine, la previdenza complementare, che possa integrare la previdenza secondo i bisogni e i progetti di ciascuno, per esempio tutelando l'asse ereditario.

**Può spiegare meglio in cosa consiste l'“assistenza strategica”?**  
Noi oggi abbiamo inserito nello Statuto, approvato dai Ministeri vigilanti, il nostro compito di assistenza e sostegno alla professione e al reddito. Tornando alla metafora iniziale, questo è il secondo livello di bicchieri. Quindi sosteniamo il lavoratore, come tradizionalmente, ma sosteniamo anche le aree di lavoro specifiche. Questo vuol dire che, in un Paese che invecchia, investiamo su assistenza sul territorio, domiciliarità e residenzialità. E dunque, allo stesso tempo, arrivo anche al terzo livello dei bicchieri, ovvero al sistema Paese. Allo stesso modo stiamo investendo sulla ricerca in medicina, sulle start up: non vogliamo fermare la cosiddetta fuga dei cervelli, che è comunque un arricchimento, ma vogliamo piuttosto favorire il rientro di questi giovani professionisti. Terzo settore di investimento strategico, per la professione e per il Paese: la salute, gli stili di vita sani, la sana alimentazione e l'ambiente.

**Avete già investimenti in campo sull'assistenza territoriale e sulla ricerca. Sugli stili di vita sani come interverrete?**

Siamo entrati con convinzione nel Progetto Fico, Fabbrica italiana contadina: dalla spiga alla forchetta. L'obiettivo è realizzare un grande parco monotematico a Bologna, con la gestione commerciale di Eataly World, che spieghi a tutti, e soprattutto ai più giovani, il sistema della trasformazione alimentare e le regole della sana alimentazione.

**Perché un parco sull'alimentazione riguarda i medici?**

Innanzitutto crediamo che sia un buon investimento, e dunque porterà introiti per pagare le pensioni, cioè per colmare il primo livello di bicchieri. Poi i medici hanno molto da dire riguardo all'educazione alla salute e agli stili di vita sani, dunque offrirà anche spazi professionali, nel secondo livello di bicchieri. E poi è un grande servizio per il Paese, perché

l'educazione alimentare è un tassello fondamentale per la salute di tutte e tutti, e con questo arriviamo al terzo livello di bicchieri, proseguendo in questa similitudine.

### **E in ambito ambientale siete intervenuti?**

Abbiamo investito in Enel Green Power, nella convinzione che l'ambiente sia un determinante della salute.

### **Lei ha partecipato agli Stati Generali della professione medica e odontoiatrica, convocati a Roma ad ottobre scorso. Come interviene Enpam in questa mobilitazione a sostegno della professione?**

A ciascuno il suo. Enpam ha uno specifico punto di vista: l'afflusso dei contributi, per poter colmare tutti i livelli dei bicchieri, come abbiamo detto prima. Quindi tutte le criticità che investono la professione ci riguardano direttamente, perché mettono in difficoltà la nostra sorgente.

Credo che molte criticità si possano affrontare con il criterio di "scienza e coscienza". "Scienza" vuol dire applicare il metodo scientifico, anche per definire le responsabilità delle diverse figure professionali. "Coscienza" riguarda tutti gli ambiti, da quelli più strettamente clinici, a quelli organizzativi o di impiego delle risorse. Per un medico "avere coscienza" significa essere consapevole di dove si trova, in un preciso momento storico, in un luogo e con strumenti definiti, con una persona che ha uno specifico problema di salute. Lì deve trovare una risposta.

Non usare correttamente la "scienza", per esempio utilizzando strumenti che non hanno prove di efficacia evidenti, significa sfociare in forme professionali o paraprofessionali che inevitabilmente porteranno anche a una riduzione del flusso contributivo. Far prevalere l'elemento costo sull'elemento cura, senza far valere dunque la "coscienza", allo stesso modo, in prospettiva, riduce il flusso contributivo. Io, dal

mio punto di vista di presidente Enpam, devo leggerlo in questa prospettiva, ma questo non mi vieta di utilizzare le categorie di “scienza e coscienza” o di “autonomia e responsabilità”, che sono alla base della nostra professione.

**Tornando alla domanda iniziale: quali progetti per il prossimo quinquennio?**

Finora abbiamo lavorato su obiettivi ineludibili: riforma della previdenza, perché ci avevano cambiato i parametri, del patrimonio e dello Statuto. In questa stagione non abbiamo da fare riforme clamorose, ma dobbiamo mantenere e consolidare quanto realizzato. Consolidarlo significa avere cura del patto tra le diverse generazioni, facendo in modo che tutte abbiamo la loro convenienza a stare nel sistema. Per questo verranno realizzati interventi strategici, come l’inclusione nel sistema previdenziale dei futuri medici e dentisti a partire dal 5° anno di corso di laurea, gli investimenti in residenze da affittare a prezzo accettabile a chi studia o lavora fuori sede, il potenziamento della capacità di intercettare fondi europei per i nostri professionisti e la “App” Enpam, cioè l’anticipazione della prestazione previdenziale che permetterà a tanti convenzionati di avviarsi verso la pensione e a altrettanti di entrare prima nel mondo del lavoro. Sembra più facile....

*(E. A.)*

ROMA 21 OTTOBRE 2015

## Stati Generali della professione medica e odontoiatrica

**UN LUNGO LAVORO PREPARATORIO**, incontri con sindacati, associazioni e società scientifiche che rappresentano le molte forme organizzate della categoria dei medici e degli odontoiatri. L'obiettivo era mettere a punto una piattaforma comune sulla quale lanciare una mobilitazione generale, per impedire una "sanità a pezzi" e ribadire come sia necessario dire "basta!" ad una situazione nella quale si riducono i diritti e crescono le disuguaglianze, come si legge sul manifesto che ha convocato a Roma, il 21 ottobre scorso, gli *Stati Generali della professione medica e odontoiatrica*.

Nella grande sala dell'Università Gregoriana di Roma, la discussione è proseguita pubblicamente, moderata da Roberto Turno del *Sole24ore Sanità*, con l'introduzione della presidente della FNOMCeO Roberta Chersevani, l'intervento del presidente nazionale CAO Giuseppe Renzo e cinque relazioni programmate, dedicate ai temi più urgenti: il *ruolo medico*, relazione affidata a Luigi Conte; la *crisi del Ssn*, con

intervento di Guido Giustetto; *programmazione e formazione*, relazione di Domenico Montemurro; *assicurazione civile*, tema affrontato da Sergio Bovenga; *appropriatezza*, relazione di Luigi Presenti.

Alle relazioni si sono alternati gli interventi di rappresentanti delle istituzioni, dei sindacati medici e delle società scientifiche, integralmente riportate nei video disponibili sul portale della FNOMCeO ([portale.fnomceo.it](http://portale.fnomceo.it)).

A conclusione dei lavori è stata annunciata la manifestazione che si è poi svolta in piazza a Roma il 26 novembre e la piattaforma sintetica in dieci punti, cinque no e cinque sì, che riassume gli obiettivi della mobilitazione (v. box).

## 10 punti per progettare il futuro del Servizio Sanitario Nazionale

**NO** al sottofinanziamento che porta allo smantellamento del Ssn ed al razionamento dei servizi al cittadino

**NO** alla Professione governata per decreti ed a protocolli di Stato suggeriti da chi è lontano dalla relazione quotidiana con le persone

**NO** agli obblighi amministrativi che tolgono tempo alla relazione di cura

**NO** a una formazione che non si confronta con i bisogni di salute

**NO** a una politica ostile al medico e poco attenta alla sicurezza delle cure

**SÌ** a una Professione libera di curare in un Ssn che offra equità e pari opportunità di accesso

**SÌ** a una formazione finalizzata ai bisogni di cura e a una coerenza tra accesso allo studio, al lavoro e al ricambio generazionale

**SÌ** a una informatizzazione che offra anche occasioni di conoscenza dei bisogni di salute

**SÌ** alla verifica, tra pari, dei comportamenti professionali ed alla meritocrazia

**SÌ** ai medici con e per le persone

**Vogliamo** dal governo risposte concrete. Non è più il tempo della diplomazia. Siamo organi ausiliari dello Stato quando questo Stato ci considera risorse funzionali alle politiche per la salute, non ci riconosciamo come tali se siamo solo strumenti per tagli al Ssn.

**Sempre SÌ** al nostro impegno professionale, civile ed etico

La presidente Chersevani apre i lavori con una considerazione semplice e diretta: “È bello stare assieme”. Poi cita un’intervista a Beatrice Lorenzin, realizzata da Roberto Turno, nella quale la ministra mostra di concordare nella sostanza con le parole d’ordine dell’iniziativa dei medici: “C’è disuguaglianza, frammentarietà, gap Nord-Sud. Sono fatti reali e oggettivi – dichiara Lorenzin – che dobbiamo superare tutti insieme”. Torna dunque questa idea di collaborazione, che, ricorda Chersevani, è alla base dell’agire della Federazione.

Per non togliere spazio al dibattito della giornata, la presidente invita tutti ad utilizzare come base di discussione il *Manifesto della Professione*, elaborato nel luglio scorso dal Consiglio nazionale Fnomceo: “In quel documento facciamo richieste e ci impegniamo, per offrire una migliore sanità alle persone: ci impegniamo per la salvaguardia dell’ambiente, per l’appropriatezza, per il rafforzamento della relazione di cura, resa spesso difficile dal contesto in cui ci troviamo a lavorare”.

Poi Chersevani svela un piccolo segreto: la frase che chiude quel Manifesto, “Il progresso della società non è possibile senza i medici”, è ripresa da un intervento tenuto dal presidente Hollande ad un Congresso degli Ordini dei medici francesi. “Noi non abbiamo ancora queste attenzioni – commenta con un po’ di rammarico Chersevani – ma nel tempo credo che potremo costruire di più”.

È poi la volta di Giuseppe Renzo, presidente nazionale delle Commissioni odontoiatri, che arriva all’appuntamento di Roma dopo aver svolto gli “Stati Generali della professione odontoiatrica”. “Non per differenziarci – sottolinea – ma per integrarci al meglio nella discussione di oggi, portando le nostre problematiche”. E queste problematiche sono: la mancanza di programmazione, che crea una pletera odontoia-

Roberta Chersevani  
*presidente*  
FNOMCeO

Giuseppe Renzo  
*presidente*  
nazionale CAO

trica che rischia di portare i giovani odontoiatri alla disoccupazione o alla sottoccupazione; il nodo del 730 precompilato, che scarica le difficoltà dell'amministrazione pubblica sulle spalle dei professionisti; il regime autorizzativo, attualmente diverso in ogni Regione italiana; infine, l'abusivismo professionale, perseguito con pene irrisorie, malgrado le ripetute richieste di revisione delle norme.

*Emilia Grazia  
De Biasi  
presidente della  
Commissione Igiene e  
Sanità del Senato*

Prende quindi la parola Emilia Grazia De Biasi, presidente della Commissione Igiene e Sanità del Senato, che entra subito nel merito del decreto sull'appropriatezza, che è stato tra le cause scatenanti della protesta:

“Non credo sia stato giusto – dice De Biasi – emanare il decreto sull'appropriatezza senza discutere contestualmente della responsabilità in campo medico e senza affidarla alla competenza e al sapere del mondo medico per rendere meno burocratico il tema”. E la senatrice parla chiaro anche su un altro tema caldo: “Il comma 566 va riscritto, ma c'è l'urgenza di una ridefinizione che dia piena dignità alle professioni sanitarie”. L'obiettivo comune propone, anche in vista della legge di stabilità, è la tenuta del Ssn e del suo universalismo, e “non può esistere il Ssn senza la centralità del mondo medico”.

*“Il ruolo medico”  
Luigi Conte  
segretario  
FNOMCeO*

Luigi Conte, segretario FNOMCeO, tiene la prima delle relazioni programmate, dedicata al ruolo medico. Apre in modo incisivo: “Oggi sembra che essere medici sia una colpa e siamo continuamente sottoposti a provvedimenti sanzionatori. Ma senza una chiara leadership non si può far funzionare un sistema complesso come la sanità”. Poi passa a delineare l'evoluzione del ruolo medico: da un ruolo prevalente ed assoluto del medico chirurgo, all'attuale situazione. Ripercorre accuratamente lo scenario storico, ricostruendo le tappe normative dall'Unità d'Italia in avanti, sottolineando

come non intervengano mai sul ruolo medico: “ogni tabella contenente le fonti normative per l’esercizio della professione sanitaria alla voce *medico-chirurgo* si limita ad aggiungere *nessun riferimento* perché per il medico-chirurgo manca qualsiasi norma che si degni di definirne i compiti. Bene o male che sia!”. La norma di riferimento resta quindi il Codice Deontologico della professione medica, e in particolare l’articolo 3, richiamato anche dalla Corte di Cassazione in diverse sentenze.

Gli ultimi interventi normativi, dal comma 566 al decreto sull’appropriatezza, vanno in una diversa direzione che non riconosce alcuna autonomia alla professione medica. Conte rivendica invece che “siano riservate al medico le competenze relative alla diagnosi, alla leadership di ogni procedura assistenziale e del governo clinico, alla relazione con il paziente, agli indirizzi di cura e ad ogni attività che esiga una base cognitiva complessa”. “La svalorizzazione del nostro ruolo professionale – conclude il segretario della FNOMCeO – sta portando alla mortificazione professionale ed all’imbarbarimento delle condizioni di lavoro, togliendo serenità al rapporto con le persone nella tutela della loro salute”.

Guido Giustetto, presidente dell’Ordine di Torino, nella sua relazione affronta la crisi del Ssn degli ultimi anni, indicando nella riforma del Titolo V della Costituzione il punto di svolta in negativo del sistema sanitario italiano. L’Italia ha sempre avuto differenze tra le diverse aree territoriali – spiega Giustetto – ma il Ssn rappresentava uno strumento di riequilibrio tra queste disuguaglianze. Con la modifica del Titolo V, invece, le differenze si sono consolidate e ampliate. Il presidente dell’Ordine di Torino fa poi riferimento alla revisione del Titolo V attualmente in discussione, sottolineando l’importanza che torni tra le competenze dello Stato la tutela della salute, eliminando inoltre la legislazione con-

*“La crisi del Ssn”*  
Guido Giustetto  
*presidente*  
*OMCeO Torino*

corrente. La mobilitazione unitaria dei medici deve muoversi anche a sostegno di questa modifica, conclude Giustetto, perché si tratta “non solo di difendere la sanità, ma la possibilità di lavorare in modo etico”.

*“Programmazione  
e formazione”*

Domenico  
Montemurro  
Osservatorio  
Giovani  
FNOMCeO

La terza relazione, dedicata a programmazione e formazione, è di Domenico Montemurro, che come Anaaio Giovani partecipa all'Osservatorio Giovani FNOMCeO. Parte dai numeri: a fronte di un fabbisogno di circa 8mila medici l'anno, ne vengono immatricolati, tra ricorsi vinti e iscrizioni in sovrannumero, almeno 10mila; per le specializzazioni poi su 7.300 posti disponibili, ci sono almeno 13mila domande all'anno. Questo vuol dire che si prepara, nell'immediato futuro, un numero enorme di medici non specializzati ed eccedenti rispetto al fabbisogno. Secondo Montemurro, bisognerebbe progressivamente ridurre il numero di accessi a medicina, da 7.750 nell'immediato fino a 6.300 nel 2023, e far salire invece i posti per le specializzazioni, arrivando almeno ad 8mila ingressi all'anno. Inoltre si dovrebbe pensare ad una laurea abilitante, con parte della formazione da svolgere in ospedali d'insegnamento con contratti *ad hoc*.

Senza dimenticare la necessità di intervenire per sanare le forme di precariato, con una programmazione da parte delle Regioni e delle Aziende per stabilizzare gli attuali contratti atipici, individuando i fabbisogni reali e prevedendo solo due tipi di contratto: a tempo indeterminato (per un massimo di tre anni) e a tempo determinato.

*“Responsabilità  
professionale”*

Sergio Bovenga  
presidente  
Co.Ge.A.P.S.

Sergio Bovenga, presidente Co.Ge.A.P.S., affronta il nodo della responsabilità professionale partendo da un dato: il riconoscimento da parte dell'Ocse, secondo cui l'assistenza offerta dal personale sanitario italiano è di alta qualità e a costi contenuti. Eppure, in mancanza di una distinzione giuridica tra errore medico e reato comune, le denunce in am-

bito sanitario si moltiplicano, tanto che oggi un medico ha l'80% di probabilità di essere coinvolto in una vertenza nel corso della sua carriera. Una situazione insostenibile, che condiziona i medici e che deve essere superata guardando anche a ciò che è stato fatto in altre realtà europee. Boveniga propone dieci punti per la riforma della responsabilità professionale, mettendo al primo posto maggiori investimenti nella cultura della qualità e della sicurezza, con il rafforzamento delle strutture dedicate al risk management. Le ulteriori proposte sono: introdurre il rafforzamento del risk management nei criteri di valutazione dei manager sanitari; separare l'errore professionale dal reato; limitare le responsabilità alla colpa grave come negligenza non scusabile; individuare tetti massimi per il risarcimento; riconoscere valore formale alle linee guida; creare condizioni di reciprocità tra professionisti e compagnie assicurative, che impediscano situazioni "capestro"; sviluppare forme alternative di risoluzione delle controversie; creare il fondo per le vittime da alea terapeutica, previsto nel decreto Balduzzi. Infine, un punto delicato e importante: trovare un accordo con i media, affinché quando riportano notizie legate al mondo della salute si mantengano vicini ai fatti, evitando clamori e ipotesi suggestive, ma spesso lontane dalla realtà.

Giuseppe Marinello, presidente della Commissione Ambiente del Senato e medico, raccoglie le difficoltà espresse nelle relazioni e ne comprende le conseguenze: "quando si minano i diritti dei medici – dice – il danneggiato è il paziente". Marinello assicura solidarietà alle istanze della professione medica: "In Parlamento ci sono medici disponibili a farsi carico di queste esigenze proprio perché non sono di natura corporativa, ma rientrano nella garanzia dei diritti del cittadino".

Giuseppe  
Marinello  
*presidente della  
Commissione  
Ambiente  
del Senato*

*“Appropriatezza”*  
Luigi Presenti  
*presidente*  
*dell’Acoi-Cic*

Per parlare di appropriatezza, tema della quinta relazione programmata nella giornata di Stati Generali della professione medica e odontoiatrica, Luigi Presenti, presidente dell’Acoi-Cic, parte da un problema di definizione: “Nel *Manuale di formazione del rischio clinico* del 2012 , con *appropriatezza* si intende il trattamento giusto al paziente giusto applicato nel luogo giusto. Ma il luogo giusto per garantire la qualità delle cure non sempre c’è”.

Presenti prosegue illustrando come, soprattutto in questi anni di crisi, il tema delle risorse economiche sia centrale, pensando sia sull’appropriatezza clinica che sull’appropriatezza organizzativa, anche se una logica orientata solo al risparmio immediato si rivela spesso poco lungimirante. Fa alcuni esempi: le pratiche mini-invasive in chirurgia, che hanno richiesto costi nella preparazione, ma che riducono i costi complessivi per la società; la duplicazione di esami, che è un costo evitabile, ma che richiede una buona rete informatica per conoscere la storia del paziente. Secondo Presenti è necessaria una revisione complessiva del sistema, realizzata con il coinvolgimento di tutti i soggetti interessati, comprese le società scientifiche, per poter avere professionisti preparati a gestire anche le situazioni più critiche.

*a cura di Eva Antoniotti*

*I lavori degli Stati Generali della professione medica e odontoiatrica del 21 ottobre 2015, con gli interventi non programmati dei rappresentanti delle organizzazioni sindacali e delle società scientifiche, sono integralmente registrati in video e disponibili sul portale [fnomceo.it](http://fnomceo.it).*

*Una sintesi dei lavori degli Stati Generali è stata pubblicata anche sulla rivista dell’Enpam, La Previdenza, n.6/2015.*

CONVEGNO NAZIONALE

# La medicina militare tra storia, etica e attualità

ASIAGO, 19 LUGLIO 2014



# Introduzione

*Maurizio Benato*

Vicepresidente Fnomceo

**Codice di deontologia medica, art. 77**

## **Medicina militare**

Il medico militare, nell'ambito dei propri compiti istituzionali, ha una responsabilità che non muta in tutti gli interventi di forza armata sia in tempo di pace che di guerra.

Il medico militare, al fine di garantire la salvaguardia psico-fisica del paziente in rapporto alle risorse materiali e umane a disposizione, assicura il livello più

elevato di umanizzazione delle cure praticando un triage rispettoso delle conoscenze scientifiche più aggiornate, agendo secondo il principio di "massima efficacia" per il maggior numero di individui.

È dovere del medico militare segnalare alle superiori Autorità la necessità di fornire assistenza a tutti coloro che non partecipano direttamente alle ostilità (militari che abbiano deposto le armi, civili feriti o malati) e denunciare alle stesse i casi di torture, violenze, oltraggi e tratta-

menti crudeli e disumani tali da essere degradanti per la dignità della persona.

In ogni occasione, il medico militare orienterà le proprie scelte per rispondere al meglio al conseguimento degli obiettivi e degli intendimenti del proprio comandante militare, in accordo con i principi contenuti nel presente Codice, fermo restando il rispetto dei limiti imposti dalle normative nazionali e internazionali nonché da eventuali regole di ingaggio che disciplinano l'operazione militare.

---

**NEGLI ULTIMI ANNI**, per tanti motivi, la medicina militare è un tema ricorrente nella riflessione morale italiana.

In particolare, nel 2010, a la Maddalena si è svolto un Convegno organizzato dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri che ha esaminato da un punto di vista morale le nuove sfide che il medi-

*Il Convegno  
Fnomceo de la  
Maddalena (2010)*

co militare deve affrontare. È stata un'occasione importante per confrontarsi sul ruolo del medico militare e per riflettere sulle implicazioni spesso critiche cui egli deve far fronte per la sua adesione, in qualità di medico, ai principi etico-deontologici.

Ricordo che, oggi, i medici militari sono circa 1.000 per una forza armata che, divisa nelle diverse quattro armi, ammonta a circa 400.000 militari.

La professione militare e del medico militare ha acquisito nella nostra società un'importanza 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. Ecco allora la necessità di aver delineato un percorso condiviso che ha definito 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 vincolante.

L'articolo del Codice di Deontologia Medica che porta il numero 77, autorizzato dal Gabinetto del Ministero della Difesa e approvato dal Consiglio Nazionale della FNOMCeO a Torino recentemente, prende in considerazione solo alcuni aspetti della medicina militare non regolati dalle norme del Codice Militare e rappresenta il punto di equilibrio più avanzato nel dialogo costruttivo che come professione medica e odontoiatrica abbiamo instaurato con il mondo militare.

*Asiago e  
l'Altopiano dei  
Sette Comuni*

Abbiamo scelto Asiago per questo convegno della FNOMCeO e penso che nulla sia di più centrato nella scelta soprattutto per il significato storico e politico di cui abbiamo

avuto una anticipazione con la cerimonia al Sacrario Asiago-Leiten di questa mattina.

Questo altopiano, Altopiano dei Sette Comuni o Hochebene von Sleghe, in lingua tedesca, comprende Asiago (Slege), Roana (Robaan), Rotzo (Rotz), Gallio (Ghèl), Enego (Ghe-nebe), Foza (Vüsche), Lusiana (Lusaan), Conco (Kunken). Mario Rigoni Stern, scrittore e autore di tanti libri, noto soprattutto per l'opera *Il sergente nella neve* e che Primo Levi definì "uno dei più grandi scrittori italiani", legatissimo a questa terra, amava ricordare come la toponomastica storica dell'altopiano dei Sette Comuni sia legata alla mitologia scandinava. Nella narrativa e nel folklore altopianese vengono inoltre spesso citate figure appartenenti alla mitologia norrena, e, come ricordato da Rigoni Stern, ancor oggi la maggior parte dei toponimi locali ha un significato etimologico legato alla mitologia vichinga. Ancora, però, non è chiaro se l'ascendenza dei cimbri antichi sia celtica o germanica.

La maggioranza della comunità scientifica ritiene che i Cimbri discendano da coloni tedeschi chiamati da feudatari imperiali tra il X ed il XII secolo a popolare l'Altopiano di Asiago, e qui impiegati in lavori di stroncatura dei boschi.

All'inizio del Trecento le popolazioni dell'altopiano di Asiago si unirono in una federazione tra i Comuni, per governare in modo il più possibile autonomo la loro vita e difendere le loro *Freiheiten*, sostantivo plurale che nel tedesco attuale significa "le libertà" benché, di fatto, si trattasse di privilegi o esenzioni fiscali.

La Federazione dei Sette Comuni era tuttavia già concretamente nata nel 1259. La minoranza dei Sette Comuni conobbe per tutto il periodo veneziano un periodo di fioritura, essendo stata ad essa riconfermata larga autonomia alla Federazione per essere poi, successivamente alla sospensione durante il periodo napoleonico, garantita anche dallo Sta-

to italiano.

Ad oggi si stima che le persone in grado di parlare o comprendere il Cimbro siano non più di un migliaio, stanziate soprattutto in Trentino nel comune di Luserna (Lusèrn).

In Veneto sono ridotti a poche decine, concentrati nel comune vicentino di Roana (Robaan), specialmente nella frazione di Mezzaselva (Mittebald/Toballe).

Il territorio trae origine dal diritto germanico e nasce con la fondazione della Federazione dei Sette Comuni; tale uso del territorio prendeva un tempo il nome di Beni della Reggenza, beni che erano amministrati dalla Reggenza stessa. Dopo la soppressione della Reggenza (nel 1807) i beni furono avocati allo Stato. Quando l'altopiano in seguito venne a trovarsi sotto il dominio austriaco (1815), detti beni, sotto la nuova denominazione di Beni del Consorzio dei Sette Comuni, furono restituiti agli antichi proprietari, ma erano amministrati da un funzionario del Regno Lombardo-Veneto. Nel 1861, quando l'Austria concesse l'autonomia agli Enti morali, i beni tornarono nuovamente sotto l'amministrazione locale. Solamente nel 1926 i Comuni si accordarono per una spartizione del patrimonio precedentemente amministrato in comune.

Tutto il territorio di proprietà collettiva rimane, comunque, inalienabile, indivisibile e vincolato in perpetuo alla sua antica destinazione ed appartiene in piena proprietà, ai sensi e per gli effetti dell'art. 8 della legge 16/06/1927, n. 1766, alla collettività.

*24 maggio 1915:  
il primo colpo di  
cannone*

Alle ore 4 del 24 maggio 1915 dal Forte Verena partì il primo colpo di cannone della Grande Guerra sparato da parte italiana e che sancì l'entrata del Regno d'Italia nel primo conflitto mondiale. Il 22 maggio 1916, durante la Strafexpedition (meglio nota dagli imperiali come Fruhling-Sommerexpedition) il Forte fu poi occupato dalle truppe austro-ungariche in mano alle quali rimase per il resto della guerra.

Dopo il primo anno, il 1915, che si risolse nella cosiddetta battaglia dei forti e con il tentativo di impadronirsi delle difese altrui e delle piazzeforti nemiche, l'alba del 15 maggio del 1916 si apre con un capovolgimento di ruoli per cui da attaccanti fummo sottoposti ad attacco.

L'intelligence ne aveva avuto sentore per cui le truppe in campo non erano certo poche (40.000 uomini di cui 17.000 in prima linea), difettavano però le artiglierie; potevamo opporre appena 720 pezzi, molti obsoleti ed antiquati.

Vi era inoltre scarsità di mitragliatrici. L'attacco è sferrato il 15 maggio, con due armate la terza e l'undicesima imperiale su una fronte che andava dalla Val Lagarina alla Valsugana, passando per il Pasubio, la Val Terragnolo, gli altopiani di Folgaria, Luserna, e Vezzena. L'esercito Austro-Ungarico cerca da subito di manovrare a tenaglia, operando sulle ali del V Corpo d'Armata italiano, per poi concentrare invece i suoi sforzi, a partire dal 19 Maggio sulla zona centrale, quella degli altopiani.

La resistenza italiana è debole per le difese mal organizzate e per la difficoltà di far giungere rapidamente i rinforzi in linea.

Le truppe non possono altro che ripiegare continuamente su linee successive non approntate e cedere sempre più terreno al nemico, con ingenti perdite.

Resistono pur perdendo il Cengio e con il massimo di arretramento sul campo in zona Campiello lungo la Val Canaglia, quella che avete percorso dal Costo per entrare sull'Altipiano a meno due km dall'apertura verso la pianura verso Vicenza, Padova e Venezia.

Il successo di questa operazione, se fosse riuscito, avrebbe permesso la chiusura in una morsa dell'intero esercito Italiano dislocato per due terzi sul fronte carsico, avrebbe costretto l'Italia ad un armistizio e per l'Italia sarebbe cambiata la storia del Novecento.

Il 22 maggio il Comandante d'Armata decide di staccare la zona dell'Altopiano di Asiago e sottoporla al Comando Truppe Altopiano, di nuova costituzione, alle dipendenze del Generale Lequio che provvede a costituire delle linee difensive nella zona marginale dell'altopiano, per poter raccogliere le truppe che lentamente abbandonavano la zona settentrionale e incrementarle con i rinforzi che, numerosi, stavano giungendo dalla pianura.

Si riteneva poco probabile che gli austriaci avessero intenzione di scendere dai monti, in quanto lo sforzo si stava facendo sentire anche per loro, in numero di perdite e di difficoltà logistiche. Per evitare qualunque sorpresa tra il 21 maggio e il 4 giugno sono radunati cinque corpi d'armata e una divisione di cavalleria tra Vicenza, Padova e Cittadella, costituendo così la V armata. La radunata per via ferroviaria ed ordinaria, operata in soli 15 giorni, di oltre 70.000 uomini e 35.000 quadrupedi, che andarono a formare la 5° armata ha costituito un vero successo logistico, paragonabile a quello ottenuto dall'Esercito francese sulla Marna nel settembre 1914.

È sperimentato, per la prima volta in Italia, l'impiego in massa del servizio automobilistico, con il trasporto su camion di 11.261 uomini e 11.724 quadrupedi.

Un esempio dello sforzo sostenuto può essere rappresentato del XXIV Corpo d'Armata, che dal 19 al 24 maggio è rifornito con 75 autocarri e 1.000 quadrupedi per la sola via Calvene-Casara Magnaboschi di 10 km.

Per accelerare la costruzione delle nuove opere logistiche necessarie furono successivamente trasferiti 50.000 operai borghesi dal fronte carsico e furono impiegati anche per la costruzione del complesso sistema trincerato dell'Altipiano che si articolò su otto linee difensive interconnesse tra loro da trincee ortogonali, in modo da creare compartimenti stagni e contenere gli sfondamenti delle linee.

È da ricordare la costruzione di chilometri di strade nuove costruite in tempi assai rapidi: ricordo Campo Spa-Osteria della Barricata (Marcesina), Roccolo Cattagno (7 km); Rendole-Sbarbatal-Valle di Campomulo (6 km); Lazzaretti-Val Gadena-Godenella-Dori; Lazzaretti-PianRonchetto; Malga Fratte-Malga Loia (5 km), ecc. ecc.

La guerra prosegue nel 1917 e 1918 sempre con alterne vicende e con numerosi caduti d'ambo le parti che oggi riposano nel Mausoleo del Leiten costruito nel 1936 e consacrato nel '38. Nel sacrario riposano i resti di 54.286 caduti italiani ed austro-ungarici della guerra 1915-1918 di cui oltre 33.000 ignoti. I resti mortali di 21.491 caduti italiani ignoti e 11.762 austro-ungarici ignoti sono invece raccolti in grandi tombe comuni nelle gallerie centrali più prossime alla cappella. I corpi dei soldati custoditi nel sacrario di Asiago provengono per la maggior parte da 36 cimiteri di guerra della zona Fra i noti riposano 12 caduti decorati di medaglia d'oro al valor militare non solo graduati e ufficiali ma anche soldati semplici.

Il sacrario non raccoglie le salme di tutti i caduti sull'Altopiano durante la Grande Guerra, ma solo una parte, perché i soldati dispersi sull'Altopiano sono ancora migliaia. Nella sola battaglia dell'Ortigara dal 10 al 25 giugno 1917 i dispersi si stima siano 4.500; nella Strafexpedition oltre 82.500. Nel novembre del 1918 cominciano a tornare gli abitanti dell'altipiano sfollati in pianura. Tutta l'area appariva completamente distrutta sconvolta da quattro anni di guerra, ne sono testimonianza le foto dell'epoca che lasciano intravedere solo case abbattute e pochi muri bruciati. L'altipiano sarà considerato ancora zona di guerra per molto tempo e vi opereranno 52 reparti di prigionieri per la bonifica e il recupero delle salme.

Si costruiscono baracche ma anche baracche-scuola per facilitare la permanenza dei bambini e la ricostruzione avvia-

*Novembre 1918:  
il lento ritorno  
alla vita  
dell'Altopiano*

ta sarà lenta per cui, date le pessime condizioni economiche, la popolazione maschile si vedrà costretta ad emigrare per anni prevalentemente in Australia.

È da ricordare il mesto lavoro di recupero delle salme, tante: ne verranno raccolte 55 mila tra dispersi e caduti d'ambo gli eserciti. Negli anni Trenta sarà operata la riesumazione delle salme per il trasferimento nell'Ossario e il recupero di materiali esplosivi e ferrosi, ben documentato nel film *I Recuperanti* (1970), di Ermanno Olmi e con la sceneggiatura di Mario Rigoni Stern.

Oggi l'Altopiano d'estate accoglie i villeggianti in tutto il suo splendore offrendo agli ospiti infinite possibilità di svago. Le mille mulattiere, lasciate in eredità dalla Grande Guerra, danno la possibilità agli amanti di inerpicarsi verso i duemila metri, ove le testimonianze dell'immane conflitto mondiale sono ancora visibilissime. Da lassù (ricordiamo l'Ortigara, il Portule, Cima Undici e Cima Dodici, tanto per citare alcune delle tante cime che attorniano i Sette Comuni) lo sguardo può spaziare verso la pianura o verso le vette dolomitiche, o seguire il via vai quotidiano della Valsugana.

# La sanità militare nella Grande Guerra

*Raimondo Ibba*

Presidente OMCeO Cagliari

Dedicata a “Piero”  
che dorme “sepolto in un campo di grano”  
dove “non è la rosa, non è il tulipano,  
che gli fan veglia dall’ombra dei fossi,  
ma sono mille papaveri rossi”.

*(da F. De Andrè, La guerra di Piero, 1964)*

---

**IL CORPO DELLA SANITÀ MILITARE** italiana fu istituito nel 1833 da Carlo Alberto di Savoia, che fu Re di Sardegna dal 1831 al 1849, successore dello zio Carlo Felice, che non aveva lasciato eredi, e che a sua volta lasciò il regno al figlio Vittorio Emanuele II. La denominazione di Sanità Militare fu del 1845 e nella sua semplicità organizzativa prevedeva soltanto un “ruolo medici” e un “ruolo farmacisti”.

Erano gli anni del Risorgimento e le guerre erano guerre di movimento, prevalentemente di dimensione loco-regionale, perché dopo la caduta di Napoleone a Waterloo non ci furono più guerre a coinvolgimento sovranazionale. Si può di-

*Da Waterloo a  
Sarajevo: in  
Europa solo  
guerre regionali*

re che da Waterloo a Sarajevo fu un periodo di pace per l'Europa lungo 99 anni, dal 1815 al 1914.

E anche in l'Italia, dopo il 1871, una volta raggiunta l'Unità, se si esclude il biennio della guerra di Libia 1911-1912, non era emersa l'esigenza di mettere mano ad una organizzazione militare sanitaria ai fini di guerra.

Tanto che l'esercito stesso veniva impiegato più per compiti di protezione civile (terremoti e alluvioni) che per funzioni di belligeranza.

Iniziava a farsi strada l'idea che il "ruolo medici" e il "ruolo farmacisti" dovesse essere meglio valorizzato, adeguato e aggiornato in funzione delle novità scientifiche verso cui la medicina di fine 1800 procedeva.

### *Nasce la Scuola di Sanità militare di Firenze*

Fu perciò istituita la Scuola di Sanità militare a Firenze che, tra le varie finalità, aveva anche quella di addestrare il personale alla diagnosi, al trattamento e alla prevenzione delle patologie esotiche presenti nelle colonie che l'Italia andava via via conquistando.

Era perciò una sanità militare impegnata in un ruolo programmato, preparata ad affrontare difficoltà previste e prevedibili.

### *La Grande Guerra*

L'Italia entrò nella "Grande Guerra" il 24 maggio 1915, mentre il "Piave mormorava", 10 mesi dopo l'inizio delle ostilità. Finiva così la Belle Époque, e da allora nulla fu più come prima, neppure in medicina.

Nella sanità militare il primo compito diventa quello di rimettere i feriti in condizione di ritornare a combattere al più presto.

La realtà da subito shockante della prima guerra mondiale spezzò il flusso lento della routine, e mise a nudo tutte le inadeguatezze del sistema fino ad allora utilizzato come riferimento. Bisognava colmare il divario tra bisogni assistenziali e l'esistente disponibilità di uomini e mezzi.

Al Corpo di Sanità Militare furono affiancati:

- i militarizzati della Croce Rossa Italiana, ente autonomo dotato di circa 9.500 uomini, 1.200 ufficiali e 209 unità tra ospedali, ambulanze e treni;
- i militarizzati del Sovrano Ordine Militare di Malta.

La guerra di trincea era per tutti un'esperienza nuova e terribile, una guerra diversa rispetto a tutte le precedenti, per la quale tutti erano impreparati. Le mitragliatrici leggere erano diventate la principale arma della fanteria, l'artiglieria pesante era molto più potente ed efficiente, gli aggressivi chimici e, non ultimo, il ruolo dell'aeronautica, che nell'arco di alcuni mesi passò da semplice strumento di rilevazione dei movimenti delle truppe avversarie a terra, a strumento che montava macchine fotografiche prima, mitragliatrici poi e infine anche un meccanismo di sgancio bombe per offrire appoggio tattico alle forze di terra.

Ma soprattutto era una guerra di posizione, con i reticolati e le trincee nemiche contrapposte, che si fronteggiavano talvolta a distanza di poche centinaia di metri, in una sorta di paralisi dell'azione che dilatava i tempi e rendeva soffocante la vita in trincea.

Fu una guerra che fece la fortuna del cinema che seguì, dal primo film sul tema, *Charlot soldato*, già del 1918 fino a *La montagna silenziosa* del 2014, segno di una esperienza che ha condizionato, e determinato, gli scenari futuri politici, sociali e culturali, di cui il cinema, passando anche attraverso la trasposizione filmica di capolavori letterari come *Addio alle armi* di Hemingway o *Niente di nuovo sul fronte occidentale* di Remarque, ha dato testimonianza anche dei diversi giudizi che su di essa si sono formati nel corso degli anni, e che ancora non restituiscono una interpretazione univoca di quella guerra, tra chi la proponeva come una guerra eroica e chi dava degli avvenimenti una visione più quotidiana e popolare, chi la indicava come la prosecuzione e il completamento dell'unità nazionale avviata col Risorgimento,

chi come una inutile carneficina.

Certo è che le motivazioni con cui i soldati partecipano ad una guerra non sono ininfluenti sul risultato finale della stessa guerra. Più avanti avremo occasione di rilevare quanto questo aspetto si sia rivelato importante in molti episodi di natura medico-legale, che coinvolsero con responsabilità diretta l'organizzazione sanitaria militare.

### *Le malattie della trincea*

Gli scontri si erano arenati quasi subito sulle Prealpi trentine e sull'Isonzo, e questo pose i nuovi grandi problemi sanitari relativi alla vita nella trincea e al conseguente sviluppo del conflitto ad essa connesso.

Tra le patologie più importanti, oltre alla TBC, grave fu il ruolo del colera.

Fin dal luglio 1915 si erano manifestati casi di colera nella regione del Basso Isonzo, veicolati dagli austriaci che da poco avevano conquistato la zona. Questi avevano infatti subito gravi perdite tra le divisioni provenienti dalla Galizia, ove si erano verificate appunto epidemie di colera nell'inverno 1914-1915.

Nel periodo 1915-1916 furono colpiti dal colera 16.000 militari italiani con una mortalità superiore al 25%.

Furono perciò introdotta la vaccinazione anti colerica e insieme a questa anche quella anti tifo-paratifo e antitetanica. Le spore del clostridium tetani contaminavano sempre le ferite, ma la vaccinazione, effettuata con tossina tetanica resa atossica con iodio, riuscì a ridurre la mortalità a 1 ferito ogni 33.000 casi. Il Regio Esercito Italiano fu la prima forza armata al mondo ad adottare con successo e grandi benefici questa vaccinazione.

Nei militari provenienti dai Balcani si registrarono tra la primavera del 1916 e l'armistizio 4.970 casi di malaria. In generale il Veneto, principale campo di battaglia sul nostro fronte, era territorio malarico, dal delta del Po fino al confine austriaco, perché nella zona vi erano acquitrini ed aree

che venivano sommerse dall'esondazione dei grandi fiumi ove l'acqua stagnava. Ma anche gli scavi lasciati aperti per la costruzione interrotta di strade e ferrovie – così come gli scavi delle stesse trincee – si riempivano facilmente di acqua stagnante che diventava un habitat naturale per le larve di anophele. I soldati affetti e i prigionieri di ritorno dai campi di battaglia o di prigionia contribuivano a diffondere la malattia tra la popolazione civile in un susseguirsi drammatico di dolore e morte.

Tra le malattie infettive trasmesse dall'acqua e dal cibo vi furono anche le infezioni da escherichia coli e la febbre tifoide. In guerra non si muore solo per azione o per ferite da combattimento, ma anche per le condizioni climatiche, per la scarsissima igiene dell'ambiente di vita, sia personale che collettivo, per la promiscuità tra le persone e le abitudini, le culture e le provenienze diverse tra soggetti che si erano trovati a stare insieme in modalità del tutto impreviste. È facile la diffusione delle malattie infettive trasmesse da zecche, pidocchi, pulci, topi, inquilini presenti in trincea allo stesso rango dei soldati; ma anche quelle connesse al congelamento e alla scarsa alimentazione che, a sua volta, ulteriormente predisponendo ad un indebolimento del sistema immunitario, favoriva il dilagare delle patologie infettive.

Tra le malattie trasmesse dai vettori le più importanti furono il tifo petecchiale (rickettsiosi da pidocchi) e l'acaro della scabbia a causa, oltre che dell'affollamento delle trincee, delle pessime condizioni igieniche, della promiscuità e soprattutto dell'inquinamento delle acque.

Anche le malattie a trasmissione sessuale ebbero la loro parte, soprattutto blenorragia e sifilide, dovute al fatto che a ridosso delle linee di combattimento si attrezzavano, con grande rapidità e tempestività, efficienti e ben frequentati bordelli, quando l'unico rimedio disponibile era la chemioterapia con Salvarsan che Paul Erlich aveva scoperto alla fine del

1800. Fu necessario adottare iniziative di prevenzione e sorveglianza delle malattie epidemiche.

Aggiungiamo infine le grandi difficoltà di comunicazione tra gli stessi commilitoni, perché il linguaggio comunemente usato tra loro era quello dei dialetti locali delle rispettive provenienze, che di certo non rendeva facile capirsi, spiegarsi, cooperare, eseguire sincronicamente gli ordini e interagire, tra siciliani, calabresi, abruzzesi e veneti, lombardi e piemontesi. A ciò si aggiunga la scarsa fiducia che le truppe nutrivano verso i loro comandanti, che aumentava man mano che si allungava la durata del conflitto.

La sanità militare doveva perciò gestire tale vastità e complessità di nuovi problemi, per cercare di contenere il numero dei feriti. Inoltre, doveva confrontarsi con la novità rappresentata dalle patologie traumatiche di nuovo tipo e quella connessa all'enorme numero di feriti dovuto alle nuove armi da fuoco e ai bombardamenti.

Tra i nuovi mezzi bellici che misero a dura prova l'organizzazione sanitaria ci furono gli aggressivi chimici, utilizzati per la prima volta sul fronte dell'Isonzo nel luglio 1916, mentre subito dopo comparve, anche sul fronte italiano, l'iprite, un gas asfissiante al cloro usato per la prima volta dai tedeschi contro i russi a Ypres, in Belgio, il 22 aprile 1915. A contrastare l'effetto dei gas furono le maschere antigas e le tecniche di bonifica.

### *I disturbi psichici dei soldati*

Nuovi e rilevanti erano i disturbi psichici (ansia, depressione, angoscia fino a vere e proprie manifestazioni psichiatriche di follia) legati al senso di morte costantemente presente nella vita quotidiana dei soldati, sia per essersi trovati a fianco dei commilitoni caduti durante gli assalti (i cui corpi, quando non potevano essere recuperati, cosa che accadeva di solito la notte, giacevano talora in cumuli a poca distanza da chi era uscito fisicamente indenne dal fuoco nemico ma molto scosso dal versante psichico), sia per il senso

di impotenza verso i bombardamenti, mentre emergeva la consapevolezza di aver lasciato a casa potenziali vedove e orfani, e nessun perché era sufficiente a far nascere dei convincimenti diversi. Queste riflessioni esitavano nel 7,8% dei casi in vere e proprie sindromi psichiatriche strutturate, dovute a quello che oggi chiamiamo disturbo post-traumatico da stress e legate ad un vero e proprio logoramento psichico del soldato. Il soldato viveva costantemente con il senso della morte imminente motivo di stress così alto da indurre verso la devianza mentale e la fuga dalla realtà. Illuminante in tal senso è la sequenza del film *Uomini contro* di Francesco Rosi, del 1970, tratto da libro di Emilio Lussu *Un anno sull'altipiano*, dove un ufficiale medico nasconde un atto di autolesionismo che un soldato si procura col moschetto perché non più in grado di reggere lo stress psichico della guerra.

Responsabile della sanità militare fu, per tutto il periodo della guerra, il Generale Medico Francesco Della Valle, che comprese subito che un tale bisogno di assistenza ai feriti non poteva essere garantita dalla sola disponibilità del personale sanitario presente allo scoppio della guerra.

La scarsità di ufficiali medici disponibili venne superata con la richiamata alle armi dei medici delle classi fino al 1870 e degli studenti degli ultimi due anni del corso di laurea. Questi ultimi venivano rapidamente formati, laureati e addestrati all'università castrense di San Giorgio di Nogaro, in provincia di Udine, nei periodi in cui le operazioni belliche erano meno intense.

In tal modo fu possibile che ai quasi 800 ufficiali medici in servizio permanente effettivo all'inizio delle ostilità se ne affiancassero altri 14.000 delle varie categorie di richiamati, che diventeranno 17.000 alla fine della guerra.

In prima linea c'erano i posti di medicazione o di primo soccorso, in genere uno per battaglione, dove si prestavano le prime cure e avveniva la prima classificazione dei feriti se-

*La necessità di  
arruolare nuovi  
medici militari*

*Pochi farmaci:  
aspirina e tintura  
di iodio*

condo un codice colore: bianco, ferito leggero; verde, ferito grave ma trasportabile; rosso, ferito grave non trasportabile, quindi da lasciar morire.

Il posto di medicazione era dotato di cofani di sanità, contenitori per materiali di vario tipo che venivano trasportati su apposite carrette, sacchi di medicazione, materiale per la difesa chimica, viveri, acqua, mezzi di illuminazione e barelle, e una formazione sanitaria mobile che seguiva i movimenti del reparto in combattimento con lo scopo di raccogliere e medicare immediatamente i feriti.

La tintura di iodio e l'aspirina erano le uniche sostanze medicamentose a disposizione e quindi le più utilizzate e pertanto da non dover mai mancare. Per tale motivo venivano somministrate solo negli ospedali e nelle infermerie non potendo il soldato portarne con sé nello zaino.

La prima penicillina infatti arriverà solo nel 1929 ad opera di Alexander Fleming e i primi sulfamidici nel 1935 ad opera di Gerhard Domagk.

Il soldato italiano perciò andava in guerra con una dotazione sanitaria molto semplice costituita da garze, maschera antigas e occhiali protettivi contro i gas lacrimogeni.

Gli addetti al servizio si dividevano in due categorie: quelli del Corpo Sanitario e i militari di supporto assegnati per l'occasione.

In un reggimento l'assistenza ai malati e ai feriti era diretta da un capitano medico aiutato da subalterni nei battaglioni. Il recupero dei feriti era una vera e propria impresa tra granate, raffiche di mitragliatrici, fucilate dei cecchini e corpi dei soldati ormai morti e abbandonati; spesso avveniva di notte, avvalendosi di cani che perlustravano il territorio, i quali una volta trovato il ferito si accucciavano vicino a lui richiamando il personale di soccorso. Il battaglione aveva due caporali aiutanti di sanità in grado di dirigere le squadre di barellieri, nel numero di otto per compagnia.

Bisognava organizzare anche strutture ospedaliere per la cura dei feriti. Una volta che venivano portati via dalla prima linea passavano all'ospedale da campo, all'ospedale di retrovia fino all'ospedale di riserva. Dal posto di medicazione di primo soccorso il ferito veniva trasportato a braccia, oppure in barella, o a dorso di mulo oppure addirittura in teleferica all'ospedale da campo, dove i medici effettuavano i primi interventi chirurgici d'emergenza e, se andava male, c'era sempre annesso in piccolo cimitero. Se invece andava bene i feriti venivano inviati con autocarri, ambulanze o addirittura barche agli ospedali da campo divisionali o d'armata, che erano dotati di vere e proprie sale chirurgiche, sterilizzatrici, apparecchiature radiologiche. Qui i feriti venivano curati e se non erano gravi completavano la loro degenza.

Se invece erano considerati gravi venivano trasferiti agli ospedali di riserva per la lunga degenza. Il trasferimento avveniva con autocarri e con treni o navi ospedale.

A guarigione avvenuta il soldato si recava al suo distretto militare per una visita di idoneità, che doveva stabilire se fosse di nuovo in grado di tornare al fronte a combattere, e se tale veniva riconosciuto non necessariamente rientrava nel reparto di provenienza.

Gli ospedali da campo avevano da 50 a 100 e 200 posti letto. Potevano essere mobili, per poter essere spostati secondo le esigenze tattiche, ma divennero molto spesso stabili a causa della staticità del fronte. Solo la grande offensiva di Caporetto (novembre 1917) causò un esteso spostamento di strutture sanitarie, determinando la perdita di interi ospedali, attrezzature e materiale in quantità consistente.

Dietro le prime linee c'erano gli ospedali di retrovia, ma tutti gli ospedali civili nazionali operavano anche come ospedali di retrovia, perché ponevano a disposizione delle necessità militari appositi reparti e infermerie.

Per tentare di arginare l'inarrestabile fiumana di feriti furo-

*Le difficili scelte dei  
chirurghi di guerra*

no istituiti: organi ispettivi misti – militari e non –, laboratori batteriologici, clinici e tossicologici; strutture di osservazione per pazienti infetti da monitorizzare e convalescenziari per malati in via di guarigione; sezioni di disinfezione, autocarri con potabilizzatori, stufe di disinfezione Giannoli per la sterilizzazione delle uniformi e della biancheria, bagni e docce da campo.

Grande ruolo ebbe la chirurgia. Le ferite all'addome erano le più difficili da curare e spesso i chirurghi si rifiutavano di operarle, perché anche la più semplice operazione poteva essere fatale per l'alta frequenza di complicanze, soprattutto la setticemia e il dissanguamento emorragico. L'amputazione di arti o di sue parti, ma anche l'enucleazione dell'occhio era spesso la soluzione più praticata perché la più rapida.

Paradossalmente il ferito meno grave e con maggiore possibilità di sopravvivenza aveva la priorità sul ferito più grave che aveva meno possibilità di ripresa e di poter ritornare al fronte.

L'etica della professione di allora pone problemi, seppure in puri termini di ipotesi, e una riflessione sotto questo aspetto è uno dei motivi che ci vede radunati qui oggi. Naturalmente era una chirurgia non affiancata dai sussidi anestesiológicos (il narcotizzante più usato era la grappa o il cognac!) e trasfusionali, anche perché la disciplina non si era ancora scientificamente costituita.

L'austriaco Karl Landsteiner aveva scoperto l'esistenza dei gruppi sanguigni già nel 1901 (ma scoprirà il fattore Rh solo nel 1940). Era pertanto naturale che solo qualche medico fosse a conoscenza dell'argomento, ma niente di più.

L'ufficiale medico provvisto dei gradi esteriori di riconoscimento non poteva, purché disarmato e senza armi con sé, esser fatto prigioniero secondo la Convenzione di Ginevra del 1864. Tuttavia, un prezzo altissimo pagò anche il personale sanitario, sia per trovarsi esposto in prima linea a fian-

co dei soldati, sia per l'esposizione costante al rischio infettivo.

Morirono 720 medici, di cui 397 in combattimento, e furono riconosciute 255 medaglie d'argento, 1.164 di bronzo, 375 encomi solenni, numerose croci di guerra al valore.

Non meno importante fu la funzione medico-legale che venne assegnata alla sanità militare, sia per quanto riguarda la determinazione dei criteri di idoneità al servizio militare sia in riferimento a quali patologie e condizioni comportassero la riforma o l'assegnazione a servizi sedentari.

Compito essenziale fu l'accertamento dei casi di simulazione di malattia, fino ad atti di vero e proprio autolesionismo che, dapprima rarissimi, divennero, con la prosecuzione del conflitto e il suo acuirsi, sempre più frequenti e complessi.

Tuttavia in quella guerra il medico era non solo il riferimento per l'assistenza medica, ma anche l'unico barlume di umana comprensione e di coesione e fiducia tra i soldati, tanto che negli anni del primo dopoguerra la sua figura sarà così "sacralizzata da divenire una componente fondamentale del mito patriottico nazionale" (Antonello Gibelli, *L'officina della guerra. La Grande Guerra e le trasformazioni del mondo mentale*, Ed. Bollati Boringhieri, Torino, 1998) e a veder eretto, nel 1924, nel cortile della Caserma Maglio di Firenze un Monumento al medico caduto in guerra, opera dell'artista Arrigo Minerbi.

A distanza di 100 anni da quella dolorosa esperienza è lecito domandarsi: le guerre possono essere ancora oggi una modalità di risoluzione dei problemi tra stati o tra popoli? Vediamo cosa accade proprio in questi giorni in Ucraina e tra Israele e Palestina!

Può la diplomazia internazionale sostituire la guerra nel ruolo di risolutore dei conflitti? Gli ideali di pace, sempre più diffusi e presenti, possono davvero favorire il contenimento dei conflitti? Oppure la guerra è una componente impre-

*La funzione medico-legale della sanità militare*

*Cosa ci ha insegnato la Grande Guerra?*

scindibile del divenire del mondo? Lo stato di guerra sospende la morale?

In conclusione: la tragedia della grande guerra costò all'Italia 653.000 morti (200 mila in più rispetto alla guerra 1940-45), più di 900 mila feriti, alcune centinaia di migliaia di dispersi e un numero indefinibile di mutilati e invalidi.

Ma ha insegnato che si può riconoscere come nascono le cose buone e come nascono le cose cattive, che l'inimicizia tra i popoli e le etnie va lasciata decantare, e che la memoria ci può aiutare a costruire un percorso virtuoso che conduca l'umanità a progredire, nel rispetto di ciò che è considerato diverso e nella tolleranza di ciò che non è condiviso.

Con la Grande Guerra iniziava una nuova modernità, fatta di nuovi mezzi, nuove invenzioni, nuova scienza, nuova tecnologia, nuovi eroi e, appena 20 anni dopo, nuovi orrori.

Permettetemi infine di rivolgere un pensiero commosso alla Brigata Sassari – 2 medaglie d'oro al valore militare – e al mio conterraneo Emilio Lussu che visse su questo altipiano per un anno (dal giugno 1916 al luglio 1917), 4 volte decorato al valor militare (di cui 2 medaglie d'oro), capitano della Brigata Sassari, intellettuale, ideologo, letterato, scrittore, uomo d'azione e politico sopraffino, i cui insegnamenti rappresentano ancora oggi per noi vivido esempio di "Giustizia e Libertà", democrazia, impegno civile.

# Le istanze etiche della medicina militare

*Antonio Sabino*

Procuratore Generale Militare della Repubblica Italiana

**QUANDO MI È STATO PROPOSTO** di svolgere questa relazione, mi sono interrogato sulle ragioni che potevano giustificare la scelta di chiedere ad un modesto operatore del diritto di parlare di etica nel campo della medicina militare. Ho provato a darmi delle risposte e credo di averne trovate addirittura due.

La prima si basa sulla considerazione che l'attuazione di ogni istanza di tipo etico, nel concreto dei comportamenti umani, non può non fare i conti con le norme giuridiche poste alla base di ogni ordinamento sociale e, viceversa, non vi è norma giuridica di cui si possa affermare la totale estraneità al mondo dell'etica. Il giurista, quindi, a pieno titolo è chiamato a ragionare sulle interazioni tra etica e diritto positivo, allo scopo in primo luogo di individuare il livello di penetrazione della prima nel secondo, sia nel momento originario della produzione normativa sia in quello pragmatico di applicazione dalla norma, in secondo luogo di verificare quan-

*L'intreccio tra etica  
e diritto positivo*

to le prassi derivanti dall'applicazione delle norme di diritto positivo riescono a condizionare lo sviluppo delle proposizioni etiche in un determinato contesto sociale.

Ovviamente, nello svolgimento di questo tipo di riflessioni occorre tener conto che le società contemporanee, soprattutto quelle che fanno capo all'Unione Europea e a quelle definite impropriamente "occidentali", che massimamente risentono dei fenomeni di globalizzazione, hanno raggiunto un livello di tale complessità che qualsiasi percorso di riflessione che attraversi il mondo del diritto positivo è chiamato a fare i conti sia con la moltiplicazione ed evoluzione delle fonti di produzione normativa sia con le interazioni esistenti tra fonti nazionali, internazionali e sovranazionali, tanto che la moderna dottrina usa ormai correntemente la definizione di "spazio giuridico", quasi certificando una inarrestabile crisi di identità degli "ordinamenti giuridici" nazionali.

### *L'incertezza del diritto*

Un secondo profilo di interesse, che definirei di tipo metodologico, reso di immediata evidenza grazie alle riflessioni elaborate dai filosofi del diritto, può scaturire dalla constatazione che, in sostanza, il giurista è una persona alla costante ricerca di irraggiungibili certezze nella individuazione del discrimine tra ciò che è giusto e ciò che è ingiusto.

Quando il giurista è avveduto, è anche perfettamente consapevole che la cosiddetta certezza del diritto, troppo spesso invocata a sproposito, è una utopia, valida quindi solo in quanto valore tendenziale, e che ogni sforzo che egli compie nel tentativo di trovare appigli sicuri a cui fissare le proprie argomentazioni e determinazioni non sarà mai completamente appagante.

Egli, quindi, è avvezzo ad affidarsi docilmente e, se vogliamo, anche un po' cinicamente, alla fluidità della approssimazione, che non vuol dire superficialità ma, secondo la corretta accezione di origine matematica, avvicinamento al mas-

simo grado possibile all'obiettivo in piena scienza e coscienza.

Ora, se persino nel campo del diritto positivo il raggiungimento di risultati certi costituisce un obiettivo sfuggente, è evidente che le difficoltà aumentano a dismisura quando oggetto dell'indagine non è la norma giuridica nella sua accezione classica, ma tutto quel territorio pregiuridico e, per certi versi, anche metagiuridico in cui si sviluppano i percorsi di ricerca di ciò che in termini sostanziali può essere considerato il vero bene per l'uomo e quali siano i mezzi atti a conseguirlo, ossia tutto quel mondo massimamente esplorato ma mai perfettamente conosciuto che viene definito con la parola "etica".

Non intendo quindi sottrarmi e correrò il rischio di avventurarmi in un territorio irto di insidie e difficoltà, percorrendo un itinerario in cui probabilmente le domande saranno più delle risposte, ben consapevole che nessuna espressione forse è più complessa, abusata, strumentalizzata, probabilmente perché nessuna altra ha maggior bisogno di essere riempita di contenuto, soprattutto quando ad essa viene aggiunto un aggettivo che la qualifica, come, per restare nel campo in cui oggi ci muoviamo, quando si parla di etica militare o di etica medica.

Lungi da me, comunque, l'idea di addentrarmi in considerazioni di carattere filosofico, non ne sarei all'altezza e non sarebbe questa l'occasione giusta.

Credo però, che nell'affrontare il tema che mi è stato affidato, non si possa prescindere prima di tutto dal tentare una sia pur embrionale definizione della locuzione "istanze etiche", contenuta nel titolo del tema che mi è stato affidato, e forse dirò delle ovvietà nel declinare tale concetto come ciò che viene richiesto, in generale a ciascuna persona o, in particolare, a determinate categorie di soggetti, in termini di adeguatezza di comportamenti e di condotte a parametri eti-

*Il mondo dell'etica*

co-valoriali diffusamente condivisi all'interno di una determinata compagine sociale.

È intuitivo, quindi, che si tratti di un concetto i cui contenuti si radicano nel contesto storico-politico e socio-culturale di riferimento, non escludendo la profonda incidenza dei fattori religiosi, che sovente sono, in maniera più o meno evidente, all'origine delle acquisizioni etiche più diffuse. Sarei omissivo, quindi, se non facessi un sia pur fugace accenno al tema del cosiddetto "relativismo etico", combattuto in linea di principio da tutte le forme di religione ma che, almeno per la religione cristiana, che è certamente quella a noi più vicina, vede contrapporsi non già un piatto immobilismo facile a derive di tipo integralista, quanto un dinamismo caratterizzato da una straordinaria capacità di dialogo e di evoluzione, nella fedeltà a principi la cui piena comprensione si sviluppa nel tempo e nella storia e si incarna nel continuo divenire della realtà dell'uomo.

Sta di fatto, come dicevo, che quando parliamo di etica, per non cadere nell'astrazione, non possiamo prescindere dallo spazio giuridico nel cui ambito le istanze etiche sono chiamate a realizzarsi, tenendo ben presente (e questa è una considerazione d'obbligo per un operatore del diritto) che se la coscienza del singolo individuo è il luogo ove si racchiudono i principi etici che ne ispirano i comportamenti e le aspirazioni evolutive del dover essere, è nell'ordinamento positivo che rinveniamo le regole che in vari modi da quei principi scaturiscono e che ad essi danno attuazione, nei limiti di quanto è possibile imporre mediante gli strumenti propri della norma giuridica.

*Dall'etica ai Codici  
etici e deontologici*

Non sfugge, quindi, all'attento osservatore che la complessità delle moderne società multiculturali rende pressante l'esigenza di fissare regole sempre più analitiche su come affrontare le situazioni a cui negli specifici contesti ciascun soggetto può andare incontro e che sotto molti aspetti sfuggono alla

portata della norma giuridica intesa in senso proprio.

È palpabile il bisogno che i discorsi sui temi di natura etica lascino il livello della riflessione teorica per scendere a quello della pratica, ossia di come in concreto orientare le azioni degli individui.

È proprio per soddisfare tali esigenze e, quindi, agevolare il superamento del diaframma tra teoria e prassi che, a mio avviso, traggono origine tutti quei meccanismi sempre più diffusi di autoregolamentazione che le categorie professionali, istituzionalizzate come ordini professionali o con altre modalità organizzative comunque riconosciute dall'ordinamento (e qui non posso che essere generico e tralasciare del tutto le problematiche riguardanti la natura, le funzioni, anche di tipo disciplinare, e la rappresentatività degli ordini professionali), elaborano sotto forma di codici etici o, a seconda dei casi, deontologici, conferendo struttura paranormativa a tutta una serie di istanze che altrimenti sarebbero lasciate esclusivamente all'autonomo discernimento di ciascun soggetto interessato.

Vi è però un presupposto, a cui ho già fatto un fugace cenno, da fissare saldamente e che costituisce per certi versi lo sfondo di tutte queste mie brevi riflessioni, cioè che la regola esterna, a qualsiasi livello e a qualsiasi categoria essa appartenga, assume una validità etica solo se animata dall'obbligo morale che ciascun individuo avverte nella propria coscienza.

In altri termini (mi si conceda un accenno alla filosofia kantiana) per un vero professionista il rispetto della regola che disciplina la sua specifica attività non può derivare solo dal timore di eventuali sanzioni in caso di inosservanza, ma deve scaturire dall'intimo convincimento della "moralità" di una scelta adesiva alla regola.

Entriamo, quindi, in *medias res* per considerare come, per il medico militare, i parametri etici di riferimento si presenti-

*La regola etica vive solo nell'obbligo morale individuale*

*Etica medica e etica militare*

no particolarmente articolati, in quanto egli è chiamato ad agire nella duplice veste di medico e di militare.

Circa la non facile conciliabilità in concreto tra le esigenze militari, anch'esse permeate di peculiari istanze etiche, e quelle della professione medica, notevoli approfondimenti sono contenuti nel volume *Etica medica nella vita militare*, a cura di Maurizio Balistreri, Maurizio Benato e Maurizio Mori, presentato ieri, in cui ho rinvenuto una sostanziale coincidenza con le mie riflessioni nella individuazione delle questioni che si presentano come più problematiche: ad esempio in tema di consenso informato, dovere di riservatezza del medico, gestione delle situazioni di triage nei teatri operativi, partecipazione a trattamenti non rispettosi dei diritti fondamentali della persona, pratiche di potenziamento delle capacità ecc.

Potrebbero sembrare questioni importanti più dal punto di vista teorico-scientifico che pratico, dato che gli impegni a cui sono chiamate le nostre Forze armate nello scacchiere internazionale sono presentati sempre sotto forma di missioni di pace.

Tuttavia non possiamo essere tanto ingenui da non percepire che gli scenari nei quali le nostre truppe si muovono sono sostanzialmente caratterizzati da conflitti armati, per affrontare i quali, sia pure nella logica della interposizione o del peacekeeping o del peace building ecc., l'uso della forza è inevitabilmente connaturato al perseguimento degli obiettivi. Inoltre non bisogna trascurare che nelle attività operative svolte all'estero è necessario confrontarsi quotidianamente con interlocutori (alleati e non) i cui parametri etici di riferimento sono spesso molto diversi dai nostri o addirittura contrapposti.

Ciò comporta la necessità per tutte le nostre Forze armate di elaborare prassi operative e procedure di formazione e addestramento militare nel cui ambito è ben possibile che emer-

gano concretamente problematiche attinenti alle questioni di cui oggi ci occupiamo.

Ragioni di sintesi impediscono di scendere più nei dettagli. D'altra parte credo sia più utile e proficuo che io mi soffermi su quegli aspetti che sono più vicini al mio ambito professionale, offrendo qualche spunto derivante dallo specifico angolo visuale del magistrato e, in particolare, del magistrato militare.

Restiamo comunque nell'ambito della definizione dei concetti che costituiscono il fulcro del nostro discorso, con un avvertimento: quando parliamo di militarità, e quindi delle istanze etiche sue proprie, occorre fare attenzione a non cadere nella trappola dei luoghi comuni rappresentati da quelle espressioni cariche di retorica normalmente utilizzate, che però rischiano di essere prive di senso se non adeguatamente contestualizzate. Nel riferirsi all'etica militare, infatti, si utilizzano generalmente parole quali: dovere, servizio, disciplina, onore, fedeltà, lealtà, esempio, coraggio che sicuramente si riempiono di significati ideali derivanti dalla tradizione, ma che all'atto del loro tradursi in atti e comportamenti concreti assumono una fisionomia che potrebbe non coincidere totalmente con lo schema astratto di riferimento. Peraltro, non è difficile riconoscere che gran parte delle disposizioni positivamente previste dall'ordinamento militare, alcune delle quali dotate di pregnanti forme di tutela, non ultima quella penale, sono ispirate da principi di natura etica e può essere sorprendente constatare come il processo evolutivo a cui sono soggetti tali principi è in grado di produrre effetti di notevole rilevanza sui risultati del processo ermeneutico attraverso il quale le norme di diritto positivo trovano concreta attuazione.

Esemplificando. Non vi è dubbio che tra i doveri del militare l'obbedienza agli ordini dei superiori è considerato il cardine della disciplina militare, in quanto posto a fondamen-

*Superare i luoghi  
comuni sulla  
militarità*

*Come è cambiato  
il dovere  
dell'obbedienza*

to della struttura gerarchica, tipica di ogni compagine militarmente organizzata.

Vediamo brevemente come tale principio, in apparenza indiscutibile e, come ampiamente noto, penalmente tutelato da tutti gli ordinamenti, venga a modularsi e ad evolversi a seconda del tempo e del contesto di riferimento.

*Il processo  
a Herbert Kappler*

Prendiamo ad esempio il processo a Herbert Kappler per la strage delle Fosse Ardeatine avvenuta a Roma il 25 agosto 1944.

Si legge nella sentenza di condanna all'ergastolo pronunciata in data 20.07.1948 dal Tribunale Militare di Roma: "il Collegio ritiene che l'ordine di uccidere dieci italiani per ogni tedesco morto nell'attentato di Via Rasella, concretatosi, attraverso il Gen. Maeltzer, nell'ordine di uccidere 320 persone in relazione a 32 morti, pur essendo illegittimo in quanto quelle fucilazioni costituivano per le considerazioni espresse degli omicidi, non può affermarsi con sicura coscienza che tale sia apparso al Kappler" ... "Diversa, invece, è la posizione dell'imputato per la fucilazione di 10 ebrei, da lui disposta, come si è visto, per avere appreso che era morto altro soldato tedesco e senza che in merito avesse avuto alcun ordine. Per questa azione la sua responsabilità è piena sia dal lato oggettivo sia da quello soggettivo" ... "Essendo avvenuto che oltre le persone contro le quali era diretta l'offesa, siano state fucilate cinque persone per un errore nel controllo delle vittime, il Collegio ritiene che il fatto rientri nell'ipotesi delittuosa dell'art. 82, 2° comma c.p.. Invero, l'errore nel controllo delle vittime può ben farsi rientrare in quella "causa generica" che costituisce una delle condizioni di applicabilità della norma in esame quando siasi cagionata offesa, oltre che alla persona alla quale essa era diretta, anche a persona diversa.

Oltre che dei dieci omicidi dei quali si è ampiamente discusso, il Kappler risponde, stante l'accennato rapporto di

causalità, anche di questi cinque omicidi a norma dell'art. 82, 2° comma c.p..”

In sostanza Kappler non fu condannato per l'intera strage delle Fosse Ardeatine, in quanto si ritenne che non era possibile escludere che avesse valutato come legittimo l'ordine di uccidere come rappresaglia 320 persone inermi. Egli fu ritenuto responsabile solo per aver autonomamente deciso, a seguito della morte di un altro soldato tedesco, la fucilazione di ulteriori dieci ebrei e per aver ucciso altre cinque persone in più per “un errore nel controllo delle vittime”. Quanto agli altri cinque imputati tratti a giudizio insieme a Kappler, tutti furono assolti per aver agito per ordine di un superiore.

Tra essi, come sappiamo, non compariva Erick Priebke, che sarebbe stato processato solo negli anni novanta dopo essere stato individuato ed arrestato in Argentina, ove si era rifugiato.

*Il processo a  
Erick Priebke*

Anch'egli nel corso del processo si è sempre difeso sostenendo di aver semplicemente obbedito ad un ordine senza poter fare altrimenti e perciò non si sentiva in alcun modo responsabile dell'eccidio delle Fosse Ardeatine. Nei suoi confronti, tuttavia, la giurisprudenza si è orientata in maniera decisamente diversa rispetto al passato.

Lucidamente, al termine di un pur travagliato iter giudiziario, la Corte di Cassazione, con la sentenza del 16 novembre 1998, nel confermare la condanna all'ergastolo inflitta dalla Corte militare di Appello, si è così espressa sul punto: “Ebbene, ritiene il Collegio che un ordine siffatto, siccome avente ad oggetto l'esecuzione di un barbaro eccidio in danno di prigionieri inermi, in violazione sia del diritto bellico che dei più elementari principi umanitari dello ius gentium (nel pur inadeguato quadro normativo di riferimento vigente all'epoca dei tragici eventi, attesa l'irretroattività delle regole essenziali ed inderogabili del diritto umanitario bellico,

recepite solo successivamente dalle quattro Convenzioni di Ginevra del 12.8.1949 e dai due Protocolli addizionali dell'8.6.1977, ratificati dallo Stato italiano rispettivamente con l. 27.10.1951 n. 1739 e l. 11.12.1985 n. 762, e di quelle sul genocidio di cui agli artt. 1, comma 2°, e 3 l. 9.10.1967 n. 962), recava intrinsecamente ed ontologicamente, per la cinica selezione e sproporzione del numero delle vittime rispetto ai soldati tedeschi morti in conseguenza dell'attentato partigiano e per le efferate modalità di esecuzione collettiva delle uccisioni, le stimmate della manifesta, macroscopica, clamorosa e ictu oculi riconoscibile criminalità dello sterminio di massa.

Di talché, agli ufficiali destinatari di quell'ordine, obiettivamente connotato dall'incommensurabile ed incontrovertibile disvalore proprio di un orribile delitto contro l'umanità, non era consentito spazio alcuno per dubbi o incertezze interpretative e s'imponeva (pena l'accusa di concorso nell'esecuzione del disumano ordine, che la coscienza collettiva e ogni legislatore escludono categoricamente dal novero delle cause di giustificazione) il dovere di disobbedienza gerarchica.”

*Il processo  
a Heinrich  
Nordhorn*

Anche nel processo a carico di Heinrich Nordhorn per l'uccisione l'8 agosto 1944 di quattro civili a Branzolino e il 9 settembre 1944 di sei civili a San Tomé, celebrato avanti al Tribunale militare di La Spezia e conclusosi in data 3 novembre 2006, dai difensori dell'imputato fu invocata la scriminante dell'aver eseguito un ordine.

Il Tribunale ritenne però che, anche in base ai principi all'epoca esistenti nel diritto internazionale, la scriminante dovesse essere esclusa per manifesta criminalità dell'ordine e icasticamente osservava: “vi sono ordini cui si ha il dovere di ubbidire, e ordini cui si ha il dovere di disubbidire. Cioè, nell'ambito del ragionamento giuridico, è conforme a diritto sia imporre l'ubbidienza sia imporre la disubbidienza.

Quindi è giustizia sia punire la disubbidienza che punire l'ubbidienza. L'eccezione non è meno giusta della regola, e il diritto è custode dell'una come dell'altra."

Non è questa la sede per addentrarsi in questioni giuridiche di grande complessità. Basti evidenziare che i casi giudiziari sopra riportati costituiscono un esempio di come il dovere di obbedienza sia stato declinato nel tempo in maniera non uniforme, con una decisa tendenza espansiva del contrapposto "dovere di disobbedienza" agli ordini la cui esecuzione costituisca manifestamente reato, a cui corrisponde una estensione del raggio che delimita il confine oltre il quale anche il militare subordinato risponde a pieno titolo della condotta criminosa posta in essere per ordine di un superiore. In proposito, per evitare equivoci, è bene ricordare, sia pure con un semplice inciso, che in ogni altra situazione il militare che obbedisce ad un ordine meramente illegittimo o la cui criminalità non sia "manifesta", salvo i casi di concorso, non risponde della propria condotta, essendo di essa responsabile chi ha emanato l'ordine.

L'evoluzione della portata del dovere di disobbedienza all'ordine la cui esecuzione costituisce manifestamente reato, così come sopra brevemente esemplificata, è dipesa, a mio avviso, dalla crescente presa di coscienza di una serie di istanze di tipo sicuramente etico, ossia per un verso che il militare non può essere considerato in assoluto un automa inco-sciente a cui è solo richiesto di obbedire in modo del tutto acritico, per altro verso che solo l'ordine legittimo, quindi conforme alle leggi e ai regolamenti (v. art. 729 del d.P.R. 25 marzo 2010, n. 90 recante il Testo Unico delle disposizioni regolamentari in materia di ordinamento militare) è dotato di forza vincolante e, per altro verso ancora, che l'evidenza (non importa se valutata in chiave oggettiva o soggettiva) della criminalità dell'ordine si manifesta, nella specifica materia che qui interessa, con una ampiezza di spettro che ha

*Il dovere di  
disobbedienza*

evidentemente risentito della progressiva (anche se continuamente messa in crisi) espansione del riconoscimento dei diritti inviolabili dell'uomo e dei principi di diritto umanitario.

Ciò conferma, quindi, che i principi etici, anche quelli riferibili all'etica militare, una volta emendati da retoriche semplificazioni, svolgono un ruolo di enorme rilievo sia nel momento della produzione normativa, sia in quello della sua applicazione concreta.

*La Carta  
Costituzionale e  
l'art.52*

Passando a focalizzare il discorso sui punti di incontro e di possibile attrito tra etica medica ed etica militare, è opportuno osservare che i nostri riferimenti culturali prima ancora che normativi sono rinvenibili nella Carta Costituzionale e negli strumenti di diritto internazionale umanitario, che costituiscono l'ineludibile e primario parametro di valutazione della adeguatezza etica dei comportamenti in ambito militare.

Non è chi non riconosca, infatti, che l'evoluzione dello strumento militare risente in maniera massiccia dei principi di democraticità di cui all'art. 52 della Costituzione, nonché di ripudio della guerra come strumento di offesa alla libertà degli altri popoli e come mezzo di risoluzione delle controversie internazionali, di cui all'art.11.

Così come le nuove frontiere del diritto umanitario, nonostante tutte le manifeste violazioni che la storia più recente rivela in modo drammatico, vedono la definizione di limiti tendenzialmente sempre più rigidi e ristretti, atti a scongiurare e se del caso punire, a livello sia nazionale che internazionale, azioni e comportamenti che in altri tempi, inquadrati in situazioni di conflitto, sarebbero stati considerati come assolutamente leciti.

Peraltro, è del tutto illusorio credere che vi siano Paesi, e mi riferisco anche a quelli a democrazia più avanzata, del tutto esenti dal rischio di possibili cadute sul terreno del rispetto

dei diritti umani, soprattutto quando si attraversano periodi segnati da gravi rischi per la sicurezza interna e esterna e quindi forte è la tentazione di utilizzare scorciatoie apparentemente più efficaci nel perseguimento degli obiettivi ritenuti essenziali per garantire appunto la sicurezza.

In proposito non si può non andare con la mente alle terrificanti notizie che giungono dalle molteplici aree del pianeta interessate da conflitti più o meno asimmetrici, in cui si commettono atrocità tali che sembrano invocare e giustificare qualsiasi tipo di risposta pur di arginare le violenze in atto.

Tuttavia è indiscutibile che progredisce verso livelli sempre più elevati la consapevolezza della necessità di porre dei limiti anche alla giusta reazione difensiva, onde definire i confini della sua legittimità, oltre i quali anche nelle situazioni di più drammatica necessità si verificherebbe una inaccettabile lesione dei diritti umani.

Lo sviluppo storico di tale presa di coscienza è avvenuto e avviene tuttora grazie al continuo lavoro di approfondimento e di sensibilizzazione che studiosi e organizzazioni di varia natura e a vari livelli sin dalla metà dell'Ottocento vanno instancabilmente sviluppando e che hanno posto le basi del moderno diritto internazionale umanitario.

A partire già dalla Prima Convenzione di Ginevra del 1864, attraverso la decisiva accelerazione che si è avuta dal secondo dopoguerra in poi, assistiamo, quindi, alla progressiva valorizzazione della persona umana, la salvaguardia dei cui diritti fondamentali alla vita e alla salute, sia in pace che nelle situazioni di conflitto e nonostante tutte le tragiche difficoltà che segnano il cammino, costituisce, almeno come linea di principio, uno degli obiettivi primari delle moderne società democratiche.

È in questa cornice, qui solo vagamente accennata, che vengono ad inserirsi le questioni concernenti la medicina mili-

*Porre limiti al  
diritto alla difesa*

*Il Codice penale  
militare di guerra*

tare e la figura del medico militare.

Abbiamo visto che esse sono caratterizzate, soprattutto in questi ultimi anni, da un dinamismo evolutivo e da intersezioni di aspetti problematici che richiedono gradi di approfondimento di gran lunga maggiori rispetto al passato.

Le conquiste della scienza medica nel campo soprattutto della genetica e delle biotecnologie hanno aperto scenari sorprendenti e per certi versi inquietanti, in cui la medicina militare e, soprattutto, il medico militare sono chiamati a percorrere itinerari particolarmente insidiosi, ed è in questo contesto che per la prima volta, come sappiamo, la figura del medico militare è stata inserita esplicitamente in un Codice di deontologia tendenzialmente destinato a tutti gli appartenenti alla classe medica.

Da osservatore esterno, prima ancora di proporre qualche breve e parziale riflessione sul contenuto dell'art. 77 del Codice di Deontologia Medica recentemente approvato, provo a darvi una spiegazione delle ragioni che hanno determinato questa scelta e del senso pratico che essa riveste.

*Le norme esistenti  
per l'attività  
medica in  
situazioni di  
conflitto*

È però necessario, in via ulteriormente preliminare, chiarire che tale espressa previsione, se costituisce una novità nell'ambito di un Codice deontologico, si inserisce comunque in uno scenario ordinamentale in cui l'attività medica esercitata in contesti militari non è affatto sconosciuta, sia pure con riferimento pressoché esclusivo all'opera prestata nell'ambito di situazioni di conflitto.

Svariate disposizioni normative sia interne ma soprattutto di livello internazionale si occupano della materia, essendo di palmare evidenza che se la ragion d'essere del diritto umanitario bellico è di arginare per quanto possibile gli orrori della guerra, tutto ciò che attiene alla cura e al sollievo delle sofferenze delle vittime, sia militari che civili, assume una importanza primaria.

E occorre sottolineare, per chiarezza, che la maggior parte

delle disposizioni che hanno trovato ingresso ai vari livelli in atti normativi riguardano la protezione delle persone che non prendono parte alle ostilità o perché non militari o perché prigionieri e la figura del medico viene vista soprattutto nel suo momento funzionale, ossia di soggetto qualificato, chiamato a curare le vittime della violenza bellica.

Tuttavia, alcuni passaggi, come vedremo, affrontano, sia pure indirettamente, anche le possibili implicazioni derivanti dallo stato giuridico del medico militare e dei vincoli interni alla compagine militare di appartenenza a cui egli è sottoposto per tale sua qualità.

Si tratta di disposizioni che nel loro contenuto più profondo sembrano, infatti, destinate ad una applicazione universale, così da riguardare non solo i prigionieri o i soggetti deboli in situazioni di conflitto, ma tutti coloro a cui è rivolta l'attività del medico ivi compresi i militari stessi, così da superare i confini del diritto bellico, per spostarsi a pieno titolo nel campo della salvaguardia dei diritti umani tout court, con possibili effetti, sino ad oggi ben poco o per nulla indagati, sulle normative di pace.

A questo punto, però, dobbiamo fare una sorprendente constatazione, perché la normativa di cui ho detto non trova positiva applicazione nel nostro Paese né in tempo di pace né per le nostre attuali missioni fuori area, le quali, come è noto, da svariati anni sono sempre accompagnate da provvedimenti normativi che stabiliscono l'applicabilità ad esse del Codice penale militare di pace, senza tener conto che la normativa internazionale in tema di diritto umanitario trova espresso recepimento solo nel Codice penale militare di guerra, che nella specifica materia, nonostante i segni del tempo e grazie anche ad alcuni recenti interventi riformatori, costituisce paradossalmente l'unico punto di riferimento in tal senso.

Non posso addentrare in una analisi neppure sintetica delle

*Il Codice penale  
militare di guerra*

disposizioni di interesse, tuttavia almeno qualche cenno sulla portata di queste disposizioni è indispensabile e, per dare un'idea, cito l'art. 174 del Codice penale militare di guerra, norma di portata generale, che punisce il comandante che ordina o autorizza l'uso di alcuni dei mezzi o modi di guerra vietati dalla legge o dalle convenzioni internazionali.

Ovvero, ancora più pertinente, l'art. 185 bis C.p.m.g. introdotto dalla legge 31 gennaio 2002, n. 6. che, oltre a punire gli atti di tortura, i trasferimenti illegali e altre condotte vietate dalle convenzioni internazionali commessi contro prigionieri di guerra, civili o altre persone protette dalle convenzioni stesse, sanziona anche gli esperimenti biologici o i trattamenti medici "non giustificati dallo stato di salute", rievocando in tal modo e dando specifica attuazione alla norma fondamentale contenuta nell'art. 11 del primo Protocollo Aggiuntivo alla Convenzione di Ginevra e nell'art. art. 5 del Secondo Protocollo, che fanno divieto di sottoporre le persone private della libertà ad un qualsiasi "intervento medico che non sia motivato dal loro stato di salute e che non sia conforme alle norme sanitarie generalmente riconosciute che la Parte responsabile dell'intervento applicherebbe in circostanze mediche analoghe ai propri cittadini che non sono privati della libertà".

*I Protocolli  
Aggiuntivi alla  
Convenzione di  
Ginevra*

Come è possibile notare, il richiamo esplicito alle convenzioni internazionali, rende immediatamente applicabili tutte le disposizioni in esse contenute.

Mi sembra utile quindi evocare anche l'art. 16 del Primo Protocollo Aggiuntivo e l'art. 10 del Secondo Protocollo Aggiuntivo in materia di Protezione generale della missione medica:

1. Nessuno sarà punito per avere esercitato un'attività di carattere medico conforme alla deontologia, quali che siano le circostanze o i beneficiari dell'attività stessa.
2. Le persone che esercitano un'attività di carattere medico

non potranno essere costrette a compiere atti o ad effettuare lavori contrari alla deontologia o altre regole mediche volte a proteggere i feriti e i malati, o alle disposizioni delle Convenzioni o del presente Protocollo, né ad astenersi dal compiere atti imposti da dette regole e disposizioni.

3. Nessuna persona che esercita un'attività di carattere medico dovrà essere costretta a dare a chiunque appartenga sia ad una parte avversaria che alla stessa propria Parte, salvo nei casi previsti dalla legge di quest'ultima, informazioni concernenti i feriti e i malati che ha o ha avuto in cura, se essa ritiene che tali informazioni possano portare pregiudizio a costoro o alle loro famiglie. Nondimeno, dovranno essere rispettati i regolamenti che disciplinano la denuncia obbligatoria delle malattie contagiose.

Per il prosieguo del nostro discorso, mi sembra di particolare interesse il richiamo, contenuto in tali disposizioni, alla "deontologia medica", quale parametro di valutazione della legittimità delle attività di carattere medico di qualsiasi natura e qualsiasi siano i beneficiari, ed è sconcertante rilevare che le disposizioni che ho appena enunciato, rivolte generalmente a tutta la classe medica, senza distinzione tra medici militari e medici civili, divengono attuali ed efficaci solo in caso di applicazione del codice penale militare di guerra, in quanto nella normativa in tempo di pace non vi è alcun richiamo a siffatte problematiche.

E allora dobbiamo chiederci se può dirsi eticamente accettabile che queste disposizioni che disciplinano l'attività di carattere sanitario a tutela sia dei medici (anche di quelli militari) che, specularmente, dei soggetti "beneficiari" (espressione quest'ultima non eticamente neutra) non trovino applicazione alcuna né in tempo di pace, (ossia nelle ordinarie attività di formazione e preparazione) né nelle nostre missioni all'estero, almeno sino a quando non sia approvata fi-

*Una criticità  
sull'applicazione  
delle norme*

nalmente una nuova specifica normativa.

E ancora dobbiamo chiederci se sia eticamente accettabile che la figura del medico militare, nell'ambito dell'ordinamento militare di cui fa parte nella pienezza delle sue funzioni "sub signis", possa rimanere del tutto privo di quelle garanzie e prerogative (foriere, però, anche di peculiari responsabilità) a lui riconosciute per la sua funzione in tempo di guerra ed essere, invece, soggetto nella ordinaria quotidianità della sua opera a vincoli potenzialmente contrastanti con i principi etici di riferimento.

Raggiungiamo qui, per così dire, quello che può essere definito il cuore del nostro problema, che presenta allo stesso tempo connotati di natura sia etica che giuridica e che è individuabile nel rapporto potenzialmente dialettico che può instaurarsi tra i due termini della locuzione "medico militare": nella possibile e, in apparenza, quasi scontata disomogeneità dei riferimenti etici, prevale la militarità o l'appartenenza alla classe medica?

*Un dilemma per  
il medico militare:  
chi curare?*

Prendiamo ad esempio uno dei massimi dilemmi che possono attanagliare la coscienza del medico: la scelta, obbligata dalle circostanze, tra diverse persone bisognose di cure.

La normativa internazionale, come abbiamo visto, prevede e per versi impone il rispetto dei principi deontologici della classe medica.

Poiché, però, queste disposizioni non sono applicabili se non in caso di impiego del Codice di guerra, il medico militare, nelle normali situazioni operative, anche sugli scenari internazionali, a volte non certo pacifici, potrebbe vedersi imporre dalla propria linea di comando dei criteri di priorità ispirati a logiche legate, ad esempio, alla efficienza delle operazioni piuttosto che al massimo beneficio ottenibile per il maggior numero di soggetti, come sarebbe logico attendersi. Per un medico, ancorché militare, si tratta di un ben angosciante scenario.

Ma altre e non meno drammatiche situazioni possono attualmente chiamare il medico militare ad effettuare scelte difficili e contrastate, e mi riferisco alle possibili applicazioni nelle compagini militari della medicina potenziativa, ammessa dal nuovo codice di deontologia medica all'art. 76, con il limite dell'osservanza dei principi di precauzione, proporzionalità e rispetto dell'autodeterminazione della persona, da cui deve acquisire il consenso informato in forma scritta. Peraltro, in questa specifica questione, si inserisce un ulteriore profilo di problematicità che complica ulteriormente il quadro.

Di tale questione, infatti, si è diffusamente occupato anche il Comitato nazionale per la Bioetica in un interessantissimo documento in tema di Diritti umani, etica medica e tecnologie di potenziamento (enhancement) in ambito militare, approvato il 22 febbraio 2013 e pubblicato il 13 marzo 2013.

Il Comitato, nel considerare in linea generale ed entro certi limiti eticamente ammissibili le procedure di ottimizzazione della performance bio-psicologica personale, a conclusione del suo lavoro, ha espresso "sul tema particolare delle tecnologie di potenziamento in ambito militare un giudizio di disvalore etico", derivante (sintetizzo al massimo) dalla problematicità di ottenere in ambito militare da parte dei soggetti interessati un consenso informato che sia autenticamente libero da condizionamenti ed ha raccomandato al Governo italiano di farsi promotore in tutte le sedi di misure atte a "considerare il potenziamento a scopi militari nelle sue varie forme possibili (genetica, farmacologica ecc.) come attività lesiva della dignità in quanto atta a modificare in maniera protratta o permanente l'integrità psico-fisica ed etica del soggetto". Si tratta di un orientamento, peraltro contrastante con prassi operative in uso in altri Paesi, che si è sviluppato con riferimento a profili specificamente attinen-

ti all'ambito militare, sui quali il Codice di deontologia medica non ha preso esplicita posizione.

Di fronte, quindi, a questo tipo di situazioni, come dovrà comportarsi il medico militare a cui sia intimato un ordine gerarchico volto ad imporgli, ad esempio, un triage o l'applicazione di metodologie di potenziamento contrastanti con i principi della deontologia medica; e come inquadrare un eventuale contrasto non con le disposizioni contenute nel codice deontologico, bensì con principi enunciati da altre fonti qualificate, come, ad esempio, per il caso appena citato, il Comitato nazionale per la Bioetica?

*La collocazione  
dell'art.77 del Codice  
di deontologia  
medica*

Tornando all'art. 77 del codice di deontologia medica, ritengo che sia proprio in questi spazi non coperti dalla normativa primaria, ancorché solo sommariamente delineati, che a mio avviso (e manifestando tutta la prudenza che la complessità dell'argomento suggerisce) trova la sua logica collocazione la previsione nell'ambito del nuovo Codice di deontologia medica di un articolo specificamente dedicato alla medicina militare.

Provo a spiegarmi. Per rimanere nell'ambito del dovere di obbedienza proprio del militare, ricordo che poc'anzi, nell'esemplificare prendendo spunto da alcuni processi per crimini di guerra, ho messo in evidenza come per il militare l'aver agito in esecuzione di un ordine non sempre esonera il militare da responsabilità e come l'ambito del dovere di disobbedienza è stato nel tempo diversamente delineato a causa dell'evolversi delle istanze etiche di riferimento.

Ciò mi è utile a dimostrare ulteriormente quanto già emerso in precedenza nel corso di questa conversazione, ossia che le istanze etiche, per non rimanere vuote proclamazioni di principio, sono per un verso chiamate a concretizzarsi (ispirandolo) nell'ordinamento giuridico positivo, che nel dettaglio viene a configurare obblighi e divieti realmente esigibili al soggetto interessato, comminando se del caso delle san-

zioni in conseguenza delle eventuali violazioni, e per altro verso si inseriscono nel processo di attuazione delle norme di diritto positivo orientando l'interprete chiamato ad applicarle.

Sotto entrambi questi aspetti si manifesta, a mio avviso, l'utilità e forse addirittura la necessità che i principi etici, a cui sono chiamati a conformarsi i soggetti accomunati dalla appartenenza al medesimo settore professionale, assumano una struttura normativa (ancorché aventi natura cosiddetta di soft-law) sotto la forma di "codici deontologici", che non solo vincolano, a pena di sanzioni di tipo disciplinare, tutti gli appartenenti a quella determinata categoria, ma che possono costituire un parametro di riferimento valido anche a fini diversi e ulteriori rispetto alla mera autodisciplina di categoria.

Ben si comprende, quindi, che la classe medica non poteva più ignorare l'esistenza nel suo ambito di quei soggetti che, pur esercitando la medesima arte della medicina, svolgono la loro opera indossando l'uniforme militare, inseriti cioè in un contesto caratterizzato da pregnanti vincoli gerarchici.

Il problema è comprendere quale livello di penetrazione riesce ad ottenere la norma deontologica all'interno dell'ordinamento positivo di livello superiore, in particolare quello disciplinare e penale militare, che può apparire ad esso refrattario.

In questa analisi, ribadendo un concetto già poc'anzi espresso in altra forma, ritengo di poter ritenere ininfluenza il fatto che i medici militari non sono obbligati alla iscrizione all'Ordine dei Medici, ciò nella convinzione (che in questa sede posso solo proporre come mera affermazione, non avendo il tempo di motivare adeguatamente sul punto) che le norme deontologiche poste dagli ordini professionali hanno una efficacia che in molti casi (e il nostro ritengo sia uno di questi) supera i limiti della disciplina interna.

*I riflessi in  
ambito penale*

Viceversa, ai fini che qui interessano, sono probabilmente da considerare prive di diretta efficacia quelle enunciazioni di principio svolte da altri organismi pure autorevoli (quale è il Comitato Nazionale di Bioetica) ma che non hanno titolo alla emanazione di atti di tipo paranormativo, a differenza degli ordini professionali, a cui è riconosciuto il compito di autodisciplinare l'esercizio delle rispettive professioni.

Restando, quindi, entro i confini delle esemplificazioni che ho svolto in relazione a come si è evoluto nel tempo il senso profondo del dovere di obbedienza, possiamo raggiungere delle conclusioni, sicuramente non definitive, ma comunque stimolanti circa gli effetti che una disposizione di carattere deontologico dedicata alla medicina militare può sortire addirittura in campo penalistico.

Si legge all'ultimo comma dell'art. 77 che: "In ogni occasione, il medico militare orienterà le proprie scelte per rispondere al meglio al conseguimento degli obiettivi e degli intendimenti del proprio comandante militare, in accordo con i principi contenuti nel presente Codice, fermo restando il rispetto dei limiti imposti dalle normative nazionali e internazionali nonché da eventuali regole di ingaggio che disciplinano l'operazione militare".

È evidente lo sforzo di mediare tra le esigenze proprie delle operazioni militari e quelle della deontologia medica. In proposito appare fondamentale il riferimento ai principi contenuti nel Codice e alla necessità che le scelte del medico militare, volte a rispondere al perseguimento degli obiettivi e degli intendimenti del proprio comandante, siano "in accordo" con quei principi. Quindi, secondo la disposizione, l'adesione agli "intendimenti" del comandante trova un limite nei principi del Codice.

Tornando al quesito proposto precedentemente chiediamoci: di fronte ad un ordine la cui esecuzione contrasta con i principi della deontologia medica così come espressamente

formulati nel codice etico, il medico è tenuto ad obbedire? In caso di non ottemperanza all'ordine incorrerebbe nel reato di disobbedienza?

La risposta è scontata in senso negativo, ossia nel senso della esistenza di un dovere di disobbedienza, nel caso in cui l'esecuzione dell'ordine costituisca anche manifestamente reato. Ma come inquadrare quei casi in cui l'esecuzione dell'ordine determinerebbe una violazione solo di prescrizioni di tipo deontologico, senza trasmodare nell'illecito penale? Alla luce delle osservazioni prima svolte circa l'esistenza nella normativa di guerra e negli strumenti di diritto internazionale di specifici richiami alla necessità ineludibile che il medico (indifferentemente civile o militare) rispetti i principi deontologici della sua professione e di fronte alla arretratezza, sul punto, della normativa in tempo di pace, in una visione sistematica e costituzionalmente orientata del complessivo ordinamento militare, io ritengo non improponibile affermare che un ordine la cui esecuzione contrasti con il Codice di deontologia medica sarebbe da definire illegittimo e, quindi, non coperto da tutela penale e che l'art. 77, pur nella evidente prudenza della sua formulazione, si pone a determinante sostegno di questa tesi, svolgendo un ruolo quanto meno esplicativo, ancorché non fondativo, della validità dell'assunto anche sotto il profilo giuridico, oltre che etico.

In ogni caso, il medico militare (o, se del caso, per le operazioni di più ampia pianificazione, i responsabili della organizzazione sanitaria militare interessata), in ossequio al dovere di lealtà verso il proprio comandante e nella necessaria salvaguardia anche delle esigenze operative (principi che comunque permeano lo stesso art. 77, oltre che essere ben delineati nel sopra citato art. 727 del d.P.R. n. 90/2010) non può esimersi, a mio avviso, dal presentare in modo corretto e collaborativo le proprie osservazioni, allo scopo di trovare

la più equilibrata soluzione al problema concreto che si è chiamati ad affrontare.

Specularmente il comandante delle operazioni, nello svolgimento della propria delicata attività, sarà chiamato anch'egli a tener conto, nell'impartire le proprie disposizioni in ambiti di interesse medico-militare, delle esigenze etiche sottese alle disposizioni del codice deontologico.

*Pienamente  
medico e  
pienamente  
militare*

Queste ultime considerazioni mi inducono a rilevare che, se in certa misura può condividersi l'assunto secondo cui l'art. 77 del nuovo Codice di deontologia medica costituisce una sorta di monito finalizzato a ricordare al medico militare che egli è prima di tutto un medico e poi un militare, è anche vero che una tale affermazione, di portata chiaramente suggestiva, potrebbe rivelarsi fuorviante se non fossimo convinti, come io sono, che la logica di fondo che ha ispirato lo sforzo compiuto nel promuovere l'inserimento nel Codice della citata disposizione e nel formarne il testo non poteva che essere ancorata alla ricerca di una sintesi che consenta al medico militare di essere allo stesso tempo pienamente medico e pienamente militare. A mio giudizio, l'art. 77 raggiunge, nelle condizioni date, un ragionevole punto di equilibrio, anche se occorrerà ancora qualche coraggioso sforzo non solo da parte della classe medica chiamata a regolamentare i profili deontologici della professione, ma anche da parte del legislatore nazionale che, nel momento in cui troverà il modo di porre rimedio alle lacune e alle irrazionalità esistenti nell'attuale assetto normativo, soprattutto per le missioni armate fuori area, dovrà tener conto anche delle esigenze della medicina militare. Inutile dire che queste riflessioni costituiscono solo un sasso lanciato nello stagno, da considerare come uno stimolo per ulteriori e più approfondite riflessioni da articolare su un più delineato e completo assetto sistematico. In realtà, è solo iniziato il cammino per esplorare i rapporti tra medicina militare, etica, deontologia applicata

alle professioni sanitarie e spazio giuridico europeo, anche sotto il profilo della salvaguardia dei diritti umani sia in pace che nei casi di conflitto.

Mi avvio rapidamente alla conclusione, ispirato anche dall'emozione con cui tutti noi credo abbiamo vissuto questa giornata, nella memoria dei tragici eventi che segnarono il primo conflitto mondiale e delle eroiche e molto spesso oscure gesta delle migliaia di donne e uomini impegnati, nel campo della medicina militare, ad alleviare le immani sofferenze cagionate da quegli accadimenti. In nessun settore della società più che nel mondo militare e in quello della medicina i valori etici assumono un rilievo preponderante. Il militare è chiamato a difendere la sicurezza della Patria, il medico a tutelare la salute della persona umana. Il medico militare incarna e sintetizza entrambe queste esigenze ineludibili per la tenuta e lo sviluppo della società. È stato osservato che nella nostra Costituzione una sola volta compare la parola "sacro", quando all'art. 52 viene così qualificato il dovere del cittadino di difendere la Patria. È un termine che evoca il sacrificio della divinità che offre se stessa per il bene e la salvezza dell'umanità. Non è un caso. La cifra caratteristica del militare, ma che rinveniamo al massimo grado anche nel medico, è la disponibilità al sacrificio: è la vocazione ad anteporre il bene della Patria e del prossimo a quello proprio. È una virtù che non si impone con la forza né con la minaccia di sanzioni; è una virtù che sull'esempio di schiere di persone che hanno dato la vita per il bene comune, sia in pace che in guerra, si conquista dando spazio a quella forza morale che, dentro ciascun militare e dentro ciascun medico consapevole del proprio stato e delle proprie responsabilità, erompe incontenibile e rende grande e nobile non solo un popolo, ma l'intera umanità a cui tutti apparteniamo.

*Conclusioni*

# Il medico militare e le missioni internazionali di pace

*Ten. Gen. Federico Marmo*

Ispettore Generale della Sanità Militare

*Premessa* Contribuire alla pace e alla sicurezza internazionale mediante la partecipazione alle missioni internazionali, costituisce per l'Italia un elemento fondamentale della propria politica estera e di sicurezza.

Negli anni '60 l'Italia inizia a partecipare a varie missioni di stabilizzazione dell'ONU e dagli anni '80 contribuisce in misura sempre maggiore alle missioni internazionali civili-militari ONU, NATO e UE.

*Operazioni fuori  
area della Sanità  
Militare*

Già da molti anni la Sanità Militare, in tutte le sue variegate espressioni, partecipa con i reparti operativi alle numerose e delicate operazioni "fuori area", anche se occorre precisare che queste sostanzialmente possono risalire, sotto varie forme e articolazioni, già dall'immediato secondo dopo guerra quando un ospedale da campo è stato schierato nella guerra di Korea (1953) e le Forze armate hanno partecipato ad ulteriori missioni umanitarie sotto egida dell'ONU (Kindu). Nel recente passato, tuttavia, la partecipazione è stata pro-

gressivamente intensificata e dal 1983 (Libano, campi di Shabra e Shatila) ha coinvolto le F.A. e la sanità militare senza soluzione di continuità.

Tra le principali, oltre a quella citata del Libano, ricordiamo le attività in Kurdistan (1991), Somalia (1993), Mozambico (1994), Bosnia (1996), Albania (1996), Kosovo (1999), Macedonia (2000), Afghanistan (2003) e ancora Libano (2006).

Il principale compito è di Force Health Protection (in Patria e “fuori area”) nell’ambito del Supporto Psicologico, della Medicina Legale Preventiva e Curativa, della Selezione, della Medicina Veterinaria, della Farmaceutica, della Medicina del Lavoro, della Formazione e della Ricerca Scientifica.

L’organizzazione sanitaria campale è basata, essenzialmente, su un sistema ad implementazione suddiviso in “Role” numerati progressivamente da 1 a 4 in relazione alla potenzialità assistenziale erogata (dal più semplice, al più complesso). Il personale, le strutture e le attrezzature di ciascuno Role sono calibrate e precostituite in funzione del compito da assolvere. Da evidenziare che alcune di queste capacità sono imbarcate e compatibili con l’impiego “dual use” (missione HAITI).

In particolare, con il Role 1, organizzato, di massima, in tenda/mezzi ruotati/blindati, si effettua la fase di 1° soccorso, life support, triage, stabilizzazione per lo sgombero al livello superiore, limitate possibilità di ricovero.

Il Role 2, attivato in tenda/shelter/accantonamenti, sviluppa attività di triage, rianimazione e chirurgia d’urgenza, stabilizzazione per lo sgombero su livelli superiori, possibilità di ricovero.

Il Role 3, posto in tenda/shelter/ accantonamenti/strutture fisse, effettua trattamenti specialistici, chirurgia di elezione, stabilizzazione per lo sgombero al livello superiore.

Il Role 4, attivato in strutture fisse, sviluppa trattamenti spe-

*La Sanità  
Militare oggi*

*Organizzazione  
sanitaria militare  
campale*

*Supporto sanitario  
in operazioni*

cialistici di rilievo, nonché ricoveri di lungo termine e riabilitazione.

I principi attraverso i quali il supporto sanitario è organizzato, sono riconducibili alla responsività, alla continuità e alla flessibilità.

In particolare, a favore del personale sono attuati differenti protocolli sanitari sintetizzabili in tre fasi da attuare prima, durante e dopo la missione.

Nel dettaglio, prima della Missione (prima fase) è verificata la idoneità dei militari in funzione dei potenziali rischi da sostenere, individuando le conseguenti misure preventive.

Nella seconda fase, durante la Missione, il personale e l'ambiente operativo sono sottoposti ad un continuo monitoraggio igienico sanitario nonché ad una assistenza sanitaria curativa, prevedendo, eventualmente, anche lo sgombero.

Al termine della missione (terza fase), si effettua il controllo dello stato di salute dei militari e una sorveglianza sanitaria a breve e medio termine.

*L'intervento  
terapeutico in teatro  
operativo*

Al riguardo della tempistica d'intervento sanitario a favore del personale, le azioni di intervento sono effettuate in diversi livelli temporali dai seguenti differenti "attori"/organismi:

- soccorritore militare, immediatamente con trattamento salva vita finalizzato al sostegno delle funzioni vitali (fase underfire);
- Role 1, entro 1 ora (Golden hour) sviluppa trattamento di primo soccorso e protocolli PHTLS/TCCC, con l'obiettivo di stabilizzare temporaneamente il paziente e prepararlo per il trasporto (fase pre ospedaliera);
- Role 2, entro 2 ore, effettua trattamenti di chirurgia salvavita o di stabilizzazione (Damage Control Surgery) con l'obiettivo di trattare le conseguenze generali del trauma in genere correlate con l'emorragia (fase ospedaliera);
- Role 3-4, opera entro 4 ore, trattamenti di chirurgia defi-

nitiva (Primary Surgery) con l'obiettivo di consentire la definizione della lesione (fase ospedaliera) per la successiva guarigione e riabilitazione.

Il trasporto del militare dal luogo della ferita alle strutture sanitarie, avviene sostanzialmente secondo le seguenti modalità:

- CASEVAC (Casualty Evacuation), effettuata con qualsiasi mezzo disponibile alla struttura sanitaria preordinata o più vicina;
- MEDEVAC (Medical Evacuation), da un organo esecutivo sanitario ad altro di livello superiore;
- STRATEVAC (Strategic Evacuation), da un organo esecutivo sanitario dislocato in teatro operativo ad altro in madrepatria.

A supporto delle attività sanitarie riconducibili essenzialmente alla diagnosi, è stata sviluppata una tecnologia e assistenza in telemedicina (TM) che utilizza le tecnologie informatiche per contribuire alla tutela della salute a prescindere dal tempo e dalla distanza.

L'obiettivo della TM è di migliorare il supporto sanitario ai militari nel rispetto del principio del "mantenimento dello stato di salute del singolo combattente quale presupposto all'efficienza operativa delle Unità", in sostanza, rompere "l'isolamento professionale" dei sanitari operanti in aree remote per trasferire le informazioni mediche anziché il paziente, per riceverne diagnosi più accurate e attendibili da organismi specialistici.

A titolo statistico, occorre evidenziare che l'attività di TM della Difesa nel periodo settembre 1996 -marzo del 2011, ha determinato:

- 13.897 ore di connessione satellitare;
- 6.954 ore per i casi unici;
- 2.608 di teleconsulti;
- 2.128 militari trattati;

*Sgomberi  
sanitari*

*Servizio di  
telemedicina  
della difesa*

- 1.917 civili trattati;
- 630 specialisti coinvolti;
- 2 interventi chirurgici on line;
- 438 MEDEVAC evitate,

per un costo stimato, in risparmio, di circa 13.140.000 euro. Forma particolare di telemedicina è il teleconsulto, consistente nello scambio di informazioni cliniche tra operatori a distanza, per valutare esigenze di evacuazione oppure per l'individuazione di diagnosi o di specifici trattamenti.

*Attività svolte in alcune delle recenti operazioni "fuori area"*

Operazione "Provide Comfort": marzo 1991- dicembre 1996. Ebbe luogo con lo scopo di portare aiuti umanitari ai Curdi in fuga verso il nord dell'Irak nel 1991. Durata 45 giorni.

**Principali attività svolte:**

• vaccinazioni e screening	22.500
• visite ambulatoriali	3.500
• ricoveri	273
• interventi chirurgici	140

**Operazione "ONUMOZ":**

**Mozambico, 1° marzo 1993 – 1° aprile 1994.**

Dal 2 maggio 1994, un Contingente formato da 230 uomini e dal Reparto Sanità è stato dislocato a Beira con il compito di continuare ad assicurare il sostegno sanitario a favore del personale ONU operante nella Regione Centro nonché alle popolazioni locali.

**Principali attività svolte:**

• visite	22.974
• interventi chirurgici	331

### **Missione “Allied Harbour”:**

**Albania, 1° aprile - 31 agosto 1999.**

È stata la prima operazione umanitaria della NATO a favore dei profughi kosovari.

Principali attività svolte:

- Visite specialistiche: 3.705,  
di cui adulti 2.500 e bambini 1.205.

### **Missione Onu “Minustah”**

**(United Nations Stabilization Mission in Haiti)**

Il contributo italiano (Portaeromobili “Cavour” nell’operazione congiunta “White Crane” con il Brasile) si è concretizzato nella fornitura di:

- |  |     |
|--|-----|
| • tonnellate di cibo                       | 12  |
| • tonnellate di acqua potabile             | 36  |
| • tonnellate di medicinali                 | 176 |
| • pazienti curati nell’ospedale della nave | 100 |
| • persone evacuate in elicottero           | 150 |

# Etica, mondo militare e responsabilità del medico con le stellette: un ponte verso il futuro

*Maurizio Balistreri*

Docente di Bioetica dell'Università di Torino

**CI SONO MOMENTI NELLA STORIA** in cui le nostre convinzioni e visioni del mondo incominciano prima a vacillare e poi, lentamente, diventano così poco difendibili che possiamo anche sorprenderci che ci sia stato un tempo in cui le abbiamo sostenute. Questo processo può essere molto lento oppure richiedere soltanto pochi anni. Alcune volte, poi, la separazione dai nostri vecchi valori può essere indolore, altre volte, invece, il cambiamento può essere preceduto o seguito da grandi tormenti e da rivoluzioni che lasciano un segno profondo nella memoria delle generazioni successive. Secondo alcuni alla base di queste trasformazioni c'è l'affermarsi di un nuovo paradigma che, alle volte in modo imprevedibile ma non per questo sempre inspiegabile, prende il posto di quello che sembra ormai vecchio e non più ragionevole. Secondo altri, invece, quello che determina l'abbandono delle vecchie idee a vantaggio di quelle nuove è il raffinamento della sensibilità morale e, quindi, una maggio-

re capacità di empatizzare con la condizione e le sofferenze delle altre persone. Attitudini che nel corso dei secoli abbiamo considerato normali e moralmente corrette appaiono improvvisamente pregiudizi inaccettabili perché comportano un atteggiamento incompatibile con la dignità e il rispetto dei nostri simili. Il risultato è il riconoscimento morale e giuridico di nuovi diritti che aprono nuove opportunità e prospettive di vita a persone che prima erano condannate all'infelicità.

Prima che questo accada i vecchi valori si confrontano e scontrano con quelli nuovi contendendosi il primato nella riflessione culturale e nelle discussioni pubbliche. Coloro che sostengono le idee del passato non perdono occasione per affermare che accettare le nuove idee significherebbe aprire le porte della città a un nemico che, poi, distruggerà, senza alcuna pietà, le fondamenta della nostra società. Che, arrendersi al nuovo, non soltanto sarebbe un tradimento delle generazioni passate che con il loro impegno e con il loro sacrificio hanno costruito questo nostro mondo, ma metterebbe anche a repentaglio la possibilità della convivenza civile. Coloro che, invece, difendono il valore delle nuove idee sostengono che la società deve essere capace di adeguare il proprio orizzonte morale a quella realtà che inesorabilmente va emergendo sotto la spinta delle persone che rivendicano nuovi diritti. Secondo loro, la forza, la solidità e la stabilità di una società non si misurano sulla base della sua fedeltà ai valori tradizionali, ma della sua capacità di rispondere con prontezza e disponibilità alle richieste di giustizia che i propri cittadini avanzano.

Quando queste trasformazioni avvengono possiamo domandarci come abbiamo fatto a non accorgerci che i nostri pregiudizi contribuivano ad alimentare il disprezzo per l'altro. E possiamo anche provare vergogna per la disattenzione che abbiamo avuto perché siamo convinti che avremmo

*Il confronto  
tra valori vecchi  
e nuovi*

potuto essere, se non più giusti, almeno più sensibili. È un fatto, ad ogni modo, che la moralità cambia nel tempo di generazione in generazione al cambiare sia del contesto in cui viviamo che dell'esperienza che facciamo. Nel momento in cui riusciamo a percepire aspetti della vita delle altre persone, che prima non eravamo in grado di cogliere, prende avvio una nuova epoca.

*Dal modello paternalistico al modello liberale in medicina*

Quello che è avvenuto negli ultimi decenni nell'ambito della medicina è un esempio emblematico delle dinamiche che accompagnano le grandi trasformazioni morali. Il modello paternalistico della medicina che attribuisce al medico la responsabilità di decidere sulla salute del paziente è stato lentamente sostituito da un modello liberale che lascia al paziente il diritto di scegliere in merito al proprio bene. In conseguenza dell'affermarsi di questo nuovo modello di medicina alcune libertà sono ormai ampiamente riconosciute (ad esempio, il diritto a non essere sottoposto ad un trattamento sanitario senza il proprio consenso informato), altre, invece, (ad esempio, il diritto di essere aiutato a – o lasciato – morire) sono ancora oggetto di un acceso dibattito e, almeno nel nostro paese, sono fortemente osteggiate. Tuttavia, come testimonia abbondantemente il dibattito sulle questioni bioetiche, lo sfondo morale della medicina sembra ormai irrimediabilmente cambiato. Queste trasformazioni che hanno segnato negli ultimi decenni l'ambito della medicina – e che ora si stanno consolidando nel riconoscimento di nuovi diritti – hanno aperto negli ultimi tempi un nuovo spazio di riflessione sulla medicina militare.

*Per secoli abbiamo pensato che il mondo militare avesse principi morali diversi*

Per lungo tempo abbiamo pensato che il mondo militare dovesse fare riferimento a principi morali diversi da quelli che orientano la condotta nella società civile. Le regole che valgono per chi vive in un contesto di convivenza pacifica non sembravano appropriate per un contesto come quello militare, orientato alla guerra e con l'esigenza di prevalere sulla

parte avversa attraverso l'uso e l'esercizio della violenza. Sembrava, cioè, corretto pretendere dal cittadino di rispettare le altre persone e di rinunciare a quelle condotte che arrecano loro danno o violano i loro diritti. Ma appariva assurdo avanzare la stessa richiesta a chi, per scelta o per dovere, indossa una divisa ed è chiamato a combattere in una guerra o in un intervento armato. Era scontato credere che, sia nei confronti del nemico che nei riguardi dei propri commilitoni, il militare dovesse anteporre al rispetto dei diritti le esigenze belliche. Tom L. Beachamp e James F. Childress, ad esempio, pur riconoscendo che la medicina militare solleva interrogativi importanti su fino a che punto i professionisti sanitari dovrebbero rifiutare di essere coinvolti in servizi militari che non permettono loro di rimanere fedele agli impegni presi nei confronti del paziente, affermavano, tuttavia, che i medici militari hanno doveri diversi rispetto a quelli che non portano le stellette: "Il medico militare deve accettare un insieme di obblighi diversi da quelli del medico civile, in particolare, porre gli interessi dell'esercito al di sopra dei propri interessi e di quelli del paziente" (T.L. Beachamp, J.F. Childress, *Principi di etica medica*, traduzione di Francesco Demartis, 4° edizione, Le Lettere, Firenze 1999, p. 424).

Negli ultimi anni, però, queste vecchie convinzioni cominciano ad essere scosse. Per quanto riguarda il rapporto con il nemico, l'idea che oggi viene messa in discussione è che, in un conflitto armato, il soldato abbia sempre il diritto di usare la violenza. In passato soltanto lo stato era considerato responsabile per l'uso della forza: oggi si afferma che il soldato dovrebbe domandarsi se la guerra che sta combattendo è legittima e che non dovrebbe uccidere o ferire altre persone senza ragione. Naturalmente la valutazione del soldato potrebbe essere influenzata dalla propaganda incoraggiata dai governi che vogliono convincerlo della necessità della guerra. Per il soldato, inoltre, potrebbe essere difficile

*Il soldato ha sempre il diritto di usare la violenza?*

resistere agli ordini di combattere: in questi casi, le punizioni previste potrebbero comportare anche la morte. Comunque, ci possono essere situazioni in cui il soldato può sia valutare le ragioni della guerra che esercitare un diritto all'obiezione di coscienza senza troppi rischi. In questi casi, combattere una guerra ingiusta sembra una scelta moralmente disapprovabile. La valutazione morale condotta sul singolo combattente viene, poi, estesa anche ai governi e alle istituzioni che decidono in merito all'intervento armato con il risultato di giustificare l'uso della violenza soltanto in particolari circostanze. Quando l'obiettivo è quello di ristabilire oppure promuovere una situazione di giustizia e soltanto quando il ricorso ad un intervento armato è veramente necessario.

*I diritti  
del paziente  
soldato*

Mentre, poi, viene ormai accettato che il soldato abbia il diritto di opporsi agli ordini ingiusti, la discussione circa i diritti che spettano al paziente soldato è, invece, appena all'inizio, con posizioni orientate a riconoscere al soldato gli stessi diritti che hanno i civili. Dal diritto ad essere informato circa i rischi dell'intervento sanitario raccomandato al diritto di rifiutarlo, nel caso lo ritenga contrario ai propri interessi, dal diritto a non essere sottoposto a un trattamento non ancora sperimentato al diritto di essere assistito quando la propria condizione richiede un intervento immediato e indipendentemente dalla sua capacità di ritornare successivamente a combattere.

*Anche in ambito  
militare il modello  
paternalistico di  
medicina è vicino al  
tramonto*

È ancora presto per prevedere dove porterà la riflessione sulla bioetica militare. L'impressione, tuttavia, è che sia iniziato un processo che non possiamo più fermare: anche in ambito militare, il modello paternalistico di medicina è vicino al tramonto. Del resto, una società liberal-democratica non può lasciare che sopravvivano al proprio interno sfere d'azione in cui vengono fatti valere principi morali che consentono una palese e ripetuta violazione dei diritti e delle libertà

dei propri cittadini. Non si tratta di un problema di coerenza: se fosse questo il problema, si potrebbe anche prendere atto della dissonanza di certe politiche e comunque giustificarle. Il punto è che sfere d'azione in aperta contraddizione con lo spirito di una società liberal-democratica possono irrimediabilmente infettare e corrompere altri spazi della società, mettendo, alla fine, in pericolo i suoi stessi valori morali. Persone abituate a trattare gli altri e ad essere trattate secondo una logica rigidamente gerarchica che non prevede spazi adeguati per il rispetto del principio di autonomia possono mostrarsi poco capaci di costruire rapporti secondo altre modalità relazionali. Esse, inoltre, possono avere maggiori difficoltà a diventare cittadini responsabili, in grado, cioè, di compiere scelte autonome a partire da una valutazione personale della situazione con cui si confrontano e dei bisogni e delle sofferenze altrui. È possibile, infatti, che sviluppino l'inclinazione a mettere in relazione il comportamento giusto con l'obbedienza a qualche forma di comando e non invece con la capacità di essere sensibili e, quindi, attenti a quanto accade ai propri concittadini. Per altro, una giustificazione utilitaristica dei valori tradizionali del mondo militare non è convincente in quanto non trova alcuna conferma a livello empirico.

Le esigenze militari sono incompatibili con i valori di una società liberal-democratica?

La preoccupazione è che facendo valere anche per il mondo militare i principi morali e, più in generale, i diritti riconosciuti da una società liberal-democratica, si condannerebbe all'insuccesso ogni operazione o intervento armato, perché – questa è la tesi – non si può vincere una guerra e neanche una battaglia rinunciando al valore dell'obbedienza e lasciando, quindi, i soldati liberi di decidere se, ad esempio, curarsi o prendersi cura della propria salute e quando eseguire gli ordini (M.L. Gross, *Bioethics and Armed Conflict*).

*Moral Dilemmas of Medicine and War*, MIT Press Cambridge, Massachusetts 2006; *Moral Dilemmas of Modern War: Torture, Assassination, and Blackmail in an Age of Asymmetric Conflict*, Cambridge University Press, Cambridge 2010). A queste preoccupazioni possiamo rispondere facendo presente che non c'è alcuna prova empirica che le esigenze militari siano incompatibili con i valori di una società liberal-democratica e, più in particolare, che soldati più autonomi sarebbero soldati peggiori perché non avrebbero il carattere del buon soldato. Chi rifiuta la riforma dei valori morali tradizionali non sembra capace di comprendere che non è negando i diritti e le libertà che si ottiene un buon soldato, ma motivandolo con ragioni condivisibili che possono stimolare il proprio senso dell'onore. Sono i regimi totalitari che devono temere un'estensione dei diritti al mondo militare: per le società liberal-democratiche i diritti sono una risorsa che può servire a favorire i processi di maturazione e di responsabilizzazione dei propri cittadini.

*Il valore di stimolo  
dell'art. 77 del  
Codice di  
Deontologia  
Medica*

È prevedibile, comunque, che passeranno ancora molti anni prima che i nuovi principi morali trovino applicazione in ambito militare e orientino la condotta dei medici. Sarà soprattutto compito del mondo militare favorire questo processo di moralizzazione: la società civile può svolgere un ruolo non secondario contribuendo a stimolare la riflessione e incoraggiando su queste tematiche un orientamento pubblico. È quello che è avvenuto la recente decisione da parte della Federazione degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri di introdurre nella revisione del proprio Codice deontologico l'articolo 77 relativo alla medicina militare. Con quest'articolo, per altro, ci si muove nella direzione che noi auspichiamo: l'affermazione che il paziente soldato ha diritti fondamentali che il medico militare ha il dovere di rispettare ed, eventualmente, anteporre agli interessi dell'esercito. Tuttavia, le questioni che emergono dalla medici-

na militare sono molto complesse. Le affermazioni di principio vanno, pertanto, accompagnate da una riflessione capace di confrontarsi con i dilemmi che i medici militari quotidianamente incontrano e, di conseguenza, in dialogo con l'esperienza maturata in questo contesto dagli operatori che hanno le competenze e la sensibilità per contribuire all'approfondimento del tema. È questa l'unica strada per elaborare una prospettiva che non cada sul mondo militare dall'alto, ma sia il risultato di un lavoro rispettoso delle diverse competenze coinvolte. Il mondo militare non deve temere di perdere autorevolezza e prestigio, perché da questo cambiamento di paradigma morale gli possono venire soltanto benefici. Si rafforza l'immagine delle Forze Armate come risorsa su cui la società può contare non soltanto per difendersi dai nemici esterni o per affrontare pubbliche calamità o catastrofi naturali, ma anche per tutelare e promuovere – anche all'estero – i valori liberal-democratici, da quello dell'autonomia a quello della giustizia. Acquista forza il modello del soldato come professionista al servizio della comunità e dei cittadini in linea con l'aspetto vocazione che sempre più caratterizza questo mestiere. Il coraggio resterà un tratto costitutivo del carattere del soldato, ma, nella misura in cui il soldato sarà utile agli altri e rispetterà i loro diritti, “mostrerà di possedere quella benevolenza che permette a lui o lei di avere un carattere davvero ammirabile (...)” (L. Greco, *Il buon soldato e l'agente virtuoso: Hume e la military glory*, in M. Balistreri, M. Benato, M. Mori, a cura di, *Etica medica nella vita militare. Per iniziare una riflessione*, Value, Torino 2014, pp. 107-115, in particolare p. 115).

# Università Castrense: un glorioso fatto storico che detta insegnamenti al presente

*Luigi A. Conte*  
Segretario Fnomceo

ESCO DAL TEMA DELL' ESEGESI dell'articolo del nuovo Codice deontologico sulla medicina militare per ricordare, in occasione del centenario della 1° guerra mondiale, l'esperienza dell'Università Castrense in quanto valorizza aspetti fondanti della nostra professione e propone una interpretazione autentica delle secolari motivazioni che la fanno essere centrale nella società e nella vita di ciascuna persona.

*L'esperienza  
dell'Università  
Castrense*

Con l'inizio della guerra, l'esercito incorporò gli studenti universitari. Le facoltà di medicina si svuotarono, ma i pochi giovani medici si dimostrarono impreparati a svolgere la loro missione nelle immediate retrovie del fronte e negli ospedali da campo.

C'era il bisogno di portare a compimento il corso di formazione medica per gli studenti del 5° e 6° anno senza allontanarli troppo dalle operazioni di guerra di quella che è stata definita la 4° ed ultima guerra di indipendenza.

Ed ecco che le forze migliori del paese si misero insieme per-

ché quei giovani, avviati allo studio della medicina e già al fronte, potessero garantire una presenza più qualificata a fianco dei propri compagni d'armi.

E nel gennaio 1916 a San Giorgio di Nogaro, sede dell'Intendenza della 3° Armata, il Comando Supremo istituisce una "sezione universitaria" autonoma nei confronti delle Istituzioni Universitarie del Regno per coloro che erano idonei a ricoprire il ruolo di aspirante sottotenente medico.

A San Giorgio di Nogaro vi erano 8 ospedali con una media di 1.500 malati di tutte le condizioni; ed a Latisana e a Palmanova, altri 7-8 ospedali militari o civili che raccoglievano già molti medici d'ogni specialità.

Furono chiamati all'insegnamento nomi illustri della Medicina di allora e tutti con il titolo e le competenze di insegnanti d'Università. A San Giorgio di Nogaro arrivarono complessivamente 832 studenti, di cui 200 al 5° anno e 632 al 6°, e se ne laurearono 812.

Fu un successo della Politica? Fu un successo delle Autorità Militari? Fu un successo del mondo accademico? Fu un successo della professione medica? No, fu un successo dell'intero paese. C'era una necessità, si trovarono volontà ed impegno per dare risposte rapide ed efficaci ai problemi del Paese. Ma in 11 mesi quella eccezionale sperimentazione didattica andò verso l'esaurimento per la miope, seppur legittima, protesta del mondo accademico. Fu riportata nell'ambito delle istituzioni universitarie, prima con l'accorpamento all'università di Padova e poi, dopo altri 9 mesi, con il ritorno nelle diverse sedi universitarie del paese.

Ecco l'insegnamento: nei momenti di crisi di qualsiasi genere e natura le forze migliori e le *competenze migliori* si mettono insieme per dare risposte adeguate alla società e per andare avanti. Nel momento del bisogno occorre mettere da parte i particolarismi e gli interessi di parte, nel sommo interesse del paese. E la professione medica non ha mai fatto

*L'insegnamento: nei momenti di crisi le competenze migliori si mettono insieme per dare risposte adeguate*

mancare e mai farà mancare il suo qualificato apporto in termini di competenza, in termini di responsabilità, in termini di disponibilità e di sacrificio.

Ed in omaggio a questa esaltante e gloriosa esperienza concludo con le parole di saluto del Preside Luigi Lucatello:

“Giovani amici! Gravi sono i doveri del medico verso la società, più gravi ancora saranno i doveri vostri verso i fratelli in armi.

Ebbene in quest’ora degli auguri e degli addii, in cui nel memore intelletto ricomponiamo i ricordi della breve e pur intensa vita di lavoro trascorsa insieme, possiate, io vi dirò, essere atti al nobilissimo ufficio così come ne siete degni: questo è l’augurio mio! Noi dei vostri successi godremo una gioia ineffabile perché ricorderemo superbi di essere stati vostri Maestri”.

# Etica militare e deontologia medica. La presenza delle donne

*Rita Nonnis*

Vicepresidente OMCeO Sassari

**ALL'ART. 11 LA NOSTRA COSTITUZIONE** recita: “L’Italia ripudia la guerra come strumento di offesa alla libertà degli altri popoli e come mezzo di risoluzione delle controversie internazionali (...)”.

Ancora, l’art. 52 definisce “la difesa della Patria un sacro dovere del cittadino” e indica che “l’Ordinamento delle Forze Armate si informa allo spirito democratico della Repubblica”. Questi fondamentali principi in difesa della pace, non possiamo non ricordarlo, specie in questi luoghi teatro della Prima Guerra mondiale, sono stati sanciti dopo un’altra guerra, la Seconda Guerra mondiale.

Le nostre Forze armate, il cui ordinamento e attività sono ispirati ai principi costituzionali, sono, dunque, al servizio della Repubblica, in difesa della nazione.

L’art. 1 della legge 11 luglio 1978, n. 382, infatti, stabilisce i compiti e le finalità militari “il cui dovere preminente è quello di assicurare la difesa della Patria e concorrere alla sal-

vanguardia delle libere istituzioni e al bene della collettività nazionale nei casi di pubbliche calamità”.

La nostra Costituzione e le leggi italiane sono dunque chiare e pongono le nostre Forze militari in una posizione notevolmente diversa dalle altre nazioni anche nei teatri di guerra, e la partecipazione alle missioni di pace assume una valenza di non aggressività nei confronti delle popolazioni. Un compito molto difficile, specie quando svolto in zone di guerra dalle situazione geo-politiche complesse.

*Coniugare etica  
militare, deontologia  
medica e disciplina*

In questi contesti, uno dei nodi più importanti da affrontare per il medico militare è proprio quello di coniugare l'etica militare, la deontologia medica e la disciplina.

Nello svolgimento dei compiti è chiaro che la deontologia della professione in ambito militare ha delle peculiarità che la diversificano e in qualche modo la rendono più complessa rispetto alla professione in ambito civile. Si avvale di un sapere tecnico-scientifico (molto dobbiamo alla sanità militare in tema di sviluppo tecnologico) ma anche di valori etici-morali e di principi di comportamento peculiari. Un'etica e una deontologia che interessano il rapporto con i commilitoni, superiori e no, il rapporto con i militari nemici e il rapporto con la popolazione civile specie nelle zone di guerra. Un'etica e una deontologia che si devono conciliare con la disciplina, altro elemento fondante delle Forze militari. La disciplina, in ambito militare, sappiamo costituire la struttura portante delle forze armate, in quanto è un presupposto essenziale della loro coesione ed efficienza ed è un sistema normativo irrinunciabile per una organizzazione a cui sono assegnati compiti molto delicati quali la tutela della sovranità e della indipendenza di uno stato. Ma tali principi evolvono con la moderna sensibilità politica e sociale e anche questa evoluzione è espressione del grado di civiltà giuridica e morale raggiunta da una società che non possono non coinvolgere anche l'ambito militare.

Lo sforzo della Fnomceo i questi tre anni, a partire dal Primo evento sulla Sanità Militare che come Federazione organizzammo tre anni fa a La Maddalena, è stato proprio quello di affermare i principi etici e deontologici dell'attività del medico militare nel rispetto delle gerarchie e della disciplina, anch'esse fondate su principi etici.

Ecco dunque che i principi di deontologia medica non entrano in dissonanza con l'etica e la deontologia militare e l'art. 77 ha trovato piena collocazione del nostro Codice.

Ma c'è un altro aspetto che vorrei qui ricordare. Nella Grande Guerra, è stato detto anche oggi, le donne avevano un ruolo ausiliare (Croce Rossa) o come madri e mogli dei soldati, in questi ruoli con una condizione di forte sofferenza e impotenza.

Già dal 2001 le donne fanno parte a pieno titolo delle Forze Armate con ruoli operativi e partecipi di tutte le operazioni in teatro di guerra e nei compiti civili di assistenza alla popolazione.

Forse le Forze Armate, dobbiamo riconoscerlo, sono una delle istituzioni dello Stato nelle quali l'ingresso delle donne avviene per merito e sempre per merito possono fare carriera. Paradossalmente la società civile in questo senso è in forte ritardo dove pregiudizi, se non veri propri ostacoli, persistono e le reali possibilità meritocratiche non rappresentano per le donne una opportunità. Le regole certe e definite basate sul merito rappresentano, infatti, "porte" e non "muri" per le donne.

Attualmente, nelle missioni in cui le forze armate sono impegnate, le donne delle nostre Forze Armate volgono compiti delicatissimi e forse unici. Solo le donne, infatti, riescono ad avvicinare le altre donne di diversa cultura e religione, per poterle assistere e curare e rappresentano una risorsa indispensabile durante queste missioni.

Certo, ancora non sappiamo come realmente vivano le don-

*Le donne  
nelle Forze Armate*

ne nelle Forze Armate e quali problemi si trovino ad affrontare in questa loro lodevole scelta di vita. Lavorano insieme ai loro colleghi maschi in piena armonia e condivisione? C'è una tutela della maternità, elemento indispensabile di tutela di una società? Ricordiamo che una società che non tutela la maternità in ogni suo aspetto e situazione è una società che non cresce, destinata a morire. Penso che questi siano interrogativi a cui dobbiamo dare delle risposte chiare per una piena integrazione delle donne nella vita militare così come nella società.

Se guardiamo all'estero, ad esempio alla condizione delle donne nell'esercito USA, vengono riferiti episodi di violenza e le pressioni psicologiche da parte dei commilitoni sono altissime. Moltissime si congedano dopo essersi trovate in queste situazioni. C'è molta letteratura in merito che vi invito a leggere. Conoscere i problemi e prevenire derive di degrado è un dovere per tutti, militari e società civile.

### *Conclusioni*

In conclusione, sono molto contenta di aver partecipato al lavoro fatto in Consulta e al raggiungimento degli obiettivi che hanno visto la realizzazione dell'art. 77 nel nostro Nuovo Codice Deontologico, il cui merito va ai componenti della Consulta ma, per l'art. 77 soprattutto a Maurizio Benato, al generale Marmo e al colonnello Lista.

Spero questo costituisca davvero un prestigioso e storico inizio che ci consenta di proseguire verso una crescita culturale, sinergica e collettiva, fra il mondo sanitario e militare e la società civile.

# La medicina militare nel codice deontologico

*Aldo Pagni*

Componente della Consulta Deontologica nazionale della Fnomceo

**LA PROFESSIONE CHE PER PRIMA** ha avvertito l'esigenza di un Codice deontologico è stata quella medica, perchè il suo esercizio coinvolge i valori più elevati della persona umana e quindi deve corrispondere alle esigenze etiche più profonde.

Si è discusso molto in passato sul rapporto tra etica e deontologia, e la discussione continua tuttora, tra etiche dei principi e delle conseguenze, senza approdare a conclusioni definitive com'è inevitabile quando si tratta delle riflessioni del pensiero umano.

Bentham scrisse: "l'etica ha ricevuto l'espressione più espressiva di deontologia" e definì quest'ultima come "la parte delle nostre azioni cui il diritto positivo lascia campo libero".

Oggi la deontologia, un discorso basato sui doveri, appare sempre più condizionata dal pluralismo etico, e dal vorticoso sviluppo della tecnologia e dell'informatica, ma i suoi principi generali rimangono: il rispetto della persona umana,

l'equilibrio tra la libertà del medico e quella del paziente e le qualità esigibili dal medico, in relazione alla mission che la società gli ha affidato.

Il Codice deontologico, pur non essendo fonte primaria di diritto e non avendo rilevanza penale, è tuttavia un punto di riferimento per i magistrati di ogni ordine e grado, e per l'emanazione di sanzioni disciplinari da parte degli Ordini nei confronti degli iscritti che ne violino le norme.

Del resto, la mancata iscrizione di un medico o di un odontoiatra all'Albo professionale configura il reato di esercizio abusivo della professione.

*L'art. 77 nel  
Codice  
deontologico  
del 2014*

L'introduzione di un articolo dedicato alla medicina militare nel Codice deontologico del 2014, meritava questa solenne cerimonia.

Dopo che la Fnomceo, nel 1953, sentì l'esigenza di dar vita a una codificazione che avesse efficacia a livello nazionale, nessuno dei Codici deontologici che si sono succeduti nei decenni successivi, fino a oggi aveva introdotto questa specifica citazione.

Le riserve originavano dal fatto che, anche se la nostra Costituzione rifiuta la guerra, il medico militare esercita la professione non solo in tempo di pace, ma anche in aree di guerra, dove il valore e il rispetto della vita propria e degli altri appaiono molto precari e incerti.

Appare comprensibile che i medici militari francesi, che non si iscrivono all'Ordine dei medici, dispongano di un regolamento deontologico proprio largamente ispirato al codice dei civili, in una pratica subordinata in prevalenza all'istituzione militare.

In Italia, in accordo con il Ministero della Difesa, e dopo l'incontro a la Maddalena con la dirigenza medica delle Forze Armate, e i corsi di bioetica presso l'ospedale militare Celio, si è invece ritenuto che la responsabilità etica dei medici iscritti agli Ordini "non muta(ss) in tutti gli interventi di

forza armata sia in tempo di pace che di guerra, in accordo con i principi del Codice, fermo restando il rispetto dei limiti imposti dalle normative nazionali e internazionali, nonché da eventuali regole d'ingaggio che disciplinano l'operazione militare”.

Si è fatta, dunque, la scelta di valorizzare l'etica e la qualità professionale di un medico militare che, nell'ambito dei propri compiti istituzionali, garantisca la salvaguardia psico-fisica del paziente, assicuri il livello più elevato di umanizzazione delle cure, nel rispetto delle conoscenze più aggiornate derivanti dalla ricerca, fornisca assistenza ai militari che non partecipano direttamente alle ostilità, e denunci alle Autorità militari i casi di torture, violenze e trattamenti disumani “tali da essere degradanti per la dignità umana” come recita l'articolo 77 del Codice deontologico del 2014.

*Valorizzare l'etica  
e la qualità  
professionale del  
medico militare*

# Articolo 77 del Codice di Deontologia Medica: l'etica ed il medico militare oggi

*Maurizio Scassola*

Consulta Deontologica nazionale FNOMCeO

IL CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA rappresenta un grande lavoro di sintesi all'interno delle diverse aree della professione; l'ingresso della Medicina Militare in questo confronto ha portato ulteriori elementi di arricchimento; se la pluralità dei punti di vista e delle esperienze rappresenta un valore aggiunto per ogni aspetto della nostra vita, per la professione medica è linfa vitale. In un momento storico che vede la medicina al centro del dibattito filosofico, sociale, scientifico e politico per i rapidi cambiamenti imposti dalle scoperte scientifiche, dalla riorganizzazione del sistema socio-sanitario e dalle difficoltà economiche, il medico deve riflettere sul senso delle proprie scelte e sulle prospettive di un nuovo impegno non solo professionale ma anche civile, politico.

Noi guardiamo alla modernità della figura del medico militare che cerca un delicatissimo equilibrio nello svolgere un ruolo gerarchicamente stabilito dal sistema di difesa ma autonomo nelle scelte professionali e quotidianamente ispirato alle regole dell'etica e della deontologia; possiamo met-

*Il delicato equilibrio  
tra gerarchia e  
autonomia  
professionale*

tere in parallelo questa condizione a quella del medico che in ambito civile deve rispettare leggi e norme all'interno di equipe multiprofessionali che obbligano ad un lavoro di squadra per offrire alla persona assistita sicurezza e qualità delle cure, nel rispetto di ruoli e responsabilità che si esprimono nella leadership.

Ricordiamoci il passaggio che nell'art. 77 del Codice di Deontologia medica recita "In ogni occasione, il medico militare orienterà le proprie scelte per rispondere al meglio al conseguimento degli obiettivi e degli intendimenti del proprio comandante militare, in accordo con i principi contenuti nel presente Codice (...)". Non possiamo che guardare con interesse al ruolo del medico militare che in condizioni di conflitto o di emergenze umanitarie sostiene le popolazioni assistite con professionalità e responsabilità, cura le condizioni di fragilità e deve esprimere il meglio nei confronti del nemico ferito che rappresenta una sintesi drammatica delle capacità etico-comportamentali. Se guardiamo poi ai modelli organizzativi nei quali lavora il medico militare dobbiamo riflettere su come questi rappresentino per noi tutti esempi di buona pratica clinica, di qualità organizzativa e di grande efficienza spesso svolta in condizioni precarie di lavoro (vedi le emergenze umanitarie). Credo che un flusso continuo di confronto tra medico civile e medico militare possa migliorare entrambi perché rappresenta un ulteriore elemento di quella verifica e revisione della pratica professionale che condiziona la qualità della cura alla persona.

Desidero ricordare un passaggio del libro di Alberto Giacobbi – *Il fronte delle Dolomiti* (1915-1917) – che ben rappresenta i valori fondanti della professione medica e come questa sia moralmente ed eticamente ben rappresentata dalla figura del medico militare, in questo caso eroicamente rappresentata dal dottor Antonio Berti : "...spicca la figu-

*Antonio Berti,  
medico e alpinista,  
sul fronte delle  
Dolomiti*

ra, in campo avverso, di Sepp Innerkofler, leggendaria guida di Sesto Pusteria, caduto sul Monte Paterno (Paternkofel) il 4 luglio 1915. Il tenete medico degli Alpini, Antonio Berti, che come alpinista conosceva bene Innerkofler, si trovava, nello stesso attimo in cui Sepp Innerkofler perse la vita, a Forcella Lavaredo con i suoi Alpini. Subito informato del tragico evento, fece immediatamente scendere nel canalone 'Oppel' l'aiutante di sanità Angelo Loschi, che, aiutato da alcuni commilitoni, recuperò il corpo sfracellato del povero Sepp, fatto segno nel frattempo di nutrita fucileria austriaca. Quei resti mortali furono ricomposti, rinchiusi in una bara e sepolti con gli onori militari..." . Berti, nato a Venezia, si era laureato a Padova a pieni voti dottore in medicina e subito dopo ebbe il suo primo incarico, come medico per villeggianti, al Pian delle Fugazze, ai piedi del Pasubio. Nel 1908 comparve, sugli scaffali delle librerie, un volumetto di 116 pagine, storie di uomini e montagne: la prima *Guida delle Dolomiti del Cadore*.

All'insorgere del primo conflitto mondiale, le sue accurate descrizioni e i minuziosi disegni delle vie dolomitiche, furono preziose anche per lo Stato Maggiore che, su quelle montagne, stava preparandosi alla guerra. Berti si arruolò come volontario tra gli Alpini del battaglione Val Piave e la sua esperienza di scalatore, unita alla perfetta conoscenza dei luoghi, venne subito messa a frutto. Il posto di primo soccorso era situato ai piedi delle Tre Cime e poco distante Berti aveva montato la sua tenda, a ridosso della Cima Piccolissima. Curava i compagni feriti e ascoltava da loro i racconti di vita e quelli delle battaglie che si stavano svolgendo fra le crode di Lavaredo, sul Monte Piana, sul Popera, sulla Croda Rossa e Cima Undici.

Ho voluto concludere queste mie riflessioni ricordando (anche grazie all'Archivio Franco Licini) il collega Antonio Berti come sintesi antropologica della nostra professione.

La nostra professione e la nostra vita sono un tutt'uno, inscindibile, un flusso continuo di esperienze di relazioni e di vissuti; ognuno di noi offre al collega e alla propria comunità una parte di sé, una essenza che si deposita e si stratifica nella evoluzione della Professione Medica e consolida l'orgoglio di appartenervi.

# LA PROFESSIONE

MEDICINA, SCIENZA, ETICA E SOCIETÀ

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

ANNO XVI • NUMERO III - MMXV

Presidente  
*Roberta Chersevani*

Direttore responsabile  
*Eva Antoniotti*

Gruppo di lavoro "Area della comunicazione"  
*Cosimo Nume* (coordinatore, presidente Omceo Taranto)  
*Alessandro Conte* (Osservatorio giovani professionisti medici ed odontoiatri)  
*Antonio De Rosa* (consigliere Omceo Napoli)  
*Anna Rita Ecce* (consigliera Omceo Cagliari)



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

Chiuso in redazione nel mese di febbraio 2016  
Finito di stampare nel mese di febbraio 2016 da  
SGI, Società Generale dell'Immagine - 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