PONTIFICIA FACOLTA' TEOLOGICA
"SAN BONAVENTURA"

Members of United Nations Academic Impact in NY

**Master Universitario di II livello**

**in**

***"Peace Building Management -per costruire la pace nel mondo-***
***Relazioni Internazionali-Diplomazia-Mediazione e Gestione delle Crisi"***

Anno Accademico 2013/2014

Institut Européen
d'Administration Publique
European Institute
of Public Administration

# Il personale sanitario in occasione dei conflitti armati: compiti, diritti e doveri.

---


Candidato:

Dott. Giancarlo Corsano

Relatore:

Avv. Gerardo Di Ruocco

Ai miei genitori Andrea e Maria
per gli innumerevoli sacrifici compiuti

Alle mie sorelle Laura e Sonia

A mia moglie Marina per il continuo sostegno.

***"Nessuno nasce odiando i propri simili a causa della razza, della religione o della classe alla quale appartengono. Gli uomini imparano a odiare, e se possono imparare a odiare, possono anche imparare ad amare, perché l'amore, per il cuore umano, è più naturale dell'odio".***

**Nelson Mandela**

***"Sono sempre i sogni a dare forma al mondo."***

**Luciano Ligabue.**

Si ringraziano
l'Ispettorato Nazionale del Corpo Militare della Croce Rossa Italiana

il Sig. Generale Gabriele Lupini

il relatore, il Maggiore Avv. Gerardo Di Ruocco

il Colonnello Alessandro Maria Polverisi

il Maresciallo Maggiore Franco Minucci

il Ten. Col. Antonino Mancuso

il Maggiore Antonio Pezzi

il Capitano Salvatore Manfredi

il Tenente Giorgio Alagna

il Sottotenente Francesco Stagni

il Capitano Giuseppe Cosentino

il Capitano Pasquale Basile

il Maresciallo Marco Barocci

il Sergente Maggiore Daniele Michelini

il Sergente Riccardo Padula

la volontaria Cri Cristiana Masone

**Indice**


| | | |
|---|---|---|
| **Introduzione** | | **1** |
| **Capitolo 1** | **Le origini storiche del soccorritore** | |
| **1.1** | **Dal periodo romano; le origini** | **4** |
| **1.2** | **Dal medioevo alle due Guerre di Indipendenza** | **6** |
| **1.3** | **L'Ottocento e la Grande Guerra** | **13** |
| **1.4** | **La Prima Guerra Mondiale** | **16** |
| **1.4.1** | **Madre Eugenia Maria Ravasco** | **24** |
| **1.4.2** | **Le sorelle Marinaz** | **29** |
| **1.4.3** | **Il diario di Virginia Marinaz crocerossina volontaria sul fronte dell'Isonzo (1915-1916)** | **29** |
| **1.5** | **La Seconda Guerra Mondiale** | **33** |
| **Capitolo 2** | **Il Personale Sanitario: Compiti, Diritti e Doveri** | |
| **2.1** | **Le origini** | **35** |
| **2.2** | **Attività del personale sanitario in caso di conflitto armato** | **36** |
| **2.3** | **Il Personale Sanitario** | **37** |
| **2.4** | **Definizione di personale sanitario** | **39** |
| **2.5** | **Doveri del Personale Sanitario** | **41** |
| **2.5.1** | **Trasporto Sanitario** | **48** |
| **2.5.2** | **Unità Sanitarie** | **50** |
| **2.5.3** | **Territori occupati** | **51** |
| **2.6** | **Diritti del Personale Sanitario** | **53** |
| **2.6.1** | **Territori occupati** | **56** |
| **Capitolo 3** | **Il Corpo Militare della Croce Rossa** | |
| **3.1** | **La nascita del Corpo: le origini** | **57** |
| **3.2** | **Il Corpo Militare durante la Seconda Guerra mondiale** | **58** |
| **3.3** | **Il Corpo Militare oggi** | **64** |
| **Capitolo 4** | **Il Corpo delle Infermiere Volontarie** | **71** |

**Capitolo 5** **Il Corpo Militare dell'ACISMOM**

**5.1** **Le origini** **77**

**5.2** **Organizzazione** **80**

**Capitolo 6** **Esperienze sul campo del Personale Sanitario**

**Col. Alessandro Maria Polverisi** **81**

**Ten. Col. Antonino Mancuso** **90**

**Ten. Giorgio Alagna** **92**

**Serg. Magg. Daniele Michelini** **98**

**Magg. Antonio Pezzi** **105**

**Cap. Salvatore Manfredi** **129**

**S.Ten. Francesco Stagni** **133**

**Cap. Giuseppe Cosentino** **139**

**Cap. Pasquale Basile** **145**

**M.llo Lgt. Marco Barocci** **150**

**Serg. Riccardo Padula** **152**

**Conclusioni** **156**

**Bibliografia** **159**

**Introduzione.**

Con la fine della guerra fredda e lo smantellamento dei blocchi, la natura dei conflitti armati è profondamente cambiata. I confini nazionali non sono più una sufficiente barriera di difesa.
Suscita notevole interesse l'analisi dell'Ambasciatore Maurizio Moreno, Presidente Onorario dell'Istituto Internazionale di Diritto Umanitario, sull'evoluzione del Diritto Internazionale Umanitario nell'epoca attuale.
La guerra, molto di rado, è combattuta secondo le regole classiche da parte degli Stati attraverso le proprie forze armate. Gli attori sul campo di battaglia si moltiplicano rapidamente.
Le compagnie di sicurezza private sempre più affiancano gli eserciti in compiti ed operazioni militari.
Le ostilità sono spesso innescate da un nemico dai contorni indefinibili: non soltanto i ribelli e gli insorti delle guerre civili di un tempo, ma una miriade di gruppi armati organizzati e cellule terroristiche operanti in contesti transfrontalieri ormai globalizzati.
La fondamentale linea di demarcazione tra civili e combattenti, su cui poggia l'intero impianto del diritto internazionale umanitario, si fa fluida, anche perché le ostilità tendono a spostarsi nel cuore delle aree urbane, con un diretto coinvolgimento della popolazione civile.
Di qui l'esigenza di tornare a porre al centro dell'attenzione la questione della diffusione della cultura del diritto internazionale umanitario, della conoscenza dei princìpi e delle regole che costituiscono l'ossatura delle “leggi dell'umanità”. La conoscenza è la premessa per una corretta applicazione ed il rispetto, da parte di tutti coloro che partecipano a diverso titolo ad un conflitto armato, di un minimo standard umanitario.

Il diritto internazionale umanitario va promosso non soltanto nelle accademie e negli istituti militari, ma nelle università, nelle scuole, negli ambienti del volontariato. Un maggiore sforzo di promozione si impone non soltanto nell'ambito delle forze armate (e di polizia), ma altresì in seno alla società civile, anche nell'ottica della prevenzione di ricorrenti violazioni ed abusi di cui continuano ad essere principali vittime, negli odierni conflitti, le popolazioni civili.

Il diritto internazionale umanitario è una branca del diritto internazionale pubblico. Il DIU propriamente detto si riferisce solo allo *ius in bello* (diritto applicato in un conflitto armato) e non allo *ius ad bellum* (legittimità del ricorso alla forza armata), aspetto disciplinato invece dal diritto internazionale pubblico.
Il DIU è anche denominato diritto internazionale dei conflitti armati.

Il DIU è finalizzato a:

- proteggere le parti deboli di un conflitto armato, ossia i non combattenti (popolazione civile) e coloro che non possono più combattere perché malati, feriti, naufraghi, prigionieri di guerra;
- ridurre mali superflui e sofferenze inutili;
- facilitare il processo di pace e riconciliazione.

Il fondamento del DIU, pertanto, può essere individuato nella necessità di assicurare, anche in situazioni di conflitto armato, il rispetto e la sopravvivenza di quei diritti fondamentali della persona che sono alla base della coscienza giuridica della comunità internazionale.
Le norme del DIU, in origine, si sono evolute attraverso due distinte branche del diritto:

- il diritto di Ginevra, relativo alla protezione delle parti deboli del conflitto;
- il diritto dell'Aja, che disciplina diritti e doveri dei combattenti nella condotta delle ostilità e limita la scelta dei mezzi e metodi di combattimento

La bipartizione tra diritto dell'Aja e diritto di Ginevra è richiamata solo per comodità espositiva, ma oggi non ha più alcun valore sostanziale. Infatti, con i 2 Protocolli Aggiuntivi del 1977 (rispettivamente sulla “Protezione delle vittime di conflitti armati internazionali” e “Protezione delle vittime di conflitti armati non internazionali”) i due sistemi si sono fusi in un'unica branca del diritto, come sottolineato dalla Corte Internazionale di Giustizia nel 1996 in occasione del parere espresso sulla liceità delle armi nucleari. Tali Protocolli, in particolare, disciplinano in un unico strumento normativo sia la tutela delle parti deboli del conflitto che la condotta delle ostilità.

Il DIU deve essere applicato tanto dall'aggressore quanto dall'aggredito; essi, infatti, sono considerati uguali davanti alla legge sui conflitti armati. In altri termini, lo *ius ad bellum* (diritto a fare la guerra) non ha nessuna influenza sullo *ius in bello* (diritto applicato in guerra). In caso contrario, qualora regole diverse dovessero valere per

l'aggressore e l'aggredito, il DIU perderebbe la sua solidità. La Parte aggredita, infatti, potrebbe essere portata a violare più facilmente le norme sui conflitti armati giustificandolo con l'attacco subito; nello stesso tempo l'aggressore, sfavorito da questo diritto, non avrebbe più interesse alcuno a rispettarlo
Il DIU vieta i mezzi e i metodi di combattimento che possono arrecare mali superflui o sofferenze inutili. Vieta anche l'uso di armi e mezzi di per sé leciti, ma il cui impiego, in determinate circostanze, può arrecare sofferenze inutili.

Nel corso della trattazione della tesi, affronterò il ruolo del soccorritore sanitario, il suo inquadramento giuridico evidenziandone i diritti e i doveri connessi alla sua figura. Introdurrò l'argomento con un excursus storico del soccorritore, dalla sua nascita fino al periodo attuale con le Convenzioni di Ginevra del 1949 ed i relativi protocolli aggiuntivi del 1977.
Darò una particolare attenzione al Corpo Militare della Croce Rossa Italiana, di cui faccio parte con il grado di Sottotenente commissario in congedo, con un capitolo ad esso dedicato senza tralasciare le Infermiere Volontarie e lo Smom.
Ho ritenuto opportuno far conoscere da vicino cosa significa "essere" un soccorritore sanitario; pertanto ho raccolto delle testimonianze dirette di alcuni soccorritori che hanno prestato la loro opera in missioni umanitarie in giro per il mondo. Testimonianze spesso molto toccanti! A loro va il mio più sincero ringraziamento.

## Capitolo 1. Le origini storiche del soccorritore.

### 1.1 Dal periodo romano; le origini.

Alla fine degli anni ‘30 Sigmund Freud discutendo con Albert Einstein intorno alla natura umana, asseriva che gli uomini vivono in una condizione assai più miserrima di tutte le creature viventi del mondo, vegetali o animali che fossero, a causa della stoltezza e della miopia che troppo spesso guida le loro azioni. Infatti tra gli animali del creato, l’uomo è l’unico ad essere dotato di raziocinio ed intelligenza tale da poter autonomamente decidere cosa è bene o cosa è male, cosa è azione morale o cosa non lo è. Tuttavia è anche l’unico animale capace di agire contro ragione e di conseguenza contro se stesso. La guerra è un atto irragionevole, un’azione contraria alla ragione, eppure è frequente nella condizione umana. Dello stesso avviso, ma diverso tempo prima, fu anche il filosofo illuminista Voltaire che aveva detto che il genere umano era l’unica razza che nella barbara pratica della guerra prendeva spontaneamente e collettivamente la decisione di autodistruggersi e concludeva perciò che la guerra era un atto contro ragione. Tuttavia da queste indescrivibili tragedie irragionevoli o irrazionali che fossero, l’umanità ha saputo trarre lezioni molto più efficaci di qualsiasi analisi teorica o scientifica: la sanità e la medicina d’urgenza ne sono un esempio.

Ma per affrontare l’argomento della sanità militare, parto da lontano e più precisamente da una statua che si trova sotto la loggia degli Uffizi a Firenze, opera di uno sconosciuto scultore ellenista e che rappresenta “Menelao che sorregge il corpo di Patroclo morente”

(Fig.1)[1]

[1] (Fig.1) Menelao che sorregge il corpo di Patrocolo morente - Loggia degli Uffizi a Firenze.

Essa può essere assunta a simbolo e metafora della sanità militare, perché per migliaia di anni i campi di battaglia furono pieni di eroi morti, mentre dei feriti non si curava quasi nessuno a meno che non fossero imperatori, generali o figli di Dei come ad esempio l'Enea ferito da una freccia e curato dal medico Iapige, I secolo a.C. (Fig.2).

(Fig.2)[2]

Anche il più grande esercito occidentale dell'antichità, quello romano, per anni non era attrezzato. Tito Livio ci narra che nel 309 a.C., dopo la battaglia di Sutri, le perdite per la mancanza di un'adeguata assistenza sanitaria risultarono superiori a quelle subite nel combattimento. Tra l'altro questo storico fu tra i primi a focalizzare l'attenzione su due importanti principi che possono ancora oggi essere accettati come base dell'organizzazione sanitaria di campagna degli eserciti moderni: e cioè che la presenza di un grande numero di feriti sul campo scuote e deprime il morale delle truppe e che l'assistenza ai malati ed ai feriti rappresenta una necessità militare, non meno che un dovere patriottico.

Ancora nel libro III *"De bello civili"* lo stesso Cesare ricorda che dopo le grandi battaglie si aveva la consuetudine di ricoverare feriti ed infermi presso i privati, i quali venivano in seguito rimborsati degli oneri sostenuti, oneri che rientravano nelle spese

[2] (Fig.2) Enea ferito da una freccia e curato dal medico Iapige, sorretto dal figlio Ascanio e assistito da Venere - Pittura parietale, I secolo a.C., da Pompei, Napoli, Museo Archeologico Nazionale.

ordinarie di guerra. Cesare ci racconta ancora nel *"De bello africano"* che i feriti nella battaglia di Ruspina furono trasportati su carri speciali affinché non subissero sobbalzi che causassero la caduta del ferito ed un aggravamento dello stesso, adottando per primo mezzi che possiamo definire come gli antesignani delle ambulanza: era il 46 a.C.

Dobbiamo però aspettare Domiziano (96 d.C.) perché ci fossero dei medici chirurghi costantemente aggregati alle legioni. Un medico per ogni coorte (600 uomini) e due per quella di prima linea. L'assistenza ai feriti avveniva però all'aperto sul campo di battaglia. Poi i più gravi venivano ricoverati nell'ospedale da campo con capacità di 200 posti letto ed attrezzato con infermieri, massaggiatori e inservienti.

### 1.2 Dal medioevo alle due Guerre di Indipendenza.

Sembrava la strada giusta, ma poi arrivò il medioevo che cancellò ogni forma di organizzazione sanitaria militare anche se, a livello storico, vale la pena ricordare che con le Crociate si evidenziarono alcuni barlumi di una nuova sensibilità nei confronti dei feriti sui campi di battaglia. Nella battaglia di Hattin (1187 d.C.) il grande Saladino sbaragliò l'esercito dei Crociati e fece decapitare tutti i cavalieri cristiani superstiti, risparmiando solo i cavalieri di San Giovanni di Gerusalemme (poi trasformatisi nell'Ordine di Malta) poiché in battaglia li aveva visti prendersi cura non solo dei feriti cristiani, ma anche degli avversari mussulmani. In effetti gli Ospedalieri di San Giovanni di Gerusalemme costituivano l'unico ordine militare guerriero cui competeva per statuto farsi carico anche dei feriti nemici: un concetto di portata dirompente, dal momento che fino ad allora non era praticata neppure la cura dei propri che venivano lasciati desolatamente morire sui campi di battaglia.

(Fig.3)[3]

[3] (Fig.3) Francobollo dedicato a Dominique Larrey.

Poi il nulla o quasi e con un grande balzo storico si giunge a Luigi XIV il quale cominciò ad intuire come non fosse sopportabile che l'immensa moltitudine di giovani feriti venisse lasciata morire con indifferenza senza alcuna forma di assistenza. E fondò l'ospedale "*Les Invalides*" che però era appunto un ospedale, quindi bisognava arrivarci. Napoleone cogliendo l'importanza dell'assistenza sui campi di battaglia e la sanità militare della *Grande Armée,* grazie soprattutto a Dominique Larrey (Fig.3), il più grande chirurgo dell'epoca, costituì una forma organizzata di soccorso sanitario ai feriti in battaglia. Ma siamo ancora indietro; basti pensare ad un numero. Le guerre napoleoniche (1792 - 1815 d.C.) causarono oltre 2 milioni e mezzo di caduti, ma di questi solo 150.000 morirono sui campi di battaglia.

Dobbiamo allora attendere la battaglia di Solferino e San Martino combattuta tra le truppe franco–sardo-piemontese e quelle austriache.

(Fig.4)[4]

Era il 25 giugno 1859. Fu certamente una delle più sanguinose del periodo con i suoi 5.000 morti e 30.000 feriti. Ma non fu quella la molla. Bensì la presenza causale di tal Henry Dunant (Fig.4), umanista e filantropo. Dunant era al seguito di Napoleone III per scriverne la biografia e si trovò nel posto sbagliato nel momento sbagliato. Lui che non era un militare in mezzo ad una battaglia. E fu così sconvolto da quella massa di feriti lasciati a sé stessi che nel 1862 pubblicò il libro "*Pamphlet di Solferino"* e nel 1863, insieme ad altri 5 svizzeri, fondò la Società Ginevrina di Utilità Pubblica che di fatto diverrà il primo Comitato Internazionale della Croce Rossa.

[4] (Fig.4) Henry Dunant.

(Fig.5)[5]

Vale però la pena anche ricordare che pochi anni prima, durante la guerra di Crimea combattuta tra il 1853 e il 1856 tra l'impero ottomano e la Russia unitamente ai suoi alleati europei (Regno Unito, Francia e Regno di Sardegna), aveva visto la luce la professione infermieristica, grazie all'inglese Florance Nightingale (Fig. 5). A Scutari, oggi quartiere di Istanbul, le infermiere trovandosi in una situazione disastrosa con personale medico scarso, medicazioni insufficienti, igiene pessima, cibo scadente ed infezioni non controllate elaborarono le basi del "nursing infermieristico", incentrato sul concetto di ambiente. Le linee guida tracciate dalla Nightingale sull'assistenza ai malati resistono ancora oggi alle mode, ai tempi e alle innovazioni tecniche: anzi, con le nuove frontiere dei profili di cura, esse si rinnovano e i suoi principi restano capisaldi irrinunciabili per qualsiasi professione sanitaria tanto che molte delle sue idee sono ancora cruciali per le infermiere e gli infermieri di oggi.

L'organizzazione del Corpo Sanitario Militare dell'Armata Sarda durante le due Guerre di Indipendenza. Il 9 settembre 1843 venivano apportate alcune modifiche all'ordinamento del Corpo sanitario militare stabilito dieci anni prima; venne modificata la gerarchia introducendo, per la branca medica, l'incarico di medico capo, di medico in 1ª, di medico in 2ª, di medico aggiunto e di medico applicato in sopranumero, e per la branca chirurgica quello di chirurgo capo, di chirurgo maggiore, di chirurgo maggiore di 1ª e quello di chirurgo maggiore di 2ª.

[5] (Fig.5) Florance Nightingale.

Mutarono anche le norme che regolavano l'avanzamento del personale sanitario, basato ora in parte sull'anzianità di servizio ed in parte su esami.

I medici aggiunti, scelti tra gli applicati in sopranumero e tre gli allievi laureati, erano promossi a medico di 2ª classe per anzianità mentre per accedere all'incarico di medico di 1ª dovevano sostenere un concorso per esami; per la promozione a medico capo invece valeva solo l'anzianità: tre anni più tardi venne introdotta la norma in base alla quale i chirurghi maggiori in seconda di 1ª classe potevano essere promossi chirurghi maggiori solo se laureati in medicina e in chirurgia e sempre previo concorso per esami.

Il R.D. del 16 settembre 1848 potenziò ancora il servizio sanitario militare stabilendo la costituzione del Corpo degli infermieri militari da adibire al servizio sia degli ospedali in tempo di pace sia a quello delle ambulanze in tempo di guerra; il nuovo reparto fu organizzato in uno Stato Maggiore e in tante compagnie quante erano le divisioni dell'Armata; il suo assetto organico fu il seguente:

- Stato Maggiore: un maggiore comandante; un capitano; un ufficiale d'amministrazione; due Sottotenenti, un furiere maggiore, un sergente d'amministrazione, un sergente, un caporale e 15 soldati infermieri tutti addetti alla scorta delle ambulanze,
- ognuna delle compagnie divisionali: un tenente; tre sottotenenti, un furiere, quattro sergenti, otto caporali; 83 soldati infermieri.

Il personale di bassa forza ed i sottufficiali, tutti volontari, provenivano dagli infermieri maggiori ed infermieri fino ad allora in servizio presso gli ospedali e dai veterani ed invalidi.

Il R.D. del 30 ottobre 1850 modificò completamente la gerarchia del personale sanitario sopprimendo tutti gli incarichi esistenti e sostituendoli con quelli di medico militare divisionale, medico di reggimento, medico di battaglione e medico aggiunto; a questo provvedimento seguì quello del 13 ottobre 1851 che ristrutturò completamente il servizio ospedaliero militare.

Tutti gli ospedali militari esistenti vennero ripartiti in due settori ben distinti, gli ospedali divisionali e quelli succursali, la prima categoria venne a sua volta ripartita in 1ª e in 2ª classe, a seconda dell'importanza dello stabilimento.

Gli ospedali di 1ª classe erano quelli di Torino, di Genova e di Alessandria; gli altri erano quelli di Chambery, di Cagliari, di Nizza e di Novara.

Gli ospedali succursali, posti sempre alle strette dipendenze di quelli divisionali, dovevano essere attivati nei presidi e nelle fortezze ove l'importanza del presidio residente lo giustificasse; nel 1852 ne funzionavano 14, dei quali otto dipendenti da Torino (Cuneo, Pinerolo, Venaria Renale, Fenestrelle, Exilles, Bard, Saluzzo e Savigliano), uno da Alessandria (Casale), uno da Chambery (Annecy), due da Novara (Vercelli e Vigevano), uno da Nizza (Monaco) ed uno da Cagliari (Sassari).

(Fig.6)[6]

La direzione degli stabilimenti sanitari divisionali continuò ad essere esercitata dalla giunta sanitaria militare e dal comandante generale di divisione, mentre quella particolare passò dal capo dello stato maggiore divisionale a quella del comandante militare della provincia nel cui territorio operava l'ospedale; negli ospedali divisionali di 1ª classe venne inoltre istituita la carica di direttore in 2ª, generalmente conferita ad un maggiore aggregato ai veterani, il quale ebbe la supervisione su tutti gli aspetti del servizio che in essi si svolgeva.

Nel caso in cui nel presidio non esistesse il comandante militare provinciale, la direzione dell'ospedale era affidata al comandante del reparto di stanza nella località.

---

[6] (Fig.6) Giovanni Fattori - Il Campo Italiano alla Battaglia di Magenta.

Ogni ospedale era gestito, al pari di un qualsiasi altro reparto dell'esercito sardo, dal consiglio d'amministrazione composto dal direttore in qualità di presidente, dal medico divisionario e dall'ufficiale inferiore comandato in qualità di membri e dall'ufficiale incaricato del servizio amministrativo nella sua duplice veste di membro e di segretario; riguardo all' ufficiale inferiore di cui si e detto, ogni reparto di stanza nella località in cui operava un ospedale, doveva distaccarne uno per un turno trimestrale, che espletava funzioni ispettive per conto del loro corpo.

Il decreto stabiliva inoltre la costituzione di una compagnia di infermieri militari alla quale vennero affidati il servizio amministrativo e contabile degli ospedali oltre a quello di assistenza dei ricoverati; vennero cosi soppressi gli ufficiali contabili, gli aiutanti ed i sotto aiutanti contabili, gli infermieri maggiori e gli infermieri ordinari istituiti nel 1833 ed 1l corpo degli infermieri militari istituito nel 1848.

La compagnia comprese un capitano, otto tenenti, 14 sottotenenti, dieci furieri, 32 sergenti, 36 caporali e 274 soldati infermieri; il reparto doveva essere alimentato tramite arruolamento volontario, tramite la leva e con il passaggio di individui già in servizio presso altri reparti; il servizio venne considerato come attivo.

A questa normativa fece seguito quella del 9 giugno 1853 concernente la ristrutturazione del consiglio superiore di sanità militare che risultò ora costituito dal presidente, da tre ispettori uno dei quali per la branca medico chirurgica ed uno per quella farmaceutica e da un segretario: al consiglio rimase affidata la sorveglianza e la direzione superiore del servizio alle dirette dipendenze del dicastero della guerra e la funzione di commissione permanente per gli esami di ammissione ed avanzamento del personale medico. Il presidente, assimilato al grado di colonnello veniva scelto senz'altro riguardo che quello del meglio del servizio, tra le persone dell'arte di maggior rinomanza per dottrina e perizia, mentre gli ispettori, assimilati a tenente colonnello provenivano dalla classe dei medici divisionali.

La pianta organica del personale sanitario militare venne definitivamente stabilita con decreto del 10 ottobre 1855, risultando costituita da cinque medici divisionali di 1ª, quattro medici divisionali di 2ª, 20 medici di reggimento di 1ª, 26 medici di reggimento di 2ª, 40 medici di battaglione di 1ª, 40 medici di battaglione di 2ª e 20 medici aggiunti; nello stesso documento vennero anche fissate le norme relative all'avanzamento che continuò ad essere regolato sull'anzianità e sugli esami di concorso, ad eccezione dei passaggi dalla seconda alla prima classe che avvenivano esclusivamente in base all'anzianità di servizio. Le promozioni dovevano

avvenire sempre nella seconda classe del grado superiore e secondo le regole seguenti:

- non si poteva essere promossi medici di battaglione se non dopo un minimo di due anni di permanenza nella categoria dei medici aggiunti;
- non si poteva essere promossi medico di reggimento se non dopo un minimo di tre anni nella categoria dei medici di battaglione;
- non si poteva infine essere promossi medici divisionali se non dopo un minimo di cinque anni nella categoria dei medici di reggimento.

Nel maggio 1861 risultavano in servizio presso il Corpo sanitario militare 32 medici divisionali, 140 medici di reggimento, 173 medici di battaglione e 79 medici aggiunti; prestavano servizio poi nel consiglio superiore, oltre al presidente ed al segretario, nove ispettori.

Il R.D. del 26 giugno 1853 istituì un deposito farmaceutico militare con annesso laboratorio chimico nel quale iniziò la produzione di tutti i medicamenti necessari al fabbisogno dell'esercito, fino ad allora acquistati da privati con l'abituale sistema degli appalti pubblici; vennero poi attivate negli ospedali le farmacie divisionali e succursali, poste alle dipendenze dei medici direttori e soggette a verifiche da parte del Consiglio superiore della sanità militare.

Il quadro organico del nuovo personale fu la seguente: tre farmacisti di 1ª assimilati a capitano; cinque farmacisti di 2ª assimilati a tenente; 17 farmacisti di 3ª assimilati a sottotenente, un direttore e due assistenti civili addetti al deposito centrale. Nel 1861 erano in servizio nell'esercito un farmacista direttore e due farmacisti assistenti che operavano nel laboratorio chimico-farmaceutico, 16 farmacisti di 1ª, 19 di 2ª e 33 di 3ª.

### 1.3 L'Ottocento e la Grande Guerra.

E arriviamo così alla fine dell'Ottocento. Se è vero che i primi venti anni del '900 furono la diretta conseguenza di quella incredibile rivoluzione che aveva sconvolto la scienza medica e chirurgica nella seconda metà del 1800 fu però la Grande Guerra che con tutti i suoi milioni di morti e feriti accentuò e accelerò questo progredire: la medicina e la chirurgia d'urgenza crebbero in quegli anni più di quanto fecero nei 30 successivi e si può quindi tranquillamente affermare che la Prima Guerra Mondiale è stata una guida per il resto del XX secolo. D'altronde come aveva sentenziato Nikolai Pirogoff (Fig.7), uno dei più grandi chirurghi russi del 1800, "*la guerra è un'epidemia di traumi*".

**(**Fig.7)[7]

E la Grande Guerra certamente lo fu. In quei pochissimi anni registriamo un salto quantico: sparisce il medico generico, nasce lo specialista; la radiografia diviene prassi corrente, migliora l'anestesia, si standardizzano le trasfusioni e nasce la chirurgia estetica. Non solo: la guerra chimica stimolò la ricerca e determinò l'uso dei vaccini (vaiolo, colera, tifo, tetano) e dell'iodiobismutato di emetina (cura per la dissenteria amebica), l'approfondimento delle cause che provocò la morte di tanti feriti salvatisi dalle pallottole portò allo sviluppo del concetto di "antibiosi", cioè allo studio dei farmaci contro le infezioni, lo studio aereonautico produsse l'ossigeno liquido per uso anestetico, lo studio degli aspetti fisiologici e psicologico-comportamentali legati al volo divennero la base della moderna medicina

[7] (Fig.7) Nikolai Pirogoff.

aeronautica e infine l'alto numero di mutilati indusse la fondazione dei centri di riabilitazione (il primo fu a Bologna nel 1915).

Con la battaglia di Vittorio Veneto terminò il conflitto e le campane di vittoria sovrastarono le voci di sofferenza causate da quattro interminabili anni di lotta. Per l'Italia i morti furono 650.000, i feriti non gravi 947.000 e i grandi invalidi 643.000, mentre nel mondo con ben 10 milioni di morti aveva azzerato un'intera generazione di persone.

(Fig.8)[8]

Tuttavia come abbiamo visto, la guerra oltre a migliorare drasticamente la proprie armi di distruzione di massa, aveva comunque dato un maggiore vigore alla ricerca medica di cui, in seguito, si giovò tutta la popolazione civile, basata su metodiche rigorosamente scientifiche e suffragate da esami di laboratorio. Tutto ciò è una magra consolazione, eppure l'impulso medico derivante dalla Prima Guerra Mondiale fu un volano determinate per spingere sia la medicina d'urgenza che quella riabilitativa verso quelle eccellenze che noi oggi conosciamo.

[8] (Fig.8) L'arrivo dei primi feriti della battaglia del Piave. Giugno 1918.

(Fig.9)[9]

Fig.10[10]

[9] (Fig.9) Autolettiga che trasporta feriti.

[10] (Fig.10) Caricamento di feriti sulla tramvia di Opicina.

(Fig.11)[11]

### 1.4 La Prima Guerra Mondiale.

Il grande sistema medico sanitario militare italiano, che in quarantuno mesi di guerra dovette gestire il trasporto, la cura e il ricovero di oltre due milioni e mezzo di feriti ed ammalati, era gestito, sotto il comando del Generale Della Valle, dai soldati del Corpo della Sanità Militare e dall'apparato della Croce Rossa Italiana (personale medico e "Dame della Croce Rossa", cioè crocerossine volontarie) coadiuvato dal personale infermieristico sempre volontario facente parte di vari comitati assistenziali quali i Cavalieri di Malta, quelli dell'Ordine dei SS Maurizio e Lazzaro, i Gesuiti. Importante fu anche l'aiuto dato dagli Alleati: nel 1918 operavano nel fronte italiano centinaia di militari di Sanità britannici e statunitensi, con compiti di ambulanzieri ma anche barellieri e infermieri. Con l'entrata in guerra, la Croce Rossa Italiana militarizzò immediatamente il suo personale, forte di 9.500 infermieri e 1.200 dottori, con 209 apparati logistici propri tra Ospedali Territoriali, attendamenti, autoambulanze e treni ospedali; già nel 1916 i medici militari in Zona di Guerra erano

[11] (Fig.11) Posto di medicazione avanzato.

8.000 (più altri 6.000 che operavano in retrovia) e nel 1918 diventarono complessivamente 18.000. Di norma l'unità operativa di base della Sanità Militare al fronte era la Sezione di Sanità, diretta da un capitano medico chirurgo ed operante a livello di reggimento di fanteria, che a sua volta si divideva in due Reparti di Sanità aggregati ognuno al Comando di battaglione e comandati da un tenente medico chirurgo. Il Reparto di Sanità era composto, oltre che dal tenente comandante, da altri uno o due aspiranti ufficiali medici subalterni, da un cappellano militare e da circa una trentina di militari infermieri, portaferiti e barellieri (soldati della Sanità militare ma anche fanti reclutati estemporaneamente per quel compito) divisi in squadre da dieci elementi (dirette da sergenti o caporali Aiutanti di Sanità nel numero di due per battaglione) ripartite tra le varie compagnie. Compagnie di alpini, mitraglieri e bersaglieri ciclisti avevano invece Sezioni sanitarie autonome, per meglio adeguarsi alla mobilità del reparto o poter operare in territori impervi.

Furono creati anche Reparti di Sanità Someggiati, dotati di muli o cavalli per lo sgombero dei feriti dalle prime linee. La dotazione di materiale medico avveniva a livello di battaglione per la fanteria e di compagnia per alpini, mitraglieri e bersaglieri ciclisti; di norma una di queste unità aveva in dotazione quattro barelle e vari "cofani" e borse di sanità contenenti garze, bende, lacci emostatici, filo per sutura, siringhe, disinfettanti (iodio, alcool e acqua, etere, cloroformio come anestetizzante) antiparassitari, (antitifina e naftalina) e fiale di morfina. Ricordiamo che allora non esistevano antibiotici e che la trasfusione di sangue non veniva ancora utilizzata. Subito dietro alle prime linee si trovavano i Posti di Medicazione, infermerie campali sistemate in punti defilati o il più possibile al riparo dal fuoco nemico, dove venivano sommariamente fasciati e medicati i feriti che non erano riusciti da soli ad arrestare emorragie, fasciarsi arti rotti o maciullati o rischiavano il dissanguamento; in seguito i feriti raggiungevano a piedi se in grado o in groppa a muli, a spalla o in autoambulanze gli Ospedaletti da Campo. Qui il personale medico chirurgico della Sezione di Sanità operava i feriti più gravi, medicava sommariamente o disinfettava e mandava verso le retrovie i meno urgenti (rispedendo in linea quelli considerati abili, scortati da carabinieri), somministrava adrenalina ai dissanguati e morfina come sedativo ai più sofferenti oppure lasciava agonizzare quelli per cui ogni intervento sarebbe stato inutile. A questi molto spesso venivano tolte le bende, per applicarle, in caso di penuria di garze, a qualche altro ferito "salvabile", prima che fossero morti, e magari ancora in stato di semicoscienza.

In seguito tramite le Sezioni di Sanità i feriti precedentemente medicati venivano sgomberati verso altri Ospedali da Campo (strutture sistemate su baracche o tendopoli poste che accoglievano i feriti aggravatisi o quelli che avevano meno di 30 gg di convalescenza) o più indietro sui vari Ospedali Divisionali, d'Armata o Territoriali della C.R.I. Tutto il territorio della retrovia fu riempito da questi grandi Ospedali, alloggiati in prossimità di grandi strade o ferrovie dentro a scuole (è il caso dell' Ospedale n. 031 di Mariano del Friuli), ad ospedali civili (come il S. Osvaldo di Udine o l'Ospizio dell' Addolorata a S. Stefano Rotondo) o a grandi ville padronali (i Savoia dal canto loro misero a disposizione il Palazzo Reale di Moncalieri, dove sorse l' ospedale militare per mutilati, e una stanza del palazzo al Celio in Roma riservata solo a feriti "eccellenti"). Queste grandi strutture potevano anche godere del supporto di strutture specializzate quali sezioni di disinfestazione, laboratori chimico batteriologici, campi contumaciali, stazioni radiologiche.

Allo scopo di decongestionare il più possibile le strutture ospedaliere in Zona di Guerra i feriti vennero in seguito anche ricoverati in Navi Ospedale (come la Albaro, la Menphi, la Po, la Principessa Giovanna) o nei 59 Treni Ospedale (convogli da 360 posti che raggiungevano le stazioni avanzate del fronte per caricare i pazienti). In Friuli fu riutilizzata la via fluviale della "Litoranea Veneta" (un grosso canale navigabile che collegava Grado a Mestre passando parallelo alla costa e distante da essa circa 5 km), dove migliaia di feriti del Carso furono sgomberati su chiatte rimorchiate da battelli che partivano da Grado e dopo una notte di viaggio raggiungevano Mestre.

Importante fu anche il ruolo delle autoambulanze, dapprima semplici autocarri i cui cassoni furono attrezzati con letti e casse contenenti materiale medico o con pertiche per il posizionamento delle barelle e in seguito ricavate dai Fiat 15 Ter: nel 1918 erano 954, divise in autoambulanze chirurgiche (che andavano a prendere i feriti gravi sotto le prime linee e li trasportavano verso l' interno), radiologiche, di trasporto barelle. Tutte le strutture mobili o fisse della C.R.I. avevano ben in vista il logo crociato rosso su sfondo bianco, per evitare che il nemico bombardasse baracche, tende o edifici adibiti a ricovero per i feriti; questo però era possibile solo in retrovia mentre in prima linea molto spesso si verificarono stragi di feriti fatti stazionare dentro a semplici buche o a ricoveri di fortuna.

I feriti presso le Sezioni di Sanità dislocate negli Ospedali da Campo si dividevano altresì in:

- Gravissimi trasportabili (feriti al cranio, addome, colonna spinale): quelli già sommariamente operati e destinati alle ambulanze chirurgiche per altri interventi d' urgenza;

- Gravi trasportabili candidati ad urgente ed immediato intervento chirurgico: feriti che necessitavano di altri interventi, smistati in altri Ospedali arretrati o passati ad ambulanze chirurgiche o radiologiche;

- Gravi trasportabili a distanza breve: destinati agli Ospedaletti da Campo più vicini, trasportati tramite carri o autoambulanze per barelle;

- Trasportabili a lunga distanza: feriti in condizioni stabili ma non in grado di camminare, caricati su autocarri diretti in retrovia;

- Leggeri: quei feriti che possono deambulare autonomamente.

Inutile dire che tutto questo sistema, ordinatissimo sulla carta, saltò puntualmente durante le tragiche estati di guerra del '15, '16 e '17, quando dalle prime linee dell'Isonzo ogni giorno scendevano verso gli Ospedali da 50 o 100 posti letto migliaia e migliaia di feriti, stanchi, con le ferite infette, non autosufficienti, che piangevano e urlavano di dolore. Bastano alcune testimonianze, per rendere tragicamente l'idea di quale peso abbiano sorretto sulle loro spalle i medici della C.R.I., che dovettero affrontare le ferite con cui la nuova guerra moderna maciullò le carni delle sue vittime sacrificali; troppo grandi per suturare, bendare o cucire, troppo grandi per un corpo umano. Ecco cosa succedeva nell' ospedale militare austriaco di Gorizia e nell' ospedale da campo italiano di Romans d'Isonzo (dove il sangue correva fino sulla strada): "….si sentiva la povera gente che gridava, operavano così, senza indormia (senza anestesia). Tagliavano braccia, gambe, secondo la ferita che si aveva. Quelli che morivano venivano portati al cimitero su un carretto tirato da un cavallo o da un mulo. Il cimitero era pieno." "I feriti sono molti e hanno un aspetto spaventoso. In alcuni si vedono pendere le bende sanguinanti e pezzi di carne. Uno piange, l'altro geme, il terzo chiede aiuto. […] i feriti arrivano e partono in processione. Essi giacciono uno vicino all'altro nei corridoi, sulla paglia, e vengono portati in sala d'operazione a seconda delle ferite più o meno gravi. Alcuni muoiono sulla barella, altri sul tavolo d'operazione, i più fortunati nel loro letto. Il sangue scorre in terra, non si può passare senza insanguinarsi, l'odore del sangue è perennemente nel naso…"
Il giornalista Achille Benedetti, inviato al fronte, ci racconta dalle pagine de "Il Giornale d'Italia" l'intervento d'urgenza e la morte per infezione di un colonnello

d'artiglieria ferito da una bomba: "Le truppe del settore di Loquizza sanno la morte veramente sublime di un colonnello dei bombardieri. Una scheggia di granata gli aveva squarciata la gamba. La ferita era gravissima. I fenomeni tetanici si manifestavano con rapidità spaventosa. Forse la scheggia con i resti infettivi della combustione aveva avvelenato l'arto. Fu subito trasportato al posto di medicazione, a cento metri dalla linea di fuoco, ove i medici […] vollero compiere l'amputazione della gamba. Stoicamente il colonnello che già manifestava i segni preagonici sopportò l'operazione dolorosa che i medici tentarono con i mezzi disponibili nella zona avanzata […] ormai la cancrena fulminante aveva cominciato il suo processo distruttivo in tutto l'organismo. Il colonnello si rivolse ai medici che lo consigliavano di lasciarsi trasportare e con molta serenità disse: No! Non voglio andarmene. Morirò qui! Questo è il posto della vittoria!"

Dopo gli scontri dei giorni 14 e 15 settembre 1916 sul Medio Isonzo i feriti dell' XI corpo (III Armata), oltre 6.000 uomini, furono convogliati verso gli ospedali da campo della valle dello Judrio e di Dolegna, dove molti di questi erano gestiti dalle nobildonne del comitato presieduto dalla duchessa Elena d'Aosta (moglie di Emanuele Filiberto Duca d'Aosta, comandante della stessa III Armata), coadiuvate da alcune crocerossine: migliaia di soldati morirono dissanguati o per infezioni per incuria del personale o perché non c'erano bende e disinfettanti a sufficienza. Il Comando Supremo mise subito tutto a tacere, ma da allora il comandante della II armata, gen. Capello, esigette di avere in dotazione solo personale medico britannico.

La mortalità tra i feriti era spaventosamente alta, ed era dovuta alle poche conoscenze mediche dell'epoca, all'impossibilità di sfruttarle appieno in zona di guerra e alla mancanza grave di igiene che portava la temuta cancrena, il tetano, le emorragie. L'ospedale n.073 di Schio, specializzato nel trattamento dei feriti al cranio, tra il 15 e il 30 giugno '16 accolse 1.566 feriti che nella quasi totalità dei casi presentavano fuoriuscita di materia cerebrale. La mortalità tra i ricoverati fu del 30%, causa principale di morte erano le infezioni pre o post operatorie: meningo encefalite, ascesso cerebrale, emorragia. Tra i feriti al torace la mortalità scendeva al 20%, ma moltissimi certamente morirono una volta giunti a casa di tubercolosi, malattia che colpiva facilmente un polmone lesionato e magari affetto da pleurite in seguito ad infezione. Tra i feriti all'addome invece le possibilità di guarire era tristemente lontana. I feriti al basso ventre non venivano neppure operati, tanto i medici erano

sicuri che la morte sopraggiungesse in poco tempo per dissanguamento o per infezione in seguito alla perforazione delle budella dei genitali. L'ospedale n.08 di Arsiero registra solo 26 casi di soldati operati in caso di ferita alla pancia, tra cui 18 terminati con la morte del paziente e che nei restanti casi provocarono gravi peritoniti. Per i feriti agli arti invece la speranza di sopravvivere era maggiore; durante i giorni delle grandi battaglie, in cui il sovraffollamento degli Ospedali non permetteva cure individualizzate per ogni paziente, l'amputazione chirurgica o la disarticolazione dell'arto maciullato era prassi. In altri casi i medici agirono anche con metodi più ortodossi quali plastiche cutanee e legature di vasi sanguigni e tendini. Causa di morte frequente era per loro la cancrena gassosa (causata anche dai dolorosissimi lacci emostatici che venivano stretti attorno agli arti feriti nei Posti di Soccorso). Anche tra i feriti caricati sulle autoambulanze chirurgiche la mortalità era alta, dovuta al fatto che in queste strutture venivano trattati solo i casi più gravi e disperati: l'ambulanza chirurgica d'Armata n.6 di Foza su 117 soldati sgomberati e 57 operati al suo interno 47 furono i morti (di cui 16 per complicazioni post-operatorie come encefaliti e peritoniti).

La divisa per il militi di sanità era la mod.1909, con il bracciale della C.R.I., il fregio a stella sul berretto e mostrine rosse ad una fiamma sul bavero (entrambi con all'interno un pallino bianco smaltato con una piccola croce rossa centrale); gli ufficiali medici della C.R.I. portavano invece sul berretto uno stemma dorato contornato da foglie, oppure il fregio dell'associazione di supporto medico di appartenenza. Tutti portavano al braccio la fascia internazionale bianca con una croce rossa disegnata di lato. Alcuni elmetti modello Adrian, dati in dotazione al corpo di sanità, furono dipinti di bianco e in certi casi fu disegnata una grande croce rossa sulla parte frontale.

(Fig.12)[12]

(Fig.13)[13]

(Fig.14)[14]

(Fig.15)[15]

(Fig.16)[16]

(Fig.17)[17]

[12] (Fig.12) autoambulanza della C.R.I., 1916.

[13] (Fig.13) Il tenente medico Floriano Ferrazzi, ospedale n. 035 di Visco (Udine), settembre 1915.

[14] (Fig.14) ...sul Carso, 1917.

[15] (Fig.15) Ospedale da campo n. 035 di Visco, settembre 1915, personale medico e feriti del Carso.

[16] (Fig.16) Sgombero di feriti tra le rovine di Asiago via autoambulanza, 1916.

[17] (Fig.17) Ferito medicato d'urgenza in un Posto di Soccorso sotto le trincee del monte Tomba, 1918.

(Fig.18)[18]

(Fig.19) [19]

(Fig.20)[20]

(Fig.21)[21]

(Fig.22)[22]

(Fig.23)[23]

[18] (Fig.18) Ferito caricato in una autoambulanza della Croce Rossa Britannica in servizio sul fronte del Piave, 1918.

[19] (Fig.19) Frattura all'avambraccio causata da una pallottola esplodente, lastra radiologica del 1917.

[20] (Fig.20) Fante morto durante l'intervento nell'autoambulanza chirurgica d'Armata n.1, Valisella, ottobre 1916.

[21] (Fig.21) Feriti mutilati agli arti nell'ospedale da campo n.076, estate 1916.

[22] (Fig.22) Ricoverati di un Ospedale Militare di retrovia.

[23] (Fig.23) Cartolina spedita a casa il 13 maggio '17 da un militare del Reparto Someggiato della II° Sez. Sanità per Fanteria dal fronte Dolomitico.

(Fig.24)[24]

(Fig.25)[25]

(Fig. 26) [26]

### 1.4.1 Madre Eugenia Maria Ravasco.[27]

Madre Eugenia Maria Ravasco, nacque a Milano il 4 Gennaio 1845. Terza dei sei figli del banchiere genovese Francesco Matteo Ravasco e della nobildonna Carolina Mozzoni Frosconi, rimasta orfana di madre a tre anni venne affidata alle cure di una zia materna. A sette anni si ricongiunse a Genova al padre e a due dei fratelli. Pochi anni dopo, alla morte del padre, venne affidata assieme ai fratelli alla tutela dello zio paterno Luigi. A ventidue anni entra a far parte delle Dame di Santa Caterina di Portoria, dedite alle visite ai degenti dell'Ospedale di Pammatone. Nel 1870, fruendo

[24] (Fig.24) Ospedale da campo ed autoambulanze sugli Altipiani, 1916.

[25] (Fig.25) Don Janes, cappellano militare e medico del battaglione alpini “Tolmezzo”, Pal Piccolo (Carnia) 1916.

[26] (Fig.26) Il documento, redatto il giorno 24 agosto 1916, dal ten. colonnello ispettore dell’ Osp. Territoriale di Lugo, descrive le condizioni di un soldato del 131° Rgt. fanteria ferito ed operato: “..ha subito l’amputazione dell’avambraccio destro….”

[27] di Roberto Bobbio.

totalmente dell'eredità lasciatale dal padre, acquista il palazzo dei marchesi Gropallo, situato sulla collina di Carignano, per costituirvi un educandato femminile, una scuola elementare e la Congregazione delle Madri Cristiane oltre che l'Opera della Dottrina Cristiana e degli esercizi spirituali per signore e signorine della città. Analoghe istituzioni furono da lei patrocinate a Levanto e a Colazza in provincia di Novara, oltre che in altre località italiane.

Nel 1878 fondò la Scuola Magistrale Normale e nel 1892 la Casa per le giovani operaie. Particolarmente interessata alla vita politica ed economica del Paese, colpita sfavorevolmente dagli esiti nefasti della spedizione in Libia, la Ravasco, secondo una vulgata ancora accreditata, sognata una cascata di sangue colare da una scalinata, ebbe a pretendere che nell'edificio che sarebbe stato edificato, le scale avrebbero dovuto avere una particolare e ampia larghezza oltre i gradini della scalinata di alzata minima, questo per permettere il passaggio alle barelle e ai letti dei feriti in battaglia lì ricoverati. Pare ci furono scontri con il pool di ingegneri e architetti che ad altri canoni di costruzione si erano rifatti: la Ravasco prevedeva che ci sarebbe stata la necessità di minimizzare, oggi si direbbe, le barriere architettoniche per il passaggio di persone in difficoltà motoria.

La morte, avvenuta a Genova il 30 dicembre 1900, colse la Ravasco in anticipo rispetto all'inaugurazione dell'edificio che all'alba del 25 Maggio 1915, subito dopo l'entrata in guerra dell'Italia, venne messo a disposizione dei Comandi Militari di Zona quale ricovero per feriti con una capienza di oltre 1.000 posti letto e una disponibilità di personale paramedico recuperato tra le ex allieve dell'Istituto oltre alle Suore, già allora di nero viola vestite e cappellone bianco. Fu destinato quale Ospedale Militare di Riserva, in comunione con quello analogo locato presso l'Ospedale Galliera e il Pammatone. L'edificio fu gravemente offeso dal bombardamento francese del 1942 che quasi lo rase al suolo, lasciando però curiosamente integre le testimonianze fotografiche qui allegate unitamente ai biglietti di ringraziamenti che svariati militari ivi curati ebbero a riconoscere all'istituzione e al personale tutto. Madre Eugenia Maria Ravasco è stata beatificata il 27 Aprile 2003 da Paolo Giovanni II.

(Fig.27)[28]

(Fig. 28)[29]

[28] (Fig.27) Istituto Ravasco - Genova.

[29] (Fig.28) Natale di guerra all'ospedale militare Ravasco.

(Fig.29)[30]

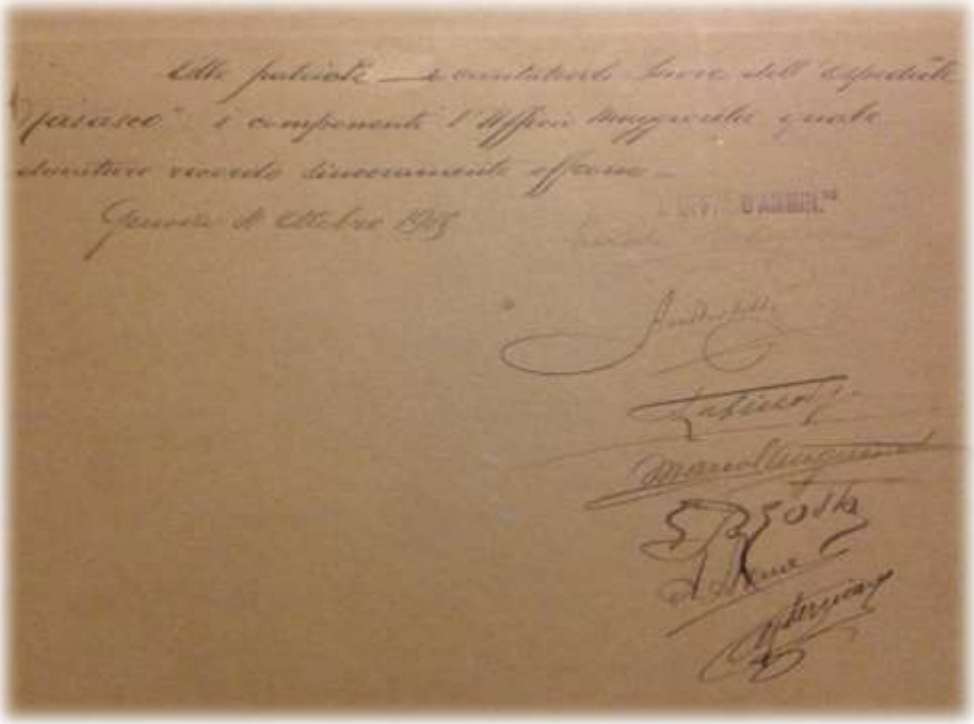


Fig. 30[31]

[30] (Fig.29) Foto dei componenti l'Ufficio Maggiorita' a ringraziamento verso le suore dell'ospedale.

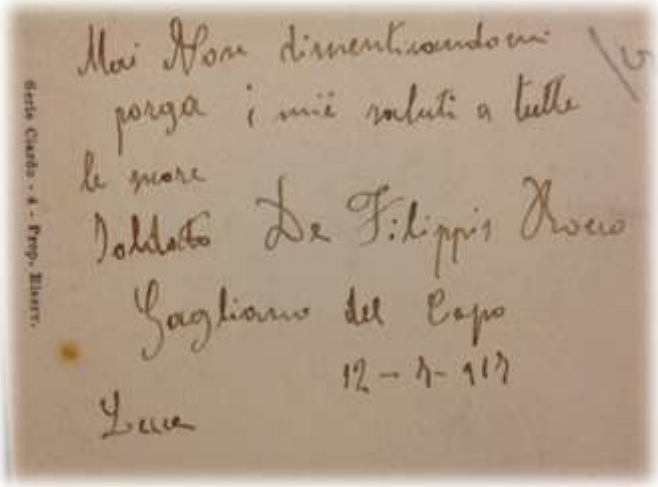
[31] (Fig.30) Retro foto.

Istituto Rovasco
Piazza Caniguano
Genova

(Fig.31)[32]

Alla Molto Rev.da
Madre Superiora dell'Istit.
Rovasco - Piazza Caniga
Genove

(Fig.32)



Mai Non dimenticandovi
porgo i miei saluti a tutte
le mie
Soldato De Filippis Rocco
Gagliano del Capo
12-1-917
Lecce

(Fig.33)

[32](Fig.31-32-33) Alcune cartoline di ringraziamento alle suore dell'ospedale da parte di ex ricoverati.

### 1.4.2 Le sorelle Marinaz.[33]

Queste due donne durante il primo conflitto mondiale si prodigarono presso l'ospedale della Croce Rossa austriaca che si trovava nei locali del Seminario Arcivescovile di Gorizia (Fig.34).
Tra il 1915 e il 1916 esse si prodigarono per curare ed alleviare le sofferenze dei soldati austro-ungarici feriti durante i combattimenti nei dintorni di Gorizia. L'ospedale venne bombardato più volte ed esse rischiarono la vita per salvare i soldati ricoverati (Fig. 35). E andò avanti così fino all'agosto del 1916 quando dopo la conquista della città da parte degli italiani esse si trasferirono, con tutto l'ospedale, presso l'ospedale militare di Aidussina (ora in Slovenia) e dato che era distante dalla linea del fronte esse conobbero finalmente un pò di pace senza più la minaccia dei continui bombardamenti. In tutto quel periodo Virginia, la sorella maggiore, tenne un diario, scritto in lingua tedesca, che racconta le vicende e gli stati d'animo non solo di loro due, ma anche della popolazione e di soldati feriti costretti a letto.

### 1.4.3 Il diario di Virginia Marinaz crocerossina volontaria sul fronte dell'Isonzo (1915-1916).[34]

A partire dal maggio del 1915, nonostante l'avvicinamento delle truppe italiane, il numero degli abitanti che decise di lasciare il capoluogo isontino nei primi mesi di guerra non fu molto elevato e alcuni di quelli che restarono si resero disponibili per far fronte alle incombenze derivanti dal conflitto. Questa fu anche la coraggiosa scelta delle sorelle Virginia ed Enrica Marinaz, divenute crocerossine volontarie presso il "Riserve-Spital des Landeshilfsvereins von roten Kreuze für Görz und Gradisca" (Ospedale di riserva del locale comitato di soccorso della Croce Rossa per Gorizia e Gradisca). E' stato possibile ripercorrere la loro traumatica esperienza grazie al recupero del diario redatto in lingua tedesca da Virginia in quel periodo.

---

33 I dati relativi alla biografia delle Marinaz sono stati desunti:
-dallo stato di famiglia dei Marinaz, rilasciato dall'Anagrafe del Comune di Gorizia;
-dagli "stati di servizio" di infermiere volontarie della Croce Rossa di Gorizia;
-dal Libro dei defunti della chiesa parrocchiale e decanale di S.Giorgio Martire, tomo II, conservato presso l'Archivio Parrocchiale di Lucinico (Gorizia);
-dagli "studi di servizio" del personale docente delle seguenti scuole di Gorizia: Scuola Media Statale "G. Favetti", Istituto Magistrale "S. Slataper, Liceo Ginnasio "D. Alighieri":
-Ester De Colle, ex ispettrice C.R.I.. per la provincia di Gorizia negli anni 1972-1979;
-Generale Giorgio Sluga e la moglie Maria Stua di Gormòns (Gorizia);
-Dott. Paolo Sluga e la moglie Maria Vittoria Zanello di Monfalcone (GO),
-Nice Zanello di Gorizia (questi ultimi tutti amici della famiglia Marinaz).

34 Da: "Gente dell'Isontino e Grande Guerra" di Rita Lepre, Edizioni Comune di San Lorenzo Isontino.

Virginia Marinaz, figlia di Giorgio e di Anna Maria Sauli, nacque a Dignano d'Istria il 1° giugno 1883. La madre era casalinga, mentre il padre svolgeva le funzioni di capo posto di gendarmeria al servizio della Monarchia austroungarica. Questo tipo di professione potrebbe spiegare alcuni cambi di residenza del nucleo familiare avvenuti prima dello scoppio della Grande Guerra. Virginia era la maggiore di tre fratelli. Il più giovane, Luigi, neanche trentenne, morì sul campo di battaglia indossando la divisa austriaca. Nel diario viene ricordato con affetto nell'anniversario della sua morte avvenuta nel settembre del 1914. Con la sorella minore italiana, Enrica (1888-1976) la nostra autrice condivise molte esperienze significative e prima fra tutte il servizio come infermiera volontaria della Croce Rossa austriaca e poi durato una vita intera. Virginia conseguì la licenza elementare presso la scuola delle Suore della Provvidenza a Cormòns (Gorizia), dove nel frattempo si era trasferita insieme alla famiglia.

Successivamente i Marinaz trascorsero con ogni probabilità alcuni anni a Lucinico, per poi lasciare definitivamente la piccola frazione e stabilirsi definitivamente nella città isontina. A Gorizia Virginia frequentò le sezioni italiane della Bürgschule e dell'Istituto Magistrale. Dopo aver studiato privatamente per due anni, nel 1904 si iscrisse alla facoltà di lettere dell'Università di Padova, dove sostenne gli esami di italiano e pedagogia. Negli anni 1905-1908 fu all'università di Vienna dove conseguì la laurea in lettere e lingue. A partire dal 1910 lavorò come docente di italiano e francese presso il Liceo Femminile pareggiato di Rovereto (Trento). Nel 1912 all'Istituto Magistrale di Gorizia si rese vacante una cattedra per l'insegnamento dell'italiano. Virginia, che partecipò al concorso indetto per l'assegnazione del posto, fu respinta perché sospettata di irredentismo in quanto in precedenza aveva studiato in una università del Regno. La diffidenza mostrata nei suoi confronti ebbe ripercussioni anche sulle scelte della sorella Enrica, che per conseguire l'abilitazione come insegnante elementare preferì recarsi all'Istituto Magistrale di Trieste. La delusione per il mancato superamento del concorso nel 1912 convinse Virginia a chiedere il trasferimento al Liceo pareggiato di Rovereto dove nel 1914 entrò di ruolo, rimanendovi fino al 1923 anno in cui l'Istituto fu soppresso dalla Riforma Gentile e gli insegnanti di ruolo vennero pensionati.

Durante la Grande Guerra Virginia tornò a Gorizia e fin dai primi mesi del conflitto, insieme alla sorella Enrica, prestò servizio come infermiera della Croce Rossa austriaca presso alcuni ospedali militari allestiti a ridosso del fronte dell'Isonzo.

Grazie all'opera umanitaria prestata anche durante la Seconda Guerra Mondiale come volontarie della Croce Rossa Italiana, le Marinaz ottennero alte onorificenze da parte della stessa Croce Rossa, dal governo austriaco e da quello italiano. Anche nel dopoguerra si mantennero al servizio della Croce Rossa locale e per ben venticinque anni insegnarono gratuitamente presso le caserme del Presidio Militare di Gorizia, permettendo a moltissime giovani leve di conseguire il diploma della scuola dell'obbligo. Nell'ambiente della Croce Rossa goriziana e tra alcuni studenti che le ebbero come insegnanti sono ancora ricordate per amore per il prossimo, il gran senso del dovere e della precisione nello sbrigare qualsiasi incarico. Particolarmente travagliato il loro iter professionale. Oltre che a subire reazioni di diffidenza da parte delle autorità austriache, dopo la Grande Guerra ebbero numerose difficoltà per il riconoscimento dei titoli accademici conseguiti sotto l'Austria e di conseguenza non poterono acquisire un posto statale di ruolo nei licei, né nell'Italia fascista né in quella del dopoguerra.

In una lettera del 25 dicembre 1942 inviata all'Ispettrice Nazionale della Croce Rossa Italiana perché intervenisse presso il Ministero dell'Educazione nazionale, le Marinaz chiesero di essere sistemate adeguatamente in base ai loro studi. E qui troviamo uno sfogo derivante da quei sospetti nutriti nei loro confronti, che ben esemplificava lo stato delle cose: "*Prima eravamo le Italiane in Austria, poi fummo le Austriache in Italia*"[35]. Si può supporre che più che una colorazione politica ben definita, le due goriziane avessero ereditato dal mondo asburgico, mantenendolo inalterato per tutta la vita, quel profondo lealismo nei confronti dell'autorità costituita, indipendentemente dal fatto che si trattasse di servire l'Austria-Ungheria, l'Italia fascista o quella repubblicana.

Virginia ed Enrica dunque insegnarono materie letterarie e lingue straniere, a partire dagli anni venti, nelle principali scuole superiori di Gorizia, e in particolare nel Regio Istituto Magistrale e presso la scuola di Avviamento Commerciale. Virginia assunse gli ultimi incarichi alla fine degli anni quaranta al liceo "D. Alighieri", Enrica invece si congedò dall'insegnamento una decina di anni dopo. Non essendo riuscite ad entrare mai di ruolo, dovettero accontentarsi di una pensione molto bassa e per "arrotondarla" impartivano lezioni private. Non si sposarono e vissero sempre insieme anche dopo la morte dei genitori. La madre morì nel gennaio del 1918 nel

[35] Da: "Gente dell'Isontino e Grande Guerra" di Rita Lepre, Edizioni Comune di San Lorenzo Isontino.

campo profughi di Wagna-Liebnitz in Stiria, mentre il padre si spense nel 1931 all'età di 85 anni.

Nell'ultimo periodo della loro vita le Marinaz rimasero in contatto con vecchi amici di famiglia (Giorgio Sluga e Maria Stua di Cormòns), depositari dei loro scritti e delle preziose foto d'epoca. Quando le loro condizioni di salute peggiorarono, furono premurosamente assistite dalle colleghe della Croce Rossa di Gorizia. Ambedue vissero molto a lungo. Virginia morì nel giugno del 1975 ultranovantenne, mentre Enrica la seguì quasi un anno dopo all'età di ottantotto anni.

(Fig.34)[36]

(Fig 35)[37]

(Fig.36)[38]

[36] (Fig. 34) Le sorelle Marinaz e il padre.

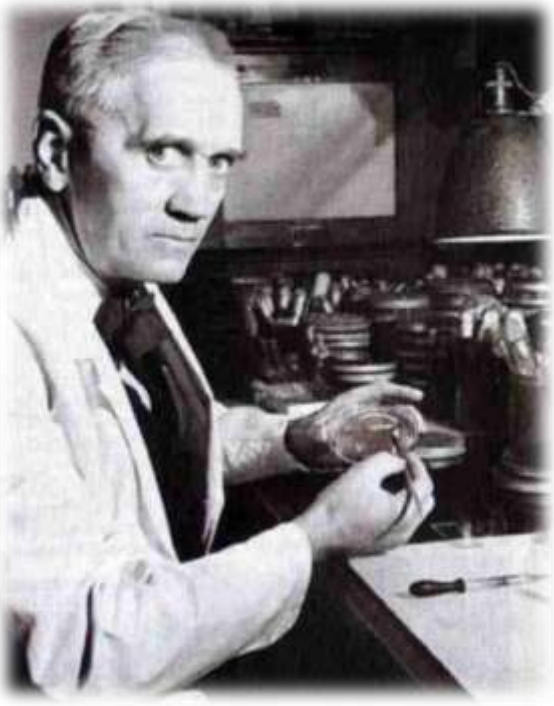
[37] (Fig.35) Il Seminario Arcivescovile in una foto della fine del 1800.

[38] (Fig.36) Il Seminario Arcivescovile dopo i bombardamenti del 1916.

## 1.5 La Seconda Guerra Mondiale.

Tuttavia la pace durò poco. Il trattato di Versailles riservò ai principali sconfitti, la Germania, un trattamento talmente umiliante da far covare in essi profondi sentimenti di rivincita che sarebbero sfociati poi nel 1939, nella seconda grande disgrazia mondiale.

Da un punto di vista medicale la seconda guerra mondiale non ci riservò però salti per così qualitativi come la Grande Guerra aveva prodotto. Troppo vicine. Si migliorarono e si affinarono solo le conoscenze appena apprese. Unica eccezione, nel 1943, quando entrarono in uso le penicilline il cui studio era stato però reso noto dallo scopritore Alexander Fleming (Fig.37), nel 1928 e che a loro volta derivarono da quegli studi di antibiosi che lo stesso Fleming (poi Nobel nel 1945), Capitano medico dell'esercito inglese combattente nelle Somme, aveva avuto modo di iniziare proprio durante la Grande Guerra.



(Fig. 37)[39]

Il Novecento ci propone altre due guerre sanguinose. Quella di Corea (1950-53) e quella lunghissima del Vietnam (1960-75). Ma anche queste non produssero accelerazioni considerevoli.

Alla fine del secolo scorso ce ne fu una brevissima, la prima guerra del Golfo (1990-91), che invece impresse un altro salto quantico.

[39] (Fig.37) Alexander Fleming.

Sapete che differenza c'è tra un marines americano della Grande Guerra ed uno della Guerra del Golfo? L'armamento verrebbe da rispondere. Solo in parte. La risposta è la preparazione. Addestrare un soldato nel 1915 costava pochi giorni e pochi soldi. Per prepararne uno nel 1990, viceversa occorrevano mesi e una camionata di dollari. Ecco allora che se un soldato per anni fu niente di più che carne da cannone (costava poco), diventò all'improvviso un soggetto da tutelare ed eventualmente curare al meglio nonché velocemente per non perdere "l'investimento iniziale". Questo dettaglio apparentemente poco importante fu lo stimolo per passare da una chirurgia solamente ricostruttiva ad una rigenerativa che di fatto è la filosofia che oggi la medicina del terzo millennio sta seguendo. Se nel 1915 la grossa lesione si trattava con l'amputazione, perché amputare era più facile che curare e il problema si sarebbe risolto poi, oggi non è più ammissibile ragionare così. Costerebbe troppo. Bisogna riparare subito e velocemente.

In conclusione non è che si debbano fare le guerre perché dalle guerre poi si va avanti, ma è assolutamente vero che l'umanità, purtroppo è andata molto avanti sull'esperienza della guerra.

## Capitolo 2. Il Personale Sanitario: Compiti, Diritti e Doveri.

### 2.1 Le origini.

La tutela del personale sanitario durante i conflitti armati deve il proprio riconoscimento giuridico all'interno del diritto internazionale, a seguito dell'istituzione della Croce Rossa. Il dovere di proteggere il personale che prestava assistenza sanitaria nei conflitti armati, nonché gli ospedali, i mezzi ed i beni di carattere sanitario, da parte dei belligeranti, venne sancito già dalla convenzione di Ginevra del 22 agosto 1864, relativa al miglioramento delle condizioni dei feriti nei campi di battaglia. In realtà, tale principio apparteneva già allo *jus gentium* ed era stato affermato, a vario titolo, già dall'antichità, sia da sporadiche norme di carattere giuridico – religioso, sia attraverso la dottrina del pensiero umanista, a partire dal XV secolo.

Nel trattato tra Francia e Spagna del 1673 venne stabilito che il personale sanitario doveva essere liberato senza il pagamento del riscatto. Tale regola divenne consuetudine entro la fine del XVII secolo.

Prima ancora dell'Organizzazione della Croce Rossa, anche l'Ordine dei cavalieri teutonici venne originariamente costituito, nel 1191, come corpo militare di assistenza.

In epoca moderna, prima ancora dell'opera prestata da Henry Dunant, fondatore della Croce Rossa, nella battaglia di Solferino del 1859, la storia ricorda gli esempi del medico francese Jean Pierre Larrey, che nel 1809 introdusse le prime ambulanze a cavallo nei luoghi di battaglia, del medico siciliano Ferdinando Palasciano che durante l'assedio di Messina del 1848 prestò assistenza sanitaria anche a favore dei nemici, così disobbedendo agli ordini impartiti dal comandante Filangeri e subendo un processo ed una condanna a pena detentiva, o ancora dell'inglese Florence Nightingale che nel 1853 organizzò un corpo di infermiere volontarie per assistere i feriti della guerra di Crimea.

I principi istituiti nella convenzione di Ginevra del 1864 vennero riconfermati in tutte le convenzioni internazionali sul diritto bellico successive, ed in particolare dalle convenzioni dell'Aja del 1899 e del 1907 che li estesero anche alla guerra marittima, alle convenzioni di Ginevra del 1929 ed infine alle convenzioni di Ginevra del 1949, attualmente in vigore, ratificate dall'Italia con Legge n. 1739/1951.

In Italia, i principi ispiratori dei principi relativi alla protezione del personale sanitario nei conflitti armati, hanno trovato ingresso, oltrechè attraverso la ratifica delle varie norme convenzionali di carattere internazionale, nella L. 740/1912 sulla tutela dei segni di neutralità e soprattutto nella legge di guerra del 1938 (R.D. 1415/1938) e nel codice penale militare di guerra del 1941.
Non vi è dubbio che già nei primi anni del XX secolo, la protezione del personale sanitario nei conflitti armati costituisse già un principio internazionale di rango costituzionale.
Ciò che piuttosto è mutato nel corso del tempo, attiene alle modalità di effettiva tutela nei confronti del personale di assistenza sanitaria.

### 2.2 Attività del personale sanitario in caso di conflitto armato.

Nata sul campo di battaglia, l'idea che ispirò la creazione della Croce Rossa è strettamente legata allo scopo di alleviare l'umana sofferenza, assistendo e curando feriti e malati, che è poi l'obiettivo della missione medica.
Fin dal momento della sua nascita come istituzione, la Croce Rossa ha cercato senza tregua i mezzi adatti a conseguire questo scopo. Ed è per questo che essa ha ispirato le Convenzioni di Ginevra e i Protocolli Aggiuntivi. Non le è sfuggita l'importanza del ruolo che deve svolgere il personale sanitario e, fin dal principio, ha ottenuto che esso, incaricato di portare soccorso ai feriti e ai malati sul campo di battaglia, sia rispettato e protetto, così come il personale religioso. Quest'ultimo è chiamato, infatti, ad assolvere un compito complementare di quello del personale sanitario, in particolare quello di assistere i morenti.
Le disposizioni del diritto internazionale umanitario proteggono, dunque, i membri del personale sanitario chiamati a prendere servizio durante i conflitti armati, si tratti:

- di un conflitto interno che si svolga sul territorio del loro paese;
- di un paese parzialmente o totalmente occupato da un altro paese;
- di Società nazionali della Croce Rossa o Mezzaluna Rossa, o di un paese restato neutrale di fronte a un conflitto in atto e che ha deciso di mettere proprio personale sanitario a disposizione di uno dei belligeranti o del CICR.

Bisogna notare, tuttavia, che se i principi fondamentali e le regole generali del diritto internazionale umanitario si applicano sia ai conflitti internazionali che ai conflitti non

internazionali, le regole dettagliate alle quali ci riferiamo in questo elaborato ci si riferisce soltanto ai primi.

### 2.3 Il Personale Sanitario.

Per quanto concerne il personale sanitario possiamo fare una distinzione tra:

1. militari del corpo sanitario che hanno l'obbligo di assistere qualsiasi infermo o malato anche nemico. Solitamente, come avviene nel nostro ordinamento, i ruoli del corpo sanitario militare, in tempo di guerra, deve essere preferibilmente riservato agli obiettori di coscienza (art.13 comma 4°, L. 230/1998). Ad essi sono in tutto e per tutto parificati i membri del Corpo Militare della Croce Rossa, istituito nel 1866 che opera in tempo di guerra. Tuttavia, il Corpo Militare della Croce Rossa che fa parte della C.R.I. nazionale ed è contraddistinto dai distintivi di nazionalità, non deve essere confuso con Croce Rossa Internazionale, la quale avendo personalità giuridica internazionale, è considerata come un soggetto (Stato) totalmente neutrale alla guerra;
2. militari comuni impiegati come infermieri o portantini ausiliari che sono militari ordinari che godono dell'immunità soltanto nel momento in cui esercitano tale funzione (art. 25, I° Conv. Ginevra 1949). Costoro infatti in caso di cattura sono parificati ai prigionieri di guerra comuni (art. 29, I° Conv. Ginevra 1949);
3. personale sanitario civile, anche della Croce Rossa o di altre organizzazioni riconosciute (art. 26, I° Conv. Ginevra 1949) che sono parificati ai militari del corpo sanitario per quanto concerne gli obblighi e la protezione ma, a differenza di questi, hanno carattere civile e non militare;
4. personale sanitario di paesi od organizzazioni neutrali autorizzati da una parte belligerante (artt. 27 e 32, I° Conv. Ginevra 1949). Costoro non possono essere trattenuti e possono, in qualunque momento, ritornare in patria ove le circostanze della guerra lo consentano. Il personale sanitario appartenente a paesi neutrali nel conflitto può essere sia civile che militare. L'art. 9 par. 2, I° Prot. Agg. 1977 stabilisce che gli artt. 27 e 32 I° Conv. Ginevra 1949 si applicano se il personale sanitario è messo a disposizione da uno Stato neutrale, da una società di soccorso riconosciuta dallo Stato neutrale stesso o da un'Organizzazione internazionale a carattere umanitario.

L'art. 12, I° Prot. Agg. 1977 afferma che le unità sanitarie civili sono protette soltanto se rispondono ai seguenti requisiti:

- appartengono ad una parte in conflitto o ad uno Stato neutrale col consenso del proprio governo;
- b) sono riconosciute e autorizzate dalle competenti autorità di una parte in conflitto.

L'art. 18, I° Prot. Agg. 1977 nonché il primo allegato determinano le regole per l'identificazione del personale sanitario, sia esso militare o civile. Le stesse norme sono sancite essenzialmente dagli artt. da 38 a 44 della I° Conv. di Ginevra del 1949. Le carte d'identità ed i simboli distintivi non possono essere requisiti così come qualsiasi attrezzatura necessaria anch'essa contraddistinta da simboli idonei e non, è possibile vietare al personale suddetto l'uso del bracciale o dei simboli distintivi. Il personale appartenente a Stati neutrali deve portare anche segni distintivi del proprio Stato di origine.

Il personale militare sanitario è protetto dagli art. 24 I° Conv. Ginevra 1949 e dall'art. 36 II° Conv. Ginevra 1949 in ogni circostanza.

Benché parificati ai militari non sono considerati belligeranti in quanto la loro attività, anche se strumentalmente devoluta ad una parte in conflitto, nella sostanza è funzionalmente neutrale poiché esplicata verso tutti i belligeranti.

Da ciò consegue che, ad esclusione dei soggetti indicati ai precedenti punti 2) e 4) (militari impiegati occasionalmente come portantini o infermieri; appartenenti ad organizzazioni o Stati neutrali), il personale sanitario di carattere militare, ove catturato, non può essere trattenuto in qualità di prigioniero di guerra, salvo che non ricorrano particolari esigenze di assistenza sanitaria da prestarsi presso altri prigionieri di guerra od altri militari o che non sussistano esigenze particolari, riconnesse alla guerra, che lo impediscano.

I soggetti che fanno parte del personale di assistenza sanitaria o religiosa sia militare che civile al seguito delle forze armate, in caso di cattura, non possono essere trattenuti (art. 28 I° Conv. Ginevra 1949 ed artt. 36 e 37 II° Conv. Ginevra) salvo i casi in cui ve ne sia necessità per assistere i propri prigionieri di guerra.

L'art. 33 III° Conv. Ginevra afferma che il personale militare di assistenza, qualora assista i prigionieri di guerra, non è considerato come tale e gode di diverse agevolazioni e libertà, in particolare il diritto di visita ai prigionieri di guerra ed il divieto di lavoro coatto estraneo all'attività di assistenza. Per la dottrina tali norme costituiscono una consuetudine internazionale. Il trattenimento del personale

sanitario è legittimato soltanto da esigenze assistenziali sia verso i prigionieri di guerra che nei confronti dei propri militari oppure in tutti quei casi in cui sussista un giustificato motivo od uno stato di necessità.

**2.4 Definizione di personale sanitario.**

Il I° Protocollo (art. 8) del 1977 detta la seguente definizione del personale sanitario: *"L'espressione personale sanitario indica le persone esclusivamente assegnate da una Parte in conflitto sia ai compiti sanitari enumerati nella linea e, sia all'amministrazione di unità sanitarie, sia ancora al funzionamento o all'amministrazione di mezzi di trasporto sanitario. Questa assegnazione può essere permanente o temporanea".*
I compiti sanitari ora detti sono *"la ricerca, l'evacuazione, il trasporto, la diagnosi o il trattamento - compresi i primi soccorsi - dei feriti, dei malati e dei naufraghi, nonché la prevenzione delle malattie"*.

Il personale sanitario, come detto poc'anzi, può essere militare o civile, ma il personale civile è coperto come tale dal diritto internazionale umanitario solo se ha ricevuto una assegnazione da parte della Parte in conflitto di cui dipende. Un medico civile che durante un conflitto armato continua a praticare senza aver ricevuto una assegnazione particolare da parte dello Stato da cui dipende non fa, quindi, parte del personale sanitario del quale si sta parlando. Questa restrizione è giustificabile dal fatto che il personale sanitario gode di privilegi particolari che lo Stato in conflitto, essendo responsabile degli abusi che potrebbero essere commessi, deve esercitare un certo controllo sulle persone cui detti privilegi sono concessi.
Il personale sanitario non comprende soltanto il personale medico propriamente detto. Infatti, tutto il personale necessario per assicurare il trattamento adeguato dei feriti e dei malati beneficia della protezione concessa al personale sanitario che sia incorporato nel Servizio Sanitario.
Ciò vale, ad esempio, per il cuoco di un ospedale, per un addetto ai servizi amministrativi o per un meccanico incaricato della manutenzione dei veicoli sanitari.

Il personale sanitario può ricevere un'assegnazione in via permanente o temporanea. Nel secondo caso, sarà considerato come personale sanitario soltanto per la durata

della sua assegnazione sanitaria. In tutti casi, però, egli deve essere esclusivamente impiegato in compiti sanitari.
Egli non può approfittare della protezione di cui gode per svolgere altre attività, nè tantomeno per concorrere alle operazioni militari.

Ha una importanza capitale per i membri del personale sanitario la conoscenza dei "doveri" e dei "diritti" di cui sono titolari secondo il diritto internazionale umanitario, insieme alla consapevolezza che in qualsiasi momento e in modo del tutto inatteso essi rischiano di trovarsi di fronte a situazioni in cui quei doveri e quei diritti debbono essere applicati.
Questi diritti e doveri sono stati stabiliti affinchè essi possano svolgere il compito umanitario che assumono, in caso di conflitti armati, in favore delle vittime di quest'ultimi.
I doveri che loro incombono sono direttamente legati ai diritti delle persone protette loro affidate.
I diritti riconosciuti al personale sanitario dalle Convenzioni e dai Protocolli lo sono affinchè detto personale possa assolvere il proprio compito umanitario. Tale personale è, in qualche modo, uno strumento necessario per la protezione dei feriti e dei malati, ed è a questo titolo che esso beneficia di diritti particolari.
Tali diritti sono direttamente legati, del resto, agli obblighi che incombono sullo Stato da cui detto personale dipende e sulle Parti in conflitto.
Così, ad esempio, il diritto alla protezione del personale sanitario è legato al dovere, imposto al nemico, di rispettarlo; il suo diritto di accedere ai luoghi in cui le sue prestazioni sono richieste è legato al dovere delle Parti in conflitto di permettere l'accesso a detti luoghi.

Fra i doveri che incombono sul personale sanitario, si possono distinguere quelli che implicano una azione e quelli che implicano una astensione. C'è l'obbligo di agire quando un ferito o un malato richiede delle cure, ma c'è altresì l'obbligo di non compiere certi atti, in particolare atti medici contrari all'interesse del paziente.
Fra i diritti riconosciuti al personale sanitario, si può del pari distinguere quelli che implicano una azione da parte delle Parti in conflitto, come quella di fornirgli tutto l'aiuto necessario perchè esso possa assolvere al meglio la sua missione di

assistenza, e quelli che implicano un dovere di astensione, come il dovere di non esercitare rappresaglie contro il personale sanitario.

**2.5 Doveri del Personale Sanitario.**

Feriti, malati, naufraghi, prigionieri di guerra e civili esposti alle conseguenze di un conflitto armato, in sostanza tutti coloro che per la loro posizione restano estranei ai combattimenti o che non partecipano direttamente, debbono beneficiare in qualsiasi circostanza di un trattamento umano (art. 3, Conv. Ginevra I°, II°,III° e IV°; art. 12, Conv. Ginevra I°, II°; art. 13, Conv. Ginevra III°; art. 27, Conv. Ginevra IV°; art. 10 I° Prot.; art. 4 e 7, II° Prot.).
Tutte le persone sopra menzionate sono protette da disposizioni del diritto internazionale umanitario.
Per il personale sanitario si tratta, quando è chiamato ad occuparsi di dette persone, di farlo in ogni circostanza con umanità al meglio delle possibilità e secondo coscienza.
Il principio di umanità, ossia lo slancio verso la vittima, è del resto uno dei principi fondamentali della Croce Rossa internazionale.
La protezione del personale sanitario non costituisce un privilegio personale, ma un corollario delle norme volte a garantire il rispetto e la protezione delle vittime dei conflitti armati.
E' appunto per facilitare l'assolvimento del compito umanitario che il personale sanitario è protetto, e tale protezione gli è concessa solo se e quando egli è esclusivamente assegnato a tale compito.
Il personale sanitario temporaneo previsto dalla I° Convezione (art. 25) non è, ad esempio, protetto quando svolge compiti militari.
Il personale sanitario deve astenersi da qualsiasi atto di ostilità, da ogni ingerenza nelle operazioni militari.

E' autorizzato a portare solo armi leggere ed ha diritto ad usarle solo per la difesa personale o per quella dei malati e dei feriti affidati alle sue cure (I° Conv. Ginevra art. 22; II° Conv. Ginevra art. 35; I° Prot. art. 13, 28, 63, 65, 67).
Se ci si limita a considerare unicamente le funzioni umanitarie che i membri del personale sanitario debbono svolgere, può sorprendere che si ammetta che essi

siano armati.
Bisogna tener conto delle circostanze dei conflitti armati internazionali o non internazionali nelle quali essi sono chiamati ad operare, circostanze che spesso favoriscono uno stato di disordine interno che provoca atti di violenza come lo stupro, il saccheggio e il brigantaggio, atti dai quali occorre difendere i feriti e i malati.
Se il personale sanitario cercasse di opporsi con le armi ad una avanzata militare, esso perderebbe la sua neutralità nel conflitto e quindi il diritto alla protezione, a meno che il nemico cercasse, deliberatamente, di uccidere malati, feriti o membri del personale sanitario.

Deve poter essere identificato portando visibilmente un segno protettore attraverso un "segno distintivo".
Per il personale sanitario permanente ed il personale religioso:
- bracciale resistente all'umidità recante il segno distintivo di neutralità (croce rossa su fondo bianco o mezza luna rossa), rilasciato dall'autorità militare corredato della targhetta d'identità e della carta di riconoscimento tascabile, riporterà generalità del possessore e a quale titolo è stata concessa la protezione;
- foto o impronte digitali, timbro a secco dell'autorità militare; in duplice copia, una conservata dalla Potenza emettitrice.
Per il personale temporaneo:
- bracciale di neutralità di ridotte dimensioni accompagnato da documento d'identità con indicazione dell'istruzione sanitaria impartitagli, il carattere temporaneo delle funzioni esercitate ed il diritto dell'uso del bracciale.

I membri del personale sanitario che commettono abusi o infrazioni al diritto internazionale umanitario sono passibili di punizioni (I° Conv. Ginevra art. 3, 44, 49 - 54; II° Conv. Ginevra art. 3, 44, 45, 50 - 53; III° Conv. Ginevra art. 3, 13, 129 - 132; IV° Conv. Ginevra art. 3, 146 - 149; I° Prot. art. 11, 18, 85 e 86; II° Prot. art. 4 e 5).
Il diritto internazionale umanitario tratta in modo piuttosto sommario il problema della repressione degli abusi e delle infrazioni alle sue norme, sicchè è indispensabile che le sue disposizioni siano integrate da norme di diritto nazionale.
Ogni violazione di una disposizione del diritto internazionale umanitario costituisce una infrazione a detto diritto che gli Stati Parti delle Convenzioni hanno l'obbligo di far cessare.

Il DIU non indica come debbono comportarsi gli Stati per far cessare le infrazioni; esso però chiede che, per le violazioni che definisce "infrazioni gravi", non solo sia posto fine ad esse, ma che il diritto interno preveda le corrispondenti sanzioni penali.
E' da tenere presente che le infrazioni gravi sono considerate crimini di guerra e debbono, per questo, essere perseguite in qualsiasi momento e in qualsiasi luogo.
Le infrazioni che potrebbero essere commesse dal personale sanitario nell'esercizio delle sue funzioni, e che sono infrazioni al DIU quando sono commesse contro persone o beni che sono protette dal DIU:

- omicidio volontario;
- tortura o trattamenti disumani, compresi gli esperimenti biologici o altre sperimentazioni mediche o scientifiche;
- causare volontariamente grandi sofferenze o provocare lesioni gravi all'integrità fisica e alla salute;
- mettere in grave pericolo la salute o l'integrità fisica o mentale mediante atti o omissioni volontarie;
- l'uso perfido del segno distintivo della croce rossa o la mezzaluna rossa, se esso provoca la morte di esseri umani o lesioni gravi alla loro salute o alla loro integrità fisica.

Come si agisce nei confronti dell'autore o degli autori delle infrazioni gravi?
Ogni Stato Parte delle Convenzioni di Ginevra e dei Protocolli Aggiuntivi è tenuto a ricercare la o le persone che hanno commesso o dato l'ordine di commettere dette infrazioni.
Lo Stato deve poi affidare tali persone ai propri tribunali, quale che sia la loro nazionalità; può anche consegnarle a un altro Stato desideroso di iniziare l'azione penale nei loro confronti.
Il nostro codice penale militare di guerra, all’art. 190 punisce espressamente l’omessa assistenza verso militari, infermi o naufraghi, ancorché nemici, con la reclusione militare da 1 a 10 anni.
Questa norma penale, tra le altre, ha dimostrato un avanzatissimo progresso umanitario del nostro ordinamento penale militare poiché, all’epoca della sua formulazione, erano ancora pochissimi gli ordinamenti giuridici che imponevano al personale militare di prestare assistenza anche nei confronti dei militari nemici.
Da questa norma deve ritenersi che, salvo diverse disposizioni di legge, il personale militare debba prestare la propria attività senza alcuna distinzione di parte, seguendo

le comuni norme del triage.

Secondo un diverso orientamento, più restrittivo, nel prestare la propria opera di assistenza il personale sanitario deve invece preferire i feriti o i malati della propria parte belligerante, fermo restando gli obblighi anche nei confronti della parte avversa, che non possono essere impediti neppure da ordini contrari disposti dall'autorità militare.

Deve ritenersi che gli ordini militari, relativi alle cure verso i feriti, impartiti dall'autorità gerarchica alla quale il personale sanitario militare è sottoposto, possano essere tali da privilegiare i feriti della propria parte piuttosto che quelli della parte avversa, ovvero i militari piuttosto che i civili, ma in ogni caso essi non possono essere tali da limitare eccessivamente od escludere totalmente l'assistenza dovuta verso chiunque. Allo stesso modo, anche al personale sanitario militare deve essere consentito di preferire i feriti della propria parte belligerante rispetto a quelli della parte avversa secondo la propria sensibilità, poiché la sanzione penale corrisponde esclusivamente all'omissione di cure.

Nelle operazioni di pace, il personale di assistenza sanitaria svolge oggi i propri compiti anche nei confronti delle popolazioni civili configurando pertanto una funzione di assistenza umanitaria internazionale che in quei casi prescinde dal carattere militare del loro intervento.

L'art. 194 c.p.m.g. si applica solo se non è applicabile la fattispecie dell'art. 191 c.p.m.g. cioè se la violenza verso il personale sanitario non consiste nell'uso delle armi. Le due norme non sono fattispecie proprie dei militari pertanto si applicano anche nei confronti dei civili.

Deve ritenersi che le norme siano applicabili anche nei confronti dei non belligeranti qualora i fatti compiuti siano comunque dipendenti dalle circostanze della guerra e non da fattori estranei. L'elemento soggettivo del reato consiste nella volontà di compiere violenza con la consapevolezza che il soggetto, che ne è vittima, fa parte del personale protetto dalle convenzioni internazionali.

L'art. 190 c.p.m.g. costituisce l'unico illecito proprio del personale sanitario militare.

Tra i reati militari comuni di guerra, egli può compiere altresì il reato militare di violenza proditoria (art. 177 c.p.m.g.) consistente nell'esercitare proditoriamente la violenza bellica verso il nemico, abusando del proprio status di soggetto protetto dal diritto umanitario bellico.

Gli artt. 222 e 223 c.p.m.g. prevedono ipotesi particolari di reato militare, applicabili

nei confronti del personale sanitario civile, in tempo di guerra, che riguardano il rifiuto di ottemperare alla (legittima) richiesta impartita dall'Autorità militare oppure l'omissione di atti d'ufficio.

I membri del personale sanitario che prestano servizio in caso di conflitti armati debbono rispettare i principi di deontologia medica allo stesso modo che in tempo di pace.
L'art. 16, I° Prot. Agg. 1977 stabilisce che "*nessuno può essere punito per aver esercitato un'attività di carattere medico, conforme alla deontologia, quali che siano le circostanze ed i benefici dell'attività stessa. Le persone che esercitano un'attività di carattere medico non potranno essere costrette a compiere atti o ad effettuare lavori contrari alla deontologia o ad altre regole mediche volte a proteggere feriti e malati*" o alle convenzioni di Ginevra del 1949 od al protocollo aggiuntivo.
La stessa norma prevede anche una norma relativa al segreto professionale: "*Nessuna persona esercente un'attività medica dovrà essere costretta a dare a chiunque appartenga, sia ad una parte avversaria che alla propria parte, salvo nei casi previsti dalla legge di quest'ultima, informazioni concernenti i feriti ed i malati che ha od ha avuto in cura, se essa ritiene che tali informazioni possano portare pregiudizio a costoro od alle proprie famiglie. Nondimeno dovranno essere rispettati i regolamenti che disciplinano la denuncia obbligatoria delle malattie contagiose*".

Le cure debbono essere prestate senza fare alcuna distinzione fondata su criteri diversi da quelli medici (I° Conv. Ginevra art. 3, 12; II° Conv. Ginevra art. 3, 12; III° Conv. Ginevra art. 3, 14, 16; IV° Conv. Ginevra art. 3, 13, 27; I° Prot. Agg. art. 10, 75; II° Prot. Agg. art. 4, 5, 7).
Questo principio di non discriminazione deriva sia dalla deontologia medica che da uno dei principi fondamentali della Croce Rossa: l'imparzialità.
Significa che deve essere bandita qualsiasi differenza di trattamento fondata sulla razza, le opinioni politiche, religiose o filosofiche, il sesso, la nascita, la lingua, la nazionalità, l'ambiente sociale o qualsiasi altro criterio analogo. Soltanto ragioni di urgenza medica possono giustificare una priorità nell'ordine delle cure da prestare.
In altri termini, di fronte ad un ferito nemico, il medico deve vedere solo il paziente, non un amico o un nemico.

Infine, c'è da osservare che il divieto di ogni distinzione sfavorevole non significa affatto dover trattare tutti i pazienti in modo uniforme. E' infatti pienamente giustificata una particolare attenzione verso persone deboli, come i bambini, i vecchi o le donne incinte.

E' vietato sottoporre le persone predette a interventi medici che non siano motivati dal loro stato di salute e di effettuare su esse esperimenti medici, biologici o per altri scopi scientifici (I° Conv. Ginevra art. 3, 12; II° Conv. Ginevra art. 3, 12; III° Conv. Ginevra art. 3, 13; IV° Conv. Ginevra art. 3, 32; I° Prot. Agg. art. 11).
Il diritto internazionale umanitario si è fatto particolarmente rigoroso in questo campo, specialmente dopo le atrocità commesse durante la 2° guerra mondiale.
Una limitata eccezione è stata tuttavia ammessa per due interventi medici non giustificati dalla salute del paziente: le trasfusioni di sangue e il prelievo di pelle per innesti quando sono eseguiti con il pieno accordo del donatore e destinati a scopi terapeutici.
Il personale sanitario deve inoltre evitare qualsiasi offesa alla dignità delle persone protette, qualsiasi trattamento umiliante o degradante come, in particolare, quello di esporle alla pubblica curiosità.

La volontà dei feriti e malati deve essere rispettata (I° Prot. Agg. art. 11).
Il medico prima di iniziare un trattamento che ritiene appropriato alla salute del paziente, deve ottenerne l'accordo, sempre che sia in condizione di darlo.
Cosicchè, i feriti e i malati possono rifiutare qualsiasi intervento chirurgico al quale li si voglia sottoporre. Il medico, per evitare qualsiasi accusa che gli possa venire elevata, chiederà al paziente una dichiarazione scritta di manifestazione del consenso.

Il personale sanitario ha anche compiti nella raccolta di notizie atte a identificare i militari feriti, malati o naufraghi caduti in potere dell'avversario (I° Conv. Ginevra art. 16; II° Conv. Ginevra art. 19) come alla registrazione di tutti gli atti a identificare i morti (I° Conv. Ginevra art. 16,17; II° Conv. Ginevra art. 19, 20; III° Conv. Ginevra art. 120; IV° Conv. Ginevra art. 129, 130).

Un ruolo fondamentale del personale sanitario riguarda le informazioni sui prigionieri di guerra (III° Conv. Ginevra art. 30, 54, 122 e 123), nello specifico debbono essere trasmesse, a intervalli regolari, possibilmente ogni settimana, relazioni sullo stato di salute dei prigionieri di guerra feriti o gravemente malati.
Detto personale deve anche rilasciare certificati medici ai prigionieri che abbiano subito incidenti sul lavoro o per altra causa; in particolare affinchè i prigionieri interessati possano far valere i loro diritti una volta rimpatriati.
Altro compito fondamentale del personale sanitario è sulla raccolta di informazioni relative alla popolazione civile vittima di un conflitto armato (IV° Conv. Ginevra art. 91, 136, 137, 138 e 140; I° Prot. Agg. art. 33, 78).
In particolare i membri del personale sanitario debbono curare che siano rispettati:

- l'obbligo di trasmettere rapporti sullo stato di salute degli internati feriti o gravemente malati;
- il diritto degli internati di presentarsi alle autorità mediche per essere visitati;
- le misure particolari adottate per proteggere i fanciulli che non siano cittadini del paese e debbano essere evacuati temporaneamente in direzione di un paese straniero per ragioni di salute o di sicurezza.

Per riassumere, in materia di trasmissione di informazioni, il personale sanitario ha dei compiti precisi connessi con la sua formazione, in particolare quando si tratta di redigere rapporti sullo stato di salute o sulla causa del decesso di persone protette.

In tutte le fasi di un conflitto, ma più particolarmente alla fine di un combattimento, nei limiti consentiti dalle esigenze militari, debbono essere prese tutte le misure possibili allo scopo di:

- ricercare e raccogliere i feriti, i malati e i naufraghi, proteggerli contro le spoliazioni e i maltrattamenti e assicurare loro le cure necessarie;
- ricercare i morti e impedire che siano spoliati (I° Conv. Ginevra art. 15; II° Conv. Ginevra art. 18; IV° Conv. Ginevra art. 16; I° Prot. Agg. art. 33; II° Prot. Agg. art. 8).

Il personale sanitario può doversi recare in una zona assediata o accerchiata per prestarvi le proprie cure, portare materiale sanitario o evacuare i feriti e malati, nonchè, se nella zona si trovano dei civili, gli invalidi, i vecchi, i fanciulli e le donne sotto parto. (I° Conv. Ginevra art. 15; II° Conv. Ginevra art. 18; IV° Conv. Ginevra art. 17).

Il seguente personale sanitario può doversi occupare di prigionieri di guerra o di internati civili:

- il personale sanitario di una Parte in conflitto trattenuto dalla Parte avversaria per curare i prigionieri di guerra appartenenti alla sua stessa Parte;
- il personale sanitario internato, richiesto di curare i propri co-internati;
- il personale sanitario, militare o civile, cui sia ordinato o chiesto di curare prigionieri di guerra o internati in potere della Parte in conflitto alla quale appartiene;
- il personale sanitario del CICR.

Il personale sanitario deve anche conoscere i diritti dei prigionieri di guerra e degli internati civili in materia sanitaria e, nel caso di mancato rispetto, rivendicarli presso le autorità competenti.
Il personale sanitario trattenuto o quello internato è soggetto alla disciplina del campo in cui si trova. I rilievi che esso dovesse fare alle autorità nei riguardi della situazione sanitaria dei campi, dovrà farli, se possibile, in conformità delle disposizioni delle Convenzioni, ossia:

- nei campi di prigionieri di guerra per il tramite del medico responsabile dei contatti con le autorità;
- nei campi di internati, per il tramite del Comitato d'internamento incaricato di rappresentare gli internati presso la Potenza protettrice e presso il CICR.

Se questa procedura non funziona, il personale sanitario lo farà presente ai delegati della Potenza protettrice o del CICR.

### 2.5.1 Trasporto Sanitario.

Particolare importanza riveste il trasporto sanitario (I° Prot. Agg. art. 8) via terra, mare o cielo dei feriti, malati e naufraghi del personale sanitario, religioso e del materiale sanitario.
E’ considerato mezzo di trasporto sanitario qualsiasi mezzo di trasporto, militare o civile, permanente o temporaneo, destinato esclusivamente al trasporto sanitario e posto sotto la direzione di una autorità competente di una Parte in conflitto.
I mezzi di trasporto sanitario sono:

- permanenti, quando sono destinati esclusivamente a scopi sanitari per una durata indeterminata:
- temporanei, quando sono utilizzati esclusivamente per scopi sanitari per periodi limitati e per tutta la durata di tali periodi.

In proposito bisogna sottolineare che tutti i mezzi di trasporto sanitario, per avere diritto alla protezione, debbono essere esclusivamente assegnati a scopi sanitari. Un convoglio che trasportasse contemporaneamente feriti e militari fisicamente efficienti oppure delle armi, perderebbe quel diritto.

Vi è però da notare che è ammessa la presenza di armi portatili che siano state poco prima ritirate ai feriti e che ancora non abbiano potuto essere consegnate al servizio competente.

I mezzi di trasporto sanitario debbono essere rispettati e protetti (I° Conv. Ginevra art. 19, 20, 21, 22, 35, 36; II° Conv. Ginevra art. 22, 24, 25, 27, 34, 35, 39; IV° Conv. Ginevra art. 21, 22; I° Prot. Agg. 12, 13, 21 – 31; II° Prot. Agg. art. 11).

Rispettarli significa non farli oggetto di violenza, non danneggiarli, né ostacolarne i movimenti, ossia permettere loro di svolgere i compiti cui sono destinati. Proteggerli comporta un atteggiamento attivo volto ad assicurare il rispetto, il che può richiedere di soccorrerli contro terzi o di difenderli.

Affinchè i combattenti siano in grado di assolvere l'obbligo di rispettare e proteggere i mezzi di trasporto sanitario, bisogna che essi possano identificarli. Per questo, i mezzi debbono essere indicati da segni o segnali distintivi. L'elemento di base per tale scopo è il segno distintivo della croce rossa o della mezzaluna rossa su fondo bianco (I° Conv. Ginevra art. 41, 42; II° Conv. Ginevra art. 41, 43; IV° Conv. Ginevra art. 21, 22; I° Prot. Agg. e allegati art. 18; II° Prot. Agg. art. 12).

E' molto importante la visibilità del segno, e perciò esso deve essere delle maggiori dimensioni possibili ed applicato su tutte le superfici, in modo da essere visto da tutte le direzioni e da più lontano possibile. Le tecniche militari moderne, che permettono di fare fuoco su un bersaglio prima di vederlo, hanno reso necessario l'impiego di mezzi complementari di segnalamento.

Un allegato tecnico del I° Protocollo del 1977 prevede segnali distintivi (segnali luminosi, segnali radio, mezzi elettronici) che dovrebbero permettere di adattare i segnalamenti alle tecniche moderne.

### 2.5.2 Unità Sanitarie.

Si intendono per unità sanitarie (I° Prot. Agg. art. 8) gli stabilimenti e altre formazioni, militari o civili, organizzate per scopi sanitari, quali la ricerca, l'evacuazione, il trasporto, la diagnosi o il trattamento (compresi i primi soccorsi) dei feriti, malati e naufraghi, nonché la prevenzione delle malattie. Il termine abbraccia, in particolare, gli ospedali e altre unità similari, i centri di trasfusione del sangue, i centri e istituti di medicina preventiva e i centri di approvvigionamento sanitario, nonché i depositi di materiale sanitario e di prodotti farmaceutici di dette unità. Le unità sanitarie possono essere fisse o mobili, permanenti o temporanee.
Le unità sanitarie debbono essere rispettate e protette in qualsiasi momento, il che significa che non soltanto è vietato di farle oggetto di violenza o di danneggiarle, ma anche che bisogna consentire che esse assolvano al loro compito specifico, in particolare facendo in modo che possano rifornirsi di materiale sanitario e difendendole da eventuali atti di brigantaggio (I° Conv. Ginevra art. 19, 20, 21, 22; II° Conv. Ginevra art. 23; IV° Conv. Ginevra art. 18, 19; I° Prot. Agg. art. 12, 13; II° Prot. Agg. art. 11).
Per contro, una unità non deve essere difesa contro l'avversario che sia penetrato nel territorio nel quale essa è ubicata, perché ciò costituirebbe un atto ostile che gli farebbe perdere il diritto alla protezione. In tale situazione, l'obbligo di rispettare l'unità non significa che l'avversario non può investirla, ma che deve trattare con tutti i riguardi i feriti e i malati, il personale e il materiale sanitario.

Per avere diritto alla protezione, le unità sanitarie debbono rispondere a due condizioni, ad eccezione di quelle gestite dal CICR (Comitato internazionale di Croce Rossa):

- essere addette al servizio sanitario militare o, per le unità civili, essere riconosciute e autorizzate dall'autorità competente della Parte in conflitto da cui dipendono o essere poste sotto la responsabilità di dette autorità;
- non essere utilizzate per commettere atti nocivi per l'avversario, come, ad esempio, servire da posto di osservazione, ricoverare militari fisicamente efficienti. Per contro, non sono considerati atti nocivi il fatto che il personale sanitario sia munito di armi leggere per la propria difesa e per quella dei feriti e malati.

Per assicurare la protezione delle unità, ogni Parte in conflitto si sforzerà di adottare e applicare metodi e procedure che permettano di identificarle facilmente (I° Conv. Ginevra art. 19, 20, 21, 22; II° Conv. Ginevra art. 23; IV° Conv. Ginevra art. 18, 19; I° Prot. Agg. art. 12, 13; II° Prot. Agg. art. 11).
Le unità sanitarie dovranno essere segnalate:

- per mezzo del segno distintivo della croce rossa o della mezzaluna rossa;
- per mezzo di segnali distintivi (luminosi, radio o elettronici), il cui impiego è facoltativo e che sono descritti nell'Allegato I del I° Protocollo del 1977.

Occorre tenere ben presente la necessità di curare in modo particolare la visibilità del segno, le cui dimensioni debbono essere le maggiori possibili in relazione alle circostanze, e che va applicato su superfici piane visibili da ogni direzione.
C'è anche da segnalare che le unità addette alla protezione civile possono servirsi contemporaneamente del segno distintivo della croce rossa o della mezzaluna rossa, e del segno distintivo della protezione civile (triangolo blu su fondo arancione).

Si è già posto l'accento sull'obbligo di neutralità del personale sanitario.
Nell'ambito di una unità sanitaria, detto personale, indipendentemente dai suoi vari doveri verso i feriti e malati, curerà che niente e nessuno nell'unità possa costituire o commettere un atto nocivo per l'avversario e rischi, in tal modo, di compromettere la protezione dell'unità.
Può avvenire che una Parte in conflitto sia costretta a battere in ritirata precipitosamente e ad abbandonare dei feriti e dei malati. La I° Convenzione prescrive che nell'unità sanitaria coinvolta sia lasciata una parte del personale sanitario e del materiale sanitario per contribuire alla cura dei degenti, e ciò nei limiti consentiti dalle esigenze militari (I° Conv. Ginevra art. 12).
Non si tratta di un obbligo assoluto ma di un dovere morale evidente.

### 2.5.3 Territori occupati.

Il personale sanitario può trovarsi a lavorare in territorio occupato:

- personale originario del territorio occupato;
- personale addetto alla Potenza occupante;
- personale dei CICR.

Il personale sanitario deve conoscere gli obblighi della Potenza occupante nei riguardi del territorio occupato, particolarmente in cambio sanitario (IV° Conv. Ginevra art. 55, 56, 59; I° Prot. Agg. art. 69).

La Potenza occupante ha i seguenti obblighi:

- assicurare l'approvvigionamento della popolazione in viveri e in materiale sanitario;
- non requisire viveri e materiale sanitario;
- assicurare la salute e l'igiene pubblica per impedire la diffusione di malattie contagiose o l'insorgere di epidemie;
- tenere conto delle esigenze morali ed etiche della popolazione del territorio occupato;
- assicurare il funzionamento degli stabilimenti e dei servizi medici e ospedalieri;
- autorizzare il personale medico di ogni categoria del territorio occupato a svolgere la propria missione;
- segnalare in modo corretto le nuove unità sanitarie che essa creasse nel territorio occupato.

Il diritto della Potenza occupante di requisire ospedali è limitato, e tre condizioni sono fissate per tale operazione:

- che deve rispondere ad una necessità urgente;
- gli ospedali requisiti devono essere necessari per curare feriti e malati militari;
- misure appropriate devono essere prese per assicurare la cura e il trattamento delle persone ricoverate in ospedale al momento delle requisizione.

Se il personale sanitario della Potenza occupante che lavora nel territorio occupato constata che gli obblighi sopra indicati non sono soddisfatti, ne farà rapporto alle proprie autorità.

Se il personale originario del territorio occupato fa la stessa constatazione, ne informerà, per quanto possibile, i rappresentanti della Potenza protettrice o del CICR.

## 2.6 Diritti del Personale Sanitario.

Il diritto internazionale umanitario prescrive che il personale sanitario chiamato a prestare i suoi servigi in caso di conflitto armato sia rispettato e protetto (I° Conv. Ginevra art. 24, 27; II° Conv. Ginevra art. 36, 37; IV° Conv. Ginevra art. 20; I° Prot. art. 15, 62, 67; II° Prot. art. 9).
Questo significa, da una parte, che esso deve essere risparmiato, cioè non essere oggetto di violenza, e dall'altra che si deve difenderlo e prestargli soccorso e appoggio.
Questo obbligo è valido in ogni circostanza, e l'obbligo che ne deriva investe tutti, anche se si rivolge in primo luogo ai militari, quale che sia la Parte cui appartengono.

I membri del personale sanitario non possono in nessun caso rinunciare in tutto o in parte ai diritti che il diritto internazionale umanitario attribuisce loro (I°- II° - III° Conv. Ginevra art. 7; IV° Conv. Ginevra art. 8).
Lo scopo di questa norma è quello di assicurare una protezione completa.
Le Convenzioni di Ginevra prevedono che le Parti contraenti possono concludere accordi speciali per completare tali protezioni.
Come si è già visto, è vietata ogni misura di rappresaglia contro persone o beni protetti.
Di conseguenza, i membri del personale sanitario hanno il diritto di opporsi, con tutti i mezzi leciti disponibili, a qualsiasi misura di rappresaglia contro se stessi o contro feriti e malati loro affidati

Assistenza dovuta al personale sanitario nell'assolvimento del suo compito (I° Prot. art 15; II° Prot. art. 9).
Per il personale sanitario la prestazione della propria opera costituisce non solo un dovere, ma anche un diritto. Se il diritto alla protezione di cui godono le vittime di un conflitto armato impone dei doveri al personale sanitario, esso impone alle autorità delle Parti in conflitto l'obbligo di fornire a detto personale i mezzi e le facilitazioni necessarie a che esso possa operare in favore delle vittime nelle migliori condizioni.

Al fine di poter portare soccorso efficace ai feriti e malati, il personale sanitario devo poter accedere ai luoghi in cui i suoi servigi sono indispensabili (I° Conv. Ginevra art. 15, 28; II° Conv. Ginevra art. 18; III° Conv. Ginevra art. 33; I° Prot. art. 15).
Si tratta di un diritto espressamente previsto dal diritto internazionale,
Si deve inoltre tenere presente che si chiede alle Parti in conflitto di stipulare accordi volti a permettere il trasporto e le cure dei feriti lasciati sul campo di battaglia, nonchè l'evacuazione dei feriti e malati da una zona assediata e l'accesso a quest'ultima di personale e materiale sanitario.
Il personale sanitario trattenuto nei campi di prigionieri di guerra, ha il diritto di visitare periodicamente i prigionieri. Per tali visite gli debbono essere forniti i mezzi di trasporto occorrenti.

I membri del personale sanitario non possono essere puniti o molestati per aver esercitato un'attività di carattere medico conforme alla deontologia (I° Conv. Ginevra art. 18; I° Prot. art. 16; II° Prot. art. 10).
La norma è giustificata dalle violenze, minacce e pene di cui sono stati vittime, in passato, i membri del personale sanitario di una Parte in conflitto per aver prestato soccorso a feriti e malati della Parte avversaria.

I membri del personale sanitario non possono essere costretti a compiere atti contrari alla deontologia (I° Prot. art. 15, 16; II° Prot. art. 9, 10).
Dunque, i membri del personale sanitario non debbono mai essere costretti nè a compiere atti nè ad effettuare lavori incompatibili con la loro missione umanitaria e contrari ai principi della deontologia medica.

I membri del personale sanitario non possono essere costretti a fornire informazioni sui feriti e malati di cui si occupano (I° Prot. art. 16; II° Prot. art. 10).
Questo diritto riguarda le informazioni che il personale sanitario ritiene possano recare pregiudizio ai feriti e malati stessi o alla loro famiglia.
Tale diritto incontra però due limiti: uno dovuto alle norme che regolano la notifica obbligatoria delle malattie infettive, l'altro ammette implicitamente che le leggi nazionali delle Parti in conflitto possano obbligare a trasmettere dette informazioni.

Esenzione dalla cattura senza possibilità di trattenere (I° Conv. Ginevra art. 32; II° Conv. Ginevra art. 36) per le seguenti categorie di personale sanitario:

- il personale sanitario di uno Stato non Parte in conflitto o di una Società di soccorso di detto Stato, messo a disposizione di una delle Parti in conflitto;
- il personale sanitario che opera sotto la responsabilità del CICR;
- il personale sanitario delle navi-ospedale e delle imbarcazioni costiere di salvataggio.

Esenzione dalla cattura ma con possibilità di trattenere (I° Conv. Ginevra art. 28) alcune categorie di personale sanitario ma a certe condizioni:

- il personale sanitario militare permanente;
- il personale sanitario delle Società nazionali di soccorso (Croce Rossa....) di una parte in conflitto, addette al servizio sanitario delle forze armate di detta Parte;
- il personale sanitario civile di una Parte in conflitto.

Le persone di queste categorie dovranno essere rimpatriate non appena un passaggio sarà stato realizzato per il loro ritorno e che lo consentiranno le esigenze militari.
Sebbene il caso dovrebbe essere raro, non si può escludere l'ipotesi che membri del personale sanitario civile impegnati in una missione nelle vicinanze del fronte con il consenso delle autorità da cui dipende, si trovino improvvisamente su una parte di territorio investita dall'avversario e siano portati via per motivi di sicurezza. In questo caso, tali persone sono protette come qualsiasi civile che si trovi sul territorio della Parte avversaria.

Il personale sanitario militare temporaneo quando cade in mano della parte avversaria, acquista lo status di prigioniero di guerra e resta, salvo eccezioni, in cattività fino alla fine delle ostilità (I° Conv. Ginevra art. 29).

In attesa di essere rinviato, il personale sanitario trattenuto che si trova in potere della Parte avversaria di quella per la quale operava, sarà ben trattato e autorizzato a svolgere attività sanitaria, di preferenza a favore di feriti e malati della Parte in conflitto al cui servizio si trovava (I° Conv. Ginevra art. 30).

Il personale sanitario civile appartenente ad una delle Parti in conflitto, nel caso sia trattenuto sul territorio della parte avversaria, dovrà beneficiare delle prerogative concesse ad ogni civile. In particolare il diritto di ricevere soccorsi e, se necessario, un trattamento adeguato; di praticare la propria religione; di essere protetto dai pericoli della guerra. In linea di principio, potrà svolgere funzioni mediche (IV° Conv. Ginevra art. 35 - 46; 79 - 141).
Le persone destinate ad avere lo statuto di prigioniero di guerra, saranno impiegate in compiti sanitari se si presenta il bisogno (I° Conv. Ginevra art. 29).
Tutti i membri del personale sanitario che si trovino in mano della Parte avversaria di quella di cui sono cittadini o al cui servizio si trovavano, hanno diritto di portare con sè gli effetti e gli oggetti personali, i valori e gli strumenti di loro proprietà.

### 2.6.1 Territori occupati.

Il personale sanitario civile residente in un territorio occupato dalla Parte avversaria di quella da cui dipende, ha il diritto di continuare a svolgere la propria missione medica (IV° Conv. Ginevra art. 56).

Siccome la Potenza occupante ha il dovere di assicurare il funzionamento degli stabilimenti sanitari e dei servizi medici ed ospedalieri, nonchè la salute e l'igiene pubblica, il personale sanitario del territorio occupato che contribuisce a tale compito ha il diritto di ricevere da detta Potenza l'aiuto e le facilitazioni necessarie allo svolgimento di tale attività (IV° Conv. Ginevra art. 56, 60).

Se il territorio occupato manca di forniture mediche e di medicine, e la Potenza occupante non è in grado di procurarle, essa deve autorizzare le azioni di soccorso che venissero intraprese da altri Stati o dal CICR. Tali soccorsi potranno comprendere viveri, indumenti, letti e alloggi di fortuna (IV° Conv. Ginevra art. 59).

## Capitolo 3. Il Corpo Militare della Croce Rossa. [40]

### 3.1 La nascita del Corpo: le origini.

Nel 1936 venne emanato il R.D. n. 484 del 1 febbraio 1936 in cui era contemplato un provvedimento di capitale importanza nella vita del Corpo Militare della CRI: venivano, cioè, finalmente dettate le norme per disciplinare lo stato giuridico, il reclutamento, l'avanzamento, il trattamento economico ed amministrativo del personale militare dell'Associazione.

Il personale militare CRI ebbe così quella completa e soddisfacente disciplina del suo stato giuridico che, pur costituendo una delle sue maggiori aspirazioni, non era stata mai raggiunta nei settantadue anni di vita del Corpo. Veniva, infatti, essenzialmente sancito che il personale militare CRI "costituiva un Corpo speciale volontario ausiliario delle Forze Armate dello Stato" e veniva ancora una volta decisamente ribadito il concetto che, se chiamato in servizio, il personale era da considerarsi militare ad ogni effetto di legge.

Così sull'uniforme militare si venivano a sostituire le speciali stellette portanti la croce rossa al centro con quelle regolamentari a cinque punte previste dal R.D. 14 luglio 1907 n. 556 "come segno della soggezione alla giurisdizione militare, a mente dell'articolo n. 523 del Codice Penale Militare e n. 362 del Codice Penale Militare Marittimo".

Una piena parificazione, quindi, nei diritti e nei doveri con gli appartenenti alle Forze Armate dello Stato.

Veniva modificata anche la gerarchia dei gradi che, con l'abolizione delle qualifiche già in uso, si uguagliava in tutto a quella prevista per il Regio Esercito. I gradi venivano concessi agli ufficiali con atto reale e non, come in precedenza, con determinazione del Presidente della Croce Rossa Italiana. Vennero pertanto successivamente riesaminate le posizioni di tutti gli ufficiali, che nella quasi totalità, furono confermati nel loro grado e nel loro ruolo con uno specifico decreto reale

[40] Ruggero Belogi, "*Il Corpo Militare della Croce Rossa Italiana*" Edito a cura del Comitato Provinciale della CRI di Bergamo, 1989, pagg. 133-135, pagg. 143-144, pagg. 147-149, pagg. 152-153.

regolarmente registrato alla Corte dei Conti. Con questa conferma gli ufficiali della CRI vennero ad avere uno stato giuridico ben preciso grazie al quale, a tutti gli effetti, furono considerati militari in posizione di congedo attribuendo loro i doveri ed i diritti dei pari grado delle Forze Armate dello Stato.

Nel 1936, in occasione della festa dello Statuto, reparti militari CRI con al bavero le stellette del Regio Esercito, presero parte alla parata militare che, come ogni anno, veniva tenuta alla presenza del Re Vittorio Emanuele III. La colonna militare della CRI era composta da 20 autoambulanze, di cui otto grandi da guerra, da una ambulanza radiologica e da tre autocarri dei quali due erano adibiti al trasporto del personale addetto ai servizi di bonifica del terreno, munito di scafandri antipiritici e di maschere antigas.

Il 5 giugno del 1937, in occasione della festa del Corpo, una compagnia di militari CRI prestò in Roma il giuramento di fedeltà, giusto quanto previsto dalle nuove disposizioni nelle mani del Presidente del IX centro di mobilitazione.

Le grandi manovre estive del 1937, tenutesi in Sicilia, furono di notevole importanza anche in considerazione del fatto che, contemporaneamente e nella stessa zona, si svolsero quelle aeronavali. La CRI fu presente con i suoi ospedali attendati che furono al seguito delle Unità operative.

Con l'occasione si provvide alla costituzione di nuclei militari mobili di soccorso destinati ad operare nelle località in cui si verificavano ammassamenti di truppe, specialmente in quelle in cui i servizi sanitari erano carenti od addirittura mancanti.

### 3.2 Il Corpo Militare durante la Seconda Guerra mondiale.

Il 7 giugno 1940 giunse alla Presidenza della CRI l’ordine per l’approntamento delle Unità e per l'allertamento dei servizi del tempo di guerra. L’ordine di mobilitazione fu invece diramato la sera del 10 giugno.

Furono subito impartite ai centri di mobilitazione le necessarie disposizioni: nella mattinata del giorno 11 giugno tutta la struttura operativa della CRI era pronta e funzionante nella prescritta formazione di guerra.

Vennero subito considerati mobilitati:

- il Comitato centrale al quale, a termini di Statuto, competeva il comando e l'organizzazione di tutti i servizi della CRI. Il colonnello medico Giovanni Zurria

assunse l'incarico di curare tutta la struttura tecnico-sanitaria facente capo al Comitato centrale;

- la Delegazione CRI presso le Forze Armate in zona operante, a capo della quale venne posto il col. medico prof. Giunio Salvi, senatore del regno. Agli ordini del col. Salvi vennero posti i treni ospedale, i posti di soccorso ferroviario e tutte le Unità militari eventualmente richieste per essere destinate al seguito delle FF.AA. operanti;
- i sedici centri di mobilitazione (Alessandria - Ancona - Bari - Bologna - Cagliari - Firenze - Genova - Milano - Napoli - Palermo - Roma - Torino - Trieste - Udine - Venezia - Verona);
- i dieci Ispettorati amministrativi (Bari - Bologna - Firenze - Genova - Milano - Napoli - Palermo - Roma - Torino - Venezia);
- i cinque Magazzini di rifornimento (Milano - Napoli - Palermo - Roma - Verona);
- i sedici Autoparchi (Alessandria - Ancona - Bari - Bologna - Cagliari - Firenze - Genova - Messina - Milano - Napoli - Palermo - Roma - Torino - Trieste - Venezia - Verona);
- i sei Nuclei automobilistici (Arezzo - Catania - Grosseto - Livorno - Pisa - Reggio Calabria);
- i cinquantasei Posti di soccorso ferroviario e portuale.

Contemporaneamente venne mobilitata tutta la struttura per la protezione sanitaria antiaerea ed antigas del territorio nazionale che, come abbiamo già visto, era stata affidata alla CRI.

In previsione poi di richieste da parte dell'autorità militare vennero allertate, pronte ad entrare immediatamente in azione, altre Unità militari sanitarie e precisamente:

n. 22 Treni ospedale; n. 24 Posti di soccorso ferroviario; n. 12 Ospedali territoriali; n. 11 Ospedali attendati da cento letti; n. 35 Ospedali attendati da cinquanta letti;

n. 75 Ambulanze attendate; n. 9 Ambulanze lagunari.

Un gruppo chirurgico mobile venne infine mobilitato per far fronte alle necessità sanitarie della Sicilia.

In Sardegna vennero inviati due ospedali attendati. In Corsica vennero istituiti, e subito impiegati, quattro poliambulatori.

Nel 1940, con sua lettera prot. 1686/S del 23 dicembre, il Ministero della Guerra rivedeva la posizione delle varie Unità militari CRI differenziandone la qualifica del personale.

Successivamente il Ministero della Guerra ebbe a stabilire che tutte le Unità e servizi della Croce Rossa Italiana dovevano considerarsi mobilitati a tutti gli effetti. Veniva così a cessare la distinzione, sino al momento in essere, tra gli Enti e le Unità mobilitati e richiamati. Ciò con piena soddisfazione di tutto il personale.

Per il funzionamento di tutto questo notevolissimo complesso sanitario il Corpo Militare CRI si avvalse di 1.200 ufficiali dei vari ruoli e 11.300 tra sottufficiali e truppa che svolsero il loro compito con disciplina, sprezzo del pericolo, alto senso del dovere e soprattutto con notevole spirito di attaccamento al Corpo affrontando con fermezza d'animo e salde virtù militari i disagi ed i rischi di una dura guerra.

All'inizio delle ostilità venne subito costituito l'Ufficio di informazioni e di soccorso per i prigionieri di guerra che svolse una notevole attività nel fornire notizie alle famiglie dei militari italiani prigionieri nei Paesi nemici e dei militari alleati prigionieri in Italia.

Compito dell'Ufficio suddetto fu anche quello di collaborare per il regolare servizio di corrispondenza e dei pacchi tra i prigionieri e le loro famiglie nonché quello, importantissimo, di curare lo scambio con gli Stati nemici del personale sanitario protetto dalle Convenzioni di Ginevra e dei grandi invalidi prigionieri di guerra.

Notevole importanza venne anche attribuita al potenziamento delle formazioni militari sanitarie destinate a costituire i posti di soccorso ferroviari e portuali cui fu devoluto il compito di portare l'aiuto medico-chirurgico, anche di una certa entità, ai militari viaggianti, isolati o no, su treni o navi, in transito nelle stazioni e nei porti nonché di curare la collaborazione con il personale dei treni ospedale qualora si fosse presentata la necessità di scaricare o caricare, durante il percorso, feriti o malati.

A ciascuna delle Unità suddette, il cui organico era costituito da uno o più ufficiali medici e da un numero di militari tale da garantire il servizio nell'intero arco delle ventiquattro ore, venne fornita tutta l'attrezzatura necessaria per il buon espletamento del servizio.

Delle Unità allertate e tenute pronte furono mobilitati otto treni-ospedale.

All'allestimento di queste Unità fu riservata un'attenzione particolare per quanto concerne l'attrezzatura sanitaria. Fu infatti adottato un particolare tipo di barella per i feriti alla colonna vertebrale così come venne studiata la possibilità di usare le

normali barelle sia nelle autoambulanze che nei treni-ospedale al fine di evitare dolorosi trasbordi.

In ogni treno poi fu resa funzionante una camera operatoria dotata di tutto quanto occorrente per consentire di effettuare interventi chirurgici anche di un certo livello.

Con queste Unità sanitarie (che nell'arco del conflitto percorsero oltre 200.000 chilometri) furono sgomberati i feriti ed i malati dal fronte greco-albanese, dal fronte croato-montenegrino e dal fronte russo.

E' qui da ricordare che per le esigenze "Russia" furono attrezzati, in maniera particolare, alcuni treni-ospedale e ciò in considerazione del clima rigidissimo di quelle zone e del lungo viaggio da compiere. Tali Unità dovevano infatti portarsi in località vicinissime alla linea dei combattimenti ed in zone prive di adeguati rifornimenti.

In tutte le carrozze furono infatti aggiunte contropareti in legno con intercapedini di materiale isolante ed in tutti gli sportelli furono applicate speciali guarnizioni a tenuta d'aria: venne anche opportunamente potenziato l'impianto di riscaldamento.

Superiori alla normalità furono le dotazioni di coperte: ogni treno venne inoltre equipaggiato con viveri, medicinali, serbatoi e filtri d'acqua in misura tale da garantire una quasi completa autonomia anche per lunghi periodi.

Con queste modifiche, i treni-ospedale della CRI affrontarono viaggi di oltre quattromila chilometri ad una temperatura anche di quaranta gradi sotto lo zero, portandosi sul fronte del Donez per sgomberare i feriti del C.S.I.R. (Corpo di Spedizione Italiano in Russia).

La storia di un treno-ospedale della Croce Rossa rientrante in Patria con il suo carico di dolore dal fronte russo è stato oggetto della trama di un film girato nel 1942 e dal titolo: "*Il treno crociato*".

Nel marzo del 1941 fu affidato al treno-ospedale n. 13 il trasporto dei militari italiani, feriti e prigionieri di guerra dai greci, restituiti da quel Governo in cambio di militari greci di pari condizione.

Partito da Ravenna il 16 marzo al comando del capitano medico CRI Martellini, il treno giunse il 19 marzo a Gevgeliye dove, pressoché contemporaneamente, giunse il treno-ospedale greco che era al comando di un colonnello medico.

Espletate celermente le formalità dello scambio e presi a bordo i nostri militari feriti, l'Unità rientrò a Trieste il 21 marzo, avendo portato a termine, in maniera del tutto felice, la sua missione umanitaria fuori del confine della Patria.

Per le necessità di sgombero e di trasporto dei malati e dei feriti, si rese poi necessario integrare in maniera sostanziale il parco delle ambulanze.
Si può calcolare che, al 1943, il numero delle ambulanze CRI disponibili fosse di 743 unità.
Uno dei primi interventi richiesti al Corpo Militare si ebbe nel settembre del 1940 in occasione della battaglia navale dello Jonio. L'ammiraglio Cavagnari ebbe a richiedere l'opera dei militari CRI per portare soccorso ai feriti ed ai naufraghi dello scontro navale. Tali operazioni vennero svolte con prontezza ed abnegazione tanto da riportare il plauso ed il ringraziamento da parte delle autorità marittime.
Nel 1941 si dispose l'invio in territorio montenegrino degli ospedali da guerra attendati CRI n. 73, n. 74 e n. 79 al completo di personale e di materiali. Partirono per la zona di operazioni trentuno ufficiali (ventuno medici - tre farmacisti - quattro commissari - tre cappellani) dieci sottufficiali e centocinquantasette tra graduati e militari di truppa.
Lasciata Roma il 3 novembre 1941, le Unità si imbarcarono a Bari giungendo, il 6 novembre a Cattaro: da qui, superando varie difficoltà dovute specialmente ai trasporti, raggiunsero la loro sede operativa (ospedale n. 73 a Bijelo Polle - ospedale n. 74 a Plevlje - ospedale n. 79 a Nickcic) dove iniziarono subito la loro attività medica assistendo militari e civili, nazionali e nemici, come sempre senza discriminazione alcuna.
Ma la furia della guerra si accanì anche contro queste Unità sanitarie, nonostante fossero ben chiaramente protette dalla Convenzione di Ginevra.
La notte tra il 30 novembre ed il 1° dicembre 1942, l'ospedale n. 74 fu attaccato di sorpresa. Caddero combattendo per la difesa dell'Unità il direttore dell'ospedale maggiore medico Luigi Cisco, il tenente cappellano Padre Giuseppe Oliana ed il milite Salvatore Coco. Rimasero feriti alcuni sottufficiali e non pochi militi.
Un'opera altamente umanitaria della CRl che merita di essere ricordata ed alla quale partecipò un buon numero di ufficiali e di militari del Corpo fu la missione organizzata per il rimpatrio degli italiani ancora residenti nei territori dell’Africa Orientale Italiana.
Sul finire dell'anno 1941 la Gran Bretagna, tramite la Croce Rossa Internazionale, dava notizia al Governo italiano di non poter garantire la incolumità dei nostri connazionali internati nei vari campi di raccolta e che pertanto sarebbe stato provveduto alla loro deportazione in campi di prigionia del Sud Africa e dell'India.

La cosa, naturalmente, allarmò il Governo italiano che, tramite l'Ambasciata americana prima e la Legazione svizzera poi, intavolò subito le trattative per effettuare i viaggi necessari per il rimpatrio delle donne, dei bambini e degli invalidi. Fu un lavoro diplomatico veramente complesso poiché per la realizzazione del programma fu necessario raggiungere un accordo che coinvolse tutti i Paesi belligeranti, Giappone compreso.

Le difficoltà però vennero superate e l'operazione “missione rimpatrio” prese il via.

Vennero subito opportunamente adattate le motonavi “*Vulcania”*, “*Saturnia”*, “*Duilio”* e “*Giulio Cesare”* che risultarono attrezzate in maniera così valida sotto il profilo assistenziale ed ospedaliere da garantire ai rimpatriandi ogni possibile assistenza sanitaria.

Il Corpo militare della CRI mise subito a disposizione trentadue ufficiali e sessanta militari tra sottufficiali e truppa affiancandoli ad un numeroso stuolo di infermiere volontarie.

Il 2 aprile, con la partenza da Trieste della “*Saturnia”* (seguita il 4 aprile dalla “*Vulcania”* da Genova - il 6 aprile dalla “*Duilio”* da Trieste ed il 9 aprile dalla “*Giulio Cesare”* da Genova) ebbe inizio la grande missione.

Le quattro navi aventi a bordo un picchetto armato inglese, con il compito di far rispettare il divieto di operazioni militari compirono, tra l'aprile del 1942 e l'agosto del 1943, ben sei volte il periplo dell'Africa coprendo complessivamente oltre centocinquantamila miglia.

Vennero rimpatriati oltre trentamila profughi, di cui venticinquemila donne e bambini.

Il clima torrido e le difficoltà della navigazione fecero di ogni viaggio una vera odissea: il comportamento e l'operato dei militari CRI fu veramente degno di ammirazione così come superlativo fu il lavoro svolto dalle infermiere volontarie.

E intanto gli anni di guerra passavano e la situazione andava facendosi sempre più tragica, oltre che per l'andamento degli eventi bellici, anche per le continue e pressanti azioni di bombardamento aereo che andavano a colpire pressoché tutte le zone d'Italia.

I militari delle squadre di soccorso fecero miracoli riuscendo a portare ovunque il loro contributo di soccorso e di assistenza incuranti dei notevolissimi rischi cui quotidianamente andavano incontro.

I sacrifici dei militari CRI furono notevoli, ma notevoli furono anche i riconoscimenti.

Nel 1943, il Capo di Stato maggiore generale Ambrosio, scriveva: *"... attività veramente imponente e complessa. Questo potente organismo che è mosso da un alto e disinteressato senso di solidarietà umana merita, più che un elogio, incondizionata ammirazione.*
*Ai pari delle forze combattenti ha anch'esso i suoi Caduti, i suoi valorosi, le innumeri quotidiane abnegazioni dei suoi componenti*...".

### 3.3 Il Corpo Militare oggi.

La sua organizzazione ed il suo funzionamento sono regolati dal Codice dell'ordinamento militare (D. Lgs. n. 66/2010) che ha assorbito quasi interamente il Regio Decreto n. 484 del 10 febbraio 1936 e successive modificazioni, rimaste in vigore per oltre 70 anni.
Il Corpo militare esplica le proprie attività istituzionali sia in tempo di guerra, sia in tempo di pace.
In tempo di guerra il Corpo militare:

- provvede all'assistenza, allo sgombero e alla cura dei feriti e delle vittime, tanto civili quanto militari;
- organizza ed esegue misure di difesa sanitaria antiaerea;
- disimpegna il servizio di ricerca e assistenza dei prigionieri di guerra, degli internati, dei dispersi, dei profughi, dei deportati e dei rifugiati;
- svolge attività di assistenza sanitaria in relazione alla difesa civile.

In tempo di pace il Corpo militare:

- partecipa alle missioni internazionali di pace, a fianco dei reparti delle forze armate e delle forze di polizia impegnate in quei territori, provvedendo all'assistenza medico-sanitaria di civili e militari, collaborando a stretto contatto col personale militare sanitario degli altri reparti delle Forze Armate, impiegando mezzi, materiali, potabilizzatori dell'acqua, attrezzature, nonché personale medico altamente specializzato;
- provvede al mantenimento e alla gestione dei centri di mobilitazione e delle basi logistiche;
- cura la custodia e il mantenimento delle dotazioni sanitarie;

- provvede all'addestramento e all'aggiornamento del proprio personale;
- si occupa della diffusione del diritto internazionale umanitario e delle norme di pronto soccorso sanitario tra il personale delle FF.AA.;
- concorre al servizio di assistenza sanitaria nel caso di grandi manifestazioni ed eventi, nonché per esercitazioni militari;
- fornisce assistenza sanitaria alle FF.AA. e alle forze di polizia nei poligoni di tiro o nel disinnesco ordigni.
- è impiegato in caso di calamità naturali o disastri con funzioni di protezione civile.

Per svolgere le funzioni di soccorso sanitario di massa, in guerra come in caso di catastrofe, il Corpo opera attraverso l'impiego di reparti, unità e formazioni campali, raggruppamenti e gruppi sanitari mobili, ospedali da campo attendati e baraccati, treni ospedali, posti di soccorso attendati ed accantonabili, reparti di soccorso motorizzati.

Ordinariamente gran parte del personale del Corpo Militare è in posizione di riserva, ed è richiamato in servizio attivo con precetto al verificarsi di particolari esigenze di emergenza, ovvero per motivi di addestramento ed istruzione. Il personale che si trova in servizio permanente è quello numericamente sufficiente alla regolare gestione dei centri di mobilitazione e dell'Ispettorato nazionale del Corpo.

ll personale del Corpo ha lo status militare a tutti gli effetti ed è regolato dal Decreto Legislativo 15 marzo 2010, n. 66 (Codice dell'ordinamento militare) e Decreto del Presidente della Repubblica 15 marzo 2010, n. 90 (Testo Unico delle disposizioni regolamentari in materia di ordinamento militare, a norma dell'art. 14 della legge 28 novembre 2005, n. 246).

L'uniforme, analoga a quella dell'Esercito Italiano, è contraddistinta dal distintivo di Corpo (disco in oro con croce rossa in campo bianco sormontata da corona turrita per gli ufficiali ed i marescialli, disco in oro con croce rossa in campo bianco per i sergenti maggiori e sergenti, disco in panno con croce rossa in campo bianco per la truppa), da recare sul braccio destro della giubba in posizione equidistante tra il gomito e la spalla.

Il Corpo Militare della Croce Rossa Italiana è organizzato tramite l’Ispettorato Nazionale con sede in Roma presso la Caserma Luigi Pierantoni e con 11 centri di mobilitazione sul territorio nazionale.

Con la legge 25 giugno 1985 n. 342, è stata concessa la Bandiera di Guerra al Corpo Militare della CRI, ausiliario delle Forze Armate.

Il Corpo ha fornito prove brillantissime nel corso di conflitti all'estero. Dopo il secondo conflitto mondiale, l'Ospedale da Campo n. 68, fu inviato nell'ottobre 1951 Partecipando con le Forze dell'ONU alla Guerra di Corea ed ivi rimase dislocato fino al Gennaio 1955, inquadrato nell'8° Armata USA. Al suo Comandante, l'allora Maggiore medico Prof. Fabio Pennacchi fu riservato l'onore di essere chiamato a rappresentare l'Italia alla firma dell'armistizio a Panmunjon che pose fine al conflitto.

Nel Settembre 1960 un Ospedale di emergenza da 100 letti venne inviato nel Katanga per l'assistenza Sanitaria alle Forze dell' ONU operanti nel Congo.

Anche in tempo di pace il Corpo ha avuto modo di rifulgere in numerosissimi eventi in ammirevoli prove di solidarietà nazionale ed internazionale.

Dal terremoto di Ischia nel 1883, ai terremoti Calabro - Siculi del 1905 - 1908, all'incendio di Smirne .ed alla tremenda carestia di Russia nel 1922, ai soccorsi in Albania nel 1924 - 1930 ed in tante altre calamità, quali l'alluvione dell'Arno nel 1966, il terremoto della Sicilia occidentale del 1968, il terremoto del Friuli 1976, l'alluvione della Valtellina del 1987, il terremoto dell'Armenia del 1989, i soccorsi alla Romania del 1990.

Nell'agosto del 1993 il Corpo Militare CRI ha impiantato, nell'area dell'Aeroporto di Falconara, l'ospedale da campo n. 68 per l'accoglienza, la cura e lo smistamento dei feriti provenienti dalla ex Jugoslavia, ed in particolare dalla Bosnia. L'Ospedale ha continuato il suo impegno operativo fino al marzo 1995. Il Corpo Militare, infine, ha fornito un consistente supporto sanitario, con ambulanze e posti di pronto soccorso, in occasione del Convegno del G7 tenutosi a Napoli nel mese di luglio 1994.

Nel 2003 e nel 2005, con la missione Antica Babilonia, il Corpo Militare ha partecipato attivamente alle fasi di soccorso ed in parte, tutt’oggi, con medici ed infermieri in Afghanistan.

Il programma di investimenti attuato dal Corpo Militare C.R.I. dal 2005 ha consentito l’ammodernamento delle dotazioni per l’assolvimento dei propri compiti istituzionali, portando alla costituzione di una serie di moderne formazioni organiche campali e di assetti minori ad elevata flessibilità di impiego e modulabili.

Al fine di assicurare i compiti istituzionali attribuiti alla componente militare della C.R.I., tesa a fronteggiare le più gravi situazioni di emergenza in ambito militare o civile, in Italia o all’estero, oltre al dispiegamento di ospedali e nuclei sanitari da

campo di vario tipo, il Corpo Militare C.R.I. è in grado di fornire una serie di servizi o assetti minori, molti dei quali già sperimentati nei recenti teatri operativi dell'Iraq e dell'Afghanistan, quali: servizi completi di ambulanze tattiche; team per la gestione di incidenti maggiori; team sanitari specialistici; team per medevac avanzate, tattiche o strategiche; team per la gestione di corpi senza vita; servizi diagnostici campali; servizi per attività CIMIC, con capacità di gestione della raccolta, dell'invio e della distribuzione di aiuti umanitari.

Nel 2009 il Corpo Militare ha partecipato ai soccorsi per il terremoto in Abruzzo e nel 2012 al Sisma che ha colpito l'Emilia Romagna.

Prosegue senza interruzione il contributo del Corpo Militare alla Marina Militare per l'Operazione *"Mare Nostrum"* con turnazioni di circa venti giorni impiegando diversi assetti sulle unità del 29° Gruppo Navale schierato nel Mediterraneo per fronteggiare lo stato di emergenza umanitaria nello Stretto di Sicilia, dovuto all'eccezionale afflusso di migranti.

Questo, in sintesi, il ventaglio degli interventi umanitari che hanno visto il Corpo Militare della C.R.I. impiegato in ogni situazione di emergenza e nelle più gravi calamità.

Al Corpo Militare della Croce Rossa Italiana e al Corpo delle Infermiere Volontarie della Croce Rossa Italiana è concesso l'uso della bandiera nazionale, prevista dal decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 25 ottobre 1947, n. 1152. (*Legge 25 giugno 1985 n. 342).*

Per ogni militare, qualunque sia il grado rivestito, la Bandiera, che deve essere difesa anche a costo della vita ed alla quale vanno tributati i massimi onori militari, rappresenta il simbolo della Patria. Essa ricorda l'opera delle generazioni che fecero l'unità nazionale, l'eroismo ed il sacrifico di tanti che per la Patria combatterono e caddero nell'adempimento del dovere. È il simbolo dell'onore militare, dello spirito di coesione e di sacrificio.

L'Ispettore nazionale del Corpo Militare della Croce Rossa Italiana, prescelto fra i colonnelli in servizio, è nominato con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Ministro della Difesa, su designazione del Presidente nazionale (Legge 19 gennaio 2005, n.1 Art.2).

Il vertice del Corpo militare della Croce Rossa Italiana deve provenire dal medesimo Corpo.

I Gradi del Corpo Militare:

**Ufficiali Generali**

Maggior Generale

**Ufficiali Superiori**

Colonnello Comandante

Colonnello

Tenente Colonnello

Maggiore

**Ufficiali Inferiori**

Primo capitano

Capitano

Tenente

Sottotenente

**Sottufficiali - Ruolo Marescialli**

Primo maresciallo luogotenente

Maresciallo Maggiore Scelto

Maresciallo Maggiore

Maresciallo Capo

Maresciallo

**Sottufficiali - Ruolo Sergenti**

sergente maggiore

sergente

**Truppa**

caporale maggiore

caporale

milite

[41]

Il generale Gabriele Lupini è nato a Roma il 14 aprile 1956. Laureato a pieni voti nel 1981 in Medicina e Chirurgia presso l'Università La Sapienza di Roma, ha poi conseguito nel 1985 la specializzazione in Tisiologia, nel 1993 quella in Medicina Legale e delle Assicurazioni e successivamente il perfezionamento in Protezione Civile. Dopo aver frequentato il 61º corso Allievi ufficiali di complemento dell'Aeronautica Militare, nel 1982 ottiene la qualifica di sottotenente.

Entrato fin dal 1977 nei ruoli del Corpo Militare della Croce Rossa Italiana; dal 1986 al 1990 fu direttore dell'ufficio sanitario del IX centro di mobilitazione Cri e dopo fu capo dell'ufficio sanitario militare centrale dell'Ispettorato nazionale del Corpo Militare Cri, dal 1990 al 2003, mentre faceva questo viene chiamato come capitano medico dirigente presso il Quartier generale della II Regione Aerea, nel 1991.

Dal 6 ottobre 2010 vi ricopre l'incarico di Ispettore Nazionale, con il contestuale conferimento del grado di Maggiore Generale.

Nel corso della sua carriera ha ricoperto numerosi incarichi di responsabilità nella struttura territoriale e nell'ambito di operazioni di soccorso in Italia e all'estero. E' istruttore di Diritto Internazionale Umanitario (DIU) di livello superiore, Consigliere Qualificato DIU, Consigliere Giuridico Militare in seno alle Forze Armate (Diploma Scuola di Guerra 96) e istruttore di Operazioni Militari Diverse dalla Guerra (IDOM). Dall'anno accademico 1996/1997 a tutt'oggi è docente di "Medicina Legale delle Catastrofi" quale professore a contratto della Scuola di Specializzazione in Medicina Legale e delle Assicurazioni presso l'Università degli Studi di Roma Tor Vergata; è insignito di numerose onorificenze, Pubblica Benemerenza, elogi ed encomi Solenni.

[41] Fonte Wikipedia

## Capitolo 4. Il Corpo delle Infermiere Volontarie.[42]

"Onore a queste creature caritatevoli, onore alle donne di Castiglione: niente le ha fatte arrestare, niente le ha stancate o scoraggiate e la loro dedicazione modesta non ha tenuto conto alcuno, né di fatiche, né di fastidi, né di sacrifici".

Sono queste le parole usate da Henry Dunant nel suo libro *"Un ricordo di Solferino"* per rendere omaggio alle donne di Castiglione delle Stiviere che per prime, sfidando pudori e pregiudizi, cominciarono a soccorrere i feriti della battaglia di Solferino nel giugno del 1859: queste donne lombarde, con straordinaria dedizione senza compiere alcuna distinzione fra i sofferenti, seppero cogliere e mettere in pratica il messaggio umanitario di Henry Dunant "Tutti fratelli", principio ispiratore di quello che sarebbe un giorno diventato il Movimento Internazionale della Croce Rossa.

Senza alcun dubbio le donne di Castiglione possono essere considerate le antesignane delle Crocerossine moderne, le prime dunque di una lunga storia fatta da donne di ogni ceto sociale, regine ed operaie, tutte uguali nell'uniforme, tutte animate dagli stessi principi, tutte pronte al sacrificio anche della propria vita, per tenere fede a quell'ideale di umanità in ogni luogo, nelle trincee, negli ospedali, sotto il sole rovente nelle tende da campo, in terre devastate dagli uomini o dalla natura, tra i profughi, gli alluvionati o i terremotati.

Ma la loro è anche una storia di grande emancipazione femminile: innegabile è stato il loro contributo per la conquista dei diritti delle donne di tutto il mondo e in particolare dell'Italia, come si vedrà in seguito.

Ma è doveroso fare un passo indietro per rendere onore a colei che ispirò Henry Dunant per la creazione del corpo speciale delle Infermiere Volontarie, ossia Florence Nightingale, la giovane inglese di buona famiglia che rinunciando agli agi della sua condizione sociale si dedicò con abnegazione all'assistenza dei feriti durante la guerra di Crimea scoppiata nel 1854. Questa donna, che per tutti diventerà "la signora della lampada", insieme a 38 infermiere da lei stessa istruite, combattendo contro i pregiudizi e le ostilità dei medici militari, riuscì ad imporre la sua visione e a riorganizzare l'assistenza agli infermi. Tornata in Patria, continuò la sua opera di sensibilizzazione dell'opinione pubblica e supportò lo Stato Maggiore britannico per attuare una radicale riforma dei servizi sanitari e assistenziali dei malati e dei feriti in guerra: fondò una scuola per infermiere che segnò l'inizio dei

[42] Cristiana Masone, volontaria Croce Rossa comitato di Bologna.

moderni metodi infermieristici divulgando i principi di igiene presso la popolazione.
E' pertanto nell'impegno sociale e umanitario delle donne sui campi di battaglia dell'Ottocento, che si rintracciano le prime basi di quello che, con la Prima Guerra Mondiale, diverrà un fenomeno universalmente riconosciuto con l'appellativo di *Crocerossine*. Dopo l'esperienza di donne come Cristina Trivulzio di Belgioioso, che si prodigò per l'assistenza ai feriti durante i combattimenti per la difesa della Repubblica Romana nel 1849, come la già citata Florence Nightingale e come le donne di Castiglione, si moltiplicarono in Europa i corsi per la formazione per infermiere della Croce Rossa.
In Italia, il primo corso di formazione di questo genere, venne organizzato a Milano nel 1906 da un gruppo di donne sensibili al problema dell'assistenza agli infermi. Ma è solo due anni dopo, nel 1908, che, in concomitanza con il primo corso svoltosi a Roma, presso l'ospedale militare del Celio, sotto il patrocinio della Regina Elena, venne ufficialmente fondato il Corpo delle Infermiere Volontarie della Croce Rossa Italiana. Nello stesso anno le prime infermiere diplomate furono subito impegnate nella loro prima emergenza per catastrofe naturale, ossia il disastroso terremoto di Messina. Nel 1910 arrivò per loro anche il "battesimo del fuoco": durante il conflitto italo-turco, furono mobilitate circa 60 infermiere, fra cui la Duchessa d'Aosta per soccorrere i feriti sulla nave "Menfi". L'approssimarsi dell'entrata in guerra dell'Italia fece sì che le iscrizioni ai corsi si moltiplicassero, tanto che alla vigilia del primo conflitto mondiale, il Corpo contava circa 4.000 infermiere che raddoppiarono nel corso delle ostilità. Le infermiere furono impiegate, oltre che nelle Unità Sanitarie sulla linea del fronte, anche in tutte le strutture ospedaliere sorte ovunque sul territorio italiano in risposta alle necessità dei militari feriti: strutture spesso improvvisate in ville private, conventi, edifici pubblici (persino nel Quirinale!), ospedali di fortuna nelle immediate retrovie dei campi di battaglia, dove le sorelle lavorarono ininterrottamente per tutto il periodo bellico. A loro era demandata la gestione di queste strutture nelle quali, oltre alla cura dei feriti, dovevano occuparsi del guardaroba della farmacia, delle cucine e di tutto ciò che ne conseguiva. Operavano sui treni ospedale che facevano la spola tra il fronte e le retrovie con il loro carico di feriti. Molte, alla fine del conflitto, furono le infermiere decorate al valor militare e tra di esse va segnalata la Medaglia d'Argento conferita alla Duchessa d'Aosta, instancabile organizzatrice, che non smise mai di portare il suo incoraggiamento alle sorelle anche sotto i bombardamenti sulla linea del fronte. In totale gli ospedali

territoriali della Croce Rossa Italiana furono 204 con circa 30.000 posti letto, furono mobilitate in totale 7.320 Infermiere volontarie.
La guerra del 1915-1918 sarà il vero banco di prova del Corpo delle Infermiere Volontarie, prime donne al fronte: la Prima Guerra Mondiale fu una guerra di trincea, una guerra uomo contro uomo, una guerra di uomini, ma questo non spaventò le Infermiere Volontarie che anzi con coraggio, abnegazione e istinto materno, riuscirono ad umanizzare il volto crudele della guerra, in trincea sul Carso, negli ospedali di fortuna e ovunque ci fosse bisogno di cure e assistenza.
Per esigenze del conflitto, si decise di perfezionare la loro preparazione e soprattutto di organizzarle in una struttura di vera e propria unità combattente, che fu caratterizzata fra l'altro da una ferrea disciplina e da una altrettanto rigida autodisciplina per poter essere ammesse tra i combattenti. Come tutte le unità combattenti, il Corpo delle crocerossine ebbe le sue perdite: la più famosa fu sepolta nel Sacrario di Redipuglia insieme ai soldati caduti della Terza Armata, per volere dei commilitoni sopravvissuti, ed è da loro così ricordata:
*"Crocerossina Margherita Parodi di anni 21 – Caduta di Guerra.*
*A noi tra bende, fosti di carità ancella. Morte ti colse: resta con noi sorella".*

Non fu l'unica: alla fine del conflitto si contarono 44 vittime e 3 prigioniere.
Come già accennato in precedenza, quella delle Crocerossine non è solo una storia di guerra, ma è anche la somma di tutte le piccole, grandi esperienze personali che insieme raccontano una grande storia di emancipazione femminile: furono le prime donne che lasciarono le famiglie e da sole si avventurarono in una realtà difficile e immaginabile per loro come la guerra. Soprattutto, si inoltrarono in una realtà fatta di uomini, l'esercito, in una promiscuità spesso malvista e criticata. Le crocerossine, per andare al fronte e magari sacrificare la loro vita, dovevano chiedere l'autorizzazione al marito, se coniugate, o il beneplacito dei genitori se non lo erano.
Fuori di casa sole per la prima volta, impararono anche un mestiere entrando così nel mondo del lavoro stravolgendo, loro malgrado, una realtà da secoli immutata.
Grazie all'infaticabile opera prestata in tempo di guerra, le Infermiere Volontarie, prima tollerate poi accettate, si meritarono sul campo stima e rispetto unanimi, tanto da divenire ormai parte integrante della Sanità Militare e da poter operare negli ospedali militari che divennero anche scuole per allieve infermiere.
A partire dal 1935, a seguito della conquista dei territori dell'Africa Orientale,

numerose sorelle vennero imbarcate sulle navi ospedale che raccoglievano i feriti di quelle guerre per ricondurli in Patria, si occuparono anche dell'assistenza delle famiglie dei coloni che si imbarcavano per raggiungere le nuove terre d'Africa, gli stessi emigranti che poi riaccompagnarono non molti anni dopo, nel viaggio di ritorno, quali profughi rimpatriati con la forza dai nuovi governi delle ex colonie. Le infermiere, inoltre, vennero stanziate negli ospedali militari in Etiopia, Somalia, Abissinia, Libia ed Eritrea dove, oltre alla cura dei nostri soldati, nelle apposite strutture, provvedevano anche all' assistenza della popolazione civile. Nel 1936 furono al seguito del contingente di volontari partiti dall'Italia per combattere nella Guerra civile spagnola, una sorta di grande prova per la guerra mondiale che era lì da venire.

Allo scoppio della Seconda Guerra Mondiale, il 10 Giugno del 1940, il Corpo delle Infermiere Volontarie fu mobilitato insieme a tutti i Corpi sanitari compreso il Corpo Militare della CRI: per tutto il conflitto le Crocerossine diedero un enorme contributo, trovando impiego nei diversi fronti sia sulla penisola che all'estero e facendo fronte a molteplici esigenze che ne richiedevano il supporto negli ospedali militari, negli ospedali da campo, sui treni e sulle navi ospedale, ovunque ci fosse necessità di un'assistenza costante e competente. Furono lunghi anni di sacrificio in una guerra che si estendeva verso altri continenti, in terre lontane, in luoghi di morte e di sofferenze fisiche e morali dove le sorelle costituivano spesso l'unica presenza femminile a rappresentare per i soldati l'immagine di affetti lontani, cura per le ferite del corpo e conforto per quelle dell'animo. Notevole fu il contributo delle Infermiere volontarie sulle navi ospedale per il trasporto dei feriti dalle terre d'Africa e per il salvataggio dei naufraghi, al seguito delle truppe italiane nella campagna d'Africa, nella campagna di Russia, d'Albania, di Jugoslavia: racconti orali, scritti e fotografie ci tramandano l'eroismo quotidiano e silenzioso di tante "sorelle", di ogni età ed estrazione sociale, donne forti che seppero resistere come soldati.

La fine della guerra significò anche la conta delle cadute nell'adempimento del proprio dovere: 18 infermiere di cui due fucilate dai tedeschi e due decedute in campo di concentramento.

L'8 settembre del 1943 aveva diviso gli italiani e anche le Infermiere volontarie avevano dovuto fare scelte di campo, non certo scelte politiche quanto piuttosto contingenti: fu riconosciuto unanimamente che il loro agire era stato del tutto conforme ai principi umanitari e alle convenzioni internazionali della Croce Rossa.

Il dopoguerra fu un tempo di disperazione, di miseria, di macerie; bisognava far fronte alle inevitabili e disastrose conseguenze della guerra: soldati reduci o dispersi, prigionieri e invalidi di guerra, orfani, scarsità di medicinali, profughi che rimpatriavano dalle ex colonie, alluvioni, epidemie.

Anche allora le sorelle risposero all'appello, rimboccandosi le maniche per essere ancora una volta presenze silenziose ed efficienti al servizio dell'Umanità.

L'opera preziosa delle Infermiere volontarie ebbe un riconoscimento concreto quando il Governo decise di rendere legge dello Stato il Regolamento del Corpo con decreto del 12 Maggio 1942, tuttora vigente.

Dal 1946 ad oggi le Infermiere Volontarie, insieme al Corpo Militare della Croce Rossa Italiana, proseguono il loro impegno ormai centenario sia in Patria sia all'estero, in casi di emergenza o nella quotidianità della vita civile, all'interno di ogni iniziativa umanitaria a cui l'Italia ha preso parte, diffondendo il Diritto Umanitario, i principi di Croce Rossa e l'Educazione sanitaria.

Tra le attività svolte in situazioni di pace ci sono l'assistenza socio-sanitaria agli infermi e malati terminali, servizi socio-assistenziali, corsi di soccorso ed educazione sanitaria per la popolazione in collaborazione o su richiesta di varie organizzazioni ed istituzioni.

Fanno parte di diritto del personale mobilitabile della Protezione Civile e delle Forze Armate: si sono attivate in tutti i disastri che hanno colpito il Paese negli ultimi decenni e dal 1982 partecipano a tutte le missioni di pace al fianco delle Forze Armate e della Croce Rossa.

Nell'ultimo ventennio, hanno preso parte anche alle emergenze internazionali, negli Ospedali Militari delle Forze multinazionali che hanno operato in varie zone del Mondo: dalla prima esperienza del Libano alla Somalia, poi in Mozambico, in Turchia, in Bosnia, in Albania, Kosovo, in Iraq, ad Hebron e Kabul con le forze ONU, in Giordania, in Medio Oriente, in Pakistan e Sud Est Asiatico.

Con la legge del 25 giugno 1985 n° 342, il Presidente della Repubblica Sandro Pertini, concesse l'uso della Bandiera nazionale al Corpo delle Infermiere Volontarie della Croce Rossa Italiana, per gli alti meriti civili e militari resi alla Nazione.

In Italia la formazione delle Crocerossine prevede la frequenza di un corso teorico-pratico biennale con annessi tirocini professionalizzanti all'interno degli ospedali militari e in strutture civili o centri assistenziali. Con la pubblicazione della legge 108/2009, le Crocerossine sono state abilitate a svolgere le funzioni "proprie della

professione infermieristica", limitatamente però ai servizi svolti "per le Forze Armate e la Croce Rossa Italiana".

Ma oltre all'indiscussa professionalità ciò che più conta è l'Umanità con la quale queste *Sorelle* hanno portato avanti e incarnato gli ideali della Croce Rossa con spirito di sacrificio e abnegazione, sotto un'unica bandiera che le unisce tutte quante, attraversando spazi ed epoche, dalle donne di Castiglione alle sorelle dei giorni nostri impegnate nelle missioni di *peacekeeping* o nei centri di accoglienza profughi.

## Capitolo 5. Il Corpo Militare dell'ACISMOM.[43]

### 5.1 Le origini.

Il Corpo speciale volontario ausiliario dell'Esercito Italiano dell'Associazione dei cavalieri italiani del sovrano militare ordine di Malta (ACISMOM), abbreviato in Corpo Militare EI-SMOM, è un corpo volontario ausiliario dell'Esercito Italiano per l'assistenza sanitaria ed umanitaria.

Erede e discendente delle forze armate dell'Ordine di Malta (la Marina dell'Ordine con il Battaglione dei Vascelli ed il Battaglione delle Galere, la Guardia del Gran Maestro, Reggimento di Malta, Reggimento del Falconiere, il Reggimento di Cavalleria e Compagnia dei Bombardieri) il Corpo Militare venne fondato il 19 gennaio 1877 dall'Associazione dei cavalieri italiani dell'ordine di Malta, con lo scopo istituzionale di supporto e sostegno sanitario all'allora Regio Esercito, sia in tempo di guerra che di pace. Con circolare n. 156 del Giornale militare ufficiale del 9 aprile 1909, per disposizione di Vittorio Emanuele III, diventa corpo speciale ausiliario dell'Esercito Italiano e adotta l'uniforme grigioverde e le stellette.

In oltre 130 anni di servizio, il Corpo ha concorso nel fronteggiare numerose emergenze sia in Italia che all'estero. Dal terremoto nel novarese del 1880 a quello Calabro-Siculo del 1908 e della Marsica nel 1915. In particolare, il tempestivo e massiccio intervento a Messina con una "baracca-ospedale" e due treni ospedale, valse al Corpo il riconoscimento dello status militare.

È stato impegnato in tutti i conflitti: nella Guerra italo-turca (1911-12) al Corpo venne assegnata la Regia Nave Ospedale *Regina Margherita*, che effettuò sette traversate tra Napoli e la Libia rimpatriando 1.162 feriti e malati. Mobilitato per la Prima guerra mondiale (1914-1918), operò con otto posti di soccorso al fronte, un ospedale da campo, un ospedale territoriale a Roma e quattro treni ospedale che trasportarono 448.000 infermi percorrendo 560.000 km. A testimonianza dell'abnegazione dei suoi uomini, oltre alle onorificenze e ad un encomio dello stesso generale Diaz, il 23 ottobre 1921 venne concesso al Corpo l'uso di un labaro di modello analogo a quello stabilito per il Corpo sanitario del Regio Esercito (R.D. n. 1418).

Venti anni dopo, lo scoppio del secondo conflitto mondiale (1942-1945) vide il Corpo impegnato su numerosi fronti, in primis nella Campagna di Russia, ma anche in

[43] Fonte Wikipedia

Albania, Croazia e Francia dove furono schierati tre moderni treni ospedale e numerosi ospedali da campo. In Patria, al fianco del Corpo delle infermiere volontarie dell'ACISMOM istituito nel 1940 e costituito da una direttrice e 40 infermiere, dame dell'Ordine, furono attrezzati due grandi Ospedali Territoriali a Roma e Napoli e sette Posti di Soccorso durante i bombardamenti. I militari del Corpo seguirono quindi fino alla fine il destino delle armi italiane: molti Ufficiali, Sottufficiali e Soldati del Corpo caddero sotto bombardamenti aerei e tiri d'artiglieria, alcuni vennero fatti prigionieri e condotti nei campi di concentramento della Germania, altri morirono per malattia contratta sui treni o nei posti di Soccorso. Al termine della guerra iniziò l'attività di ricovero e cura dei reduci della prigionia. Per questa esigenza vennero allestiti 18 Ospedali Territoriali con la disponibilità complessiva di 5.485 posti letto, che resteranno in funzione fino al 1961.

In conseguenza delle clausole sugli armamenti contenute nel Trattato di pace firmato a Parigi il 10 febbraio 1947, l'Aeronautica Militare cedette al Corpo 39 aerei Savoia-Marchetti SM.82, che volarono così con le insegne dell'ordine in numerosi interventi di emergenza. Nel dopoguerra il Corpo si è distinto nelle numerose emergenze a carattere umanitario, quali il terremoto di Agadir in Marocco (1960), a Tuscania (Terremoto 1971), in Friuli (Terremoto del 1976), nel Polesine (Alluvione 1976), in Campania (Terremoto dell'Irpinia del 1980), Umbria-Marche (Terremoto del 1997), Molise-Puglia (Terremoto del Molise del 2002), Abruzzo (Terremoto 2009), e in missioni di peacekeeping di Albania (1999) e Kossovo (2005). Dal 1991, il Corpo militare dello SMOM, partecipa alle attività di mantenimento della pace nei territori della ex Jugoslavia.

In riconoscimento dei meriti acquisiti in guerra ed in pace, il Presidente della Repubblica Carlo Azeglio Ciampi ha concesso al Corpo la bandiera di guerra con Legge 2 agosto 1999 n. 276.

Con il Codice dell'ordinamento militare emanato con il Decreto legislativo n. 66 del 2010 al Titolo V, sono disciplinati i rapporti tra il Corpo e i Servizi sanitari dello Stato.

Fermo restando il compito istituzionale di assistere l'Esercito in guerra, il Corpo Militare può intervenire anche nei casi di pubbliche calamità o altre esigenze militari di carattere eccezionale. Dispone di attrezzature e mezzi all'avanguardia, nonché di un treno ospedale con tutte le apparecchiature diagnostiche di un moderno ospedale, una carrozza chirurgica, comprensiva di reparto anestesia e rianimazione, una carrozza *day-hospital*, una carrozza polivalente (conferenze, refettorio e

cappella), una carrozza cucina e magazzino, una carrozza con generatore di corrente che rende il convoglio completamente autonomo. Il Corpo dispone inoltre di autocolonne sanitarie composte da automezzi da ricognizione, autocarri medi, shelters e ambulanze per il trasporto di feriti e malati. All'interno di ogni shelter figura un ambulatorio di circostanza: chirurgia d'urgenza, ortopedia, cardiologia, pediatria, ginecologia, otorinolaringoiatria e oculistica.
Accanto a questi compiti operativi, il Corpo, in quanto "forza armata" dell'Ordine di Malta, svolge per quest'ultimo anche servizi istituzionali: per esempio garantisce picchetti per la Guardia d'onore in occasione di visite ufficiali di capi di Stato presso Villa Malta sull'Aventino, nelle cerimonie più importanti dell'ordine ed ai funerali dei Gran Maestri.

L'organico del Corpo militare prevede un'aliquota di militari in servizio permanente effettivo, istituita come nucleo permanente di mobilitazione composta da ufficiali, sottufficiali e truppa amministrati dal Ministero della Difesa con lo stesso trattamento economico dei pari grado dell'Esercito. La pedina operativa è costituita ovviamente dai volontari in congedo, da richiamare all'esigenza. Il personale sanitario è costituito da ufficiali medici e farmacisti, Sottufficiali Infermieri e studenti delle facoltà di Medicina e di Farmacia arruolati come sottufficiali o graduati di truppa. Il sostegno logistico viene assicurato invece dagli ufficiali commissari. Sottufficiali e truppa infine svolgono tutti i ruoli di sostegno all'attività dei reparti (autieri, logistici, soccorritori ecc.). L'assistenza spirituale è demandata agli ufficiali cappellani del Corpo.
Il personale volontario è distinto nel ruolo speciale e ruolo normale. Al primo appartengono tutti i volontari che hanno ancora obblighi verso l'Esercito Italiano, al secondo appartengono o transitano coloro che non hanno più tali obblighi
Il personale volontario, una volta prestato giuramento di fedeltà alla Repubblica Italiana, viene richiamato in servizio con apposito precetto per esigenze di esercitazione, aggiornamento, emergenze e guerra. All'atto del richiamo in servizio i volontari acquisiscono lo status militare e sono soggetti al regolamento di disciplina e ai codici militari di pace e di guerra. Quando prestano servizio assumono inoltre la qualifica di pubblico ufficiale.

## 5.2 Organizzazione.

Il comando del Corpo si trova a Roma, presso la Caserma "Artale" alla Cecchignola. Al comando del Corpo è preposto un Generale dell'Esercito italiano nella posizione di ausiliaria, con la qualifica di direttore capo del personale militare.
Il personale del Corpo alimenta quattro distinti Reparti, opportunamente decentrati sul territorio italiano:

- il 1º Reparto con sede a Milano presso la caserma "Annibaldi", sede del Centro ospedaliero militare, competente per il Nord Italia;
- il 2º Reparto con sede a Roma presso la caserma "Artale", sede della Scuola militare di sanità e veterinaria, competente per l'Italia centrale e la Sardegna;
- il 3º Reparto con sede a Napoli presso il "Palazzo Salerno" in Piazza del Plebiscito, con competenza sull'Italia meridionale e la Sicilia.
- il Reparto Operativo d'Emergenza (ROE) con sede a L'Aquila presso la caserma "Pasquali", sede del disciolto glorioso 33° Reggimento artiglieria terrestre "Acqui", ed attualmente sede del 9° Reggimento Alpini, è dotato di mezzi e moderne strutture sanitarie campali. Il ROE è competente per le Regioni Marche e Abruzzo ma è in grado di intervenire tempestivamente su tutto il territorio Nazionale. Oltre ai normali compiti di istituto è specializzato nel soccorso sanitario in aree impervie e nella sorveglianza e risposta sanitaria al rischio CBRN.

## Capitolo 6. Esperienze sul campo del Personale Sanitario.

Il Colonnello **Alessandro Maria Polverisi** è un alto ufficiale dell'Ispettorato Nazionale del Corpo Militare della Croce Rossa Italiana. E' stato il responsabile del Corpo Militare per la missione in Iraq Antica Babilonia.

[44]

L'operazione" ANTICA BABILONIA" di Alessandro Maria Polverisi.[45]

"Nel quadro della lotta internazionale al terrorismo, nel marzo 2003, una coalizione guidata dagli USA aveva intrapreso l'Operazione "Iraqi Freedom" in Iraq per il rovesciamento del regime di Saddam Hussein.

A seguito della sconfitta della capacità militare irachena, il 1°maggio 2003 iniziò la fase "post conflitto" (IV Fase dell'operazione "Iraqi Freedom"), che si poneva come obiettivo la creazione delle condizioni indispensabili allo sviluppo politico, sociale ed economico dell'Iraq.

[44] Il Presidente Nazionale CRI Dr. Massimo Barra in visita ufficiale alla base militare Italiana Camp Mittiga, accompagnato dal Col. CRI Alessandro M. Polverisi viene accolto dal Gen. E.I Mateddu, Comandante del Contingente militare italiano, a Nassiriya.
[45] Tesi Master in Peacekeeping and security studies del Dott. Antonio Maria Polverisi Facoltà di Scienze Politiche – Università degli Studi Roma Tre A.A: 2010/2011.

A questo scopo fu costituito un comitato, a guida USA, denominato Ufficio per la Ricostruzione e l'Assistenza Umanitaria.

Il Consiglio di Sicurezza delle Nazioni Unite sollecitava la Comunità Internazionale a contribuire alla stabilità ed alla sicurezza del Paese iracheno.

Le Nazioni Unite autorizzava una *"forza multinazionale sotto comando unificato a prendere tutti i provvedimenti necessari per contribuire al mantenimento della sicurezza e della stabilità in Iraq".*

Il 14 maggio 2003, in Italia veniva messo a punto da una Task Force interministeriale, appositamente costituita e coordinata dal Ministero Affari Esteri con l'apporto della Difesa e di altri Ministeri, un piano operativo di emergenza che intendeva rispondere a esigenze e bisogni della popolazione irachena assicurando gli aiuti umanitari necessari e la realizzazione delle opere urgenti di ripristino della funzionalità di infrastrutture e servizi.

L'operazione militare era stata denominata "Antica Babilonia" e alla componente terrestre fu assegnato un settore (provincia di Dhi Qar ), nell'ambito della Divisone a guida britannica, schierata nell'area Sud – Est dell'Iraq.

La missione del Contingente militare italiano era di garantire la cornice di sicurezza essenziale per consentire l'arrivo degli aiuti e di contribuire, con capacità specifiche, alle attività di intervento più urgente nel ripristino delle infrastrutture e dei servizi essenziali.

Si trattava di operazioni di profilo essenzialmente protettivo e di sicurezza, condotte con attività di ricognizione e sorveglianza, di protezione e sicurezza, di stabilizzazione ed assistenza.

Nell'espletamento del "concorso al ripristino di infrastrutture pubbliche ed alla riattivazione dei servizi essenziali" ci sono state attività umanitarie, distribuzione di aiuti umanitari e attività CIMIC (Cooperazione Civile-Militare) in funzione anche delle esigenze emerse nel corso di incontri con le locali autorità religiose e con i rappresentanti politici delle diverse etnie.

Prima del ripristino delle istituzioni irachene, avvenuto verso la metà del 2004, il governatorato della provincia venne affidato a Barbara Contini, esperta operatrice umanitaria italiana.

All'arrivo del contingente militare italiano, la situazione delle strutture pubbliche essenziali risulta aggravata anche dalle conseguenze della guerra, con il crollo della produzione di energia elettrica e la distruzione della rete di distribuzione idrica.

L'operato del contingente militare e dell'amministrazione civile italiani viene quindi rivolto soprattutto negli ambiti della sanità, dell'educazione, dell'ingegneria civile e dell'addestramento delle locali forze armate e dell'ordine.
Il capoluogo della provincia, Nassiriya, che sorge sul punto di confluenza del fiume Tigri con il fiume Eufrate, ha rappresentato per il contingente militare italiano il principale impegno sia per il controllo del territorio ed il ripristino delle condizioni di sicurezza, sia per gli interventi di ricostruzione.
I primi interventi sono stati tesi al recupero della potenzialità della centrale elettrica ed al ripristino della rete di oleodotti che ne assicuravano i rifornimenti.
Sono seguiti poi una serie di lavori che hanno consentito il recupero della funzionalità di diverse strutture ospedaliere (tra cui l'ospedale pediatrico, punto di riferimento per diverse province del sud dell'Iraq) e di scuole.

Su disposizione del Comando Operativo di vertice **I**nterforze del Ministero della Difesa, il Commissario Straordinario della Croce Rossa Italiana, Avv. Maurizio Scelli, con O.C. n. 1306/03 del 07 luglio 2003, ha autorizzato l'impiego del Corpo Militare e del Corpo delle Infermiere Volontarie della CRI, ausiliari delle Forze Armate, a sostegno del contingente militare italiano (Italian Joint Task Force - Iraq) presente in Nassiriya per il completamento del dispositivo sanitario militare nazionale in teatro operativo nell'ambito dell'Operazione "Antica Babilonia", affidando la gestione dell'intervento della componente militare CRI all'Ispettorato Nazionale del Corpo Militare sotto il coordinamento del Col. Alessandro M. Polverisi, Vice Ispettore Nazionale del Corpo.
L'impiego delle componenti CRI ausiliarie delle Forze Armate ha previsto:
- lo schieramento di un modulo di Chirurgia e Terapia Intensiva, con relativo personale, a completamento dell'ospedale da campo (Role 2+) della sanità dell'Esercito, dislocato presso la base militare "Family Quarter";
- la fornitura di ulteriore personale sanitario specialistico per il completamento dell'organico del predetto Role 2+.
- lo schieramento di un Nucleo Sanitario (Role 1+), con relativo personale e completo di strutture logistiche di supporto, a sostegno del Comando del contingente militare italiano, presso la base militare "White Horse";

- l'attivazione di un servizio ambulanze militari, denominato "Blu Light Matrix", completo di equipaggi, per garantire interventi sanitari sull'Area di Responsabilità del contingente militare italiano;
- l'impiego di un Team sanitario per Incidenti Maggiori;
- l'impiego di personale di supporto alla Sala Operativa del Comando del contingente militare italiano.

I materiali (sanitari e logistici) e gli automezzi approntati a seguito dell'attivazione da parte del Comando Operativo di vertice Interforze, pervenuta in data 10 luglio 2003, sono stati inoltrati in territorio operativo iracheno con un vettore navale messo a disposizione dal Ministero della Difesa, salpato dal porto di Salerno il 14 luglio 2003 e giunto in Kuwait il 29 luglio 2003.

La partenza del primo contingente di personale militare CRI è datata 24 luglio 2003 (con arrivo in Iraq in data 1 agosto 2003), mentre la partenza dell'ultima aliquota di personale dall'Iraq è datata 21 novembre 2006, al termine dell'impiego.

In 1.215 giorni di permanenza in teatro operativo iracheno sono stati impiegati 1.054 tra Ufficiali, Sottufficiali e militari di truppa del Corpo Militare CRI e 265 Infermiere Volontarie CRI.

E' stato a tal fine costituito un reparto denominato 68° Unità Militare CRI che ha operato fino al Dicembre 2006.

Con una presenza media di circa 50 militari CRI, si sono avvicendati 246 medici, 245 infermieri, 46 tecnici sanitari e 517 tra logisti e addetti alle funzioni di comando e di sala operativa.

Per l'assolvimento dei compiti affidagli, il Corpo Militare CRI ha impiegato propri materiali e automezzi, tra i quali:

- n. 12 strutture abitative di tipo 1C con attrezzature sanitarie per chirurgia e terapia intensiva;
- n. 8 tende per uso sanitario, con relative attrezzature sanitarie;
- n. 10 tende per alloggi e servizi vari;
- strutture logistiche e sanitarie di supporto (WC e docce campali, gruppi elettrogeni, produttore di ossigeno terapeutico, ecc.);
- n. 11 ambulanze militari 4x4 (delle quali n.3 protette);
- n. 3 autovetture da ricognizione e Veicoli Multiruolo;
- n. 2 pulmini;
- n. 3 autocarri pesanti 6x6 con gru;

- n. 2 autocarri medi 4x4 con gru;
- n. 2 autocarri pesanti con sistema scarrabile;
- n. 2 potabilizzatori medi veicolare medio.

Oltre che assicurare i servizi sanitari al Contingente militare italiano, il Corpo Militare ed il Corpo delle Infermiere Volontarie della Croce Rossa Italiana hanno promosso molteplici interventi umanitari a favore della popolazione civile del Dhi Qar.

Quale componenti della Croce Rossa Italiana, il Corpo Militare ed il Corpo delle Infermiere Volontarie hanno inteso dare un concreto e tangibile valore umanitario alla propria partecipazione all'Operazione "Antica Babilonia" attraverso la promozione di tre diverse linee di intervento a favore della popolazione di Nassiriya e del Dhi Qar:

- interventi sanitari a favore della popolazione;
- raccolta e distribuzione di aiuti umanitari alla popolazione;
- assistenza ai pazienti ed ai relativi accompagnatori inviati in Italia per interventi e cure mediche.

Tutte le linee sono state approvate e supportate dai vertici militari che si sono succeduti nella guida dell'Operazione Antica Babilonia.

L’attuazione dei programmi di interventi umanitari ha richiesto un notevole sforzo organizzativo che ha coinvolto sia le strutture operative dislocate in Iraq, nel Kuwait e negli Emirati Arabi Uniti.
La collaborazione con i reparti militari del contingente presenti sul territorio ha consentito lo svolgimento di attività sanitarie e la distribuzione di aiuti umanitari in piena sicurezza.
L’assistenza sanitaria alla popolazione irachena rappresenta uno dei vari interventi autorizzati dal Comandante del contingente militare italiano.
La scelta e le modalità di attuazione dei programmi di intervento hanno tenuto conto dei seguenti aspetti:
- stato del servizio sanitario irakeno a livello locale;
- programma generale degli interventi previsti dalle forze di coalizione e dal governo italiano;
- disponibilità di fondi per gli aiuti umanitari;
- sicurezza.

A fronte di una drammatica situazione iniziale, determinata da un’assoluta carenza di assistenza sanitaria, dallo stato di abbandono delle infrastrutture, dall’indisponibilità di farmaci, materiali sanitari vari, attrezzature varie ecc., causata dai continui tagli di fondi pubblici imposti dal regime di Saddam Hussein dagli anni ’80 in poi, l’attuazione di programmi di interventi sanitari ed umanitari in genere è limitata dal bassissimo livello di sicurezza presente nell’intera area e dalle ridotte disponibilità di aiuti umanitari.
Nonostante le difficoltà, sono state comunque promosse ed attuate iniziative a carattere sanitario.
Nella base militare di White Horse, presso il Nucleo Sanitario del Corpo Militare CRI (Role 1+) l’accesso da parte della popolazione irakena alla base militare di White Horse, seppur influenzata da restrizioni per motivi di sicurezza, ha consentito l’assistenza sanitaria a numerose persone che si sono presentate spontaneamente all’ingresso della base o che sono state accompagnate dai militari delle forze della coalizione. Nel periodo compreso tra il 1 settembre 2003 ed il 30 novembre 2004 le prestazioni ai civili iracheni effettuate presso il Nucleo Sanitario del Corpo Militare CRI sono state oltre 1.600.
A seguito di varie segnalazioni e sulla base delle informazioni assunte durante lo svolgimento delle diverse attività sul territorio, il personale sanitario in forza al Posto

Medico Avanzato CRI e all'Ospedale da campo, ha effettuato anche molte visite "a domicilio".

Nel quadro di queste attività sanitarie umanitarie sono state incluse anche le attività sul territorio effettuate a favore dei beduini.

Con questo tipo di attività, promossa in collaborazione dell'Unità Multinazionale Specializzata (MSU), la popolazione nomade, che vive di sola pastorizia nelle zone desertiche o semidesertiche della regione, ha potuto contare su di un minimo di assistenza sanitaria, altrimenti impossibile sia per l'inefficienza del servizio sanitario irakeno determinatosi a seguito dell'embargo e della guerra, sia per le difficoltà di raggiungimento dei centri urbani.

I destinatari dell'assistenza sono stati soprattutto gli anziani e i bambini che, come sempre accade, risentono maggiormente delle difficili condizioni di vita determinate dai conflitti armati.

Le limitazioni di accesso alle strutture sanitarie presso le basi militari di Nassiriya determinate dalle rigide misure di sicurezza e la consapevolezza del bisogno di intervento a favore della popolazione hanno indotto alla pianificazione e all'attuazione di uno specifico programma di intervento sanitario denominato "operazione Hospital Support".

Tale operazione ha consentito la proiezione dalle basi militari di personale sanitario qualificato e di apparecchiature a supporto delle strutture sanitarie presenti nei principali centri urbani del governatorato del Dhi Qar.

Con cadenza settimanale, per ogni Health Center delle cittadine del Dhi Qar individuate, un team sanitario ha supportato il personale locale per assicurare visite specialistiche, altrimenti effettuabili solo presso l'ospedale di Nassiriya, non sempre raggiungibile dalla gran parte della popolazione.

Molti civili iracheni abbisognevoli di cure, stati ricoverati presso l'ospedale da campo militare italiano di Camp Mittica. Alcuni malati sono stati inoltre inviati in Italia per interventi chirurgici o cure mediche non effettuabili in Iraq.

Dal mese di gennaio 2005, sulla base delle precedenti esperienze sono state autorizzate ulteriori attività sanitarie rivolte agli abitanti di numerosi villaggi del Dhi Qar.

In collaborazione delle varie Task Forces del contingente militare italiano, che hanno assicurato il necessario cordone di sicurezza durante tutte le visite, sono state registrate oltre 2.000 viste complessive.

Nonostante le difficoltà attuative, derivanti sia dalle particolari condizioni di sicurezza presenti, sia dalla distanza con la Patria, contando sul pieno appoggio dei comandanti delle Brigate e delle Task Force che si sono succedute, è stato possibile distribuire numerosi aiuti umanitari comprendenti farmaci, apparecchiature elettromedicali, alimenti per la prima infanzia, prodotti vari per uso pediatrico, materiale ad uso scolastico, materiale sanitario vario, kit igienici sanitari e giocattoli. L'integrazione con il personale delle Forze Armate addetto alla cooperazione civile militare (COCIM) è stata di fondamentale importanza ed ha reso possibile l'attuazione di molteplici attività, evitando al tempo stesso inutili sovrapposizioni di ruoli.

La raccolta di aiuti umanitari ha coinvolto non solo l'intera struttura territoriale ed operativa del Corpo Militare e del Corpo delle Infermiere Volontarie della CRI. ma anche l'intera Associazione della CRI.

Grazie anche al contributo del personale in congedo è stato possibile assicurare per l'intera durata della missione un costante afflusso di aiuti opportunamente selezionati in funzione delle reali esigenze riscontrate sul territorio operativo.

Il supporto organizzativo e logistico della struttura territoriale del Corpo Militare CRI ha consentito sia l'acquisizione diretta di alcuni materiali richiesti, sia l'assistenza in tutte le fasi di trasporto e sdoganamento della merce donata, consentendo un

notevole vantaggio economico ed organizzativo a favore dei donatori e, indirettamente, della popolazione civile irachena destinataria.

Per l'invio degli aiuti umanitari promossi dal Corpo Militare della Croce Rossa Italiana sono stati utilizzati circa 60 containers, imbarcati su vettori navali messi a disposizione dal Ministero della Difesa nell'arco dell'intero periodo dell'Operazione Antica Babilonia.

Su richiesta del Comando del contingente militare italiano e del Comando Operativo di vertice Interforze, il Corpo Militare della Croce Rossa Italiana ha assicurato in Italia un supporto organizzativo e logistico a molti civili iracheni inviati in Italia per cure mediche o interventi chirurgici presso strutture ospedaliere delle varie Regioni.

Le attività di assistenza ai pazienti iracheni hanno rappresentato un impegno gravoso e costante per consentire a tutti gli ospiti giunti in Italia di affrontare con tranquillità le problematiche e i disagi derivanti dal trasferimento in un paese completamente diverso, lontano dai propri affetti".

*Colonnello Alessandro Maria Polverisi Corpo Militare Croce Rossa*

Il Dott. **Antonino Mancuso**, messinese, classe 1949 è un ufficiale medico del Corpo Militare della Croce Rossa. Fino al 2012 ha ricoperto l'incarico di Responsabile dell'Ufficio Sanitario del VI Centro di Mobilitazione Emilia Romagna. E' un Tenente Colonnello con una lunghissima esperienza sul campo con molte missioni all'estero tra cui Etiopia-Etiopia e Iraq ricevendo numerosissimi riconoscimenti; è un profondo conoscitore ed istruttore del Diritto Internazionale Umanitario. Ha lavorato presso l'Istituto di Radioterapia dell'Ospedale Sant'Orsola-Malpighi di Bologna. E' specialista in Radiologia, Oncologia e Medicina Nucleare; attualmente svolge la libera professione.

"Allo scopo di supportare le operazioni di peacekeeping, conseguenti all'accordo di Algeri firmato il 18 giugno 2000 tra Etiopia ed Eritrea per la cessazione delle ostilità iniziate nel maggio 1998 per una disputa sui confini tra i due Paesi, in data 31 luglio 2000 il Consiglio di Sicurezza dell'ONU ha adottato la risoluzione 1312, con la quale viene autorizzata la costituzione della United Nations Mission in Ethiopia and Eritrea (UNMEE).

Alla Missione aderirono 40 nazioni.

La partecipazione italiana alla missione terminò nel dicembre 2005.

Il Corpo Militare della C.R.I. ausiliario delle Forze Armate, ha contribuito con l'invio di personale sanitario.

L'attività del nucleo operativo della C.R.I. costituito da 2 medici e 2 infermieri oltre il compito istituzionale di supporto al contingente militare costituito da un centinaio di Carabinieri, si è rivolto fondamentalmente all'esterno, nell'assistenza alla popolazione eritrea, uscita stremata dal conflitto che l'aveva opposta all'Etiopia.

Asmara, dove ho prestato servizio alla fine del 2004, è situata su un altopiano a 2300 metri d'altezza e gode di un clima particolarmente mite.

La città, dichiarata patrimonio culturale dell'Umanità dall'Unesco, mostra ancora oggi i segni della presenza coloniale italiana sia nei principali edifici della città, sia nel nome di numerosi locali pubblici ed esercizi commerciali ("Bar Vittoria", "Pasticceria moderna", "Casa del formaggio", "Ferramenta", "Casa degli Italiani").

Tra gli edifici che più mi hanno impressionato ricordo il Cinema Impero, costruito nel 1937 in stile Art Decò, e la stazione di servizio Fiat Tagliero, una stupenda costruzione in stile futurista.

E che dire poi del popolo eritreo: la povertà che vedi volgendo lo sguardo intorno ti attanaglia lo stomaco, ma ti colpisce con la stessa intensità la dignità di questo popolo fiero, mite e discreto.

Autorizzati dall'Ispettorato, abbiamo svolto attività di assistenza sanitaria alla popolazione sia con visite ed assistenza medica nei locali del nostro ambulatorio sia con visite mediche a domicilio (in borghese!!!) e distribuendo medicinali a scuole ed orfanotrofi.

Un ricordo indelebile è la colletta fatta assieme ai Carabinieri per l'acquisto di pasta, riso, olio e biscotti che poi abbiamo donato ad un grande Brefetrofio statale.

Diceva madre Teresa di Calcutta: Quello che noi facciamo è solo una goccia nell'Oceano, ma se non lo facessimo l'Oceano avrebbe una goccia in meno".

*Tenente Colonello medico C.R.I. Antonino Mancuso*

Il Tenente **Giorgio Alagna** è un ufficiale medico del Corpo Militare, al suo attivo numerose missioni all'estero in ambito umanitario.
Sposato, classe 1952, bolognese ma dalle origini palermitane; svolge la sua attività professionale di medico specialista in Dermatologia presso l'Ospedale di Sassuolo.
Un professionista della medicina con un cuore enorme rivolto al "prossimo". Tra le sue tante missioni, ci racconta le sue esperienze vissute in Afghanistan ed in Iraq. Il cantante Alberto Bertoli, in una sua canzone, narra la storia della bambina Safà, bimba curata dal Dottor Alagna.

Triage in Iraq (2005) di Giorgio Alagna.

"Un filo d'acciaio, un new jersey di traverso nella polvere. Polvere tanta, fine, che penetra in ogni spazio ed irrita gli occhi, il naso, secca la gola. In cielo, a tratti, rumori di pale rotanti e sulla strada Hummer, autoblindo che assordano e aumentano la polvere. Davanti al new jersey una strada dritta. In fondo, ferme sul ciglio, auto, camion civili, un'ambulanza. A gruppi, le persone, tante, si avviano, lente, verso di noi. Uomini anziani zoppicanti, giovani con stampelle, donne col mantello nero che lascia libero solo l'ovale del viso, a volte solo gli occhi, e bambini tanti. Io lì con Joseph, l'interprete sempre con me, a cercare un farmaco adatto a lenire le piaghe del corpo e, se possibile, dell'animo. Ma il momento più duro è quando devo dire che

nulla posso per quella persona. Quando, dopo il servizio, sono in branda, ascolto e riascolto la musica di “cuore sacro”. Penso e ripenso a quella madre che mi arriva davanti, apre il mantello nero e magicamente le compare sulle braccia un bimbo, il suo bambino piccolo e deforme. I suoi occhi su di me, imploranti, a chiedermi quello che non riesco a darle. Ma lei insiste, apre ancora di più le braccia, me lo mostra ancora meglio. I suoi occhi neri e profondi, mi giudicano: “come fai a mandarmi via e se fosse tuo figlio?” Ma io non ho risposte. Lei allora, dignitosamente, ricompone il suo fagotto e se ne va. Ogni giorno arrivano tanti ustionati. La benzina costa un euro per ottanta litri. La usano per tutto e si ustionano. Le vesti lunghe, sintetiche prendono fuoco rapidamente e le ustioni sono profonde e dolorose. Facciamo l’impossibile nel nostro ospedale militare e la mia gioia più grande è quando, lentamente, migliorano e possiamo mandarli a casa. Lì, davanti al new jersey, quasi tutte le mattine arriva Neda. Ha ventiquattro anni, due figli e un marito che l’ha ripudiata perché, braccia ustionate, non può più fare i lavori domestici. “Good morning doctor”. Neda mi guarda, mi sorride, mi mostra orgogliosa i suoi bimbi. Poi arriva Ahmed accompagnato dalla madre. Ha ustioni profonde al tronco. Va meglio. Ma quando, in ospedale, lo medico, si agita, mi dice forte “shuà shuà”, (piano piano!). Ma poi, una volta finito di medicarlo, mi allunga un bacio sulla guancia. Quando il C 130 mi riporta a casa, tutto resta dentro, radicato nel cuore e nella mente. La nostalgia del ricordo di Neda, dell’abbraccio di Joseph, della stretta di mano di tanti, accompagna i miei passi spronandomi ad essere migliore. Anche io ho un sogno: vorrei che sul mondo scoppiasse una bomba atomica di pace, di giustizia, di rispetto per la vita. Ma è solo un sogno”.

Invece la storia di Safà, una bimba affetta da grave malformazione cardiaca, diventa un disco di Alberto Bertoli e Marco Lai. Il brano Safà, è basato su una triste storia di una bimba incontrata in Iraq, come ha raccontato il Dottor Giorgio Alagna, l'ufficiale medico della Croce Rossa Italiana.
Il Tenente Dott. Giorgio Alagna ci racconta una storia dedicata a tutti i bambini violati dalla guerra.

"Nell’ottobre 2005 tra gli altri compiti, a Camp Mittica, avevo quello di svolgere col Cimic, ogni mattina, ad Eco one, fuori dalla zona di sicurezza, servizio di triage per la popolazione civile. Dovevo visitare le persone, curarle sul posto, alcune portarle al Role 2, in ospedale, altre, purtroppo respingerle. In una di quelle mattine mi si è presentato davanti un signore che dava la mano ad una bellissima ragazzina dai grandi occhi neri e dal sorriso che inteneriva anche il cuore più duro. Era tutta vestita bene, come se andasse ad un appuntamento importante. Aveva 12 anni e si chiamava Safà. Apparentemente stava benissimo, ma in realtà era affetta da una grave malformazione cardiaca, per cui, all’improvviso, diventava blu e respirava con grande difficoltà. Come tutti gli iracheni che si presentavano al triage, anche il padre di Safà aveva gli occhi pieni di speranza, anche se un pò timorosi, ma comunque emanavano una grande dignità, caratteristica che ho incontrato in ogni persona, anche la più disperata, che mi chiedeva aiuto. Safà invece era allegra e guardava ovunque. Prevaleva in lei la curiosità di conoscere persone vestite con divise a lei sconosciute, con tratti somatici e modi di parlare, diversi dai suoi. Li ho accompagnati al Role 2. Il nostro cardiologo l’ha studiata per alcuni giorni e, completati gli accertamenti, ha stabilito che sarebbe stato necessario farla operare in Italia al più presto. In quel periodo, per circa una settimana, Safà veniva da noi tutti i giorni, e

nelle pause delle indagini sanitarie, rideva e scherzava con noi e con le nostre crocerossine che, come a tutti, le facevano piccoli regali. Nel frattempo ho individuato nell'Hesperia Ospital di Modena la struttura sanitaria che avrebbe potuto operare la piccola, ottenendone la massima disponibilità. Col Cimic abbiamo iniziato tutto l'iter amministrativo che avrebbe portato Safà in Italia. Una mattina io e la dottoressa responsabile del Cimic, con molta delicatezza, abbiamo spiegato al padre che se la sua bambina non fosse stata operata al più presto sicuramente non avrebbe vissuto ancora x molto tempo e che, purtroppo in Iraq, in quel periodo, non era possibile eseguire quel delicato intervento di cardiochirurgia. Gli abbiamo proposto di venire in Italia con sua figlia x farla operare in un centro specializzato, ovviamente senza alcun tipo di spesa da parte sua. Mi ricorderò sempre quella mattina, l'espressione del viso del padre cambiò, gli occhi divennero incerti e pieni di dubbi. Io e la dottoressa del Cimic non riuscivamo a capire i tentennamenti dell'uomo che, invece di essere felice di avere questa, forse unica, opportunità di salvare sua figlia, rimaneva indeciso, in silenzio. Attraverso Josef, il nostro interprete, che a Nassiriya è sempre stato la mia ombra, la mia voce con gli iracheni, gli abbiamo detto di tornare il mattino dopo alla 9, col suo passaporto e quello di sua figlia, indispensabili per iniziare le pratiche per il trasferimento in Italia. Il giorno dopo, ad Eco one, guardavo tra la folla di persone e speravo che arrivasse con i passaporti, ma niente. Ho incaricato Josef di andarlo a cercare a casa, a Nassiriya. L'indomani Josef mi disse di non aver trovato nessuno a casa e che ci sarebbe tornato il giorno dopo. Anche quella mattina, al triage, ero teso, speravo che arrivasse con i passaporti, ma invano. Josef finalmente dopo altri 2 giorni di ricerche a vuoto, riuscì a contattare un parente di Safà che gli disse, con molta reticenza, che Safà era peggiorata rapidamente ed era stata portata all'ospedale di Bagdad e che non si poteva sapere quando sarebbe rientrata a Nassiria. In realtà né io né Josef abbiamo mai capito se quella fosse la verità. Di questa triste storia quello che mi brucia ancora è che ho perso l'occasione di farla operare e quindi di potersi salvare e che mi resta molto difficile da capire il comportamento del padre.

Di Safà ho dentro di me chiaro il ricordo dei suoi lineamenti delicati, del sorriso dolce, della bellezza interiore che traspariva dall'espressione dei suoi occhi, così pieni di vita e di voglia di vivere. Non so se Safà sia ancora viva ed in quali condizioni di salute si trovi, ciò mi rende ancora più triste e malinconico".

Afghanistan, novembre 2013

Il Tenente medico Giorgio Alagna, in una pausa di riflessione, scrive al suo amico di sempre, il Maggiore medico Antonio Pezzi, medico presso l'Ospedale di Imola e da pochi mesi in pensione, impegnato a curare le persone più bisognose nei territori martorizzati dalle guerre.

"Caro Antonio, approfitto dei pochi momenti liberi per mandarti un saluto. Come deve essere, la mia missione volge a termine. Sono molto stanco, ma vado dritto fino in fondo. Il mio lavoro è prevalentemente di attività al Role 1 della base. Non esiste quasi del tutto attività per i civili. Con i tagli anche noi abbiamo personale ridotto e dobbiamo farci in quattro per le esigenze dei nostri soldati. Nella base siamo più di mille e cinquecento persone. Quando tornerò avrò bisogno di qualche giorno di riposo per cui, nonostante

l'aspettativa, ho deciso di tornare al lavoro il 25 novembre. Ho voglia di rivederti e spero che il nostro lavoro come comitato possa portare a qualche risultato positivo.

Il nostro amato Paese è in ginocchio, ma voglio sperare che possa ancora risorgere, anche per rispetto di tutti i nostri ragazzi che, qui con grande professionalità,

rischiano quotidianamente la loro vita e non solo per soldi, come solitamente viene detto da chi nulla costruisce, ma nel nome dell'Italia e degli afghani perbene che vogliono rendere più civile, più giusto e più libero il loro paese. Uno psicologo italiano che lavora all'Università di Herat mi dice di quanto le donne afghane abbiano voglia di uscire dalla loro condizione di schiavitù legalizzata, di quanto vogliano uscire dalle loro tradizioni che sentono ingiuste, di quanto vogliano costruire un nuovo Afghanistan che sappia rispettare e curare i propri figli. Un giorno andando ad Herat ho visto nel cielo tanti aquiloni ed ho pensato al libro, il Cacciatore d'aquiloni. E' tutto vero, aquiloni fatti con povere cose, bambini col viso a sognare, guardandoli, un mondo diverso, lontano dalla miseria, sporcizia, malattie, in cui sono immersi. Un giorno sono andato all'orfanotrofio di Herat. Un bimbo in italiano mi ha detto "io orfano". Non sapevo cosa dirgli. Gli ho sorriso annuendo col capo. Quante belle bimbe e bimbi tenuti bene, puliti. Quando sono andato a complimentarmi con la direttrice per come tiene l'orfanotrofio, le mi ha detto:" ma lei è medico, per favore venga a curare i nostri bambini, ne abbiamo tanto bisogno".

Ho passato la richiesta al PRT, sorta di CIMIC, di più non ho potuto fare.

Caro Antonio, tu mi capisci bene, perchè le cose che ti racconto le hai vissute in tutti i teatri di guerra dove hai operato. Ed allora ci si pone sempre la stessa domanda. Ma quando finirà? Quando smetteremo di distruggerci con le guerre? Quando penseremo al bene comune? Quando l'uomo userà il cervello assieme al cuore? Probabilmente mai, ma almeno sforziamoci di tendere all'armonia, non alla violenza del male.

Un affettuoso abbraccio da Herat".

*Tenente medico Giorgio Alagna Corpo Militare Croce Rossa Italiana*

Il Sergente Maggiore **Daniele Michelini**, infermiere professionale presso l'Ospedale Maggiore di Bologna viene chiamato "il Maggiore" per le sue numerose esperienze maturate in Teatro Operativo. Per semplicità, ne citiamo soltanto alcune: ci vorrebbe un libro intero per raccontarle tutte!

"Diversi anni or sono fui richiamato dal Ministero della Difesa per partecipare ad esercitazioni con il mio vecchio Reggimento ed ebbi occasione di conoscere del personale facente parte del Corpo Militare della CRI. La cosa mi incuriosì e dopo essermi informato al centro di mobilitazione di appartenenza, decisi di iscrivermi come sottufficiale infermiere e dopo varie esercitazioni da Campo, diedi la mia disponibilità per partecipare ad eventuali impieghi all'estero come infermiere in supporto sanitario a tutte le forze componenti il Ministero della Difesa.

Tengo a precisare che tutte le esercitazioni fatte con il Corpo Militare CRI erano improntate sull'allestimento con piena funzionalità e autonomia, compreso un potabilizzatore, di un ospedale da campo di tipo PMA ROL 1 o ROL 2 con annesse tende ricovero per pazienti e personale.

L'utilità dell'amalgama consiste nel far conoscere il personale sanitario e logistico in tutte le loro caratteristiche a livello etico deontologico morale e professionale anche perché dovranno lavorare assieme in Teatro Operativo per un periodo che oscilla dai 45 ai 60 gg ma potrebbe, in base alle necessità delle FF.AA., essere prolungato.

Non ho mai fatto amalgame di nessun tipo perché ho fatto il corso PHTLS.BLS/D con l'Aeronautica Militare della durate di 6 giorni con addestramento all'uso delle armi e di tutto quello che è tele/radiocomunicazioni, inoltre triage con soccorso e assistenza in tutte le sue forme.

Bisogna imparare ad arrangiarsi come da un vecchio detto che recita "*Fai quello che puoi, dove sei, con chi sei, con quello che hai*", frasi che concettualmente possono sembrare ridicole visto che siamo nel 3°millennio ma mi sono servite quando veramente non avevo che le mie mani, la mia esperienza e poco materiale a disposizione.

La mia prima esperienza in Teatro Operativo l'ho avuto partecipando alla missione Onu denominata UNMEE (United Mission Ethiopia-Eritrea).

Partendo su un aereo C130 J da un noto aeroporto militare italiano alle 04.30 per Asmara, arrivo dopo 7 ore di volo stipato come una sardina assieme a materiale e 80 commilitoni che come me erano ansiosi, naturalmente, di uscire dall'aereo e mettere i piedi per terra.

Il personale sanitario impiegato era formato da: 2 medici e due infermieri dell'Aeronautica Militare.

L'incarico ricevuto era di supporto come infermiere militare ONU alla base dell'Aeronautica Militare dell'aeroporto di Asmara.

Si svolgeva lavoro ambulatoriale all'aeroporto ed anche negli alloggi del personale.

Ma il lavoro per me più ambìto era l'assistenza sanitaria con gli elicotteri della Marina Militare nel soccorso Medevac (Medical-Evacuation), che si svolgeva principalmente di notte.

Dopo aver frequentato il corso ed avendo superato gli esami per avvicinamento all'elicottero ed uso dell'argano, per caricamento e/o feriti-materiale, finalmente ero pronto per entrare in "azione".

Il mio primo intervento: una notte, mentre ero di guardia all'aeroporto con un medico dell'Aeronautica, scattò l'allarme Medevac. Bisognava soccorrere un militare indiano ferito a causa dello scoppio di una mina. Quando siamo arrivati sul posto, ci siamo trovati in una situazione tragica con una temperatura di 40° C ed un'umidità del 90% con il militare senza la gamba destra in un lago di sangue. Per fortuna era presente un collega del contingente giordano ed aveva fatto una discreta emostasi clampando alla meno peggio arterie e tamponando vene; il ferito comunque non era in stato di shock ipovolemico, come sembrava da una prima valutazione, era sedato con morfina ad un dosaggio elevato. Prontamente mi sono adoperato per fargli un'emostasi con la cinghia del fucile; a questo punto gli ho incanalato due vene per poter infondere liquidi in grossa quantità e dopo ho aiutato il dottore a clampare il clampabile.

Dopo avere stabilizzato il ferito e raccolto anche il moncone della gamba, ben sapendo che non si sarebbe potuto attaccarla, siamo partiti per la base sita nell'aeroporto di Asmara. Durante il viaggio gli abbiamo somministrato ossigeno oltre ad ulteriori dosi di Fentanest, la Morfina era esaurita, ed Emagel. All'arrivo in Base abbiamo caricato il ferito su un'ambulanza dell'ospedale giordano Rol 2.

Il ferito ha perso la gamba ma ha avuto salva la vita.

Siamo praticamente intervenuti dopo 35' dal ferimento del militare e considerando le condizioni climatiche avverse, abbiamo fatto un ottimo soccorso con un buon esito grazie anche al lavoro svolto sul posto dell'incidente dall'infermiere giordano.

Un altro lavoro che si svolgeva, in un primo momento solo a livello di volontariato e poi come attività di Cimic, era presso le varie scuole delle suore orsoline e nei villaggi eritrici ed etiopi.

In questi ambulatori, chiamati così in quanto erano stanze pulite in modo decoroso e a volte c'era anche acqua corrente, visitavamo bambini/e, adulti con le più svariate patologie, ma la più ricorrente era scarso o insufficiente alimentazione in età pediatrica e malnutrizione in età adulta.

Arrivavano casi di distrofia muscolare, cancri massivi nelle più svariate parti del corpo con varie cardiopatie.

Viaggio in missione ad Assab (porto militare eritreo).

Nei nostri compiti era prevista la scorta sanitaria ai Carabinieri destinati alle ricognizioni nel territorio etiope-eritreo in quanto facevano MP (polizia militare) in seno all'ONU.
Durante uno di questi viaggi mi è capitato di dover soccorrere un cammelliere caduto dall'animale e bloccargli la frattura tibiale con due foglie semi secche di Aloe; non avevo altro materiale per bloccare l'arto. Fu portato dai suoi colleghi all'ospedale (se così si può chiamare) di Assab; e con mia grandissima gioia l'ho rivisto, dopo un mese, pienamente in forma ma leggermente zoppicante.
Durante lo stesso viaggio, un nostro militare si era procurato un taglio in testa con la lamiera spiovente del tetto di una capanna in uno dei tanti mercatini che si trovavano lungo la strada per Assab. Il militare presentava una ferita lacera in zona occipitale dx; gli ho dato 3 punti di sutura (punto di Donati); era coperto dalla vaccinazione Antitetanica per cui scomparirono tutte le preoccupazioni che avevo avuto inizialmente e dopo avergli somministrato gli antibiotici, ero ancora più tranquillo.
Ho lasciato il cuore in Africa e ci sono tornato per altri 3 turni di cui uno di 4 mesi, sempre in missione UNMEE, e cercando sempre di migliorare e incrementare la mia attività a favore di una popolazione provata da una lunga guerra e da carestie che hanno messo in ginocchio quel popolo.
Purtroppo per l'Italia è giunto a termine il mandato ONU nel settembre del 2005.

Esperienze in Teatro Operativo An Nasirjah (Iraq).

Partenza sempre da un noto aeroporto militare con velivolo C120 J.
Dopo un volo della durata di 8 ore, stramaledettamente scomodo, siamo arrivati in Teatro Operativo; eravamo alcuni infermieri, un medico dei Carabinieri, ragazzi dell'Aeronautica Militare e materiale sanitario con un potabilizzatore.
Dopo un'accoglienza veramente cordiale da parte di tutto il personale dell'accampamento, abbiamo partecipato ad un briefing con il nuovo Comandante e con quello uscente; c'erano molti militari che già conoscevo e questo è positivo per una buona convivenza sia umana che professionale.
Il mio compito principale era quello di portare aiuti alla popolazione indigena e insegnare ai colleghi del popolo che cercavamo di aiutare ad usare le apparecchiature elettromedicali che avevamo portato in donazione. Eravamo naturalmente scortati da mezzi del nostro Esercito. Eravamo organizzati in turni di 12

ore con ambulanze denominate BLM (Blue Light Matrix) con un infermiere ed un'autista per ogni mezzo.
Dopo una settimana di servizio relativamente tranquillo, cambiarono le condizioni politiche e religiose e siamo dovuti intervenire come da risoluzione dell'ONU.
Per cui uscivamo di scorta sanitaria alle pattuglie impegnate nella sorveglianza e controllo degli obiettivi sensibili e dei mezzi circolanti per le strade.
Ci trovavamo nel periodo elettorale ed un giorno, mentre eravamo di guardia ad un seggio, siamo stati attaccati da forze irregolari e durante la nostra reazione un soldato, causa schegge di granata, si ferì al polso e braccio sinistro.
Prontamente soccorso e visto che la cosa non era gravissima, gli ho dato tre punti con lo Sterli-strep e medicato con un bendaggio molle in quanto aveva delle schegge in tutto il braccio. Ho eseguito solo la medicazione perchè togliere le schegge era pericoloso in quanto sono come una spina di pesce.
Quando ci siamo sentiti in sicurezza, siamo rientrati alla base dove il ragazzo ha fatto i raggi X ed ha ricevuto le cure del caso nell'ospedale da campo denominato ROL 2.
Gli furono rimosse 12 schegge e dopo 5 giorni il militare era già in servizio attivo.
Il ROL 2 è un ospedale con sala operatoria, sala Raggi X, sala ortopedica, una camera di terapia intensiva o rianimazione, farmacia, laboratorio analisi, un ambulatorio di odontoiatria, uno di chirurgia, uno di medicina ed i posti letto per i ricoverati.
Una notte, verso l'una, fummo svegliati io ed il mio autista per andare a caricare in centro città nel palazzo del governo 2 soldati feriti da uno scoppio di una bomba da mortaio da 100 mm. Siamo partiti con la scorta e dopo 1 ora arrivammo a destinazione.
Mi si presentò un quadro agghiacciante: uno dei soldati era ferito alla schiena ed usciva il classico liquido giallo (liquor), muoveva gambe e braccia ed era perfettamente cosciente. Dopo aver ispezionato l'altro ferito, ho potuto constatare che aveva solo qualche ferita da scheggia ma non presentava nè emorragia venosa nè arteriosa.
Mi stavo apprestando a stabilizzare il ferito cercando di incanulare una vena e prestare le cure del caso, quando il comandante mi disse di caricare i feriti. Io mi opposi in quanto volevo stabilizzare il paziente più grave ma mi fu ordinato di partire immediatamente perchè disse: "*non voglio rischiare di perdere 30 uomini a causa di*

*2 feriti".* Posso anche capire, in quanto aspettare significava dar modo ai ribelli di aggiustare il tiro e colpirci.
Naturalmente l'ambulanza dondolava a seguito delle strade dissestate e poi tra il giubbotto antiproiettile, cinturone dall'arma da fuoco, fucili vari, c'era un caos tremendo. Ho provato inutilmente a prendere una vena (incanulare) ma non si stava neanche in piedi per il dondolìo.
Il ferito continuava a dire di non avere male e questo mi preoccupava perchè respirava bene ma avevo timore di una paralisi agli arti inferiori. Quando mi decisi a fargli una iniezione di morfina (aveva incominciato a lamentarsi ma senza gridare) eravamo già arrivati al Rol 2 dove ha ricevuto le cure del caso e dopo la stabilizzazione fu rimpatriato ed ora, a distanza di 2 anni, ha ripreso servizio sedentario continuando le cure fisiche.
L'altro ferito se la cavò con una medicazione e 3 giorni di prognosi.
Quando arrivai nel posto dove c'erano i feriti, io mi ero preparato come da manuale: stabilizzare il paziente mettendo in opera tutta la mia esperienza professionale; invece il Comandante del gruppo ti ordina di non fare nulla e partire immediatamente. Voi come vi sentireste? La morale è che nei militari ed in certe situazioni bisogna ubbidire senza discutere, anche se queste lede la nostra etica deontologica morale e professionale.

Afghanistan, Herat.

Eravamo 2 infermieri ed un medico del Corpo Militare CRI con l'incarico AMET (Aero Medical Evacuation Team) per evacuare i feriti collaborando anche con i colleghi dell'ospedale ROL 2 spagnolo. Le evacuazioni venivano fatte con gli elicotteri AB 212 della Marina Militare di Grottaglie. Sempre con questi elicotteri, facevamo da scorta sanitaria agli A129 (Mangusta) quando si usciva in missione.
Quando eravamo liberi dai servizi, andavamo in un ambulatorio per le visite alla popolazione civile, per lo più donne e bambini.
Abbiamo fatto diversi corsi di primo soccorso al personale della Guardia di Finanza e a tutte le forze presenti in Teatro Operativo.

Le esperienze che ho avuto con la divisa militare sono state per me esaltanti sotto tutti i punti di vista.

Sono state esperienze positive e formative; bisogna essere veramente convinti di quello che si può trovare in mezzo a popolazioni di cultura e religione totalmente diverse dalle proprie.
Penso proprio di avere rispettato i miei ideali di fedeltà alla bandiera italiana, alla mia Patria e a tutti gli uomini e donne che l'hanno resa grande".

*Sergente Maggiore inf. Daniele Michelini Corpo Militare Croce Rossa*

Il Maggiore **Antonio Pezzi**, classe 1949, è un medico con una lunghissima esperienza di pronto soccorso; ha svolto la sua attività presso l'Ospedale di Imola dove da pochi mesi è in pensione. Ha all'attivo moltissime missioni umanitarie all'estero. Ne citiamo solo alcune, Albania e Iraq per il lato toccante delle esperienze da lui narrate. Forte di queste esperienze, il Dottor Pezzi ha scritto un libro "Il potere e la libertà" pubblicato nel 2010 dove racconta alcune delle esperienze da lui vissute; con piacere mi autorizza a pubblicarle. Colpisce profondamente il lato umanitario dell'amico Antonio. Si continua a battere per la cura dei bambini innocenti e meno fortunati, colpiti dagli effetti devastanti delle guerre.

Guerra del Kosovo 1999 – Missione Albania di Antonio Pezzi.

"La Nato aveva iniziato a bombardare l'ex Jugoslavia e una marea di profughi kosovari si era ammassata alla frontiera con l'Albania per sfuggire alla rappresaglia serba. L'Italia si preparava ad intervenire con la sua missione di pace. Capitò che un pomeriggio d'inverno, dopo una grande nevicata, mi inviassero nelle campagne di Medicina per un accertamento fiscale e mi assegnassero per quel percorso un vecchio camioncino della veterinaria. A causa della neve finii per metà in un fossato riuscendo, con molta fatica, a risalire. Giurai a me stesso che non avrei tollerato altre angherie di quel tipo e, una volta ritornato nel mio ufficio, con tutto il rispetto dovuto alla categoria, mi feci richiamare dal corpo militare cui appartengo e mi rifugiai a Bologna al VI Centro di mobilitazione della Croce Rossa. Nel frattempo le

circostanze, come spesso capita, iniziavano a convergere tra loro: la Nato, come ho già detto, intervenne e, nelle retrovie di quel fronte fui inviato con il primo contingente militare in partenza per l'Albania. L'Italia partecipò con la missione Arcobaleno cui prese parte, un po' dopo, una colonna civile della Regione.
Sempre in quei giorni (eravamo nell'aprile del '99, nel periodo vicino alla Pasqua), vi furono massicci bombardamenti che duravano spesso tutta la notte. Impostai una sorta di corrispondenza in diretta con il Corriere di Imola, che pubblicava le notizie da me inoltrate e che quindi venivano lette dagli imolesi in tempo reale.

La sagoma della San Giusto, nave da trasporto della Marina Militare, stagliava il suo austero profilo nel cielo del porto di Bari, il portellone aperto per imbarcare i mezzi e il motore acceso, mentre il personale militare della Croce Rossa in uniforme attendeva sulla banchisa, chi in piedi a fumare e chi seduto sul proprio zaino l'ordine di imbarco. Come è consuetudine dei nostri comandi, ogni momento che precede questo genere di missioni è costellato di voci, dubbi, ordini, contrordini e altri ordini ancora: anche quella volta nessuno tradì questa antica abitudine. Per chi deve partire è uno sbuffare insofferente e continuo con il telefonino sempre attaccato alle orecchie per godere fino a quando si può, per i più giovani, delle coccole della mamma e per i più adulti, magari già divenuti genitori, per convincere la moglie, rimasta a casa con i figli, che si tratterà di una missione breve. Le missioni militari in zone di guerra sono composte esclusivamente da volontari, ma già è il caso di operare una prima distinzione fra chi svolge il mestiere di soldato, volontario per modo di dire, e chi accetta il richiamo in servizio attivo rinunciando volentieri, per un periodo più o meno lungo, alla tranquillità della sua vita civile. Fra questi, e non è da biasimare, c'è chi lo fa per mettere da parte un po' di soldi in più, c'è chi lo fa per solo amore o per solo dovere, c'è chi, come me e tanti altri amici, perché si sente come un'anatra di valle che di fronte alla tempesta scuote le ali per partire senza sapere dove andrà. Quella volta fu davvero così, non sapevamo a cosa saremmo andati incontro, ma nello stesso tempo non eravamo impauriti o preoccupati; la propria motivazione rende l'uomo meno vulnerabile e l'ansia di misurarsi con se stesso oltre a rafforzare la resistenza fisica genera una tensione che infonde forza e sicurezza. Lo sforzo da fare, dopo, sarà quello di non dimenticare la magnifica nudità interiore che l'esperienza della dannata guerra e del dolore regalano agli uomini capaci di interpretarla, perché potranno così scrollarsi di dosso le scorie di una civiltà senza

scrupoli e togliersi dal volto la maschera con l'impronta di certezze che non esistono. La nostra missione ci ha abituato a servire e ad amare, purtroppo dove i soldati devono uccidere ci si abitua ad uccidere. Come può un popolo in pace giudicare un popolo in guerra o l'uomo del futuro giudicare quello del passato? La San Giusto quella sera non mollò gli ormeggi e noi fummo riaccompagnati alla base operativa di Bari dove passammo la notte. Prima di ritirarci fummo condotti in un grande magazzino dove ci fu fatta togliere l'uniforme e ci furono fatti indossare abiti civili. Alla fine, la notte dopo partimmo e il rumore scandito delle eliche cullò il nostro breve riposo sul mare, Dio solo sapeva quanto ne avremmo avuto bisogno. All'alba sbarcammo al porto di Durazzo e formammo la colonna che ci avrebbe portato a Kukes, una cittadina del nord dell'Albania a sedici chilometri dal confine con il Kosovo, la famigerata frontiera di Morini! Il luogo dista da Durazzo circa duecento chilometri, le strade costruite dagli italiani durante la seconda guerra mondiale erano piene di buche e i bilici, lunghi camion carichi di materiale, procedevano molto lentamente con numerose soste per le riparazioni. Il viaggio durò più di venti ore durante le quali ci si sfamò con quello che si poteva, per lo più qualche scatoletta di tonno e alcune mele. Fra stanchezza e fame giungemmo infine a Kukes verso le tre del giorno successivo. Eravamo sfiniti tanto che l'autista del mezzo su cui viaggiavo mi chiese di sostituirlo. Lentamente si accovacciò sulle mie ginocchia mentre conducevo la jeep e dormì profondamente. Quell'amico più giovane che, in virtù della sua umana debolezza, aveva ceduto al sonno e alla fatica mi ispirò tenerezza, ma pensai anche che nessun uomo, prima di allora, aveva dormito sulle mie ginocchia! Dunque la forza delle circostanze può far deviare dai propri intendimenti e dai propri propositi: è questo che nei disastri e nelle guerre bisogna tenere particolarmente presente per le drammatiche conseguenze che si possono determinare. L'attentato di Nassirya ne è la prova, ma bisogna vigilare anche nella società civile perché molte altre insidie, diverse naturalmente, sono in agguato.

A Kukes vidi quello che non avevo mai visto e nella confusa luce dei fuochi con cui i profughi si scaldavano in quella fredda notte di aprile, fra il vociare indistinguibile e l'odore nauseabondo che proveniva dai bunker trasformati in case o latrine, si distinguevano persone sdraiate sulla nuda terra: alcuni uomini, senz'altro albanesi, armati di kalashnikov, anziani e ammalati deposti nei loro carri su letti improvvisati di paglia e un'infinità di bambini emaciati aggrappati alle loro mamme. Mi addormentai anch'io sulla jeep e quando mi svegliai era l'alba e ci preparammo a montare il

campo. Era già l'alba del giorno successivo, ma non era più importante in quel luogo dove i giorni passano nello stesso modo e gli occhi vedono se non la guerra certamente le sue conseguenze e dove ci si dimentica addirittura, per la stanchezza e l'impegno, di avere una famiglia, dove non si avverte la regolarità della fame ed è il buco della cintura a regolare l'assunzione di cibo. Tutto quello con cui si è partiti non conta più e la sorpresa tutto sommato è sempre quella: si vive ugualmente! Il posto dove montammo il campo era selvaggio, con pochissime abitazioni in qua e in là, di fronte a noi la grande montagna con la cima innevata sulla cui vetta si formava sempre una nuvola che ci ricordava i 'dieci comandamenti', e per questo lo chiamavamo il Sinai di Kukes o il monte di Zoti, che in albanese significa Dio. Pian piano quasi tutti, uscendo al mattino dalla propria tenda, impararono a guardare la cima del monte. Se c'era la nube dicevano: "Zoti è arrabbiato oggi perché i serbi apriranno le frontiere". Succedeva spesso, infatti, soprattutto con il cattivo tempo e di notte, che i serbi aprissero la frontiera di Morini inducendo l'ingresso nel campo di enormi masse di profughi, a volte più di duemila nella stessa notte: persone che ovviamente si riversavano nel campo con bambini in fin di vita e anziani senza le loro medicine. Riteniamo che i serbi conoscessero benissimo il campo e probabilmente avevano anche spie all'interno cercando in tal modo di scompensarlo con questi massicci ingressi difficili da controllare e soprattutto da registrare. Anche qui l'utile forza della trasgressione suggeriva ad alcuni, io ero tra questi, di introdurre i profughi nelle tende in barba alla registrazione ma con la certezza di proteggerli subito dal pericolo del clima e delle malattie, soprattutto i bambini e i vecchi ed ecco che un bel giorno incontrai il 'Patriota del Kosovo'. Così era stato chiamato un piccolo orfano di due o tre anni che una famiglia di profughi aveva ritrovato in un campo presso Kukes e che nessuno aveva mai reclamato, così lo avevano adottato e, poiché in quel periodo, altissimo era il fervore patriottico che l'Uck trasmetteva, tra l'altro anche a noi, i nuovi genitori del piccolo lo chiamarono in quel modo ed io me ne presi una particolare cura. In quei giorni venne la Rai per una trasmissione diretta da Santoro e poiché il giornalista aveva saputo di questa storia mi fece cercare perché presentassi il piccolo in televisione e così avvenne; anche questi episodi contribuivano naturalmente a rialzare il morale di un popolo così oppresso ma anche così indistruttibile nella sua struttura familiare da sopravvivere a quell'olocausto. Milosevich non riuscì nel suo intento per la compattezza di quel popolo e per la resistenza di quella forza inneggiata dal popolo al grido di: "Ucekè, ucekè…". Ero con

loro, durante la successiva missione, quando i tedeschi della Kfor passarono la frontiera ed entrarono in Kosovo ed un brivido, ricordo, mi percorse la schiena perché quella era la liberazione del Kosovo e per me un appuntamento con la storia. Ebbi l'opportunità di conoscerli, quelli dell'Uck, nel campo stesso dove anche, trasgredendo alle regole, ne ospitammo qualcuno per dargli ristoro e curarlo e permettergli almeno una notte di riposo ma ebbi più contatti con loro la seconda volta quando con funzioni diverse ero stato inviato a Tirana e lì, loro, avevano un ospedale segreto che in segno di rispetto mi consentirono di visitare. Conobbi personalmente anche il capo dell'Uck, Eshim Tachi, ed ebbi anche occasione di scambiare con lui qualche parola. Gli strinsi volentieri la mano e gli augurai una rapida vittoria. Conoscevo da tempo la situazione politica di quel Paese perché, come ho scritto, ero già stato in Albania ed il problema del Kosovo, quel piccolo stato albanese in mano alla più potente minoranza serba, era ovviamente conosciuto e la sua sorte temuta anche prima del disastro umanitario compiuto da Milosevich e dai 'paramilitari' che trucidavano e violentavano le donne molte delle quali si uccisero per non affrontare, in quella situazione di odio etnico, la vergogna di partorire i figli dei serbi: 'Quelli dal coltello in bocca' come li definivano i vecchi albanesi delle montagne. In realtà, durante quella prima missione ma se devo essere sincero anche durante la seconda non svolsi per intero il compito che mi era stato assegnato e cioè quello di chirurgo, per fortuna non ve ne fu quasi mai bisogno in quanto i problemi erano altri, ma rendendomi conto del bisogno di un'attività di collegamento con Tirana, mi ritrovai a fare soprattutto questo. Per costruire questa rete dovevo muovermi liberamente e, dato che con la nostra aeronautica ciò era diventato difficile a causa della complicata burocrazia, presi accordi personali con i piloti svizzeri dell'UNHCR di stanza a Rinas, in pratica l'aeroporto di Tirana, per usufruire dei loro veloci elicotteri, gli SA-332. Ho viaggiato così per tutta l'Albania con uno zaino in spalla pronto alle lunghe soste che spesso si verificavano a causa del maltempo e per le quali mi capitava di trattenermi a Tirana e poiché l'aeroporto di Rinas era stato trasformato in un'enorme base militare, non avevo, in effetti, mai visto niente di simile, con impressionante spiegamento di mezzi e di materiali, con campi svizzeri, tedeschi, americani, arabi, ecc. non esisteva problema per dormire o mangiare presso qualcuno di loro anche se preferivo rifocillarmi e lavarmi al convento francescano o comprare cibo al mercato. Vi erano effettivamente enormi difficoltà oramai a collocare i profughi ed in particolare alcuni di loro perché i campi erano tutti strapieni ed anche la Caritas di

Tirana e Scutari, che avevano maggiore disponibilità di locali e di mezzi, cominciava ad essere satura; d'altra parte i due campi italiani, poiché nel frattempo era giunta a Kukes anche la colonna della protezione civile inviata dalla nostra Regione, non respingevano alcuno e non essendo protetti da filo spinato come altri che assomigliavano più a campi di concentramento piuttosto che a campi profughi, molti entravano a proprio piacimento. L'Albania scoppiava letteralmente di profughi e, ciò nonostante, lunghe file di trattori con i loro stretti carri di legno continuavano a scendere da Morini, spesso come dicevo, durante la notte e con il cattivo tempo tanto che noi li aspettavamo appena fuori dal campo con coperte, sacchi a pelo, e razioni k cercando di recuperare soprattutto i bambini assiderati dal gelo di quei giorni e quelli venuti al mondo per la strada. In altri momenti giungevano gruppi più isolati che avevano scelto un altro percorso, famiglie decimate da quella violenza assurda e gratuita, fra questi c'era Airie che presi subito con me ferito dal suo disperato lamento di madre irrimediabilmente offesa nella viva carne dei suoi poveri figli. Dove sarai adesso, povera Airie, chissà se hai potuto sopravvivere allo scempio della tua vita che divenne, a causa dei malvagi, la tua stessa croce? Ti immagino nel tuo passato di giovane mamma, felice, con i tuoi bimbi sulle ginocchia, insieme speranza del tuo e del nostro futuro e ti rivedo piangente come ti ho conosciuta così angosciata e così pura nella tua disperazione, così sacra nella tua divina rassegnazione. Nel mio cuore sento ancora la tua voce, quella voce dalla quale raccolsi insieme alle tue lacrime il tuo racconto e la tua tragedia. Ti prego mostra anche ai miei amici il tuo dolore salvifico e immortale, consenti anche a loro di sentire sulla loro pelle la dolorosa umiliazione di quella corona di spine che Dio stesso ti pose sul capo e racconta anche per il loro bene la tua incredibile storia. Quella che segue è testualmente il racconto di Airie che volli scrivere, mentre l'ascoltavo, per poter trasmettere inalterata tutta l'emozione di quella tragedia compiutasi nel villaggio di Skenderaj, Kosovo, quando erano circa le tre del pomeriggio: "Eravamo tutti in casa quando siamo stati bombardati ed una metà della casa è crollata; noi eravamo dall'altra parte e per questo ci siamo salvati. Abbiamo cercato di fuggire verso la montagna ma siamo stati circondati e il villaggio è stato incendiato. Mio marito aveva male alle gambe e non poteva fuggire ed io sono rimasta con lui e con mio padre anziano; i miei figli sono riusciti a fuggire. Ci hanno ordinato di arrenderci ed abbiamo alzato una bandiera bianca; hanno ucciso subito tre uomini davanti a noi e poi altri otto con la mitragliatrice". Le frasi sono brevi e scandite da singhiozzi e lamenti

strazianti come non è facile immaginare per chi non ha visto e sentito direttamente. Ancora: “Poi hanno ucciso un altro giovane di ventitré anni sempre con la mitragliatrice e dopo mio marito e mio padre davanti a me. Mia figlia ed io siamo state picchiate poi mi hanno legato le mani dietro la schiena e mi hanno gettata sul corpo di mio marito. Mi avevano chiesto soldi per non ucciderlo e mi avevano sparato vicino ai piedi e tagliato i vestiti con un coltello. Avevano promesso di non uccidere mio marito, ma lo hanno fatto, lo hanno preso e ci hanno portato insieme in un luogo dove giacevano, tutti in fila, centosettanta morti e lì hanno ucciso mio marito”. Poi Airie, disperata continua: “Ci hanno fatto camminare nel sangue poi hanno sparato a mio padre dentro l’orecchio; hanno poi chiuso noi donne nelle case senza nulla da bere né da mangiare e solo dopo quattro giorni ho potuto seppellire mio marito mentre gli uccelli divoravano gli altri cadaveri. I miei figli ci hanno raggiunto durante la notte, ma i serbi hanno circondato la casa; eravamo cinquecento nel villaggio. Hanno messo le donne da una parte e gli uomini dall’altra poi hanno fatto due colonne e ci hanno portato verso Jacova; hanno poi preso tutti i giovani e li hanno messi tutti insieme su una collina e lì, davanti a noi, li hanno uccisi tutti. I miei figli erano con loro”. Ed ecco anche la non meno coinvolgente testimonianza di un uomo di sessant’anni che vagava in mezzo ai profughi, abbandonato più da se stesso che dagli altri: “Tre mesi fa sono entrati i serbi nel villaggio ed io con i miei tre figli maschi siamo fuggiti sulle montagne; mia moglie ammalata e invalida è rimasta a casa ed è stata uccisa. Abbiamo saputo che mia moglie era morta, ma per quindici giorni non abbiamo potuto seppellirla perché i ‘serbi’ controllavano il villaggio”. Continua il povero Hosmani con gli occhi puntati sul suo insostenibile destino: “Il ventisette marzo era il giorno del Bayrami e quella stessa sera i ‘serbi’ ci hanno circondato uccidendo davanti a me due dei miei figli; hanno ucciso ventiquattro persone con il kalashnikov, hanno poi catturato mio figlio piccolo e lo hanno portato via. Di lui non so più nulla. Hanno poi tentato di uccidere anche me”. Dice Hosmani mostrando il giubbotto di grezzo montone lacerato da colpi di pugnale! Poi continua. “Sono caduto sotto il trattore ed allora mi hanno lasciato stare; erano uomini con i guanti neri ed una fascia intorno alla testa, in tuta mimetica. Sono un contadino, non ho più casa; hanno ucciso mia moglie e i miei figli. Devo soltanto morire”. Di fronte a simili catastrofi umane, a simili insopportabili tormenti della carne e dello spirito si può soltanto rispondere a chi si pone il problema di dove cercare Dio: Andate! Lo troverete là, oltre le frontiere del tempo e della visibilità umana, in Kosovo ed

ovunque i fondamentali diritti dell'uomo siano stati calpestati, dove non vi sono acqua e cibo per dissetare e sfamare i bambini, dove le medicine costano troppo per essere comprate, ma anche qui dove il nostro popolo nega ai suoi stessi figli di nascere e dove a molti di noi neppure sfiora la mente di essere in colpa per quello che gli altri non hanno. Ecco perché la gente come noi va in Kosovo e in Iraq rispondendo a un'inquietudine interiore che è in fondo la stessa di chi conduce una carrozzina per le strade del mondo rispondendo, questi ultimi, nell'ombra di un pregevole anonimato, con la stessa intensità di chi per sua disgrazia ha concessa la gloria di imbracciare anche un fucile o di mostrare una medaglia puntata sul petto. Ognuno segue la sua strada per compiere quelle opere che possono trasformare il mondo intero in una famiglia e per combattere tenacemente il male che avanza per nostra stessa colpa. Il Kosovo è ancora tra noi, l'Iraq è tra noi, l'Africa è tra noi come tra tutti noi sono il bene dell'uomo e il male stesso dell'umanità.

La seconda missione in Albania….

Mi recai in Albania per la seconda volta sempre, naturalmente, al seguito del contingente italiano di cui, nel frattempo, erano entrati a far parte gli alpini della Taurinense, i Carabinieri dell'Msu e la Polizia di Stato. Mancavano pochi giorni al mio cinquantesimo compleanno e partecipavo ad un congresso a Castrocaro quando mi giunse la chiamata da Roma. Per la verità non è che avessi una gran voglia di partire nuovamente dopo neanche venti giorni dalla prima missione e domandai con sarcasmo al mio interlocutore: "Posso rifiutare oppure…?". Lui rispose: "No, bisogna partire subito!".

Mi imbarcai questa volta su un traghetto civile e la mattina dopo sbarcai a Durazzo, città che mi ricordava Forlì per l'architettura dei suoi edifici e per la sua urbanizzazione. Con un nostro mezzo che mi attendeva al porto raggiunsi l'Hotel Tirana, ancora sede del comando dell'intera operazione. Mi accorsi subito che le cose erano cambiate, c'era molto più personale civile, molta più polizia e, nell'imponente via e vai della hall, notai la presenza di alti gradi dell'esercito che prima non c'erano e, naturalmente, gli immancabili giornalisti. Come è facile immaginare, nelle fasi che seguono l'urgenza la macchina organizzativa si arricchisce di nuovi elementi, di uomini, mezzi, altre organizzazioni, aziende, profittatori, di tutto insomma, ma sono condizioni queste comuni nelle catastrofi umanitarie in cui, con la civile ricostruzione, si offre anche terreno facile agli

speculatori e alle organizzazioni criminali. Ciò non sminuisce l'intervento degli italiani per merito dei quali, come ebbe a dire allora il rappresentante dell'Onu, "Nessuno, di quella spaventosa emergenza, è morto di fame o di sete". Mi presentai al comandante del Corpo, che trovai seduto alla sua scrivania in borghese. Mi fece accompagnare in un appartamento riservato allo staff di coordinamento, un ambientino discreto, con un letto normale e bagno, ma non mi piacque per niente. Anzi, mi sentii profondamente a disagio: se quella doveva essere la mia nuova missione, allora non era fatta per me. La mattina dopo in tutta fretta indossai la mimetica, mi misi lo zaino su una spalla sola, come facevo sempre per praticità e cercai un mezzo militare che mi conducesse all'aeroporto; volevo ritornare a Kukes! A Rinas rincontrai Juri, l'ex colonnello che dirigeva l'Albanian Aerlines e che avevo conosciuto un anno o due prima in occasione del blitz per salvare la piccola 'Lilly'. Mi salutò cordialmente: "Ciao dottore!". Poi, sorpreso di vedermi in divisa, aggiunse: "Cosa fai qui, adesso?".

Era un uomo sensibile e colto e se il merito di aver trasportato Lilly in quelle condizioni è stato dato a me, in realtà ciò fu possibile grazie a lui, ma questa è un'altra storia e un'altra avventura.

L'aeroporto, trasformato fin dall'inizio in un accampamento militare multinazionale come non avevo mai visto, era disseminato di cantieri e soldati di tutte le lingue che si destreggiavano a torso nudo, in quel giugno torrido, a costruire baracche e rifugi nei propri accampamenti, mentre l'assordante rombo delle pale degli elicotteri induceva ad urlare per farsi capire. Fu in quella circostanza che ebbi i primi contatti con gli americani. In continuazione i giganteschi C-5 Galaxi scaricavano al suolo mezzi militari, container di alimenti, escavatori e altro materiale di ogni genere: va tenuto presente che il numero dei profughi, fra Albania e Macedonia, toccò il mezzo milione e oltretutto non si sapeva come e quando la vicenda si sarebbe conclusa, dato che i bombardamenti continuavano. All'aeroporto incontrai il colonnello Castrucci, chirurgo richiamato, primario dell'ospedale militare attendato di Kukes; salimmo insieme sull'elicottero dell'Aeronautica italiana e, dopo un volo tattico a bassa quota di una quarantina di minuti atterrammo a Kukes. La mia emozione fu grande quando Agnese, una ragazza di sedici anni che avevo lasciato al campo come interprete, mi vide ed esclamò: "Oh, sei tornato!". L'abbracciai stretta stretta e lei pianse per un po', poi ci dirigemmo insieme all'Ospedale dove incontrai il personale della missione in avvicendamento, tra cui il maresciallo maggiore Renzo

Passalacqua, che pure abbracciai con sincero trasporto. Le cose però anche lì non erano più le stesse o forse io inseguivo un'emozione ormai perduta che soltanto l'imminenza della tragedia mi aveva potuto dare; in ogni modo sentii che quello era ancora il mio posto perciò mi feci assegnare una branda su cui srotolai il mio sacco a pelo, poi sistemai il mio zaino. Dopotutto da lì potevo avere una visione più diretta della situazione e potevo, quasi a piacimento, raggiungere Tirana in elicottero ogni qualvolta l'avessi ritenuto necessario; con questo obiettivo riparlai con gli svizzeri e, in pratica, siglai di nuovo il precedente accordo, in fondo avevo necessità di spostarmi sempre più rapidamente in quanto ormai tutti i campi erano stracolmi di profughi e anche le autorità albanesi non sapevano più dove sistemarli. Perfino l'ex manifattura tabacchi di Scutari era strapiena e ancora una volta i rapporti continui con Caritas, salesiani e suore di Madre Teresa furono determinanti. Padre Flavio era sempre là e continuava a darsi da fare come meglio poteva e giunse anche a Tirana, per conto del nostro Ministero della sanità, un vecchio amico con il quale tra l'altro ero già stato in Israele, Vincenzo Riboni primario del pronto soccorso di Vicenza ma soprattutto uomo sobrio avvezzo a lunghe missioni in aree difficili e grande esperto di Cooperazione. Fui felice di questo e quando ci incontrammo ci facemmo una gran festa anche se poi gli creai non pochi problemi per inviare in Italia alcuni profughi molto gravi ma lui sapeva come ero fatto e non si stupì, anzi rappresentò per me una grande opportunità. Sembra esservi a volte, ma l'ho già detto, un conduttore comune che lega determinate persone a particolari avvenimenti che evidentemente possono accadere soltanto in quel modo come se fossero governati da una mano invisibile ed è questa una sensazione che sembra trovare quasi sempre una conferma, per lo meno così mi è parso nei grandi momenti della mia vita. Intanto anche le modalità di selezione dei soggetti da inviare in Italia erano totalmente cambiate ed era stata nominata una commissione mista italo-albanese alla cui approvazione dovevano essere sottoposti i casi da trasferire. Fino al termine della precedente missione erano esclusivamente gli italiani a decidere e a me, che conoscevo abbastanza bene gli usi albanesi, questa novità non piacque affatto ed avevo ragione. Un bel giorno mi dissero che erano venuti a cercarmi al campo due rappresentanti della Croce Rossa Internazionale per parlarmi di un certo caso: in effetti queste persone non avevano cercato me nella veste per la quale ero lì, che era tutt'altra, bensì per la fama di buon rompiscatole, in positivo voglio dire, che anche in quelle circostanze mi ero guadagnato.

I due tornarono il giorno dopo e Nadia, la giovane kosovara della Croce Rossa, che parlava inglese, mi riferì di una bimba di alcuni mesi ospitata nel campo arabo, non molto lontano da noi, che presentava sulla schiena una visibile malformazione e che per di più aveva in quei giorni una febbre altissima; mi disse anche che la madre della bimba le aveva raccontato di essere stata inviata a Tirana dai medici del nostro ospedale da campo e che, dopo aver avuta respinta la proposta di invio in Italia, le furono chiesti da alcuni albanesi ottocento marchi per andare in Italia con il gommone; non possedendoli era stata abbandonata al suo destino ed aveva anche dovuto arrangiarsi per tornare a Kukes dove almeno aveva i propri parenti. Volli vedere subito quella bambina e mi feci accompagnare da loro stessi al campo arabo. La trovai lì, in una tenda caldissima, quasi soffocante, insieme ad altre venti o trenta persone. Quella povera creatura stava male, anche se era ben curata dai medici sauditi, le sue gambine erano flaccide come se fosse una bambola di pezza e sulla schiena, come mi avevano detto, aveva una palla di carne e liquido che in terminologia clinica si definisce 'mielomeningocele'. Raccomandai la bimba al medico arabo che mi ispirava maggiore umanità e, tornato al campo, cercai di ricostruire i fatti; ricercai la relativa documentazione e chiesi informazioni in merito. Effettivamente, la richiesta di trattamento in Italia per lei era stata respinta e, per di più, non vi era possibilità di appello. Riparlai con Nadia, perché l'uomo che era con lei taceva quasi sempre, anche se era spagnolo e avremmo potuto intenderci ancor meglio. Nadia mostrava amorevole compassione per la piccola e insisteva con delicatezza perché escogitassi qualcosa. Purtroppo anch'io non sapevo cosa avrei potuto fare di più. Improvvisamente successe un fatto insperato, come se l'illustre Sconosciuto, il 'terzo elemento' o come altro lo vogliamo chiamare, muovesse anche quelle fila. La sera stessa, guardando quel po' di telegiornale che riuscivamo a vedere, vidi un servizio di Santo Della Volpe che trasmetteva dalla piazza della Prefettura di Kukes ed ebbi l'idea! La mattina dopo mi feci accompagnare nella piazza dove sostava il mezzo mobile della Rai, al cui interno si trovava proprio il giornalista che cercavo: fu un incontro assolutamente confidenziale e non esitai a chiedere a Della Volpe di intervenire in qualche modo in favore di quella creatura che altrimenti sarebbe morta. Quel nuovo amico si fece coinvolgere e, dopo aver riflettuto, mi disse come illuminato: "Aspetta un attimo!". Tramite il suo satellitare compose rapidamente un numero e parlò con qualcuno che poi mi passò. Era Raffaele Fichera, altro noto giornalista, al quale riferii quella drammatica storia; lui

pure si infiammò per la bambina, promettendomi che avrebbe cercato di aiutarci. Ci scambiammo i rispettivi numeri di telefono e restai in attesa; non dovetti attendere a ungo, perché Raffaele mi ritelefonò di lì a poco proponendomi una diretta da Kukes in cui mostrare agli italiani la piccola con la sua famiglia e chiedere così con maggior forza un intervento diretto del nostro governo. Ne parlai con Nadia, che subito annuì con soddisfazione, senza certo immaginare che la pubblicità che sarebbe stata data al caso avrebbe potuto turbare il precario equilibrio fra autorità governative e non governative dei Paesi coinvolti, mantenuto soltanto grazie a una diplomazia grossolana, ma efficace in quella zona calda. Da parte mia mi aspettavo reazioni, ma sapevo bene che un singolo caso, pur nel sussulto mediatico che avrebbe determinato, non avrebbe potuto guastare l'intera organizzazione e comunque confesso che, viste le condizioni della bambina, quella era la cosa che mi preoccupava di meno. In effetti l'attesa reazione non tardò ad arrivare; Nadia evidentemente aveva riferito ai suoi superiori dell'iniziativa e in quei giorni non si fece sentire, incontrai però lo 'spagnolo' il quale mi disse che Nadia sarebbe stata impegnata altrove per alcuni giorni e comunque, obiettò: "Che bisogno c'era della televisione?". Non fu difficile immaginare quello che era successo; da quel momento non rividi più Nadia e questo naturalmente cambiava le cose perché, oltre ad avere difficoltà a reperire un mezzo per me, veniva a mancare il supporto fondamentale del suo 'gippone' per il trasporto dell'intera famiglia in piazza. Il giorno dell'appuntamento televisivo arrivò e, avendo perso ogni traccia di Nadia e non essendo riuscito neppure a reperire un mezzo per me per recarmi nella piazza in tarda serata (la trasmissione era prevista per le ventidue e trenta), telefonai sconsolato a Fichera per avvertirlo. Raffaele si mostrò inizialmente deluso, cosa del tutto comprensibile in quanto sarebbe saltata la sua 'diretta da Kukes', ma si riprese subito d'animo supplicandomi di esserci: "Almeno tu – mi disse – altrimenti non andiamo in onda, peccato... era tutto pronto!". Promisi che avrei fatto tutto il possibile per arrivare, in realtà non sapevo proprio in che modo e, fino all'ultimo, temetti di non riuscire. Mi venne in mente che forse il comandante dell'ospedale non aveva saputo ancora nulla dato che 'quelli' della Cri internazionale con il ritiro dei propri mezzi consideravano il caso di fatto chiuso. Il pomeriggio stesso andai a trovarlo e giocai l'ultima carta. Gli dissi, guardando altrove e fingendo di scrivere alcune annotazioni sulla mia sempre inseparabile agenda: "Mi hanno chiesto se questa sera saremmo disposti ad andare in televisione". Lui, mostrandosi subito interessato alla cosa domandò: "Di che cosa

si parla?". Risposi: "Non lo so, credo vogliano farci delle domande sul ruolo che sta svolgendo la Croce Rossa qui a Kukes". Aggrottò le sopracciglia come se non avesse inquadrato bene la novità, ma infine annuì: "Potremmo anche andare, a che ora si farà?". "Fra le dieci e le undici" risposi mostrando indifferenza. Avvisai immediatamente Raffaele, raccolsi altre due o tre persone fra le quali una crocerossina e ci preparammo. Parlai solo io perché Fichera si rivolse soltanto a me, ma in Italia ci videro insieme e questo indubbiamente alleviò l'inevitabile urto che con giusta ragione avevo messo in conto. La trasmissione andò bene e, dopo alcuni giorni, la bimba partì per l'Italia; di lei non ho più saputo nulla, ma non importa perché sentivo di aver comunque compiuto il mio dovere.

Che l'invito a recarsi in trasmissione fosse stato uno stratagemma il comandante lo capì il giorno dopo, quando certamente lo chiamarono da Roma, dico 'certamente lo chiamarono', non soltanto perché mutò leggermente il suo atteggiamento nei miei confronti, ma perché cercarono anche me. Venne addirittura a Kukes un funzionario della Croce Rossa con cui mi 'intrattenni' a lungo sotto una tenda in un caldo, caldissimo, pomeriggio di giugno. L'episodio della bimba scomparsa e ritrovata aveva destato non poche discussioni ai diversi livelli associativi e istituzionali, ma anche tra noi, tanto che, dopo le prime perplessità, i miei stessi colleghi si rivolsero a me con altre richieste di quel tipo. I casi dei bimbi scomparsi che mi furono raccomandati furono, mi pare, sei. Li ritrovai tutti, smarriti in qua e in là dopo essere passati attraverso la commissione. Uno soltanto, mi dissero i parenti, era stato indirizzato, non si sapeva da chi, ma di certo non dagli italiani, in Italia con il 'gommone'. Questo fu in pratica il vero lavoro svolto nella mia seconda missione e ne sono felice perché quando mi capita di riprendere in mano la cartellina con i loro nomi, che ho sempre conservato con cura, mi rendo conto di aver fatto forse non ciò che secondo le convenzioni mi era stato ordinato, ma quello che obiettivamente andava fatto. Lo scopo della partecipazione è in fondo questo, sentirsi ed essere parte di quello che ci accade intorno; è troppo comodo trincerarsi dietro un ordine ricevuto per non condividere con altri le responsabilità della vita e degli eventi. Perché, in nome di una neutralità inesistente, non stringere la mano al capo dell'Uck, come qualcuno ebbe a notare, o perché non ospitare uno di questi patrioti per consentirgli una notte di riposo? La vera neutralità sta nel riconoscere il bisogno umano ovunque esso sia, nell'allevare un orfano musulmano da parte di una famiglia cristiana o viceversa, nell'essere giusti. Per essere giusti bisogna pur fare una scelta!

Chi non sta da nessuna parte sta solo con se stesso, non produce niente che non sia qualcosa di egoistico ed è in pratica come se non esistesse, una specie di albero che non fruttifica. Che pena sarebbe vivere così!

Il lavoro svolto era intenso e la ricerca di quei bambini fu estenuante, un po' per le crescenti difficoltà degli spostamenti e un po' perché, dopo l'entrata in Kosovo dei tedeschi, avvenuta intorno alla metà di giugno, si verificò un forte calo della tensione di 'superficie' e tutti iniziarono ad impegnarsi di meno. Notai che nel campo montava, soprattutto tra i profughi, una particolare agitazione che aumentò di giorno in giorno fino a quando cominciai ad accorgermi che alcune famiglie accumulavano i materassini di spugna davanti alle tende, come pure le famose bacinelle di plastica che provenivano dall'Italia. Le rondini dunque si preparavano a partire! Fu, in quei giorni, un continuo crescere di questi gruppi; i primi trattori iniziarono a muoversi e, finalmente, si riformò la fila nella direzione contraria a quella che, solo un paio di mesi prima, ci aveva procurato tanta angoscia. Quei bimbi che avevamo visto giocare e mangiare fra i rifiuti ci salutavano scuotendo le manine e alcuni di loro, con l'indice e il medio, componevano la 'V' resa famosa da Churchill cinquant'anni prima. Eravamo felici e malinconici nello stesso tempo per l'intenso legame che quei terribili eventi avevano determinato tra noi e loro e, aggiungo, fra noi stessi. Quando vidi Sonia seduta sui materassi che attendeva suo padre con il trattore provai una fastidiosa sensazione di vuoto e capii che era un distacco difficile; le andai incontro, aprii le braccia e lei ci si chiuse dentro facendosi stringere con trasporto, sentii l'odore dei suoi capelli e la dolcezza di quell'affettuoso abbandono ma, baciandole le gote sentii anche il salato delle sue lacrime e se fossi stato abituato a piangere avrei pianto anch'io. Sapevo che non l'avrei rivista mai più e, come sempre accade in questi attimi di tenero addio in cui ci si deve rassegnare a destini diversi la ribaciai sulla fronte e me ne andai senza voltarmi. Pensavo a quella notte di pioggia in cui l'avevo trovata, appena giunta dalla frontiera, scalza, con i piedini gelati e al sollievo che dimostrò quando le procurai due stivaletti della sua misura… Ricordo ancora che erano gialli. Addio, per ora, dolcissima Sonia, ti ho amato e ti amo ancora come una figlia, chissà se in un modo o nell'altro ci ritroveremo un giorno! Di queste storie il campo era pieno ed io, le mie, le scoprivo aggiornando continuamente il censimento delle tende e delle famiglie dove mio malgrado mi ritrovavo a condividere la tragedia delle violenze che avevano subito. Mi ricordo anche di un maschietto di circa due anni al quale, su invito della nonna e grazie alla traduzione di Arbesa, feci questa

domanda: “Dov’è papà?”. Rispose subito: “Tà, tà, tà…”. Mi girai verso Arbesa e chiesi: “Cosa vuol dire?”. L’interprete mi spiegò che il piccolo si trovava in braccio a suo padre quando i paramilitari lo presero per ucciderlo e, mentre gli sparavano con il kalashnikov, egli lanciò il bimbo verso la mamma, che riuscì ad afferrarlo. “La sua mamma ora è qui con lui al campo – aggiunse Arresa – ma il piccolo non ha dimenticato il rumore degli spari che gli hanno ucciso il padre e, quando qualcuno lo ricorda, lui risponde così ‘Tà, tà, tà…’, è ancora impressionato da quella scena”.
Volli incontrare la sua mamma e, commosso, l’accarezzai e lei capì il mio gesto senza bisogno di traduzione. I giorni passavano in un calo di tensione progressivo che preannunziava la fine della missione, io stesso avevo terminato con soddisfacente successo le mie ricerche dei bambini smarriti e mi preparai ad abbandonare Kukes anche perché effettivamente le cose erano cambiate e non mi sentivo più né utile né a mio agio. Telefonai al campo di Kavaja comandato dal capitano Munari e gli chiesi se mi poteva ospitare per alcuni giorni in attesa del mio rientro in Italia. Intanto avevo compiuto il mio cinquantesimo compleanno. Da cosa nasce cosa e dal bene, naturalmente, nasce sempre il bene, tanto che subito dopo il mio primo ritorno a casa ebbi occasione di partecipare a varie conferenze e ad alcuni incontri nelle scuole e con le persone che avevano raccolto i miei messaggi lanciati da Kukes attraverso la stampa. In effetti, avevo mandato a Imola i miei appelli quando mi resi conto di quali fossero, al campo, le esigenze delle famiglie kosovare, soprattutto delle donne, che avevano necessità, ovviamente, di poter lavare i panni, fare il bagno ai loro bambini, ripulire loro stesse, lavarsi i capelli (per loro tradizione rigorosamente lunghi). C’era pure bisogno, dato il freddo e le piogge di quel periodo, di stivali o scarponi per tutti. È incredibile come una banalissima bacinella di plastica, uno shampoo e un paio di stivali possano cambiare la vita di una famiglia; è solo questione delle condizioni in cui quella famiglia si trova e le situazioni di tutte le famiglie del mondo possono cambiare da un momento all’altro, oggi più che mai, lo sappiamo in ragione anche delle catastrofi e degli eventi storici che si sono verificati negli ultimi dieci anni. Quelle bacinelle e quegli stivali contribuirono a ristabilire un ordine familiare sconvolto dalla guerra, quello shampoo aiutò le donne a resistere all’inevitabile sporcizia e ad affrontare più dignitosamente le difficoltà. La famiglia di quel coraggioso popolo restava unita da un forte attaccamento alle tradizioni, dal rispetto dei legami uomo e donna e da quello fra nipoti e nonni, fra giovani e vecchi. Questa è stata la straordinaria verità che ha sconfitto Miloshevic; anche Imola ha

respinto e sconfitto quella brutalità e quella sofferenza: da quella catastrofe, da quella diabolica violenza si levò anche la mano protesa di una mamma imolese che non sopportò di rimanere indifferente al disperato richiamo di quei bambini sconosciuti. Nacque così il 'Ponte Azzurro', una Onlus tuttora molto attiva, la cui presidente fu forse la prima ad accogliermi con simpatia quando venni 'esiliato' all'Igiene pubblica. Ogni tanto, anche adesso, quando sia pur raramente ci vediamo, Laura mi dice: "Pensa, Antonio, che sei stato tu la ragione che ha fatto nascere tutto questo". Come spesso faccio in queste occasioni, le rispondo con un velo di tenera ironia: "No, la vera 'causa' di questo è la grande coscienza che tu porti dentro!". Laura arrossisce e ride, ma in fondo si compiace di quella verità detta per burla. E il conto continua a tornare perché a cosa si aggiunge cosa e ci si arricchisce reciprocamente. Avevo anche promesso ad Arbesa, l'interprete, che al mio rientro in Italia mi sarei interessato per una sua forma di leggero strabismo. Lo feci. Poi, come spesso succede, non ci sentimmo più fino a che, tre mesi dopo, non tornai a cercarla a Kukes mentre passavo di lì per andare in Kosovo. Ricordavo perfettamente le strade di quella piccola città e mi diressi senza esitare dove sapevo essere la sede della Croce Rossa Internazionale presso la quale, durante la guerra, andavo a cercare Nadia. In quei paraggi riconobbi una ragazza che aveva lavorato lì e si ricordava di me. Fu lei a condurmi da Arbesa, ma non la trovammo in casa. Assieme ai miei compagni di viaggio ne approfittai per tornare al campo, preso da un'irresistibile voglia di rivederlo: era ad alcuni chilometri dalla città ed appena svoltato l'ultimo tornante lo vidi in tutta la sua malinconica desolazione. Mi fermai un attimo e sospirai quasi ad incamerare più aria e dare tempo all'inevitabile reazione emotiva di completare il suo ciclo, poi mi diressi verso ciò che rimaneva del nostro ospedale. Mi avvicinai in quel silenzio rotto solo dal vento che si infrangeva fra alcune pareti di legno rimaste ancora in piedi e fu come se il campo si rianimasse con il confuso vociare di quei bambini che, nonostante tutto, non avevano perso la voglia di giocare. Girai il capo alla mia sinistra verso il basso cercando di riavvertire la mano della piccola kosovara che mi tirava il fondo della giacca per mostrarmi il disegno che voleva vendermi in cambio di una caramella. Mi ritrovai a sorridere come allora perché ricordavo di aver comprato quel disegno, ma il giorno dopo avevo attorno a me decine di bambine che volevano caramelle in cambio di disegni... È proprio vero che la necessità aguzza l'ingegno! Tornammo da Arbesa che quando mi vide pianse; don Tarcisio, che era con me, disse che bisognava assolutamente

aiutarla e così fece. Oggi Arbesa vive in Italia con suo marito, albanese come lei, e con i due figli. È stata operata agli occhi e credo sia felice".

Iraq 2003 di Antonio Pezzi

"Baghdad! La capitale dell'impero arabo! Mi accorsi all'improvviso di aver accompagnato il pensiero con le parole quasi a dare, a quell'emozione frammista di incredulità e meraviglia la solennità che le riservavo nella mia mente. Mi era capitato tante volte di leggere, da ragazzo, la favola di Alì Baba, il celebre ladro delle 'Mille e una Notte' ma anche la storia di 'Simbad il marinaio' e tante altre che ricordo ormai soltanto vagamente e, fantasticando, mi ero fatto di Baghdad l'idea di una città incantata velata di fantasia. In realtà tutta la storia del mondo arabo, la sua letteratura ed i suoi costumi mi affascinavano fin da bambino e come a tutti i bambini, forse a me un po' di più degli altri, avevano fatto sognare e sospirare ma, come ci è ben noto, dietro gli angoli della realtà, risiede quell'imponderabile ove spesso si trova quello che non si cerca e non si trova invece quello che si desidera e ciò accadde anche a me nella torrida estate del 2003 quando non furono più i sogni ma la storia stessa a condurmi là. Baghdad non è una città, è un mondo ed io l'ho vista come non avrei dovuto e voluto vederla, mortalmente ferita, oltraggiata nella sua incomparabile bellezza, umiliata dall'oppressione del suo popolo ma ancora palpitante in ogni frammento della sua storia. Ho conosciuto personalmente gli archeologi italiani che, a rischio della propria vita hanno contribuito alla ricomposizione del prezioso patrimonio archeologico conservato nel suo museo ed ho provato io stesso un brivido di forte emozione quando, non credendo ai miei occhi, ho toccato con entrambe le mani, il 'Leone di Babilonia' rimasto miracolosamente intatto e che fino ad allora avevo soltanto visto sui libri di storia. Osservavo affascinato dal finestrino dell'aereo civile che ci stava conducendo a Baghdad l'incantevole distesa del deserto che si estende da orizzonte a orizzonte fra la Siria e l'Iraq e di tanto in tanto pensavo con preoccupazione a tutto quello che mi sarei trovato davanti di lì a poco. Per questa ragione in quelle ore di attesa all'aeroporto, scrutavo, da 'veterano', i volti delle persone per stabilire i primi contatti e mettere i piedi avanti, così, guardandomi intorno, notai un tale che passeggiava in qua e in là tirandosi dietro un paio di valige con le ruote, indossava un giubbetto di jeans e si guardava intorno apparentemente smarrito. Ebbi il sospetto che potesse essere uno di noi e non mi sbagliavo, era eccome uno di noi, anzi era più di tutti noi messi insieme, perché si è poi dimostrato,

oltre che un abilissimo chirurgo, un uomo dotato di raro autocontrollo e di carattere forte e deciso, un uomo con gli stivali' per dirla come va detta! Antonio Manzo è chirurgo generale all'ospedale di Riccione ed è rimasto mio buon amico come lo fu ogni giorno di quel periodo in cui, immersi com'eravamo nella disperazione di quel popolo, ci siamo sentiti come fratelli. "Sei per caso uno di quelli che vanno a Baghdad?". Rispose per nulla sorpreso: "Sì, anche tu?". "Bene!", esclamai incoraggiato dal tono già amichevole di Antonio e aggiunsi: "Sediamoci e parliamo!". Allentai la tensione tirando un sospiro di sollievo quando mi disse che era un chirurgo generale in attività. Furono oltre trentacinque giorni di lavoro intenso e proficuo fatto di grandi entusiasmi per il numero ed anche il successo degli interventi eseguiti ma anche di delusioni e avvilimento, di complicazioni, di pericoli e di fatica ma anche di momenti sereni, soprattutto la sera quando, stanchi ma soddisfatti, ci ritrovavamo al 'bar' per goderci anche soltanto una bottiglietta d'acqua fresca. Il bar, termine già in uso al nostro arrivo, era in realtà un luogo all'aperto situato poco più indietro del cancello di accesso all'ospedale da campo dove ci trovavamo, fra il cancello protetto da una mitragliatrice e l'ospedale attendato. Accettando di partire per Baghdad sapevamo bene del rischio che si poteva correre pur trattandosi di un rischio calcolato visto che in genere si è più certi di tornare che del contrario e non ci stupì più di tanto quando una bella notte iniziarono i 'fuochi d'artificio'. Per la verità fu in due occasioni che rimanemmo sotto il fuoco di ricaduta per diversi minuti e quella più critica fu certamente quando si diffuse la notizia dell'uccisione dei figli di Saddam Hussein: Antonio ed io eravamo in ospedale quando si udirono i primi spari e di lì a poco furono raffiche di armi leggere e pesanti che illuminavano il cielo sovrastante. Antonio rimase in ospedale o forse è meglio dire sotto la tenda ospedale non avendo ancora terminato di controllare gli operati mentre io, camminando a carponi, mi recai sul carro cucina per seguire diciamo pure in diretta l'evolversi degli eventi. L'amico Harper, il maresciallo di mensa che ho appena ricordato, con comprensibile eccitazione mi aprì un barilotto di birra e ci sedemmo entrambi perché eravamo protetti dall'alto dalla tettoia del carro. Quella notte furono bucate un paio di tende pneumatiche, ma si raccolsero in tutto cinque o sei proiettili perché in fondo quel fuoco d'occasione era per la maggior parte rivolto in aria e comunque certamente non verso di noi. Oggi, quando nel mese di agosto, mi capita di assistere ai fuochi d'artificio sul mare e si arriva al momento culminante in cui è tutto un susseguirsi di scoppi non posso non ricordare quel momento che, per dare un'idea, è, anche

visivamente, circa la stessa cosa. Quando i boati della guerra e degli attentati inquietano il sonno o si è bruscamente svegliati per il sopraggiungere di feriti o di bambini ridotti dal fuoco a manichini di carbone o quando la tenda pneumatica in cui si dorme si affloscia perché colpita da una pallottola. Seduti davanti a quel tavolo di plastica bianca abbiamo seguito per l'intero arco di un mese il sorgere e il calare di una luna amica che verso mezzanotte si 'inchiodava' in cima ad una gigantesca palma da dattero che si erigeva di fronte a noi dall'altra parte della strada avvertendoci che oramai era ora di andare a dormire. Il caldo del giorno era opprimente con un termometro che, sul piazzale, oscillava dai quarantotto ai cinquantatré gradi e forse anche qualcosa di più, mentre il bisogno di acqua era costante e impellente, ma su questo nulla da ridire poiché l'acqua non è mai mancata neppure per le lunghe docce serali che avevamo imparato a fare caldissime per la piacevole, anche se breve, sensazione di fresco che si determinava appena usciti in seguito al forte contrasto. Roba da poco, si potrebbe obiettare, ma si impara presto, in quei luoghi, a non buttare via niente di ciò che può essere utile, anche un piccolo, lieve ed insignificante benessere è una specie di altra ricchezza, un capitale che si mette da parte per sopportare meglio i momenti peggiori e che, all'occorrenza, si trasforma in maggiore capacità di sopravvivenza. E questo era, in sostanza, il punto dell'intera questione: aiutare gli irakeni a sopravvivere in quella catastrofe dove per la gente comune non vi era più niente di cui essere sicuri, nemmeno di essere vivi il giorno dopo dato che, per l'abitudine di dormire sui terrazzi a causa del caldo, molti venivano colpiti da proiettili vaganti o di ricaduta e morivano nel sonno o, se la ferita non era poi così grave, venivano da noi il giorno dopo per farsi estrarre la pallottola. La vera insicurezza era però in realtà quella che opprimeva le madri e cioè quella di non avere cibo sufficiente per sfamare i propri bambini o, per gli ammalati, quello di non potersi curare in quel contesto totalmente privo di qualsiasi riferimento sociale; un po' quello che accade in tutte le guerre, anche i profughi kosovari, se ben ricordate, avevano gli stessi problemi e sarebbero o saranno i nostri se malauguratamente non dovessimo fare tesoro degli insegnamenti che ci provengono da questo o quell'olocausto. Mi ricordo di un uomo che giunse grondante di sudore alla nostra tenda; egli aveva tra le braccia la sua donna ammalata di cancro, sofferente e disperata non per la sua malattia e la consapevolezza di essere in punto di morte, ma per la disperazione di non poter fare più quello che era solita fare per la sua famiglia. L'uomo mi pregò, piangendo, di aiutarli e mentre cercavo in qualche

modo di darmi da fare udii, grazie a quel poco di arabo che conosco, la flebile voce della donna che raccomandava i suoi tre figli al proprio marito e mi commossi quando compresi che con le ultime forze che le rimanevano cercava di spiegare all'uomo le cose che avrebbe dovuto fare in sua assenza. Nessuno può rendersi conto di quanto grande sia la disperazione di non poter più contare su nessuno per sé e per i propri figli, è il panico che si scatena, è la perdita di tutte le speranze, non rimane che Dio: 'Inch' Allah!' e la Sua volontà. Gli arabi sperano e ringraziano Dio sempre e per qualsiasi cosa e l'atto di fede è sempre lo stesso che tradotto significa: 'Se Dio vorrà' oppure 'Sia ringraziato Dio', in arabo 'Al hamdo lillah' e ancora: 'Allah kebir ua Mohamed nabi', il cui significato italiano è 'Allah è grande e Maometto è il suo profeta!'. Mi ricordo anche di lei, giovane donna di cui non conosco neppure il nome e di sua sorella che non l'abbandonò mai, si vede che l'amore vero non ha patria, non ha nazionalità, non è arabo o italiano o americano, è l'amore di tutti, quello che travalica montagne ed attraversa i mari, luce che non si spegne, piaga incurabile dei malvagi, ricchezza per i poveri, strada maestra per gli smarriti. Questo è il più grande esempio di amore fraterno che abbia mai visto, poco ho dato io in confronto alla sola immagine di quella devozione con cui la giovanissima sorella, dopo aver posto il Corano sulla fronte della giovane donna morente per le ustioni, si addormentava per terra vicino al letto sperando nell'unico Dio: 'Allah uahad' che vuol dire 'Dio è uno'. Lei morì dopo una lunga agonia; le sue ferite erano tali che iniziò a decomporsi ancor prima della morte, sentivamo tutti l'odore di quella fine imminente ma non potevamo e non potemmo fare più nulla fin quando una bella notte se ne andò e la sorella se la portò via avvolta in un telo insieme al suo Corano. La sofferenza delle persone con cui per dovere o per scelta si impara a convivere e, perché no, anche a condividere l'esistenza, diventa gradualmente un boccone sempre più difficile da ingoiare; è un qualcosa che, volgarizzando l'esempio, non si digerisce e torna sempre su come un rigurgito amaro. L'impotenza a risolvere una determinata situazione che coinvolge i sentimenti degli altri come se fossero i nostri, come in effetti dovrebbe essere sempre per tutti, ci determina angoscia e questa angoscia, oltre ad essere il motore principale che ci spinge a fare sempre quel qualcosa di più che non è mai impossibile, procura malinconia e frustrazione ed è in momenti come questo, che ci si rassegna o si reagisce facendo leva sul mondo che, non per sua sola colpa naturalmente, se ne sta in panciolle sotto l'ombrellone a godersi una benedetta fetta di anguria gelata. In realtà quando parlai con l'amico

Dante al telefono non era al mare come tanti altri in quel periodo e la fetta di anguria mi è servita unicamente per enfatizzare due realtà antitetiche. Dante, consigliere della Sacmi, stava passeggiando per Lugo in bicicletta quando trovai il modo, anche da quattromila chilometri di distanza, di interferire con i suoi piani. Mi sembra ancora di vederlo, fermarsi tutto sudato per rispondere al cellulare: "Maledetto cellulare, bisognerebbe lasciarlo a casa!". Che poi dall'altra parte del filo, si fa per dire, ci sia anche uno che 'di brutto' ti chiede dei soldi è proprio il massimo: "Non c'è più religione", avrebbe detto un altro. Ma Dante non risponde così… anzi, mi chiese rassegnato, tagliando corto su tutto il resto: "Quanto ti serve?". Non esitai: "Quattromila dollari". Mi chiese soltanto qualche ora di tempo per la conferma della somma da parte del consiglio d'amministrazione, ma in realtà era come me l'avesse già confermata lui stesso e potei correre ad abbracciare la piccola Azhar che da quel momento avrebbe potuto permettersi un rene nuovo; il trapianto tanto sognato da quella piccola donna di quattordici anni. La strinsi a me come se fosse mia figlia, ed è come lo fosse stata per tutto il tempo che è vissuta. Dove sei adesso piccola Azhar? Ti ho cercato fra le stelle del tuo splendido cielo quando, un anno dopo, sono tornato in Iraq e mi hanno detto che non c'eri più. Ho creduto di vederti in ognuna di quelle stelle, ho sussurrato il tuo nome nell'asciutta brezza della sera quando l'ultimo sole infuocava la Zigurrat e mi sono imposto di riconoscere nel vento il tuo respiro per convincermi che vivi ancora da qualche altra parte in questo o nell'altro universo. Ci rincontreremo, Azhar, non voglio averti perso per sempre, non posso pensarlo! Il mondo si muove se glielo si chiede, non ho mai ricevuto un 'no' quando ho chiesto per gli altri ed anzi quanto più intenso è stato l'impulso a chiedere tanto prima è arrivata la risposta affermativa. In queste situazioni accade sempre qualcosa di particolare, si ha quasi la sensazione che 'Qualcuno' punzecchi la nostra coscienza per spingerci a compiere un determinato gesto; può capitare ad esempio di passare in mezzo ad un esercito di derelitti rimanendone certamente turbati, ma senza avvertire particolari stimoli, fino a quando, improvvisamente, di fronte a un atteggiamento, a uno sguardo, a una parola non succede qualcosa che ci inquieta inconsapevolmente, che inizia a roderci dentro, anche se non vorremmo. A quel punto, almeno per quanto è sempre accaduto a me, non c'è più niente da fare, bisogna fare quello che ci viene indicato e d'altra parte come si può chiedere poi qualcosa per noi stessi, a Dio intendo, dopo aver ignorato quel che forse proprio Lui, alla Sua maniera ci ha chiesto? E se questa inquietudine fosse davvero benedetta,

come conciliarla con il ‘quieto vivere’, la burocrazia, le convenzioni, la legge? No, no! Non c’è santo che tenga, una volta impostate le cose in questo modo non resta altro da fare che andare fino in fondo a dispetto di ogni possibile ostacolo e senza arrendersi mai di fronte a niente e a nessuno, il risultato è scontato, vedrete! Ho avuto la prova di ciò due, anzi tre anni dopo, quando riuscii a far venire in Italia una giovane donna affetta da una grave forma degenerativa della colonna vertebrale che oltre a procurarle dolori insopportabili la sta, ancora oggi purtroppo, riducendo su di una carrozzina. L’avevo vista un anno dopo a Nassirya, seduta su una delle panche posizionate lateralmente all’ingresso dell’ospedale da campo, il cosiddetto Rol 2: attendeva una visita al Pronto soccorso, fui colpito dalla sua espressione di dolore nonostante indossasse l’abaja che le copriva anche parte del volto, aveva il capo reclino sulla spalla del marito e per un istante mi guardò. Anche per me fu questione di un attimo: lo sguardo di Mariam, così la chiamai perché sembrava proprio una Madonnina e gli arabi, la Madonna, la chiamano appunto Mariam, mi centrò diritto il cuore e non la dimenticai più neppure quando, dovendo anticipare di alcuni giorni il mio rientro, si interruppe la procedura del suo trasferimento in Italia. Anche a casa però mi tornava in mente ogni giorno e non soltanto perché avevo lasciato incompiuto un lavoro importante, in fin dei conti non era neppure colpa mia, ma perché il lamento di Mariam riecheggiava continuamente nei miei pensieri, soprattutto durante la notte quando ero da solo con la mia coscienza e mi sembrava di udire la sua voce che mi diceva: “Aiutami... aiutami... non dimenticarti di me!”. Un bel giorno decisi che dovevo assolutamente mantenere quella promessa e ripresi contatto con il Cimic, la Cooperazione civile-militare con cui avevo lavorato durante la mia permanenza a Nassirya e con la quale cellula ricominciai a lavorare da Imola grazie anche all’aiuto dei Carabinieri, della Croce Rossa e grazie ad un aggancio importante col Ministero della salute e, come sempre in simili circostanze, del mio ospedale. D’altra parte i miei ricordi della missione erano ancora freschi e conservavo nella mia agenda i numeri Sotrin (linea telefonica militare) tramite i quali potevo raggiungere più agevolmente e direttamente i militari interessati alla vicenda. Essendoci stato e avendo ben presente la logistica del campo, sapevo dove era possibile trovarli e in ogni caso potevo immaginare dove potevano essere e li raggiungevo lì. Non fu questo il difficile, il difficile fu la complessa organizzazione del volo e la lunga permanenza in Italia e, soprattutto, una volta accertato il male, dover dire alla donna che non si poteva operare, che non le si poteva far nulla. A questo

punto ci si potrebbe interrogare sull'opportunità o meno di un simile trasferimento, si potrebbe sostenere che forse un viaggio così per un'ammalata come quella non valeva la pena farlo, che si era inutilmente illusa una persona e via con le obiezioni. I commenti si sprecano in queste situazioni. Non c'è dubbio che anch'io, spesso, mi sono posto le stesse domande, ma questo genere di risposta non lo si trova nel freddo resoconto di un dare e di un avere, è piuttosto da ricercare fra le stesse cause che spinsero nostro padre e nostra madre a generarci pur non conoscendo il nostro destino, o San Martino a dividere il suo mantello con un povero qualunque incontrato 'casualmente' sul proprio cammino. O, ancora, fra quelle che per fortuna ancora oggi nonostante tutto possono indurre un uomo a dividere con un altro la propria sorte: sono l'amore, la pietà e la giustizia. Di fronte a queste tre irresistibili tentazioni che assalgono gli uomini di buona volontà non c'è economia che tenga o politica o convenienza possibile, c'è una mano tesa e bisogna afferrarla indipendentemente da quello che accadrà dopo quel gesto. Il vero risultato, il vero traguardo stanno qui, non altrove. Altrimenti, che azione umanitaria o che giustizia sarebbero, se si facessero i calcoli prima di tentare di salvare qualcuno? Non accade forse così quando si tenta il tutto per tutto, non badando a spese, per salvare la vita a qualcuno in Pronto soccorso, a volte senza riuscirvi? O, più semplicemente, gettandosi in mare e sacrificando la propria vita per qualcuno che neanche si conosce: quante volte fatti del genere accadono? Il fatto di non aver ottenuto un risultato visibile non sminuisce il valore intrinseco del gesto… Esiste, credo, un'altra condizione, tutta nostra quest'ultima e in parte più secolarizzata se vogliamo: attenti però a non fraintendere, non è che per questo dobbiamo attribuirle una valenza diversa; si tratta del senso di colpa, un problema di coscienza personale e comune, in virtù del quale il fatto stesso di appartenere a una civiltà ricca ci fa ricercare fra le tante miserie del mondo un modo di essere utili, per scaricarci almeno un po' della responsabilità morale di avere troppo rispetto ad altri. Questo, sia chiaro, produce un effetto altrettanto positivo, è anch'esso un atto d'amore, la certezza che dentro siamo diversi da fuori, che non siamo fatti per non accorgerci della sofferenza, ma siamo qui anche per affrontarla in uno slancio altruistico che si oppone al male terribile dell'indifferenza e dell'abbandono. È, tra l'altro, una condizione che dilaga tanto è vero che, mai come oggi, si è assistito ad una partecipazione così massiccia al volontariato: basta aggirarsi negli ospedali dove emeriti sconosciuti prestano ogni giorno amorevoli cure agli anziani ammalati e soli, o nelle case di riposo dove persone spesso molto

giovani fanno compagnia a quei nonni di tutti, nei pressi della Caritas dove centinaia di persone si accalcano per ricevere aiuti di ogni genere, alla Comunità di Sant'Egidio così presente sul teatro internazionale e tanti e tantissimi altri casi, insieme naturalmente alla più recente formula della donazione del 'cinque per mille', che fa assumere al volontariato un assetto semigovernativo. Non è purtroppo tutto oro ciò che luccica, ci sono anche nel volontariato fenomeni di deterioramento, voglio dire che anche il volontariato si ammala di burocrazia e di politica. Anche in questo campo come ovunque è bene ciò che è bene ed è male ciò che è male: è questa, in fondo, la vera sostanza di ogni scelta e di ogni azione, l'inizio e la fine di tutto, premessa e conclusione di tutto quello che ho scritto, prodotto e proposta di tutta una vita, ci si creda o meno".

*Maggiore medico Antonio Pezzi Corpo Militare Croce Rossa Italiana*

Il Capitano **Salvatore Manfredi**, classe 1964, pugliese emigrato in Emilia, è un ufficiale medico riservista, specializzato nella medicina del lavoro nonchè medico autorizzato per la radioprotezione, Master II° livello in sanità delle maxi emergenze. Ha all'attivo molte missioni umanitarie.

Prestare servizio come Medico riservista dell'Esercito: un importante arricchimento personale e professionale. Di Salvatore Manfredi.

"Nel 2008 sono entrato a far parte, come riservista, dell'Esercito Italiano, dopo aver frequentato il previsto Corso per Ufficiali della Riserva Selezionata a Torino, presso la Scuola di Applicazione dell'Esercito Italiano.
Dopo circa un anno, avendo dato la mia disponibilità alla partecipazione a missioni all'estero, sono stato approntato ed inviato in teatro operativo; con quest'ultimo termine si indica una zona del mondo in cui le nostre Forze Armate sono impegnate nello svolgimento di importanti e significative azioni, su mandato di vari Organismi internazionali (ONU, NATO, Unione Europea).
La mia prima esperienza di questo tipo si è svolta in Libano. Questo bellissimo e martoriato Paese del Medio Oriente, in particolare nella sua parte meridionale, nel

2006 è stato teatro di violenti scontri armati tra israeliani e fazioni politico-militari islamiche (soprattutto il partito armato Hezbollah).
A farne le spese, come purtroppo sempre accade, la popolazione civile libanese, la quale ha pagato, ed ancora paga, un prezzo molto elevato in termini di vite spezzate, feriti, invalidi e quant'altro si può facilmente immaginare.
Tra i compiti a me assegnati c'è stato anche quello di assistenza medica alla popolazione locale. L'attività si svolgeva prevalentemente al di fuori delle nostre basi militari (con i potenziali rischi connessi), presso locali messi a disposizione dalle autorità locali, corrispondenti ai nostri comuni.
Il contatto con la gente del luogo è stato quindi frequente e questo mi ha permesso di poter sviluppare con le persone rapporti di conoscenza reciproca e di una non scontata cordialità.
I problemi sanitari da affrontare sono stati molto vari e non sempre di facile soluzione; frequente, ad esempio, il riscontro di casi di ferite e traumi di varia natura o di malattie cronicizzate come diabete non trattato o, peggio, sottostimato o non curato per la grave indigenza della maggior parte dei pazienti i quali, è bene ricordarlo, non potevano (e non possono ancora) usufruire di un sistema sanitario nazionale o locale, visto che in Libano, in buona sostanza, solo i più abbienti possono permettersi cure adeguate o ricoveri in strutture ospedaliere di livello.
Al termine delle visite si doveva anche provvedere, quasi sempre, alla prescrizione ed alla fornitura dei farmaci che, per le medesime ragioni già esposte, erano al di fuori della portata economica della gran parte degli accedenti.
In cambio di quanto dato in termini di prestazioni sanitarie e forniture farmaceutiche, tutti noi che abbiamo vissuto e condiviso quest'esperienza (medici, infermieri ed assistenti di sanità o il personale militare presente a nostra protezione), abbiamo ricevuto tanto in termini umani e professionali, espresso con gesti semplici ma significativi: un sorriso di riconoscenza, una stretta di mano, l'offerta di the caldo o un caffè.
Esperienza simile ed allo stesso tempo molto differente quella vissuta in Kosovo. Nel contesto in questione sono stato assegnato a ricoprire l'incarico di Ufficiale Medico presso la nostra base operativa del "Villaggio Italia" di Pec (Peja in albanese). Per una serie di ragioni basate su decisioni della Forza Armata, la assistenza sanitaria era formalmente limitata al personale militare italiano e degli altri contingenti presenti nelle stessa sede in forma più o meno continuativa: sloveni, rumeni, in qualche caso

tedeschi, turchi ed americani. L'esperienza professionale è stata, ad esempio, molto stimolante dal punto di vista del continuo confronto, il più delle volte in forme di stretta collaborazione, con i colleghi degli altri contingenti internazionali. Quasi quotidiano il rapporto con i medici militari tedeschi, che godevano dell'opportunità di poter usufruire di una struttura ospedaliera di livello eccellente. Molto proficua la collaborazione con i colleghi americani per i quali organizzare un corso di evacuazione medica (MEDEVAC) è sicuramente più semplice che per altri, data la enorme capacità in termini logistici e di disponibilità di mezzi e risorse di ogni tipo.

Quanto vissuto in frangenti di tale natura non può che rappresentare un miglioramento ed una crescita delle proprie capacità mediche e di relazione sociale.

Nel 2012 sono stato per molti giorni, in qualità di medico della Croce Rossa, presso l'infermeria del Campo della Protezione Civile "Trento" di San Felice sul Panaro, uno dei comuni del modenese colpiti dal terremoto. In quel luogo ed in quei momenti ho ripensato spesso alle mie esperienze in altri Paesi e a quanto esse mi sono state d'aiuto nella gestione delle situazioni che abbiamo dovuto affrontare.

In fondo la gente che per qualche ragione vive grandi difficoltà, per la propria vita e quella dei propri cari, per la salute o per le difficoltà anche gravi che si possono parare innanzi in particolari situazioni, finiscono per avere, molto spesso, le medesime difficoltà, le medesime esigenze, la ricerca di risposte immediate ai danni fisici e psicologici, la cura delle persone, dei bambini, degli anziani, dei malati più gravi.

In queste situazioni la figura del medico assume grande rilievo e può, se ben preparato ed addestrato, divenire un fondamentale fornitore d'aiuto per tutti coloro che ne abbisognano.

In questo senso è evidente quanto esperienze maturate in contesti "difficili" possano essere altamente formative, in modo particolare, per il personale sanitario, il quale, rappresenta, per le sue peculiarità, un imprescindibile punto di riferimento per coloro che soffrono o si trovano in gravi difficoltà".

*Dott. Salvatore Manfredi Ufficiale medico della Riserva Selezionata dell'Esercito Italiano*
*Ufficiale Medico del Corpo Militare Volontario della Croce Rossa Italiana*
*Ufficiale Medico di Bordo della Marina Mercantile Italiana*

Il Sottotenente **Francesco Stagni** è un ufficiale medico del Corpo Militare della Croce Rossa Italiana. E' un brillante medico anestesista rianimatore, impegnato nella formazione e sviluppo della simulazione medica in ambito della rianimazione neonatale/pediatrica e svolge la sua attività professionale presso l'Ospedale di Sassuolo.

*Esperienze di teatro operativo Task Force Air Al Bateen (EAU)* di Francesco Stagni.

"La mia esperienza come ufficiale del Corpo Militare della Croce Rossa Italiana, in teatro operativo, si è svolta nell'ambito delle missioni NATO ISAF e OCEAN SHIELD inquadrato nell'Assetto Aeromedical Evacuation Team (A.M.E.T.), accorpato alla task force air di stanza ad Al Bateen (EAU). Quanto cercherò di descrivere sono gli aspetti più salienti, di una delle esperienze a più forte impatto emotivo e professionale che un medico possa sperimentare durante la propria carriera.

DELOCALIZZAZIONE

Il primo aspetto da considerare riguarda la delocalizzazione della propria attività lavorativa, dalla sede abituale civile e ospedaliera a quella militare, dove non si

ritrovano le condizioni lavorative abituali, ma un ambito nuovo con caratteristiche peculiari e che necessitano un rapido adattamento.

Il primo dato da analizzare è la casistica medica attesa ed inattesa, che per un anestesista rianimatore significa dedicarsi non esclusivamente a patologie gravi e rapidamente evolutive, che necessitano quindi di un rapido inquadramento e tempestivo trattamento come normalmente è abituato ad affrontare, ma ad un impegno articolato, oltre che nella attività cardine della MEDEVAC (medical evacuation), anche nell'ambito dell'attività ambulatoriale, con un certo numero di patologie a bassa o media gravità acute o croniche o riacutizzate, da inquadrare e trattare cercando di utilizzare a pieno i mezzi diagnostici e terapeutici a disposizione, tentando di limitare, quando possibile, il ricorso a strutture sanitarie locali, o al rimpatrio del paziente, allo scopo di garantire l'efficienza, l'autonomia e l'indipendenza della struttura sanitaria militare dal territorio che la ospita e la piena operatività del contingente di stanza.

Questo obiettivo fondamentale è raggiunto cercando di testare, già dai primi giorni di attività in T.O. (teatro operativo), la massima efficienza della struttura in cui si lavora, che per le sue peculiarità deve essere in grado di fronteggiare situazioni impreviste, variegate a vario grado di complessità, tentando di essere sufficienti a se stessi. Questa modalità operativa risulta propedeutica agli scenari che, in "campo aperto", possono essere i più variabili con difficoltà di aiuti dall'esterno.

Questo si traduce, per un ufficiale del Corpo Militare, in una rapida valutazione delle risorse umane, strumentali, diagnostiche e terapeutiche messe a disposizione, cercando di adoperarsi per l'ottimizzazione del loro impiego e ipotizzare fin da subito un ampliamento ed un estensione del loro utilizzo anche per situazioni critiche dove erano state previste risorse di maggiore portata tecnologica, economica, logistica e professionale.

Molte soluzioni utili per la loro semplicità, efficacia e duttilità sono infatti nate in ambito militare dai criteri enunciati e successivamente adottate anche in ambito civile dove, invece, spesso si predilige una speculazione tecnologica e logistica.

Il medico militare si trova quindi a recuperare molti principi della medicina del passato, abbandonati in ambito civile, non perché obsoleti, ma per la necessità in ambito sanitario civile di oggettivare i riscontri clinico-diagnostici, anche per il semplice valore medico-legale.

In ambito militare si riscopre quindi il valore della semeiotica medica, della vista del paziente, dell'indagine anamnestica e del rapporto medico-paziente che possono variare in molti casi, all'esteso impiego di indagini di laboratorio e strumentali o approfondimenti ultraspecialistici.

VITA MILITARE

L'altro aspetto stimolante è l'integrazione nella vita militare, la necessità di adeguarsi, adattarsi e di assimilare rapidamente i principi che ispirano il militare di professione nel proprio lavoro quotidiano. Principi come onore, rispetto, fratellanza, disciplina e umanità, possono avere valore variabile nella vita civile, mentre in ambito militare, tanto più in teatro operativo, sono il cardine per la condotta professionale e personale. Questi valori trovano una immediata applicazione in ambito bellico, dove sono vitali la fiducia nel commilitone, nella gerarchia, nella univocità degli intenti e nell'amor di Patria, perché da questi possono dipendere l'incolumità propria e altrui nelle situazioni più critiche.

Durante l'impiego operativo si capiscono le motivazioni che spingono un militare a rischiare la propria vita nell'adempimento del proprio dovere, aspetti che in ambito civile non sono sempre chiari e di facile lettura.

PROFESSIONALITA'

Un contributo peculiare che l'ufficiale del Corpo Militare può offrire in questo ambito è offerto dalla duplicità del suo impiego professionale. Egli può infatti offrire un ricco bagaglio di esperienza inerente alla propria branca specialistica, maturata per lo più in ambito civile e quindi correlata ad una casistica clinica molto ampia, che può utilmente essere messa al servizio delle criticità che emergono in teatro operativo.

Dall'integrazione, ed interazione della propria esperienza professionale con quella di altri colleghi militari, o con colleghi di altre nazionalità, si può catalizzare quella speculazione scientifica che è alla base della medicina, ed il motore della "best practice". Ne risulta un'importante occasione di crescita difficile da riscontrare in altre occasioni. Nello specifico l'esperienza personale maturata in ambito della medicina critica extra ed intraospedaliera (118, rianimazione, eliambulanaza, soccorso in ambiente impervio), si è dimostrata di notevole importanza e di rapida ed utile applicazione, anche se con i dovuti adeguamenti, una volta contestualizzata al teatro operativo.

MEDEVAC

Un ruolo cardine dell'ufficiale medico del Corpo Militare si esplica nell'esercizio della leadership e nell'organizzazione del team impegnato nelle evacuazioni mediche strategiche, tattiche, o avanzate.

Questo ruolo comporta un forte impegno professionale, medico e logistico, articolato su diversi fronti. Il primo obiettivo è amalgamare il team di pronto intervento composto in genere da sanitari del corpo militare e dell'aeronautica, cercare di integrare quindi le diverse professionalità, le attitudini, le esperienze professionali e le diverse abitudini operative, in modo da ottenere quel grado di affiatamento necessario ad una equipe di pronto intervento chiamata ad operare in situazioni imprevedibili, a volte in terreni ostili e con possibili coefficienti di rischio non sempre preventivabili.

Vitale risulta l'attività di pianificazione, di addestramento, di esercitazione, di test per le attrezzature medicali e l'interazione con il personale di bordo (piloti, load master), per ottenere le informazioni necessarie ad individuare i diversi tipi di configurazione di carico aereo, di approntamento disponibili e le esigenze di sicurezza al volo, in modo da poter operare in diverse situazioni cliniche e con un numero variabile di pazienti.

Nulla deve essere lasciato al caso, ma pianificato nei minimi dettagli secondo un ampio ventaglio di modelli operativi, tale da poter aderire a qualsiasi scenario di evacuazione proposto. Il team una volta in teatro operativo dovrà essere in grado di muoversi all'unisono in modo composto ed efficace; è vitale che tutti i suoi membri conoscano le proprie e le altrui abilità, che siano chiari, prima del decollo, i propri compiti e quelli di ogni singolo membro e la leadership dell'ufficiale medico, in modo da potersi muovere senza titubanze o in intralcio agli altri operatori come avviene ad esempio tra i componenti di un team di formula 1.

In tal senso di assoluto valore propedeutico risulta il ruolo della simulazione all'interno di esercitazioni, che dovrà ricreare un ampio panorama di difficoltà ipotizzabili, ed è imperativo che si tenti di ricreare anche le condizioni emotive e di stress psico-fisico che emergono normalmente nell'impegno reale, queste criticità se adeguatamente considerate, elaborate, ed incanalate, potranno rivelarsi un valore aggiunto, una risorsa del team anziché un elemento di disturbo.

Non da ultimo è fondamentale l'elaborazione delle informazioni riservate di cui si dispone, che per ragioni di sicurezza non possono essere condivise sempre con tutto il team, ma utilizzate in autonomia facendosi carico delle responsabilità correlate alla loro gestione autonoma e soggettiva.

SUPPORTO PSICOLOGICO

Il medico militare si trova spesso ad occuparsi anche di ambiti di non secondaria importanza, quali le problematiche personali, le tensioni emotive e le difficoltà psicologiche. La peculiarità della vita militare infatti, porta all'emersione di aspetti psicologici e di personalità a volte sommersi, che per la prima volta possono manifestarsi e coagularsi in stati d'ansia, raramente attacchi di panico, più semplicemente in preoccupazioni, o più vagamente in oscillazione del tono dell'umore che mai si erano manifestati in quell'individuo.

La distanza dagli affetti, le condizioni di vita a volte in luoghi angusti o più semplicemente confinate all'installazioni militari, i lunghi periodi di impiego, il forte impegno fisico, in alcuni casi in ambienti ostili, o l'impegno intellettivo, spesso con il necessario mantenimento di alti livelli di attenzione, così come il rapporto preferenziale con la morte, o la sofferenza, o l'ineluttabile, possono provocare il concretizzarsi di aspetti inconsci di non sempre facile interpretazione e gestione.

Il medico, tanto più in questo ambito, può trovarsi quindi a svolgere approcci psicoterapeutici, a volte di semplice confessore, sicuramente di vicinanza umana, che possono risultare impegnativi, stressanti a volte logoranti per il professionista, ma permettono di aprire una finestra privilegiata sulla fragilità e complessità umana, permettendo di vivere un' esperienza di vicinanza agli altri individui unica e rara, che spesso è riservata solo al medico, che può funzionare da vero e proprio nucleo pulsante di una esperienza di vita con molteplici spinte di riflessione e di maturazione nella propria esistenza, sia durante l'accadimento, sia come vissuto da riportarsi a casa.

Per questo e per altre molteplice sfaccettature che non ho saputo o potuto raccontare, ma che sono contenute in quel bagaglio che ho riportato in Patria, questa esperienza rimane una delle più intense e toccanti della mia vita".

"*Se c'è amore per l'uomo, ci sarà amore per la scienza". Ippocrate*

*SottoTenente medico Francesco Stagni Corpo Militare Croce Rossa*

STAGNI

Il Capitano **Giuseppe Cosentino** è un ufficiale commissario del Corpo Militare della Croce Rossa Italiana.

Modenese, classe 69, diplomato in ragioneria, sposato con figli. Dirigente bancario dopo aver trascorso una parentesi presso l'Aeronautica Militare in qualità di allievo ufficiale pilota. Paracadutista, autista di ambulanze, specializzato nella difesa Nucleare Biologica e Chimica, nel Diritto Internazionale Umanitario ed in medicina delle catastrofi, sono tra le varie specializzazione del Capitano Cosentino dove nel 2006 partecipa alla Missione "Antica Babilonia" in Iraq.

LA MIA ESPERIENZA IN IRAQ di Giuseppe Cosentino

"19 marzo 2006 - 29 maggio 2006. Questo il periodo da me trascorso in Iraq e precisamente alla base di Camp Mittiga. Qui è presente tutto il contingente italiano nel contesto della missione "Antica Babilonia", all'interno dell'aeroporto di Tallil, che era la più grande base militare di Saddam Hussein, nella provincia di Nassiriya.

Quest'ultimo nome desta ancora ricordi poco piacevoli in tutti noi, ma quando ricevetti la comunicazione che fissava la mia data di partenza per l'Iraq per la seconda metà di marzo, il mio cuore cominciò a palpitare. Non nascondo un pò di paura dell''ignoto, di un posto mai visto e solo sentito nominare per fatti spiacevoli, ma le carte della mia partenza per la missione erano in tavola e bisognava a questo punto giocarle fino in fondo; poi non mancava certamente l'entusiasmo di partire per

una simile avventura. Si, desideravo proprio partecipare ad una esperienza del genere. L'ho desiderato con tutte le mie forze. Erano ormai due anni che avevo dato la disponibilità a partire per la "Mesopotamia", per la terra tra i due fiumi, quella che tutti abbiamo studiato a scuola sui libri di storia, in quanto l'uomo e la civiltà sono nate là...quella civiltà che ora si cerca di ritrovare a caro prezzo, col sacrificio di tante vite umane e soprattutto italiane in questi ultimi tempi.

L'Italia partecipa a questa missione di pace, anche finalizzata alla ricostruzione del paese, dei servizi essenziali e del ripristino delle condizioni di sicurezza della popolazione, sotto il mandato delle Nazioni Unite. Avevo già una vaga idea di quello che mi attendeva in territorio operativo, attraverso il racconto chi ci era già stato e per le fotografie portate in patria al ritorno. L'unica vera perplessità era la mia reale capacità di riuscire a portare a compimento un ruolo delicato e di responsabilità quale Vicecomandante della 68ma Unità del Corpo Militare della Croce Rossa, presente nella provincia del Di Quar e composta mediamente da una sessantina di militari. I compiti principali della Croce Rossa, presente in lraq con il Corpo Militare, sono l'assistenza sanitaria al contingente italiano e Rumeno, a favore della popolazione e la distribuzione degli aiuti umanitari. All'interno della base di Camp Mittica era presente un ospedale a livello Role2+ secondo le nuove direttive sanitarie in campo militare composto da strutture e personale sia del Corpo Militare della Croce Rossa, sia dell'Ospedale Militare del Celio di Roma. Questa struttura doveva garantire l'assistenza medica e sanitaria a favore di tutti i 3000 militari fino a qualche mese fa presenti nella provincia di Nassiriya.

Inoltre la Croce Rossa Militare aveva rischierato il PMA (posto medico avanzato), un insieme di uomini, materiali e mezzi che 24 ore al giorno, 7 giorni su sette, garantivano in caso di Major lncident (incidente, attentato terroristico con elevato numero di feriti) un rapido dispiegamento di una struttura sanitaria atta a sfruttare la golden hour (ovvero la prima ora dopo il verificarsi dell'evento) , recuperando i feriti, stabilizzandoli ed evacuandoli verso il nostro ospedale Role2+ e poi eventualmente verso una struttura medica a livello superiore se necessario. I nuovi protocolli sanitari dicono che la prima ora è fondamentale per intervenire a livello medico e chirurgico per garantire maggiori probabilità di sopravvivenza. Altro compito dei militari di Croce Rossa (in particolar modo medici e infermieri) insieme all'unità ClMlC (Cooperazione Civile e Militare) presente a Tallil era quella di effettuare le visite mediche a favore della popolazione civile irachena. Tutte le mattine il nostro personale effettuava

interventi medici in una sorta di ambulatorio all'ingresso della base. Una cinquantina di persone tutti i giorni erano costantemente in fila davanti alla nostra struttura per ricevere cure ed assistenza. I casi erano i più disparati; dal bambino che giocando nella sabbia veniva a contatto con un ordigno esplosivo, al ragazzo tubercolotico, all'anziano con problemi di deambulazione, al bambino con gravi malformazioni cardiache che necessitava di intervento chirurgico. Molte persone visitate all'interno di questo ambulatorio, una volta approfondita la patologia all'interno dell'ospedale militare di base, sono state imbarcate su voli militari e in Italia hanno trovato le soluzioni alle loro problematiche mediche, grazie all'interessamento degli organi istituzionali, della Croce Rossa, delle associazioni di volontariato e assistenza, di medici che si sono prestati gratuitamente ad eseguire gli interventi.

Da considerare anche le visite mediche fatte direttamente nei villaggi in occasione della distribuzione degli aiuti umanitari, negli ospedali, nell'orfanotrofio di Nassiriya e nelle scuole insieme ai Carabinieri e alla Brigata Sassari dell'Esercito presente in quel momento. Ed è stato proprio durante uno di questi aiuti, organizzati e pianificati insieme al comando MSU dei Carabinieri che si è verificato un terribile evento che mi ha fatto partecipare in prima persona allo svolgimento dei fatti che si sono susseguiti. La data è quella del27 aprile 2006. Alle 08.00 era previsto il ritrovo davanti alla sede dei Carabinieri per la dislocazione del convoglio che sarebbe uscito alle 08.30 destinazione Al Hammar, una cittadina della provincia di Nassiriya, con un carico di banchi, sedie, quaderni e materiale di cancelleria destinato ad una scuola. A causa del ritardo di un Tenente dei Carabinieri tutto il convoglio è partito con 20 minuti di ritardo. Nel frattempo un altro convoglio di Carabinieri è passato davanti a noi, puntuale, uscendo dalla base con destinazione il tragico luogo dell'attentato. Il botto è stato terribile e si è sentito a diversi km di distanza.

Improvvisamente un'immensa fumata nera si è alzata dal centro della cittadina di Nassiriya. Noi eravamo fermi alla piazzola di armamento, per preparare le armi prima di uscire dalla zona di sicurezza della base, intenti a intraprendere la nostra missione di distribuzione di aiuti umanitari. Subito le radio dei Carabinieri hanno lanciato l'allarme richiedendo immediata copertura e soccorsi per un loro mezzo blindato in fiamme. Essendo il nostro convoglio già dispiegato per l'uscita, fatti rientrare i veicoli non blindati con il carico del materiale da distribuire, siamo stati subito dirottati sul luogo dell'evento. Consci di quello che ci avrebbe atteso di lì a 10 minuti (il tempo necessario per raggiungere la città dalla base) ci siamo diretti velocemente in quel

luogo, con il cuore in gola, ma aiutati dall'effetto dell'adrenalina che in quel momento ci sentivamo scorrere dentro e che ci ha permesso di agire nel migliore dei modi.
Senza entrare nei particolari, essendoci un'indagine della magistratura e della procura militare ancora in corso, purtroppo il nostro compito è stato quello di caricare i corpi senza vita del Cap. Ciardelli, del M.llo dei CC Detrizio e del C.le rumeno Bogdan.
A distanza di alcuni mesi questo ricordo è ancora vivo in me e pensando a quella giornata mi vengono gli occhi lucidi e il classico nodo in gola.
Tutti gli atti di terrorismo sono azioni vili, bestiali, contronatura. La popolazione locale mai e poi mai si sarebbe permessa di compiere una simile azione nei nostri confronti, conoscendo bene il grande lavoro svolto dalle forze armate italiane ed in particolare dai Carabinieri, a favore degli abitanti della provincia di Nassiriya. Chi compie queste azioni di solito viene da fuori, lo fa in modo organizzato e con chiari intenti destabilizzanti.
Anche il nostro convoglio sarebbe dovuto passare per quella via, passaggio obbligato per diverse destinazioni. Dieci minuti di ritardo hanno fatto la differenza. Pochi minuti e il corso del destino può cambiare per ognuno di noi in un attimo (e questo indipendentemente che si sia in un teatro operativo come quello iracheno o nella vita di tutti i giorni). lnutile quindi sottrarsi per paura alle responsabilità che ognuno di noi è in grado di prendersi o alle quali è chiamato. lo ho sentito il dovere, quasi un obbligo morale nel dare la mia disponibilità per questa missione, avendo penso, le forze, le capacità e la volontà di affrontare una simile esperienza (e dagli insegnamenti della nonna e da buon ex allievo ufficiale pilota dell'Accademia Aeronautica e pilota militare mancato non potevo fare diversamente). Ognuno di noi deve prendersi le proprie responsabilità in base alle proprie capacità, non solo nella vita di tutti i giorni, verso se stesso, o nei confronti di pochi eletti (famiglia, lavoro ecc...) ma anche nei confronti della comunità nella quale vive. Le qualità più o meno marcate di ognuno di noi devono essere messe al servizio di tutti per il bene comune. E in un'epoca di crisi di valori quali Patriottismo, Senso dello Stato, Lealtà, Solidarietà, Sacrificio ecc.... è necessario darsi da fare di più) anche per contrastare il concetto sbagliato di pace vista come sfilata di bandiere colorate, lanci di sassi e muri imbrattati al grido di "dieci, cento, mille Nassiriya".
Peccato abbandonare il popolo iracheno proprio ora. L'Iraq necessita tutt'ora dell'aiuto dell'Italia e degli stati della coalizione che partecipano nel contesto della

forza multinazionale all'opera di ricostruzione del paese per garantire la sicurezza (sia per quanto riguarda i gruppi terroristici presenti in territorio, sia per prevenire una guerra civile sempre in agguato tra i musulmani Sciti e Sunniti) e per guidare il paese ad una forma di democrazia che stenta a prendere piede. In questo modo si lascia vincere il terrorismo e si va a vanificare la morte di quei militari che si sono sacrificati per un obiettivo ben preciso. Non voglio entrare nel merito di guerra giusta o non giusta, di presunti interessi economici degli Stati Uniti o altri discorsi che si sono sentiti. Analizzando la situazione attuale è evidente che il popolo iracheno non è ancora in grado di proseguire autonomamente e necessita dell'aiuto degli stati più progrediti. È impensabile che in pochi anni si risolva la situazione irachena e si trovi un equilibrio per un quieto vivere tra le diverse etnie, gruppi religiosi e interessi economici. È un percorso che richiede tempo, decenni forse. E se in città a Nassiriya c'è corrente elettrica per alcune ore al giorno, se sono stati montati serbatoi d'acqua, se sono state ricostruite strade e ponti, se negli ospedali ci sono frigoriferi per contenere i medicinali che funzionano grazie ai generatori di corrente, lo si deve al contingente italiano.

Per concludere, devo sicuramente ricordare l'impegno "a casa" di mia moglie che per 70 giorni ha dovuto svolgere anche le funzioni di papà. Più volte "minacciato" da lei prima della partenza di trovare la serratura cambiata al mio ritorno devo dire che tutto sommato mi è andata bene avendola ritrovata pronta ad accogliermi calorosamente al mio rientro. È stata dura, non l'ho mai convinta del tutto per la mia partenza nonostante serate intere di discussioni, ma conoscendomi si è rassegnata alla mia testardaggine. Quindi un grazie a Lei.

Di tutta questa esperienza vissuta una cosa in particolare mi salta alla mente. Spesso, al mio rientro, avendo maturato qualche giorno di licenza, ho fatto passeggiate in bicicletta con il mio bimbo più piccolo, Francesco. Mi è rimasto particolarmente impressa la situazione del Cap. dei paracadutisti Nicola Ciardelli deceduto nell'attentato. Già provavo una situazione di disagio quando dopo aver caricato il suo corpo privo di vita sulla nostra ambulanza protetta, insieme agli altri due militari deceduti, rientravamo a Camp Mittica. Mi sembrava di "usurpare" un posto che di diritto spettava ad altri (alla mamma, alla moglie, alla fidanzata, ad un figlio), non a me. Anche lui aveva un bimbo, appena nato. L’ha conosciuto solamente per poche settimane e poi è dovuto partire per la missione. Tutte le volte quindi che trascorro qualche ora con Francesco il mio pensiero va a Nicola e al suo bimbo; un

papà che non proverà mai la gioia di vederlo crescere e di un figlio che a sua volta vivrà solamente col ricordo del padre, anche se di un grande padre.
Spero vivamente che nessun militare in missione di pace all'estero debba più rinunciare a queste gioie e che questi ultimi avvenimenti non si ripetano più, anche perchè le Forze Armate italiane il loro contributo in termini di vite umane l'hanno già dato".

*Capitano Giuseppe Cosentino Corpo Militare Croce Rossa*

Il Capitano **Pasquale Basile** è un ufficiale commissario in congedo del Corpo Militare della Croce Rossa Italiana.

Palermitano, classe 1963, sposato con 2 figli ed un diploma di odontotecnico; nella vita professionale si occupa della lavorazione del legno e pavimenti in legno.

Nel settembre 2005 partecipa alla missione in Iraq “Antica Babilonia 8” dove ricopre il ruolo di Vicecomandante della 68° Unità del Corpo Militare, forte delle sue specializzazioni tra cui la difesa Nucleare Biologica e Chimica dell'Esercito, il caricamento e trasporto aereo ed i soccorsi con mezzi e tecniche speciali.

Riporto con piacere il suo racconto dell’esperienza vissuta in Iraq, la quotidianità della missione.

“Mi chiamo Pasquale Basile, sono un Capitano commissario del Corpo Militare della Croce Rossa Italiana. Nel 2005 ho avuto il piacere e l’onore di partecipare alla missione Antica Babilonia 8 in Iraq, precisamente nel periodo dal 12 settembre al 16 novembre. Ho dei bellissimi ricordi di quel periodo e spesso, nonostante siano oramai passati 9 anni e la missione si sia da tempo conclusa, accendo il mio pc e vado a rivedere le foto di quel periodo con una vena di nostalgia per quella che è stata un'esperienza per me unica ed irripetibile. Sono partito dall’aeroporto di Pisa con un C-130 della 46° Aerobrigata dell’Aeronautica Militare la mattina del 12

settembre del 2005 e dopo un volo durato circa 8 ore e una sosta tecnica a Cipro, siamo atterrati a Talill, l'aeroporto di Nassiriya, nel sud dell'Iraq.
Il mio primo ricordo: appena sceso dall'aereo, un caldo soffocante che mi ha fatto tornare in mente i giorni in cui a Palermo, la città in cui vivo, soffia il famoso vento di Scirocco, un vento caldo che proviene direttamente dal deserto del Sahara e che asciuga le mucose; infatti si tende ad avere la gola ed il naso particolarmente asciutti.
Le prime immagini che ricordo dell'Iraq sono un blindato dell'esercito australiano con in bella mostra un canguro come effige distintiva ed un soldato, immagino anch'egli australiano, in pantaloncini e a petto nudo, che faceva manutenzione al suddetto mezzo. Dopo i primi momenti in cui ti guardi intorno e cominci a renderti conto di dove ti trovi, una voce ci richiama all'attenzione: "Signori, benvenuti in Iraq "
Dopo aver espletato la parte burocratica, ci fanno salire su un Iveco VM 90 del Corpo Militare che ci accompagna fuori dal perimetro dell'aeroporto, percorrendo circa 2 km di deserto fino ad arrivare a Camp Mittica, sede dei contingenti Italiano (quello più numeroso) e rumeno. Varcato l'ingresso del campo, mi rendo conto che Camp Mittica è l'insieme di tanti piccoli sottocampi, tra cui anche quello del Corpo Militare che è chiamato 68° Unità in onore del 68° Ospedale da campo che operò agli inizi degli anni 50 in Korea sotto l'egida ONU, dove è ancora conservata la bandiera presso la "Caserma Pierantoni" a Roma.
Lì il Comandante della 68°, all'epoca Capitano comm. Domenico Desiderio, ci dà il benvenuto e ci illustra il campo e le attività svolte dal nostro personale all'interno e all'esterno della base. La sera trascorre tra saluti e familiarizzazione con l'ambiente.
L'indomani mattina dopo la colazione, come ogni mattina alle 08.30, si teneva presso la "tenda briefing" l'incontro con il Comandante per essere ragguagliati sulle attività da svolgere. Di solito i briefing erano due, uno la mattina e l'altro nel primo pomeriggio.
Mi viene assegnato il compito di responsabile Camp Site, cioè responsabile della logistica e del minuto mantenimento della 68°, compito che svolgevo solitamente di mattina in sinergia con un Luogotenente che collaborava con me nelle varie attività che quotidianamente andavano svolte: dalla rottura di un rubinetto, al condizionatore che non funzionava, al cambio della biancheria, al guasto del generatore etc... Di pomeriggio, invece, il mio lavoro solitamente si trasferiva nella segreteria per mansioni di ordinaria burocrazia.

Poi, i primi di ottobre, il Vice Comandante di allora, un S. Tenente, fu richiamato in patria per motivi personali ed in attesa dell' arrivo del nuovo Comandante, il Capitano Giuliano Chiacchiarini con il suo vice, Capitano Fabio Strinati che sarebbero dovuti arrivare verso la fine del mese per il normale avvicendamento, sono stato nominato ed ho svolto la funzione di Vice Comandante della 68°. Da quel momento mi sono occupato principalmente della parte legata ai servizi ed ai compiti da far svolgere al personale per le quotidiane attività.

Nel periodo in cui sono arrivato in Iraq, per il normale avvicendamento tra le Brigate dell'Esercito, era appena rientrata in Italia la Folgore ed era arrivata la Brigata Ariete. Era compito della Brigata prendere accordi con le autorità irachene per andare nei villaggi a prestare gli aiuti umanitari alla popolazione locale. Ma il tutto, nei villaggi da visitare, era subordinato alla situazione più o meno tranquilla del momento. Così, nel periodo in cui sono stato lì, ho avuto modo di partecipare a tre aiuti umanitari in altrettanti villaggi. Il tutto si svolgeva solitamente così: si arrivava al villaggio, di buon'ora, presso la scuola del villaggio, dove all'interno del cortile venivano montati dei tavoli sui quali venivano posti dei sacchetti contenenti generi di prima necessità (pasta, zucchero, farina, biscotti abiti) che venivano distribuiti ai bambini insieme a giocattoli, album per disegnare, matite, penne, quaderni, etc. All'esterno della scuola venivano montate due tende dove il nostro personale medico e paramedico, dopo un breve triage coadiuvati da interpreti, visitava la popolazione sia maschile che femminile (per le donne era sempre presente o una crocerossina o un'ASA dell'Esercito) distribuendo le specifiche medicine per le varie patologie.

L'attività durava fino alle ore 14 circa per poi rientrare a Camp Mittica, chiaramente, sempre sotto scorta dei militari dell'Esercito o dei Carabinieri. In queste occasioni, veniva raccomandato al nostro personale che operava in loco, di essere estremamente rispettosi delle abitudini, degli usi e dei costumi locali.

Circa una volta alla settimana veniva concesso, a turno, di recarsi dentro la base militare americana situata all'interno del perimetro dell'aeroporto di Talill, per andare al PX, una sorta di spaccio dove si potevano acquistare oggetti elettronici, macchine fotografiche e quant'altro.

Il turno minimo di permanenza in Iraq era stato definito in 40 giorni ma a volte, o su richiesta dell'interessato o per specifiche esigenze operative, si procrastinava il rientro in Italia. Io personalmente ho protratto la mia permanente in Iraq per 65 giorni. Oltre alla 68° Unità, la Croce Rossa era presente anche con l'ospedale all'interno

della base, un ROLE 2 PLUS, con i nostri medici, tra cui chirurghi, ortopedici, chirurghi plastici, odontoiatri, anestesisti, radiologi con il nostro personale paramedico, oltre ad un certo numero di Infermiere Volontarie.

I rischi che il nostro personale correva erano legati alle varie attività direttive che ci arrivavano dal Comando Brigata; così, oltre agli aiuti umanitari nei villaggi, ogni qualvolta che un convoglio italiano usciva fuori dalla bolla di sicurezza della base, veniva sempre accompagnato da una nostra ambulanza con a bordo il personale medico e paramedico.

Il nostro personale veniva alloggiato all'interno di tende climatizzate o di moduli abitativi anch'essi climatizzati. Le temperature al mio arrivo erano particolarmente alte e l'escursione termica era minima. Invece con l'avvicinarsi dell'inverno, le escursioni termiche tra giorno e notte erano notevoli, tant'è che a novembre, di sera, si era costretti ad indossare i pile per le basse temperature.

A differenza del viaggio di andata, il viaggio di ritorno fu effettuato fino ad Abu Dhabi con un C-130 dell'Aeronautica Militare e da lì fino in Italia con Aereo civile. Questa, in sintesi, la mia personale esperienza della missione Antica Babilonia".

*Capitano Pasquale Basile Corpo Militare Croce Rossa*

CROCE ROSSA ITALIANA
CORPO MILITARE
68° UNITA'

**Marco Barocci**, classe 1959, romano, è un Maresciallo Maggiore Luogotenente del Corpo Militare della Croce Rossa. E' responsabile Ufficio Soccorsi Speciali - Servizio Attività di Emergenza ottenendo l'onorificenza di Cavaliere dell'Ordine al Merito della Repubblica Italiana

"Era il 1999 e l'operazione Arcobaleno era in pieno svolgimento, io ero nella Segreteria del Presidente Nazionale della Croce Rossa Italiana, lavoravo in quell'Ufficio. Arrivò una telefonata dall'Albania comunicando che c'era un bambino albanese che aveva ustioni sul 75% del corpo in seguito ad un incidente domestico.
In seguito mi fu spiegata la dinamica dell'incidente: in Albania lasciavano grosse pentole sul fuoco piene di acqua per riscaldare la casa. Il bambino si è aggrappato ad una di queste e il contenuto della pentola gli si è versato addosso. Poche speranze di essere salvato in Italia e nessuna nella sua Patria.

Ci attivammo anche con il Ministero degli Esteri per trovare un vettore aereo che lo portasse all'aeroporto di Ciampino (RM), ci riuscimmo. Il bambino fu subito trasportato all'Ospedale di Roma S. Eugenio, specializzato proprio in ustioni.
Una gara di solidarietà iniziò in quel momento, giocattoli ed altro per lenire la solitudine di quel bambino sofferente e solo. L'autorizzazione concessa dal governo albanese era solo per il piccolo, nessun familiare al seguito.

Dopo innumerevoli telefonate e un mese e mezzo di tempo riuscimmo, infine, a far arrivare la madre. Una macchina di CRI la prese all'aeroporto e la portò immediatamente all'ospedale.

Io non c'ero, come al solito ero in ufficio, ma mi raccontarono la scena. Toccante, terribile. Il bambino, fin dal suo arrivo in Italia, era in stato comatoso e raramente cosciente. Alla voce della sua mamma si risvegliò, le mani si avvicinarono, si toccarono e lui morì. Mi dissero col sorriso sul volto.
Enormi problemi, poi, per far rientrare la madre in patria. Ancora più grandi per far rientrare la piccola bara, alla fine fummo costretti a fare una colletta. Il cuore degli italiani è grande, si sa.
Non mi ricordo più il suo nome, ma non potrò mai dimenticare questa storia, naturalmente ho molti altri aneddoti che potrei raccontare. Magari che mi vedono anche in prima persona come attività, ma questo rimane il ricordo più toccante che ho nella mia vita in CRI".

*Maresciallo Maggiore Marco Barocci Corpo Militare Croce Rossa*

Il Sergente **Riccardo Padula**, romano, classe 1956, vedovo con un figlio minorenne; è un dottore commercialista, revisore ufficiale dei conti, professore universitario a Roma in economia e vanta moltissime esperienze umanitarie tra cui il Libano nel 1983 missioni come CRI ex Jugoslavia (Serbia, Bosnia, Montenegro, Albania) medaglia d'oro croce rossa jugoslava, medaglia d'argento croce rossa Montenegro, missioni militari a Sarajevo e in Iraq. Ha effettuato più di 25 trasporti nella ex Jugoslavia come autista di mezzi pesanti; inoltre è istruttore di primo soccorso militare anche con tecniche di contingenza.

di Riccardo Padula.

"Giornata tipo in un ricordo della missione antica Babilonia in Iraq nella base Lepanto, conosciuta meglio come White Horse, nel deserto vicino a Nassiriya.
Siamo nel periodo luglio - settembre 2004, il mio profilo è quello di un Sergente del Corpo Militare di Croce Rossa, inquadrato come autista soccorritore. Uno dei problemi che vanno affrontati sicuramente è la gestione del tempo, in quanto, impegnati per un numero di ore nei vari servizi, il resto del tempo va impegnato per non cadere nei pensieri ed essere sempre efficienti alla missione.

La mattina sveglia alle sei, mezz'ora di corsa intorno al campo in pieno deserto; durante il periodo estivo le temperature arrivavano fino a 50 gradi; la mattina, in base all'escursione termica tra notte e giorno, la temperatura era abbastanza accettabile. La corsa insieme ad altri commilitoni dei vari reparti era un momento di ulteriore socializzazione, si rientrava, doccia veloce, colazione. I panni sporchi in ammollo dentro una catinella improvvisata, alza bandiera, che per motivi di sicurezza si faceva sul posto dove ci si trovava. Ore 8 inizio delle attività: come autista di Ambulanza le nostre sei ore al pronto soccorso del ROL UNO pronti per qualsiasi emergenza, controllo del mezzo tutti i livelli, pulizia del mezzo, controllo insieme all'infermiere del materiale dei presidi tenuti in massima efficienza. Si poteva seguire una autocolonna o stare a disposizione degli artificieri o altre attività di routine. Ore 14. si smontava dal turno; il pranzo era presso il punto di soccorso. Dalle 14 alle 16 riposo in tenda, settanta centimetri a testa, anche perchè il caldo era davvero ossessivo, nemmeno gli Autoctoni, da noi chiamati MAO MAO, giravano una specie di "Tregua'' le nostre brande erano in tende circondate da sacchetti di sabbia che ogni giovedì ci dedicavamo a preparare. Dopo le 16 ognuno aveva un'attività collaterale: la mia era quella di manutenzione alle strutture, riparare tende ombreggi costruire qualcosa per la nostra infermeria, in particolare facevo piccoli lavori di sartoria. C'era quello che tagliava i capelli, quello addetto all'informatica, e quanto poteva servire, durante il giorno si provvedeva anche al bucato. L'acqua non era molta e andava centellinata. La sera si andava alla mensa, un momento davvero bello, pieno di cortesie reciproche da parte di tutti; in effetti la tenda diventava la tua famiglia! La nostra era composta da dodici elementi, in genere la sera ci facevano compagnia colpi di mortaio sparati a casaccio su di noi. Dopo i primi giorni nessuno ci faceva più caso. La sera, al buio, si faceva la fila al telefono per sentire la famiglia e, comunque, ci si riuniva raccontando momenti di vita comune, qualche chitarra ... e chi parlava della sua regione... momenti davvero eccezionali.

Orgogliosi di essere di CRI quando succedeva qualcosa, quando si rivolgevano a noi e ci chiamavano "Croce Rossa correte!". Orgogliosi della nostra professionalità, fieri come i militari dei reparti. Era in questo modo che trascorreva il tempo nella gestione meticolosa...ognuno con il suo mondo pronto ad essere operativo.

Sono esperienze indimenticabili da un punto di vista umano.

Nella vita civile sono un libero professionista e insegno economia all'Università e per scelta Sergente. Tutti mi chiedono perchè non faccio l'avanzamento; io sono fiero di

questo grado conquistato nel Libano nel 1983, ma soprattutto sono fiero di portare quel grado, anche materialmente, perchè era stato di mio padre. Mio papà fece la guerra in Africa durante la seconda Guerra Mondiale... e ancora oggi, dopo tante missioni, lo porto con fierezza come la divisa che indosso!"

*Sergente Riccardo Padula, Corpo Militare Croce Rossa Italiana*

**Conclusioni.**

L'argomento che ho trattato durante l'elaborazione del mio lavoro ha messo in evidenza i compiti, i diritti ed i doveri che il personale sanitario deve affrontare durante lo svolgimento della sua opera in occasione dei conflitti armati.
La loro principale tutela è data dalle quattro Convenzioni di Ginevra del 1945 e dai due Protocolli Aggiuntivi del 1977. Ciò, quindi, ci fa ben comprendere la pericolosità e le condizioni precarie in cui si trovavano ad agire i soccorritori sanitari prima del 1949.
Un'attenta analisi storica, mi ha permesso di constatare che molti dei feriti venivano lasciati sul campo di battaglia o recuperati da altri soldati, poichè non esisteva una figura di "soccorritore". Spesso il numero delle vittime era maggiore tra i soldati feriti che morivano sul campo, piuttosto tra quelli uccisi durante il conflitto a fuoco.
In epoca romana, inoltre, il privilegio di essere soccorsi era riservato soltanto agli aristocratici.
Va comunque sottolineato che le tutele e le protezioni garantite dalle Convenzioni di Ginevra sono efficaci soltanto a patto che le Parti abbiano "voglia" di rispettarle; anche se poco, ciò è pur sempre un "minimo" di tutela.
In passato, invece, qualora il ferito veniva in qualche modo soccorso, questi moriva per le infezioni contratte e per l'inadeguatezza dei mezzi sanitari a disposizione.
Oggi, grazie alla moderna tecnologia medica, si riesce, quantomeno, a curare in tempi relativamente rapidi, i militari o i civili feriti durante i combattimenti.
Da alcuni anni vi è anche la possibilità di eseguire interventi chirurgici "a distanza" tramite la Telemedicina.
Ho avuto il privilegio di poter raccogliere alcune testimonianze di soccorritori che hanno operato direttamente sul campo. Spesso e volentieri queste testimonianze toccanti ti colpiscono, ti portano a vivere da vicino il dramma delle conseguenze che una guerra può generare.
Le vittime, soprattutto se bambini o anziani, sono quelle che non hanno alcuna possibilità di difendersi, ignare dei disegni "diabolici" di qualche potente.
Leggendo tali testimonianze, soprattutto di medici, ho potuto testare con mano l'estrema delicatezza operativa in cui, molto spesso, si trova ad operare il soccorritore, quasi esclusivamente, mosso da un fine prettamente umanitario.

Come già detto, le garanzie e le coperture offerte dalle Convenzioni di Ginevra non sono sempre sufficienti a garantirne l'incolumità.
La storia insegna e pertanto, rammentiamo con dolore, la ricorrenza del centenario delle vittime che hanno perso la vita durante la Grande Guerra a Redipuglia, tra le quali, purtroppo, vi furono moltissimi soccorritori sanitari.
Il Sacrario di Redipuglia è il più grande e maestoso sacrario italiano dedicato ai caduti della Grande Guerra, in quanto custodisce i resti di 100.187 soldati caduti nelle zone circostanti.
Nello svolgimento della mia tesi, ho voluto dare anche rilievo all'evoluzione storica del soccorritore sanitario ed all'organizzazione della sanità militare italiana.
Siamo passati dal "semplice soldato al tuo fianco che ti raccoglieva da terra", al soccorritore sanitario professionista.
Ad oggi operano vari attori in ambito internazionale, dalla Croce Rossa alle Organizzazioni Non Governative, alle Onlus.
Le forze armate italiane hanno al loro interno singoli nuclei di sanità militare che cooperano anche con i corpi ausiliari del Corpo Militare della Croce Rossa, del Corpo delle Infermiere Volontarie e dell'EI-Smom.
Ciò è reso possibile, anche grazie alla disponibilità di decine di migliaia di volontari pronti ad essere richiamati in servizio attivo: volontari professionisti, quali medici, infermieri, farmacisti ma anche moltissimi logisti specializzati ognuno nel proprio campo e/o settore.

In conclusione, appurato che le protezioni delle Convenzioni di Ginevra non sono sufficienti, scopo del diritto internazionale sarà quello di sforzarsi nel cercare di costruire un impianto giuridico il più possibilmente garantista.
Testimonianza di tale obiettivo è stata, ad esempio, la costituzione della Corte Penale Internazionale fondata nel 1998 a Roma per reprimere i crimini di guerra, grazie al contributo di un luminare del diritto internazionale, il Professor Umberto Leanza.

Dallo studio dell'argomento che ho trattato, sono giunto alla conclusione che per offrire maggiori garanzie al personale sanitario operante durante i conflitti, ed evitare quindi vittime innocenti, il diritto internazionale deve impegnarsi, oltre con normative

ad hoc, nel creare a livello di diplomazia internazionale una "moral dissuasion" verso la "Parte" che non voglia rispettare le normative internazionali.
Occorre avere una comunità internazionale forte, con poteri simili a quelli della Corte Penale Internazionale.
Un ruolo decisivo lo potrebbe svolgere l'Onu, ma al fine di arrivare ad avere poteri "dissuasivi" ed efficaci, tale organo internazionale necessiterebbe di una profonda ristrutturazione. L'Onu dovrebbe creare un forte equilibrio con gli altri attori internazionali quali l'Unione Europea, l'Unione Africana, l'Unione dei Paesi Arabi ecc.

"Come si fa a dissuadere moralmente un Paese che non vuole o non voglia collaborare?" La risposta non è per niente semplice. Gli Stati sono spesso mossi da propri interessi interni, il più delle volte economici, ma se un domani si potesse arrivare ad una vera sinergia tra le potenze mondiali, il Paese non collaborante che non rispettasse le Convenzioni, verrebbe seriamente isolato, ad esempio mettendo effettivamente in atto il blocco delle importazioni e la vendita delle armi.
Fine primario e ultimo sarà quello di garantire la sopravvivenza delle popolazioni civili attraverso la fornitura di viveri e generi di prima necessità e la tutela dell'ordine pubblico con l'istituzione di una Polizia Internazionale che operi attivamente sul territorio.

## Bibliografia e Fonti normative:


- *"Manuale dei Diritti e dei Doveri del Personale Sanitario in occasione dei conflitti armati"* di Pietro Verri, CICR e Lega delle Società della CR, Ginevra, 1982;
- "*Il nostro soldato. Saggi di psicologia militare*" di A. Gemelli, Milano, 1917;
- "*La guerra e le arti sanitarie*" di G. Boschi, ed. Mondadori, Milano, 1931;
- "*Cadorna*" di G. Rocca, Arnoldo Mondadori Editore, Milano,1985;
- "*Gemelli*" di G. Cosmacini, Rizzoli Editore, Milano, 1985;
- "*Padre Gemelli per la guerra*" di M. Franzinelli, La Fiaccola Editore, Ragusa, 1989;
- "*La Sanità militare in Italia durante la Prima Guerra Mondiale*" di D. De Napoli, Apes Editore, Roma, 1989;
- "*Storia della Medicina Militare*" di A. Lucarella, Il Bandino Editore, Firenze, 1998;
- "*La sanità militare durante la Grande Guerra*" di F. G. Urbano e P. Urbano, Atti del XXXIV Congresso di Storia della Medicina, Firenze, 1998;
- "*Italiane alla guerra. L'assistenza ai feriti 1915-1918*" di S. Bartoloni, Ed. Marsilio, Venezia, 2003;
- "*Le crocerossine nella Grande Guerra. Una via all'emancipazione femminile*" di G. Variola e P. Scandaletti, Ed. Gaspari, Udine, 2008;
- *"Il Corpo Militare della Croce Rossa Italiana"*, Ruggero Belogi, Edito a cura del Comitato Provinciale della CRI di Bergamo, 1989, pagg. 133-135, pagg. 143-144, pagg. 147-149, pagg. 152-153.
- *"Gente dell'Isontino e Grande Guerra"* di Rita Lepre, Edizioni Comune di San Lorenzo Isontino;
- "*Il potere e la libertà*" di Antonio Pezzi, Editrice la Mandragora, Imola, 2010;
- I° – II° – III° – IV° Convenzioni di Ginevra; I° e II° Protocolli Aggiuntivi;
- D.lgs. 66/2010;


## Siti internet consultati:


- Massimiliano Galasso dal sito www.cimeetrincee.it;
- Sito Croce Rossa Italiana www.cri.it
- Sito biblioteca online Wikipedia;
- "*La tutela del personale sanitario nei conflitti armati*" articolo di Alessio Anceschi dal sito www.personaedanno.it;
- "*Sanità militare: dalla bestialità umana all'umanità"* articolo di Angelo Nataloni;
- articolo di Roberto Bobbio su Madre Eugenia Maria Ravasco;