

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

DIPARTIMENTO DI SCIENZE POLITICHE, GIURIDICHE
E STUDI INTERNAZIONALI

Corso di laurea *Triennale* in Scienze Politiche, Relazioni Internazionali e
Diritti Umani



HealthCare in Danger: sensibilizzare la tutela
dell'assistenza sanitaria nei conflitti o in altre emergenze.

Relatore: Prof. PAOLO DE STEFANI

Laureando: CINZIA PERUSI
matricola N. 1198571

A.A. 2021/2022

Sommario

<i>Abbreviazioni</i>	<i>i</i>
<i>Introduzione</i>	<i>1</i>
<i>I. Capitolo</i>	<i>5</i>
Cenni sul Diritto Internazionale Umanitario	5
Le Convenzioni dell'Aja e di Ginevra	5
Definizione di conflitto armato	6
Le istituzioni a tutela delle Convenzioni di Ginevra	9
L'emblema della Croce Rossa ed il suo utilizzo	11
Il personale sanitario	15
Unità e mezzi sanitari	16
<i>II. Capitolo</i>	<i>19</i>
Fatti che descrivono il fenomeno	19
<i>III. Capitolo</i>	<i>25</i>
Health Care in Danger (HCiD), l'iniziativa del Comitato Internazionale di Croce Rossa	25
L'iniziativa	26
Le risoluzioni della Conferenza Internazionale ed i successivi rapporti	28
Dai dati alla strategia	34
Revisione della strategia, l'iniziativa oggi	41
<i>IV. Capitolo</i>	<i>47</i>
Non sono un bersaglio, la campagna della società nazionale di Croce Rossa Italiana	47
Il contesto italiano	47
Impatto sulla legislazione italiana	49
<i>Conclusioni</i>	<i>55</i>
<i>Riferimenti Bibliografici</i>	<i>61</i>

Abbreviazioni

CRI	Croce Rossa Italiana	DIU	Diritto Internazionale Umanitario
IFRC	Federazione Internazionale di Croce Rossa e Mezzaluna rossa	INAIL	Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro
HCiD.	HealthCare in Danger, acronimo che identifica l'iniziativa HealthCare in Danger promossa dal Comitato Internazionale della Croce Rossa.	OMS	Organizzazione Mondiale per la Sanità
		GC	Convenzioni di Ginevra
		AP	Protocolli Aggiuntivi alle Convenzioni di Ginevra
CICR	Comitato Internazionale di Croce Rossa	NU	Nazioni Unite

I n t r o d u z i o n e

Educare in tempo di pace al fine di preparare la popolazione civile e militare al rispetto ed alla tutela del personale sanitario. Henry Dunant, nel libro “Un Souvenir de Solférimo”¹, poneva ai lettori una serie di riflessioni su come avvalersi del tempo di pace per costruire delle società nazionali e risolvere il problema del soccorso ai soldati in guerra:

Pourquoi ne profiterait-on pas d'un temps de tranquillité relative et de calme pour étudier et chercher à résoudre une question d'une importance si haute et si universelle, au double point de vue de l'humanité et du christianisme ?²

Sulla base della sua idea, nasceva il Diritto Internazionale Umanitario (DIU), volto alla protezione dei non combattenti. La protezione si estende anche al diritto alla salute ed all'assistenza sanitaria senza alcuna discriminazione³. Il personale sanitario, le strutture ed i mezzi utilizzati per l'assistenza sanitaria, devono quindi godere di un ulteriore grado di protezione, devono essere considerati neutrali e quindi salvaguardati. In assenza di un'infrastruttura sanitaria adeguata, non è possibile garantire alla

¹ Dunant, *Un Souvenir de Solférimo*.

² Perché non approfittare di un periodo di tempo di relativa tranquillità e di calma per studiare e cercare di risolvere un problema di tanta importanza e così universale, sotto il duplice punto di vista dell'umanità e del cristianesimo? Dunant.

³ GC I; GC I; GC III; GC IV art.3(2)

popolazione civile, già provata dal conflitto armato, l'assistenza sanitaria di cui necessita.

L'iniziativa Health Care in Danger (HCiD) nasce con lo scopo di sensibilizzare gli attori coinvolti, sulla necessità comune di salvaguardare l'assistenza sanitaria affrontando il problema della violenza contro pazienti, operatori sanitari, strutture e veicoli e garantire l'accesso e l'utilizzo di assistenza sanitaria nei conflitti armati e in altre emergenze.

Questo lavoro nasce dall'unione di due grandi interessi, il Diritto Internazionale ed in particolare verso il Diritto Umanitario e la missione del Movimento di Croce Rossa e Mezzaluna rossa, di cui faccio parte come volontaria di soccorso presso Croce Rossa Italiana. Due passioni che provocano in me sdegno e vergogna verso la nostra mancanza di umanità soprattutto nei casi di aggressioni verso il personale sanitario.

Nel primo capitolo introdurremo alcuni aspetti del Diritto Internazionale Umanitario, soprattutto in relazione all'iniziativa HCiD, le Convenzioni di Ginevra e l'emblema come simbolo di protezione. Nel secondo capitolo forniremo un contesto storico contemporaneo selezionando alcuni casi di attacchi a strutture e personale sanitario nei conflitti armati.

Nel terzo capitolo entreremo nel dettaglio dell'iniziativa della Conferenza Internazionale di Croce Rossa ripercorrendone la genesi

e la sua evoluzione fino ad oggi. Analizzeremo i dati sugli incidenti, raccolti tra il 2008 ed il 2015 ed affronteremo l'impatto della violenza sul sistema sanitario. Illustreremo il progetto HClD di sensibilizzazione sia verso gli attori delle politiche pubbliche e militari, sia verso la popolazione civile mediante una campagna di comunicazione di forte impatto.

Nel quarto capitolo delineremo un quadro della situazione nazionale. La situazione delle aggressioni in Italia, l'inasprimento dovuto alla pandemia da Covid+19. Illustreremo l'impatto della campagna HClD sulla legislazione italiana ed il lavoro svolto da Croce Rossa Italiana con la campagna nazionale *Non Sono Un Bersaglio*.

I. Capitolo

Cenni sul Diritto Internazionale Umanitario

Il Diritto Internazionale Umanitario (di seguito DIU) è la parte del diritto internazionale pubblico che si applica nelle situazioni di conflitto armato. Il suo scopo è la protezione della vita e della dignità della popolazione non direttamente coinvolta nelle ostilità, limitandone gli effetti e preservando il senso di umanità della guerra, se possibile, individuando gli strumenti che impediscano l'uso della violenza nei confronti della popolazione non combattente e riducendo il livello di violenza utilizzato secondo il principio della necessità e proporzionalità.

Oltre alla popolazione civile, ai fini del DIU, è considerato non combattente il personale militare non attivo, in quanto prigioniero di guerra, ferito o malato. La nostra attenzione, in questo elaborato, sarà rivolta ai malati ed ai feriti e conseguentemente al personale sanitario ed alle infrastrutture necessarie per garantire una dignitosa assistenza sanitaria.

Le Convenzioni dell'Aja e di Ginevra

Le convenzioni dell'Aja sono il risultato delle conferenze di pace tenutesi all'Aja nel 1899 e nel 1907, il loro obiettivo è l'individuazione di strumenti giuridici che siano in grado di limitare l'impatto

distruttivo dei conflitti armati. Esse definiscono mezzi e metodi di guerra ammessi in un contesto di conflitto⁴.

Le Convenzioni di Ginevra sono state ideate dalla necessità di tutelare e proteggere le condizioni dei malati e dei feriti nelle forze armate sul campo, in mare, dei prigionieri di guerra ed infine dei civili.⁵ Si sommano ad esse i Protocolli Aggiuntivi del 1977 e del 2005⁶, i quali, rispetto alle quattro convenzioni precedenti, sono stati ratificati da un numero minore di paesi, quindi la loro efficacia è limitata.

L'unione delle Convenzioni e dei Protocolli Aggiuntivi costituiscono i due corpi principali del Diritto Internazionale Umanitario, che si applica solo in situazioni di conflitto armato internazionale.⁷

Definizione di conflitto armato

Per definire correttamente gli ambiti di applicazione del DIU, è doveroso focalizzarsi sulla definizione stessa di "conflitto armato",

⁴ Convention (II) with Respect to the Laws and Customs of War on Land and its annex: Regulations concerning the Laws and Customs of War on Land. 1899. Convention (III) relative to the Opening of Hostilities. 1907.

⁵ Geneva Convention (I) on Wounded and Sick in Armed Forces in the Field; Geneva Convention (II) on Wounded, Sick and Shipwrecked of Armed Forces at Sea; Geneva Convention (III) on Prisoners of War; Geneva Convention (IV) on Civilians.

⁶ Protocol Additional to the Geneva Conventions of 12 August 1949, and relating to the Protection of Victims of International Armed Conflicts (Protocol I); Protocol Additional to the Geneva Conventions of 12 August 1949, and relating to the Protection of Victims of Non-International Armed Conflicts (Protocol II); Protocol additional to the Geneva Conventions of 12 August 1949, and relating to the Adoption of an Additional Distinctive Emblem (Protocol III).

⁷ Come vedremo di seguito, nei conflitti armati non internazionali, le convenzioni prevedono delle disposizioni di minima da osservare. Solo con l'approvazione dei Protocolli Aggiuntivi i conflitti internazionali vengono inclusi nell'ambito di applicazione del diritto di Ginevra.

come dichiarato dagli art. 2 e 3 comuni delle Convenzioni di Ginevra e dall'articolo 1 del I e II Protocollo Addizionale alle Convenzioni di Ginevra.

In un contesto internazionale, nei casi di guerra dichiarata o altro conflitto armato, tra due o più paesi.

[...] the present Convention shall apply to all cases of declared war or of any other armed conflict which may arise between two or more of the High Contracting Parties, even if the state of war is not recognized by one of them.⁸

L'art. 3, definisce un elenco di disposizioni minime da applicare nei casi di conflitto armato non internazionale.

*In the case of armed conflict not of an international character occurring in the territory of one of the High Contracting Parties, each Party to the conflict shall be bound to apply, as a minimum, the following provisions:
[...]⁹*

I Protocolli Addizionali alle Convenzioni di Ginevra, ne estendono l'applicazione ai conflitti interni in cui la popolazione combatte contro il dominio coloniale, l'occupazione straniera o i regimi razzisti, equiparandoli ai conflitti internazionali. In particolare, l'articolo 1 del primo Protocollo Addizionale afferma che:

⁸ GC I, art. 2(1)

⁹ GC I, art. 3(1)

*The situations referred to in the preceding paragraph include armed conflicts in which peoples are fighting against colonial domination and alien occupation and against racist régimes in the exercise of their right of self-determination, as enshrined in the Charter of the United Nations and the Declaration on Principles of International Law concerning Friendly Relations and Co-operation among States in accordance with the Charter of the United Nations.*¹⁰

L'articolo 1, del secondo Protocollo Addizionale, integra l'articolo 3 comune alle Convenzioni e l'articolo 1 del AP(I) includendo i conflitti tra forze armate governative e dissidenti o altri gruppi armati.

*“which take place in the territory of a High Contracting Party between its armed forces and dissident armed forces or other organized armed groups which”*¹¹

Un conflitto può trasformarsi da interno ad internazionale assumendo la definizione di *conflitto interno internazionalizzato*. Un caso esemplificativo è una guerra civile dove una delle parti, riceve aiuto militare da un paese terzo oppure nel caso di insorti che riescano a costituire uno stato separandosi dallo stato originale.¹²

All'interno di un conflitto sono presenti due categorie di persone: i combattenti o partecipanti attivi ed i non combattenti. In un conflitto

¹⁰ AP I, art. 1(4)

¹¹ AP II, art. 1(1)

¹² De Stefani e Sperotto, *Introduzione al diritto internazionale umanitario e penale*.

armato sono combattenti i membri delle forze armate inclusi i gruppi e le unità organizzate che rispondono ad un comando responsabile. Sono contraddistinti da un sistema disciplinare interno che garantisce il rispetto del Diritto Internazionale Umanitario.¹³ I non combattenti sono coloro che non partecipano attivamente al conflitto come i civili o il personale militare malato o ferito. In particolare, è a quest'ultima categoria di persone che si rivolge la protezione delle Convenzioni e dei Protocolli Aggiuntivi.

*[...] They shall be treated humanely and cared for by the Party to the conflict in whose power they may be, without any adverse distinction founded on sex, race, nationality, religion, political opinions, or any other similar criteria. [...]*¹⁴

La protezione si applica quindi ai soldati feriti e malati non partecipanti attivamente, ai combattimenti includendo sia i membri delle forze armate sia i membri di altre milizie appartenenti allo Stato coinvolto nel conflitto¹⁵.

Le istituzioni a tutela delle Convenzioni di Ginevra

Il Comitato Internazionale delle Croce Rossa (CICR) è un'organizzazione umanitaria indipendente, neutrale ed imparziale. La sua missione è la protezione della vita e della dignità delle persone

¹³ API, art.43

¹⁴ GC I, art. 12

¹⁵ GC I, art. 13

coinvolte nei conflitti armati¹⁶. È un membro del Movimento Internazionale di Croce Rossa e Mezzaluna Rossa, il quale è composto dalle 190 società nazionali di Croce Rossa e Mezzaluna Rossa e dalla loro Federazione, la Federazione Internazionale delle società di Croce Rossa e Mezzaluna Rossa (IFRC). Il Movimento si riunisce ogni quattro anni nella Conferenza Internazionale di Croce Rossa e Mezzaluna Rossa ¹⁷, il più grande forum umanitario dove si riuniscono tutte le componenti del Movimento con uguale potere decisionale. Si riunisce con lo scopo di contribuire al rispetto ed allo sviluppo del DIU, definire ed aggiornare l'agenda umanitaria globale, promuovere relazioni, alleanze e strategie.

Ne fanno parte, oltre ai membri del Movimento di Croce Rossa e Mezzaluna Rossa¹⁸ gli stati firmatari delle Convenzioni di Ginevra e in qualità di osservatori le Nazioni Unite con alcune delle sue agenzie, alcune organizzazioni umanitarie ed altri partner umanitari. La Conferenza prende decisioni sotto forma di risoluzione su consenso o di impegni volontari. Questi impegni sono lo strumento più importante ai fini del rafforzamento della cooperazione tra i partecipanti alla Conferenza, i quali sono incoraggiati a garantire la

¹⁶ Sassòli, *INTERNATIONAL HUMANITARIAN LAW - Rules, Controversies, and Solutions to Problems Arising in Warfare*, 134.

¹⁷ Sassòli, 135.

¹⁸ Comitato Internazionale Croce Rossa, Federazione Internazionale delle Società di Croce Rossa e Mezzaluna Rossa e Società Nazionali di Croce Rossa e Mezzaluna Rossa

corretta applicazione delle decisioni ed inviati a riferire alla Conferenza stessa sui risultati di tale impegno¹⁹.

L'emblema della Croce Rossa ed il suo utilizzo

Durante i lavori della prima conferenza di Ginevra²⁰ i partecipanti decisero per l'adozione del simbolo di una croce rossa su sfondo bianco da utilizzare sia come segno distintivo del personale, sia sui mezzi e sugli edifici adibiti al soccorso.²¹

L'utilizzo di un segno universale e neutrale nasceva dall'esigenza di utilizzare un unico segno distintivo per riconoscere sia il personale medico dell'esercito, sia i volontari delle società di soccorso impiegate sul campo di battaglia.

*A distinctive and uniform flag shall be adopted for hospitals, ambulances and evacuation parties. It should in all circumstances be accompanied by the national flag. An armlet may also be worn by personnel enjoying neutrality but its issue shall be left to the military authorities. Both flag and armlet shall bear a red cross on a white ground.*²²

¹⁹ «About the conference».

²⁰ L'8 agosto 1864, i rappresentanti delle prime società di soccorso si riuniscono nella prima conferenza di Ginevra alla quale erano stati inviati i rappresentanti di tutti gli Stati europei ed americani.

²¹ Buignon, *Red Cross, Red Crescent, Red Crystal*, 5.

²² Convention for the amelioration of the condition of the wounded in armies in the field. art.7. 22 agosto 1864. opera cit. Buignon, *From Solferino to the Birth of Contemporary International Humanitarian Law*, 30.

Nel corso del conflitto russo-turco²³, la Turchia, non volendo offendere la sensibilità religiosa dei suoi combattenti, e nonostante avesse ratificato la Convenzione del 1864 senza riserve, introdusse in modo unilaterale l'adozione del simbolo della mezzaluna rossa su sfondo bianco. Sui campi di battaglia al simbolo delle croce rossa, che i soldati turchi associavano ad un simbolo religioso, si sostituì il simbolo della mezzaluna rossa²⁴.

Nelle conferenze di pace dell'Aja del 1899 e del 1907, nonostante le rassicurazioni di neutralità del simbolo, le delegazioni dell'Impero Ottomano, Persia e Siam chiesero ed ottennero l'adozione, sul loro territorio, di nuovi specifici simboli di riconoscimento: la mezzaluna rossa per l'Impero Ottomano, il leone rosso ed il sole per la Persia²⁵. Questa situazione creò la rottura nell'unità dell'emblema di protezione²⁶. Nel 2005, con la stesura del terzo Protocollo Aggiuntivo²⁷, al fine di bloccare un eventuale proliferazione di simboli di protezione, la 29^a Conferenza Internazionale deliberava per l'adozione di un nuovo emblema distintivo addizionale, il cristallo rosso su campo bianco.

²³ Nella primavera del 1877, la Russia entrò in guerra contro la Turchia. La guerra durò un anno, la Russia vincitrice, impose una pace onerosa, che includeva la creazione della Bulgaria, l'indipendenza della Serbia e del Montenegro e l'autonomia della Bosnia-Erzegovina. Sabatucci e Vidotto, *Il mondo contemporaneo. Dal 1848 ad oggi*. 80

²⁴ Buignon, *Red Cross, Red Crescent, Red Crystal*, 8..

²⁵ Nel 1980 la repubblica islamica iraniana ha rinunciato al suo utilizzo in favore della mezzaluna rossa.

²⁶ Buignon, *Red Cross, Red Crescent, Red Crystal*, 10–11.

²⁷ AP III, art.2

L'emblema è oggi utilizzato come simbolo di protezione sui mezzi e sulle strutture sanitarie che sono destinatari della protezione garantita dalle Convenzioni di Ginevra. Le modalità d'utilizzo dell'emblema sono definite dalle Convenzioni stesse. Possono utilizzare il simbolo a scopo protettivo, il personale sanitario delle forze armate e dei gruppi armati, il personale civile sanitario, le strutture ed i mezzi adibiti al trasporto sanitario. Il personale sanitario non militare, può utilizzare l'emblema solo se opera sotto il controllo del Comitato Internazionale di Croce Rossa. Le Società Nazionali possono utilizzare l'emblema a scopo protettivo se operano come servizio sanitario di una delle parti oppure all'interno del Comitato Internazionale di Croce Rossa.²⁸ L'emblema deve essere ben visibile e di larghe dimensioni, deve essere utilizzato solo nei casi e per gli scopi definiti dalle Convenzioni. La parte che ne autorizza l'utilizzo deve prevenirne l'abuso. I casi di abuso sono l'utilizzo di segni e simboli che imitano l'emblema; l'uso improprio da coloro che, pur autorizzati, lo impiegano in modo non conforme; le persone o enti non autorizzati che utilizzano l'emblema a scopo commerciale (studi medici, farmacisti, merchandising). La forma più grave di abuso è la perfidia, che si verifica quando, durante un conflitto armato, l'emblema viene utilizzato per proteggere o nascondere combattenti o mezzi militari nel compiere atti ostili. Il caso di perfidia rientra tra i crimini di guerra previsti dallo Statuto

²⁸ GC I, art.44

della Corte Penale Internazionale²⁹. L'utilizzo di un simbolo di protezione per compiere attacchi mina la fiducia riposta dalla popolazione verso il simbolo e ciò che rappresenta. Un caso è avvenuto nel gennaio del 2018, a Kabul, quando un attacco suicida per mezzo di un'ambulanza ha provocato almeno 95 vittime e 158 feriti ³⁰. Nel ricordo delle vittime e dei testimoni, l'immagine di un'ambulanza sarà sempre associata ad un attacco violento e non ad un simbolo di speranza.

In tempo di pace, l'emblema può essere utilizzato solo a scopo identificativo individuando le attività e le persone legate alle Società Nazionali.³¹ In accordo con la legislazione nazionale, l'emblema può essere utilizzato per identificare ambulanze e edifici di primo soccorso che forniscono un trattamento gratuito a feriti e malati, come ad esempio gli ospedali ed i posti di primo soccorso.³²

È previsto l'uso identificativo anche in caso di guerra, ma è direttamente correlato con la protezione sancita dalle Convenzioni. L'emblema di fatto identifica il personale autorizzato all'utilizzo e facilita l'identificazione di personale e mezzi che godono della protezione delle Convenzioni in caso di guerra. È importante chiarire che non è la presenza dell'emblema che garantisce la protezione, in

²⁹ ICC Statute, art.8 (2)(b)(vii)

³⁰ «Kabul Attack».

³¹ GC I art. 44(2)

³² GC I art. 44(4)

quanto è garantita dal DIU mediante le Convenzioni ed i Protocolli Aggiuntivi.³³

Il personale sanitario

Al fine di garantire la cura di feriti e malati, la protezione deve essere estesa al personale medico sia di professione sia volontario, per questo motivo il DIU ne definisce quindi lo stato e le caratteristiche.

Il personale medico deve essere assegnato in modo esclusivo nei compiti di diagnosi, trattamento e trasporto del malato. Sono incluse le attività di amministrazione e trasporto in appoggio alla cura sanitaria. L'assegnazione potrà essere sia permanente sia temporanea³⁴, in quest'ultimo caso la protezione è valida per il solo periodo in cui viene svolto il compito assegnato³⁵. Sono considerati personale sanitario le seguenti categorie professionali: medici, infermieri, tecnici, autisti e soccorritori. Le attività previste dal DIU sono quelle di ricerca, raccolta, trasporto, diagnosi, trattamenti dei feriti e dei malati ed infine prevenzione delle malattie.³⁶

³³ International Committee of the Red Cross, *Study on the use of the Emblems - Operational and commercial and other non operational issues*, 30.

³⁴ GC I art. 24; AP I art. 8 (c)

³⁵ GC I art. 25

³⁶ AP I, art. 8

Il personale sanitario è identificabile mediante l'utilizzo di un bracciale distintivo che riporta l'emblema riconosciuto dalle Convenzioni di Ginevra.³⁷

Il personale sanitario perde lo status di protezione nei casi in cui, ad eccezione del suo compito umanitario, compie atti dannosi per il nemico come nascondere personale combattente, armi o munizioni. Sono da considerarsi nell'ambito del mandato umanitario le azioni di difesa personale mediante il possesso di armi individuali leggere o la presenza presso l'unità sanitaria, di personale militare per ragioni mediche.³⁸

Una volta catturato, il personale sanitario mantiene il suo status di protezione, beneficia delle medesime disposizioni relative al trattamento dei prigionieri ma non deve essere considerato come un prigioniero di guerra³⁹. Non possono essere trattenuti se non per esigenze sanitarie degli altri prigionieri e nel momento in cui non sono necessari devono essere rilasciati.⁴⁰

Unità e mezzi sanitari

Le strutture ed i mezzi di trasporto sanitari beneficiano delle medesime protezioni del personale sanitario.

³⁷ GC I art. 38; GC I art. 40

³⁸ AP I art. 13

³⁹ GC I art. 28

⁴⁰ GC I art. 32

Le unità sanitarie devono essere organizzate per scopi sanitari come il trasporto, la diagnosi ed il trattamento di feriti e malati. L'assegnazione, in carico ad una parte del conflitto, può essere temporanea o permanente ma deve essere di tipo esclusivo.⁴¹

Le strutture, riconosciute ed autorizzate da almeno una delle parti in conflitto, non devono essere attaccate, devono essere protette e non devono essere utilizzate come scudo di obiettivi militari.⁴²

I mezzi sanitari di trasporto devono essere designati in modo esclusivo per il trasporto di feriti, malati, personale sanitario nonché di materiale sanitario come farmaci o altro materiale necessario a garantire le prestazioni sanitarie. L'assegnazione può essere temporanea o permanente.

Non godono della protezione del DIU le seguenti situazioni facilmente riscontrabili in un conflitto; il personale sanitario che, senza alcun mandato del CICR, svolge occasionalmente assistenza sanitaria oppure il mezzo privato utilizzato per il trasporto di feriti o di forniture sanitarie ed infine l'edificio, non riconosciuto da almeno una delle parti in conflitto, attrezzato a posto di primo soccorso. Non sono equiparabili ma l'effetto è il medesimo nel caso dell'ospedale utilizzato per nascondere armi o combattenti, l'ambulanza utilizzata per non subire i controlli dei militari o per avvicinarsi all'obiettivo

⁴¹ AP I art. 8 (e)

⁴² GC I art. 19; AP I art.12

senza destare sospetti, in tutti questi casi non è prevista la protezione del DIU.

II. Capitolo

Fatti che descrivono il fenomeno

Nel corso della storia contemporanea, i casi di attacchi a strutture sanitarie durante i conflitti armati non sono mancati. Il 18 novembre 1944 la nave ospedale Tübingen venne affondata da due aerei Beaufighter britannici. Dalle ricostruzioni sembra emergere che la Gran Bretagna fosse a conoscenza della presenza della nave ospedale in quanto la Germania avrebbe correttamente comunicato la rotta della nave stessa. Stando alle giustificazioni del comando britannico si è trattato di un incidente dovuto ad una combinazione di "sfortuna e stupidità".⁴³

Nel mese di ottobre del 2001, un complesso del Comitato Internazionale di Croce Rossa presso Kabul fu colpito da due bombe statunitensi, il complesso conteneva coperte ed altro materiale di supporto alla popolazione civile.⁴⁴ Dieci giorni dopo, il medesimo complesso venne nuovamente bombardato dall'aviazione statunitense.⁴⁵

⁴³ "[...] the incident was the result of a curious mixture of bad luck and stupidity." Dezayas, *The Wehrmacht War Crimes Bureau, 1939-1945 opera citata in* «United Kingdom/Germany, Sinking of the Tübingen in the Adriatic».

⁴⁴ ICRC Press, «News Release 01/43».

⁴⁵ Becker e Schmitt, «U.S. Planes Bomb a Red Cross Site».

In un pomeriggio del mese di gennaio 2009, il personale sanitario⁴⁶ nonostante le difficoltà riuscì a raggiungere il quartiere Zaytun di Gaza, oggetto di bombardamenti israeliani nei giorni precedenti. In una casa scoprirono quattro bambini accanto al corpo senza vita delle madri, i bambini e gli altri sopravvissuti erano troppo provati per poter raggiungere in autonomia un posto di cura. I soldati israeliani del vicino posto di controllo non prestarono alcun soccorso e aggravando ulteriormente la situazione minacciarono il personale sanitario ordinando loro di lasciare la zona ⁴⁷. In questo caso, è stato impedito l'accesso all'assistenza sanitaria ed il personale sanitario è stato minacciato con l'intento di impedire che svolgessero la loro attività di soccorso.

Un mese più tardi, in Sri Lanka, l'unico ospedale funzionante della regione di Vanni venne bombardato, molti dei 500 pazienti presenti furono feriti o uccisi e l'edificio venne seriamente danneggiato. Conseguentemente l'ospedale venne evacuato ed i pazienti sopravvissuti vennero trasferiti in una struttura nel nord-est della regione priva di acqua potabile, sottoponendo sia i pazienti sia il personale medico ad un ulteriore rischio sanitario ⁴⁸. Nello stesso anno, presso l'ospedale Ghazi Mohammed Khan Hospital nella provincia Wardak in Afganistan un gruppo di soldati fece irruzione

⁴⁶ Il 7 gennaio 2009, quattro ambulanze del Comitato Internazionale di Croce Rossa (ICRC) e della Mezzaluna Rossa Palestinese (PRCS), ottengono il permesso di raggiungere il quartiere Zeytun di Gaza, oggetto dei bombardamenti israeliani del 3 gennaio.

⁴⁷ International Committee of the Red Cross, «News Release 09/04».

⁴⁸ Ramesh, «Patients Killed in Cluster Bomb Attack on Sri Lankan Hospital»; «News Release 29/09».

alla ricerca di combattenti nemici feriti. Al personale medico venne richiesto, con minaccia di morte, di segnalare la presenza di soldati nemici tra i pazienti. Dopo questo caso, molti medici abbandonarono la professione per la mancanza di sicurezza personale. In Somalia nella capitale Mogadiscio, sempre nel 2009, durante la cerimonia di laurea della facoltà di medicina, un attacco suicida diretto ai quattro ministri presenti, provocò la morte del fondatore della facoltà di medicina e di molti dei docenti presenti. Molti degli studenti sopravvissuti abbandonarono la professione o lasciarono la Somalia⁴⁹. Era il secondo gruppo di medici che otteneva la laurea negli ultimi vent'anni, e il popolo somalo ne fu privato in un solo giorno⁵⁰. In questo caso, è evidente come un attacco non diretto ai medici e studenti presenti, possa aver provocato un danno maggiore al sistema sanitario somalo, costantemente impegnato nella formazione dei professionisti della sanità.

Nella battaglia di Aleppo in Siria, dal mese di luglio fino al mese di novembre 2016, diversi attacchi aerei russi o siriani⁵¹, bombardarono numerosi ospedali della zona est della città. L'ospedale M10 nel distretto di al-Sakhour venne bombardato quattro volte, rendendolo non operativo. In un attacco aereo del 28 settembre morì un dodicenne e rimase ferito il padre, venne danneggiata l'unità di

⁴⁹ Terry, «Violence against Health Care», 34.

⁵⁰ Health Care in Danger Project, «Health Care in Danger - Making the case», 4.

⁵¹ Il report del Consiglio Diritti Umani delle Nazioni Unite dichiara che non è stato possibile determinare l'origine degli attacchi, in quanto le armi ed i mezzi di offesa in dotazione dalla Repubblica Federale Russa e la Repubblica Siriana sono uguali. Human Rights Council, «A/HRC/34/64», par. 13.

terapia intensiva, distrutti i generatori ed i magazzini di combustibile ed acqua.⁵² I ripetuti attacchi verso le strutture sanitarie di Aleppo, nonostante fossero ben segnalate e non fossero presenti obiettivi militari nelle vicinanze e l'utilizzo della tecnica militare del doppio attacco⁵³, lasciano supporre alla presenza di una strategia militare di attacchi deliberati verso il personale medico. L'emblema non è più un simbolo di protezione, ma un bersaglio e per evitare ulteriori attacchi, le autorità sanitarie decisero di rimuovere gli emblemi per non essere maggiormente identificabili.⁵⁴

Gli episodi di violenza verificatisi in tutto il mondo sono un segnale di un fenomeno diffuso che desta preoccupazione. Non è mai stata effettuata una vera e propria analisi in merito agli attacchi all'assistenza sanitaria, e ad eccezione del Comitato Internazionale di Croce Rossa nessuna organizzazione internazionale si è assunta la responsabilità di elaborare strategie per la protezione delle strutture sanitarie⁵⁵. Le autorità sanitarie statali e pubbliche devono essere maggiormente consapevoli della protezione di cui gode l'assistenza sanitaria. Devono riunirsi e collaborare affinché individuino delle misure concrete per affrontare il tema e prevenire la violenza.

⁵² Human Rights Council, par. 30-40; «Syria, the Battle for Aleppo».

⁵³ Il doppio attacco o "follow-up attack" consiste nell'eseguire due attacchi a breve distanza l'uno dall'altro, in modo che con il secondo attacco si colpisca il personale giunto in soccorso delle vittime del primo.

⁵⁴ Human Rights Council, «A/HRC/34/64», par. 38, 39, 40.

⁵⁵ Rubenstein e Bittle, «Responsibility for protection of medical workers and facilities in armed conflict».

La popolazione deve essere informata e sensibilizzata sulle conseguenze degli attacchi a personale e strutture sanitarie, soprattutto sui danni causati all'intero sistema sanitario che potrebbero provocare conseguenze difficilmente recuperabili in tempi rapidi.

III. Capitolo

Health Care in Danger (HCiD), l'iniziativa del Comitato Internazionale di Croce Rossa

L'accesso alle cure ed all'assistenza sanitaria per i soldati malati e feriti in campo di battaglia è sempre stato al centro del mandato del Movimento di Croce Rossa e Mezzaluna Rossa. Il primo pensiero di Dunant, giunto nei pressi di Solferino, è stato verso i feriti lasciati morire sui campi di battaglia. Con la collaborazione delle donne di Castiglione delle Stiviere, Dunant organizzò l'assistenza sanitaria senza alcuna distinzione sulla nazionalità del ferito.

*Quoique chaque maison soit devenue une infirmerie, et que chaque famille ait assez à faire de soigner les officiers qu'elle a recueillis, j'avais néanmoins réussi, dès le dimanche matin, à réunir un certain nombre de femmes du peuple qui secondent de leur mieux les efforts que l'on fait pour venir au secours des blessés [...]*⁵⁶

Il rispetto e la dignità dei soldati feriti o malati è l'eredità lasciataci da Dunant. Il personale e le strutture sanitarie necessarie per tale scopo devono godere della medesima protezione. Purtroppo, nonostante queste idee siano state formulate da più di un secolo e

⁵⁶ Benché ogni casa sia diventata un'infermeria, e ogni famiglia abbia abbastanza da fare per curare gli ufficiali raccolti, io ero riuscito tuttavia dalla domenica mattina a riunire un certo numero di donne del popolo affinché assecondino al meglio gli sforzi che si fanno onde soccorrere i feriti; [...] Dunant, *Un Souvenir de Solferino* traduzione dei curatori.

consolidate dalle Convenzioni di Ginevra, universalmente accettate⁵⁷, si assiste ancora oggi ad attacchi e violenze contro gli operatori sanitari. Con il progetto Health Care in Danger si vuole consolidare il lavoro eseguito fino ad oggi ed attuare nuovi innovativi approcci al fine di ridurre i casi di aggressione nei confronti del personale sanitario.

L'iniziativa

L'iniziativa nasce nel 2008 quando il CICR avvia una sistematica raccolta dei dati relativi ad eventi o atti violenti che hanno avuto un impatto sull'assistenza sanitaria in sedici paesi, dove l'assistenza sanitaria stessa è considerata a rischio ⁵⁸.

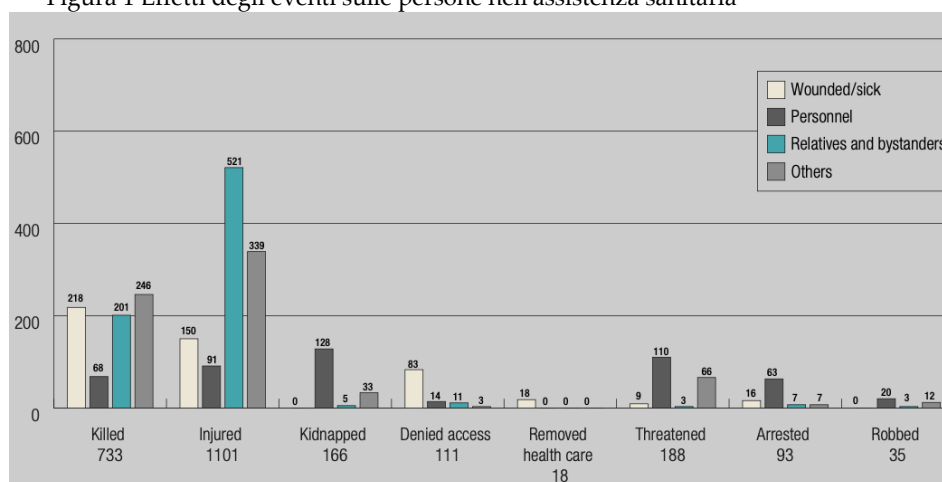
Il rapporto di ricerca *Health Care in Danger: A Sixteen-Country Study* è il risultato dello studio commissionato dal Comitato Internazionale di Croce Rossa (CICR). L'analisi dei 655 incidenti ha ulteriormente chiarito come gli attacchi alle strutture sanitarie e/o le minacce al personale sanitario possano compromettere la qualità delle cure prestate a feriti e malati. Nel 52,8% dei casi analizzati, 2.374 persone nel settore sanitario sono state direttamente colpite. Il 70,5% delle strutture sanitarie sono state colpite da attacchi armati o di altro genere. Nel 28,8% degli attacchi alle strutture sanitarie, sono state colpite le persone al suo interno o nelle vicinanze, mentre nel 17,5% dei casi, gli attacchi hanno colpito solo i locali ed i mezzi delle

⁵⁷ alla stesura del documento, la prima Convenzione di Ginevra del 12 agosto 1949, risultano presenti 196 ratifiche Fonte: «GCI - State Parties».

⁵⁸ Health Care in Danger Project, «HCiD: A Sixteen-Country Study».

strutture. Conseguentemente nel 45,6% dei casi analizzati il servizio di assistenza e cura sanitaria è stato sospeso, reso impossibile o limitato per un determinato periodo di tempo ⁵⁹.

Figura 1 Effetti degli eventi sulle persone nell'assistenza sanitaria⁶⁰



Il grafico mostra l'esito degli eventi in cui le persone sono state coinvolte.⁶¹ Il rapporto potrebbe essere sottostimato in quanto i dati raccolti non erano destinati allo studio della natura della violenza verso le strutture sanitarie. Le fonti (rapporti interne delle organizzazioni umanitarie o fonti esterne come i media) potrebbero aver posto maggior attenzione verso i casi più gravi, tralasciando alcuni casi minori pur impattanti.⁶²

⁵⁹ Health Care in Danger Project, 7.

⁶⁰ Health Care in Danger Project, fig. 1.

⁶¹ "Denied access" è considerato come causa di morte, non sono inclusi nelle cifre della categoria "Killed"

⁶² Health Care in Danger Project, «HCiD: A Sixteen-Country Study», 11.

Le risoluzioni della Conferenza Internazionale ed i successivi rapporti

Nel 2011, la 31^a Conferenza Internazionale della Croce Rossa e della Mezzaluna Rossa⁶³, adotta la risoluzione 4⁶⁴ nella quale esprime la preoccupazione per i continui attacchi alle strutture sanitarie ed alle forniture di materiale sanitario, nonché di minacce ed attacchi al personale sanitario. La situazione potrebbe impedire ai feriti ed ai malati di ricevere le cure di cui necessitano ed invita il Comitato Internazionale di Croce Rossa ad avviare i negoziati e le consultazioni necessarie al fine di redigere una serie di raccomandazioni pratiche per garantire l'accesso alle prestazioni sanitarie. L'esito delle consultazioni e le informazioni raccolte saranno presentate alla successiva Conferenza.

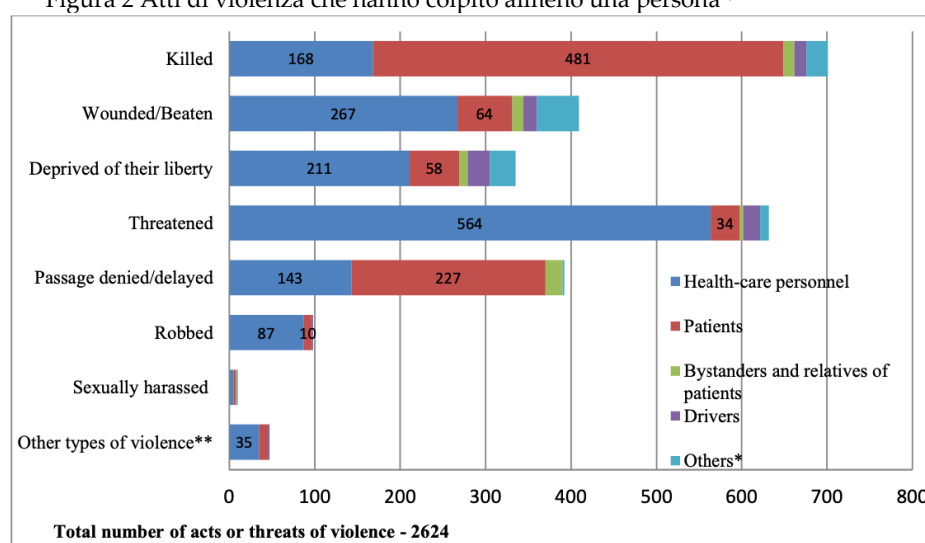
Sulla base di quanto riportato dal report sui sedici paesi, il Comitato Internazionale di Croce Rossa, seguendo il mandato assegnatogli dalla Conferenza Internazionale, avvia una raccolta sistematica dei casi relativi ad attacchi al sistema sanitario, coinvolgendo direttamente il personale sul campo. Le informazioni raccolte sul campo dei 22 paesi dove il Comitato è presente, permettono la redazione di una serie di rapporti.

⁶³ La 31^a Conferenza Internazionale delle Croce Rossa si è tenuta a Ginevra dal 28 novembre al 1° dicembre 2011. Hanno partecipato 164 stati, 183 Società Nazionali, 56 osservatori, il CICR e la Federazione Internazionale. <https://rcrcconference.org/about/previous-conferences/31st-international-conference/>

⁶⁴ 31st International Conference Red Cross and Red Crescent, «31IC/11/R5».

Nel biennio 2012-2013 ⁶⁵, sono stati rilevati 1809 incidenti, su 1092 di questi incidenti sono state coinvolte 2459 vittime su 2624 azioni violente.⁶⁶ Il grafico (Figura 2) mostra che 564 incidenti riguardano minacce (*threatened*) al personale sanitario, il numero dei pazienti uccisi (*killed*) è 481, mentre sono 227 i pazienti ai quali è stato negato l'accesso alle strutture sanitarie (*passage denied/delayed*).

Figura 2 Atti di violenza che hanno colpito almeno una persona ⁶⁷



* *Others*: Aid workers, relatives of health-care personnel.

***Other types of violence*: Torture, forced displacement of patients, forced evacuation of health-care facilities, forced disappearance, attacks that failed.

Molti dei casi documentati si riferiscono ad attacchi verso i mezzi sanitari di soccorso. Su 391 incidenti rilevati, 302 sono rivolti verso le ambulanze per un totale di 387 atti di violenza o minaccia, 80 verso

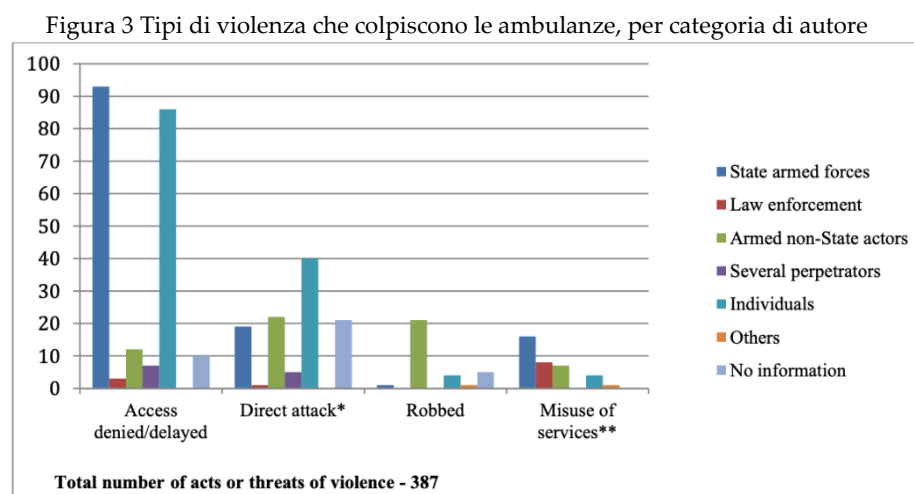
⁶⁵ Health Care in Danger Project, «HCiD - Violent incidents affecting the delivery of health care - January 2012 to December 2013».

⁶⁶ Il medesimo incidente può avere diverse categorie di vittime (personale medico, pazienti) colpite da diversi tipi di violenza (minacce, aggressioni eccetera)

⁶⁷ Health Care in Danger Project, «HCiD - Violent incidents affecting the delivery of health care - January 2012 to December 2013», fig. 2.

veicoli diversi dai mezzi tradizionali (mezzi privati, taxi, veicoli delle ONG) mentre 9 sono gli attacchi verso i mezzi non terrestri come aerei o navi.

Nel grafico riportato in Figura 3 sono visualizzati il tipo di violenza subita suddivisa per categoria di autore.



**Direct attack*: The ambulance was fired at, shelled, stoned, and so on.

** *Misuse of services*: Takeover, storing or transporting weapons, launching an attack from it, use for purposes other than medical ones.

Le categorie *Access denied/delayed* e *Direct attack*, sono le più comuni, mentre l'autore *Individuals* si concentra soprattutto nell'azione di impedire o ritardare l'accesso al mezzo di emergenza. Ne fanno parte, ad esempio, i dimostranti quando ostacolano la fornitura dell'assistenza sanitaria.⁶⁸

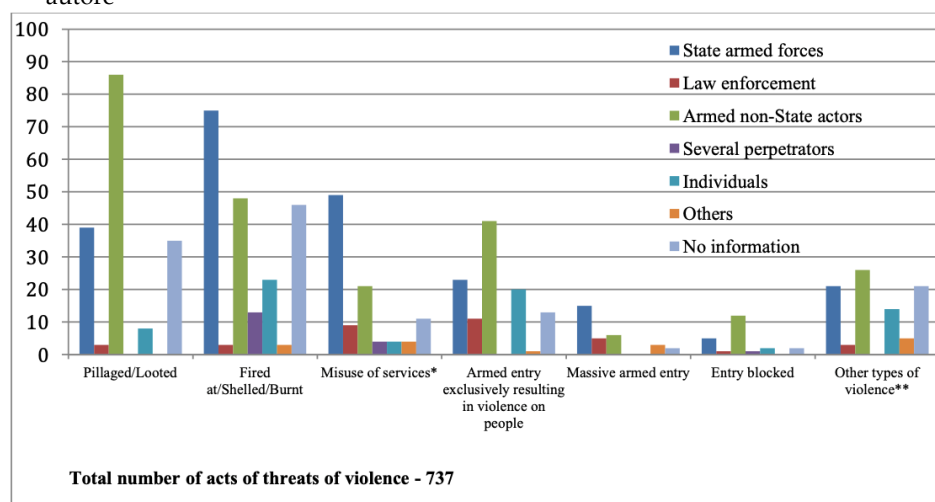
Nella maggior parte dei casi, l'accesso è stato negato o ritardato da individui o da forze militari statali. Il 62% dei casi si è verificato nei

⁶⁸ Health Care in Danger Project, cap. I.C.

pressi di un posto di blocco. Nel 74% dei casi, l'ambulanza è stata trattenuta per almeno un ora, ritardo che può essere fatale ⁶⁹.

Su 1809 casi documentati, 708 sono attacchi contro o all'interno di strutture sanitarie. Sono state registrati 737 azioni violente, per la maggior parte in capo alle forze armate statali (35%) oppure alle forze armate non statali (33%). Il grafico (Figura 4) riporta la suddivisione delle azioni violente per categoria del responsabile che ha commesso la violenza. La principale forma di violenza è l'attacco diretto tramite bombardamenti o sparatorie (*Fired at/Shelled/Burnt*) con 211 casi su 737, seguono il saccheggio o la razzia (*pillaged/looted*) con 171 casi su 737 ⁷⁰.

Figura 4 Tipi di violenza che coinvolgono le strutture sanitarie, per categoria di autore



* *Misuse of services*: Takeover, storing weapons, launching an attack from the facility, use for purposes other than medical ones.

** *Other types of violence*: Forced closure of the facility, threat of attack, break in, administrative decision.

⁶⁹ Health Care in Danger Project, cap. II.

⁷⁰ Health Care in Danger Project, cap. III.

Il numero delle persone indirettamente colpite non è però quantificabile ed è sicuramente maggiore rispetto ai numeri relativi agli attacchi diretti. La distruzione temporanea o permanente delle strutture sanitarie, la difficoltà nell'accedere alle strutture stesse e la carenza di personale sanitario, creano un "effetto a catena" che impatta su un numero maggiore di pazienti non rilevabile con un dato statistico.

Il rapporto inoltre evidenzia due aspetti che destano preoccupazione. Il primo è legato ai casi di attacchi in sequenza "*follow-up attacks*" al personale sanitario. Sono eseguiti con lo scopo di creare il maggior danno e disagio possibile, riguardano il personale sanitario coinvolto nelle fasi di assistenza o evacuazione delle vittime di un precedente evento. Il numero è complessivamente limitato (26 casi) ma è stato ritenuto sufficientemente serio da essere affrontato nel progetto Health Care in Danger.

Il secondo aspetto sono gli attacchi verso i programmi di vaccinazione, 64 casi in 8 contesti. Gli incidenti documentati sono relativi ad attacchi contro i centri di vaccinazione, verso il personale stesso oppure compiendo furti del materiale necessario per la vaccinazione, con lo scopo di bloccare il programma di vaccinazione

⁷¹.

⁷¹ Health Care in Danger Project, 13.

Questa tipologia di attacco e la specificità del colpire una campagna vaccinale, indica come l'intenzione degli aggressori sia di creare il maggior danno possibile anche nei confronti della popolazione.

Il quadro complessivo sui danni arrecati alle infrastrutture sanitarie raggruppa mezzi e strutture che subiscono attacchi. Le popolazioni che non hanno accesso alle strutture sanitarie a causa dell'instabilità militare nell'area in cui vivono rende difficoltoso ogni spostamento per la presenza di blocchi o confini invalicabili non dispongono di un'adeguata cura sanitaria. Gli stessi militari incaricati della protezione delle strutture sanitarie non sempre hanno l'adeguata formazione o non hanno a disposizione le procedure per non interferire con l'attività di cura. Le agenzie di polizia non sono coordinate con i sistemi sanitari e le loro operazioni non considerano l'impatto con l'accesso alle cure pre-ospedaliere; le loro attività all'interno delle strutture possono interferire con il personale sanitario fino a provocare l'interruzione del servizio. Il personale medico stesso mette a repentaglio l'assistenza sanitaria ignorando il criterio di priorità sanitaria e prediligendo la cura del personale delle forze armate a discapito della popolazione civile; oppure seguendo la propria ideologia nega l'assistenza a persone malate o ferite. Il quadro dei paesi altamente industrializzati e pacifici, non è migliore; arrivano vari segnali d'allarme relativi ad una diminuzione del rispetto nei confronti dell'infrastruttura sanitaria ⁷².

⁷² International Committee of the Red Cross, «ICRC HCiD Strategy 2020-2022».

Dai dati alla strategia

Sulla base dei dati raccolti, è stato possibile elaborare un'analisi e definire una strategia per garantire la protezione del personale e delle strutture sanitarie. Le maggiori criticità sono legate alla mancanza di rispetto dell'emblema come simbolo di protezione, alla difficoltà, da parte della popolazione civile, ad accedere alle strutture sanitarie ed alle minacce a cui è soggetto il personale medico nell'esercizio della propria attività.

Tra il 2012 ed il 2014 si sono tenuti dodici seminari, ai quali hanno partecipato, a vario titolo, associazioni, autorità, membri della società civile e religiosa, professionisti della sanità, membri delle forze armate e dei gruppi armati ⁷³. Le tematiche oggetto dei seminari sono state le seguenti:

- diritti e responsabilità del personale sanitario
- ruolo delle Società Nazionali nella protezione dell'assistenza sanitaria
- uso di pratiche militari che non impediscano l'accesso alle prestazioni sanitarie
- servizio di ambulanza e trattamento pre-ospedaliero
- la sicurezza delle strutture ed aree sanitarie
- quadro legislativo nazionale
- il ruolo della società civile e religiosa nella protezione dell'assistenza sanitaria

⁷³ 32nd International Conference Red Cross and Red Crescent, «32IC/15/19.4», 4.

- gruppi armati

Se volessimo raggruppare le tematiche per tipologia dei destinatari delle raccomandazioni, potremmo riassumerle in tre grandi macroaree: strutture ed aree sanitarie, società civile e politica, forze armate e gruppi armati.

La macroarea relativa all'area sanitaria include le problematiche in cui sono coinvolti il personale sanitario stesso, i mezzi di soccorso e di trasporto e gli edifici adibiti all'attività di assistenza sanitaria. Dai seminari è emersa la necessità di fornire al personale sanitario un'adeguata formazione al fine di fornire gli strumenti e le conoscenze necessarie per operare in situazioni di conflitto o di emergenza. A tale scopo l'iniziativa HCiD ha elaborato il documento *Health Care in Danger: The Responsibilities of Health-Care Personnel Working in Armed Conflicts and Other Emergencies*⁷⁴ ed ha sviluppato due moduli in modalità e-learning, il primo *Health Care in Danger: the legal framework*⁷⁵ offre una panoramica sul quadro normativo, mentre il secondo *The rights and responsibilities of health-care personnel working in armed conflict and other emergencies*⁷⁶ offre un quadro più approfondito sui rischi e sulle responsabilità del personale medico⁷⁷. La formazione e la tutela del personale sanitario è un tema emerso

⁷⁴ <https://www.icrc.org/en/publication/4104-health-care-danger-responsibilities-health-care-personnel-working-armed-conflicts>

⁷⁵ <https://elearning.icrc.org/healthcareindanger-legal-framework/en>

⁷⁶ <https://elearning.icrc.org/healthcareindanger-2015/en/>

⁷⁷ 32nd International Conference Red Cross and Red Crescent, «32IC/15/19.4», 3.

anche nei seminari relativi al ruolo che devono assumere le Società Nazionali in particolare nei confronti dei propri volontari. Le difficoltà riscontrate sono anche in questo caso dovute alla mancanza di una garanzia di sicurezza nell'operare in situazioni critiche, causata anche dall'assenza di rispetto dell'emblema e dalla mancanza di capacità di reazione, del volontario stesso, in situazioni complesse e pericolose ⁷⁸. Il servizio di ambulanza ed assistenza pre-ospedaliera fornisce l'assistenza immediata e direttamente sul luogo dell'incidente. La difficoltà nel garantire la continuità del servizio, gli attacchi ai mezzi ed all'equipaggio delle ambulanze, l'uso improprio dei mezzi e l'ostruzione all'utilizzo od al passaggio da parte di terzi sono tra le criticità emerse che sono state riassunte nel documento *Ambulance and pre-hospital services in risk situations*⁷⁹. Le proposte di soluzione ⁸⁰ richiedono il miglioramento del quadro normativo nazionale, una maggior tutela del personale sanitario sia tramite la formazione dei soccorritori sia tramite un sostegno psico-sociale ⁸¹.

Se non è possibile garantire la sicurezza delle strutture sanitarie ed il corretto funzionamento anche in situazioni critiche e pericolose, non è possibile garantire un servizio di cura adeguato. Nei due seminari di approfondimento, ai quali hanno partecipato anche

⁷⁸ 32nd International Conference Red Cross and Red Crescent, 4.

⁷⁹ <https://healthcareindanger.org/wp-content/uploads/2015/09/icrc-002-4173-ambulance-pre-hospital-services.pdf>

⁸⁰ Il documento, elaborato nel corso del seminario, rispecchia le presentazioni e le discussioni emerse nell'ambito del seminario stesso, non è una guida di riferimento, le soluzioni proposte devono essere contestualizzate.

⁸¹ 32nd International Conference Red Cross and Red Crescent, «32IC/15/19.4», 5.

l'Organizzazione Mondiale per la Sanità (OMS), l'International Hospital Federation e Médecins Sans Frontières, viene elaborato il documento *Ensuring the preparedness and security of health-care facilities in armed conflict and other emergencies*⁸², al cui interno sono state incluse una serie di raccomandazioni al fine di adottare le opportune misure preventive dirette alla protezione delle strutture sanitarie.

Nell'ambito della società civile e politica si sono tenuti due seminari, uno sul ruolo che la società civile ed in particolare i capi religiosi possono assumere per ridurre le aggressioni al sistema sanitario; ed uno sull'importanza di un quadro normativo locale ed efficace che sia in grado di proteggere sia i sanitari sia i pazienti. Quest'ultimo seminario, svoltosi a Bruxelles nel 2014, si è concluso con la stesura di un documento guida *Domestic Normative Frameworks for the Protection of Health Care*⁸³ e la definizione di alcune aree d'intervento, tra queste l'introduzione di sanzioni efficaci nei casi di violazione delle norme di protezione dell'assistenza sanitaria. Su questo argomento affronteremo poi nel dettaglio la situazione della legislazione italiana.

Com'è utile fornire un'adeguata formazione al personale sanitario, è altrettanto utile, se non prioritario, formare il personale militare, sia che faccia parte delle forze armate sia dei gruppi armati. Un

⁸² <https://healthcareindanger.org/wp-content/uploads/2015/09/icrc-002-4239-ensuring-preparedness-security-health-care-facilities.pdf>

⁸³ <https://healthcareindanger.org/wp-content/uploads/2015/09/icrc-002-4215-domestic-normative-frameworks-for-the-protection-health-care.pdf>

seminario ed una serie di colloqui con i gruppi armati hanno prodotto dei documenti “guida”.

Il seminario con le forze armate, ha prodotto il rapporto *Promoting Military Operational Practice that Ensures Safe Access To and Delivery of Health Care*⁸⁴ dove ha trattato tre aree di interesse ed altrettanti obiettivi specifici. La prima riguarda la riduzione dei ritardi nei trasporti di feriti o malati, causati dai posti di blocco o di controllo, tra le soluzioni proposte si cita l'introduzione di una corsia preferenziale per il passaggio dei mezzi sanitari. Un'ulteriore area d'interesse è il rispetto e la protezione delle strutture sanitarie durante le operazioni militari di ricerca del nemico, è fondamentale quindi formare il personale militare affinché sia consapevole dello stato di protezione di cui godono i luoghi di cura. Ed infine l'area relativa ad evitare o ridurre al minimo i danni alle strutture sanitarie causati dagli attacchi ad obiettivi militari nelle vicinanze. In questo caso si deve presupporre che i danni causati alle strutture sanitarie non siano intenzionali, è auspicabile che tali strutture non siano posizionate vicino ad obiettivi militari, se ciò fosse inevitabile, nel pianificare ed eseguire un attacco, si devono prendere tutte le precauzioni possibili per evitare di colpire un obiettivo civile. Un primo passo è già stato compiuto, sia il Comitato Internazionale di Croce Rossa, sia la NATO hanno già incluso, nei loro programmi di

⁸⁴ <https://healthcareindanger.org/wp-content/uploads/2015/09/icrc-002-4208-promoting-military-op-practice-ensures-safe-access-health-care.pdf>

formazione, le raccomandazioni incluse nel rapporto redatto dal seminario⁸⁵.

La gestione dei gruppi armati è stata più complessa, solitamente sono gruppi organizzati che non rispondono ad un'autorità statale ⁸⁶, in alcuni casi probabilmente si sostituiscono allo stato. Il CICR non ha scelto la soluzione del seminario "tradizionale" e per due anni ha incontrato fino a 36 gruppi armati. Al termine di queste consultazioni è stato redatto il rapporto *Safeguarding the Provision of Health Care: Operational Practices and Relevant International Humanitarian Law concerning Armed Groups*⁸⁷. Il rapporto include le osservazioni emerse durante le consultazioni ed una serie di casi studio da utilizzare come una sorta di guida di riferimento. Considerata la varietà dei gruppi armati, sia per tipologia sia per collocazione geografica, le raccomandazioni presenti nel rapporto non possono essere applicate tali e quali su tutti i gruppi armati, ma dovranno essere adattate a seconda del caso e della situazione. Nel 2015, la 32^a Conferenza Internazionale delle Croce Rossa⁸⁸ adotta una nuova risoluzione⁸⁹

⁸⁵ 32nd International Conference Red Cross and Red Crescent, «32IC/15/19.4», 4.

⁸⁶ Health Care in Danger Project, «Safeguarding the Provision of Health Care: Operational Practices and Relevant International Humanitarian Law concerning Armed Groups», 11.

⁸⁷ <https://healthcareindanger.org/wp-content/uploads/2015/09/icrc-002-4243-safeguarding-the-provision-of-health-care.pdf>

⁸⁸ La 32^a Conferenza Internazionale si è tenuta a Ginevra dall'8 al 12 dicembre 2015. Vi hanno partecipato 169 Stati, 183 Società Nazionali e 102 agenti ed interlocutori umanitari. <https://rcrcconference.org/about/previous-conferences/32nd-international-conference/>

⁸⁹ 32nd International Conference Red Cross and Red Crescent, «32IC/15/R4».

dove esorta Stati e Società Nazionali ad intraprendere una serie di azioni al fine di

[...] to raise awareness, promote preparedness to address and address violence against the wounded and sick, health-care personnel and facilities, and medical transports, especially at a national level, bearing in mind existing roles, mandates and capacities,[...] ⁹⁰

Le raccomandazioni contenute nella risoluzione sono rivolte principalmente agli stati, alle loro istituzioni ed alle Società Nazionali del movimento. La formazione e la presa di coscienza della natura e gravità del problema rimane centrale. A livello nazionale la legislazione dovrà essere adeguata al fine di garantire il rispetto degli obblighi internazionali e dell'emblema come simbolo di protezione. Il DIU, abbiamo visto, ha competenza nell'ambito dei conflitti armati internazionali, ne sono quindi esclusi i casi di aggressioni al di fuori dei conflitti armati internazionali, come le guerre civili o le aggressioni⁹¹ in tempo di pace. Il personale militare e quello di sicurezza, nell'operare entro i confini delle loro competenze devono includere nelle loro procedure d'intervento i provvedimenti necessari al fine di garantire la protezione di feriti e malati. Le buone pratiche devono essere condivise a livello regionale e internazionale al fine di estenderne l'efficacia.

⁹⁰ 32nd International Conference Red Cross and Red Crescent.

⁹¹ aggressioni non organizzate ad opera di gruppi o singoli

Il personale sanitario dovrà essere adeguatamente formato, la consapevolezza dei propri diritti e responsabilità è utile affinché possano operare in sicurezza e tranquillità. Il processo di formazione dovrà essere garantito sia dalle Società Nazionali, nei confronti dei propri volontari, sia dal mondo accademico, ad esempio dalle facoltà universitarie e dagli istituti di formazione professionale.⁹²

Revisione della strategia, l'iniziativa oggi

In questi ultimi anni la strategia organizzativa dell'iniziativa si è consolidata all'interno del CICR ed il "marchio" HClD è conosciuto sia all'interno del Movimento sia all'esterno. L'iniziativa lavora in tre aree, distinte ma interconnesse fra loro.

La prima più operativa riguarda il miglioramento ed il consolidamento delle buone pratiche elaborate fino ad oggi. Gli obiettivi sono: condizionare/modificare le procedure del personale militare, assistere gli Stati nell'elaborazione di una legislazione locale che tuteli maggiormente il personale sanitario, sviluppare una maggior resilienza nel personale sanitario ed infine la promozione di un cambiamento nel comportamento della popolazione civile.

La seconda area è legata alla costruzione di gruppi di portatori d'interesse regionali e/o nazionali: le "communities of concern" (CoCs). Le CoCs sono gruppi di portatori d'interesse che operano all'interno dei confini territoriali o nazionali e lavorano per migliorare la

⁹² 32nd International Conference Red Cross and Red Crescent, «32IC/15/R4».

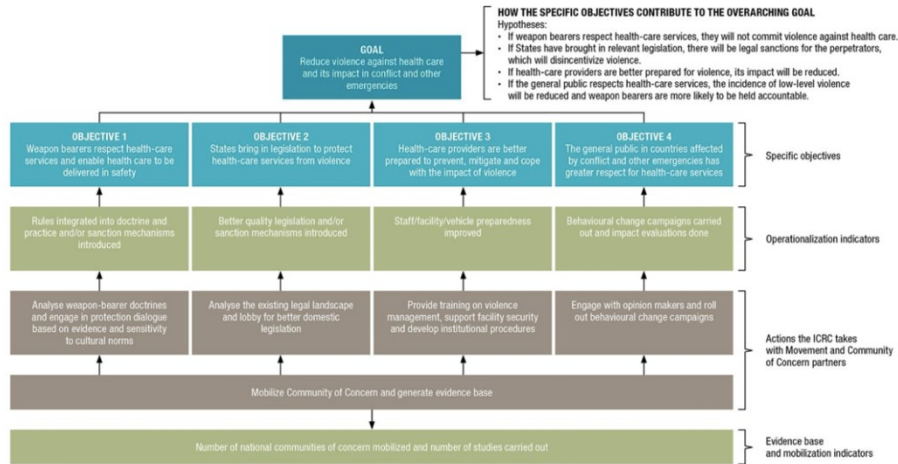
protezione degli operatori sanitari. Sono solitamente composti dai rappresentanti delle associazioni dei professionisti sanitari, dai rappresentanti degli istituti sanitari e delle associazioni che operano nel settore del servizio di emergenza territoriale. Sono, inoltre, presenti le istituzioni responsabili delle politiche sanitarie e altri portatori d'interesse che potrebbero contribuire attivamente nell'individuare una soluzione condivisa. Le CoCs locali avvantaggiati dalla vicinanza e dalla conoscenza del territorio in cui operano avranno un ruolo di mobilitazione sui portatori d'interesse e di progettazione di nuove politiche per una protezione più efficace.

Ed infine, l'iniziativa si basa sulla creazione ed il mantenimento di una rete di collaborazione tra istituti pubblici sanitari ed istituti di ricerca con lo scopo di ottenere prove sui modelli di violenza, sui costi per l'assistenza sanitaria e sull'impatto che potrebbero avere eventuali pratiche di prevenzione. La ricerca a livello locale consentirà l'elaborazione di strategie di prevenzione basate sulla realtà territoriale, e potrà contribuire alla stesura di una visione panoramica globale delle tendenze del fenomeno, rendendo maggiormente visibile la realtà della violenza contro l'assistenza sanitaria ⁹³.

⁹³ International Committee of the Red Cross, «ICRC HCiD Strategy 2020-2022».

Figura 5 Grafico HCiD - Theory of Change⁹⁴

HEALTH CARE IN DANGER – THEORY OF CHANGE



La nuova strategia dell’iniziativa HCiD, è determinata dalla “HCiD Theory of Change” ed è suddivisa in quattro obiettivi. L’adozione di politiche e pratiche militari destinate ad assicurare il rispetto dei servizi sanitari, l’adozione di un sistema legislativo nazionale che ne garantisca la protezione, la formazione di personale sanitario resiliente in grado di affrontare se non prevenire la violenza nei loro confronti ed infine l’aumento del rispetto per l’assistenza sanitaria da parte della popolazione, sia nei conflitti armati sia in altre emergenze.

Per prevenire l’inasprimento dei casi di violenza nei paesi o territori dove non è presente una condizione di conflitto armato è essenziale “educare e preparare” la popolazione al rispetto dei sistemi sanitari, aumentando la consapevolezza dei danni provocati dalla violenza

⁹⁴ International Committee of the Red Cross, 10.

sull'assistenza sanitaria, che si traduce in una diminuzione del servizio offerto.

Il progetto HciD prevede una campagna comunicativa con un forte impatto emotivo. Nel 2011, con lo slogan "It's a life or death matter", compaiono i primi video di sensibilizzazione sul tema. Nel video intitolato "Health-care workers must not be attacked – On The Frontline" una voce fuori campo accompagna le immagini di volontari, infermieri e medici impegnati nella cura di feriti e malati durante un conflitto armato, differenziandoli dal personale militare perché non indossano giubbetti antiproiettile, non rispondono al fuoco e non usano armi pesanti. Il video si conclude con un gruppo di civili ed operatori sanitari diventati il bersaglio di un mezzo corazzato e lo slogan "It's a life or death matter"⁹⁵.

Se nel video del 2011 il messaggio era focalizzato direttamente sull'operatore sanitario, sette anni più tardi, si attualizza. Nel video "Why we can't save her life – On the Frontline"⁹⁶ il richiamo è ai conflitti del Medio Oriente, dove assistiamo alla disperazione di un padre che conduce la figlia Raya, visibilmente ferita e sofferente verso l'ospedale della zona. Il tempo scorre, la destinazione non è vicina, la speranza lentamente si affievolisce con il sopraggiungere della stanchezza nella bambina. Cala sempre di più quando la macchina rimane bloccata nel traffico cittadino, e muore

⁹⁵ *Health-care workers must not be attacked | On The Frontline.*

⁹⁶ *Why we can't save her life | On The Frontline.*

definitivamente, quando il padre con la figlia in braccio, arriva a destinazione. Dell'ospedale bombardato rimangono solo macerie e l'ultima speranza svanisce. Nel suo sguardo si legge tutta la disperazione per non poter far nulla per salvare la figlia e l'immagine si chiude con la sovrascritta "No hospitals. No hope. Every day, health workers are attacked in war zones. Healthcare is #NotATarget". Il messaggio vuole evidenziare come il danno sia maggiore quando ad essere colpite sono le strutture sanitarie impedendo l'accesso ai civili.

Il video della Croce Rossa Belga, nel 2017, utilizza l'analogia con una partita di calcio, lo scenario esce dal conflitto armato, si cala all'interno della quotidianità del tempo di pace. Il video "*Patients, health workers, hospitals and ambulances are #NotATarget*" è ambientato in uno stadio di calcio durante una partita, gli animi sugli spalti si scaldano, come ci si aspetta in queste situazioni. Un calciatore s'infortuna, entrano in campo i soccorritori. All'improvviso uno sparo, sullo stadio cade il silenzio. Uno dei soccorritori rimane colpito a terra e non si muove. La frase in sovra impressione dice: "*we would never accept this here*⁹⁷", lo scenario cambia le immagini che scorrono sono quelle di un conflitto, la frase recita "*we should not accept it anywhere*⁹⁸" le azioni del conflitto sembrano reali, a differenza della partita di calcio che è palesemente ricostruita. Le immagini si chiudono con un appello ad agire "Tell everyone health

⁹⁷ in rosso sul video originale

⁹⁸ in rosso sul video originale

workers are #NotATarget". Se i video precedenti richiamavano alle conseguenze degli attacchi al personale sanitario, in quest'ultimo video gli autori, utilizzano uno scenario più quotidiano. Il coinvolgimento dello spettatore esterno è più diretto perché riesce ad immedesimarsi nel proprio quotidiano. L'appello finale alla condivisione è una richiesta di azione, all'elaborazione di un pensiero sull'agire o meno ⁹⁹.

Lo slogan "It's a life or death matter" ha un duplice significato, figurato nell'evidenziare che è una questione di vitale importanza e letterale nel ricordare che l'assenza di un adeguato servizio sanitario può fare la differenza fra la vita e la morte. L'utilizzo dell'hashtag #NotATarget potenzia il megafono del messaggio della campagna, utilizzandolo come ricerca sui vari social media è possibile trovare anche i video di altre associazioni operanti nei conflitti armati come di istituti ospedalieri di paesi dove non è presente alcun conflitto.¹⁰⁰

⁹⁹ *Patients, health workers, hospitals and ambulances are #NotATarget.*

¹⁰⁰ La ricerca di #NotATarget sul sito web Youtube ha estratto 475 video e 277 canali, la ricerca presenta naturalmente dei limiti, in quanto l'uso dell'hashtag non è vincolato. Dalla ricerca è comunque possibile visualizzare i video di sensibilizzazione di alcune agenzie delle Nazioni Unite come WHO e FAO oppure di organizzazioni come Médecins Sans Frontières. <https://www.youtube.com/hashtag/notatarget> consultato il 27/10/2022.

IV. Capitolo

Non sono un bersaglio, la campagna della società nazionale di Croce Rossa Italiana

La protezione del personale sanitario non deve essere circoscritta alle situazioni di conflitto ad opera del personale militare. Si registrano casi di violenza verso il personale sanitario anche in paesi in pace ed altamente industrializzati sui quali non opera il CICR. L'andamento di questi casi è in crescita, soprattutto durante la pandemia Covid si sono registrati casi di aggressioni da parte di individui, gruppi e forze dell'ordine.¹⁰¹ Nelle pagine precedenti abbiamo visto come l'iniziativa HClD preveda il coinvolgimento e la creazione di COCs a livello regionale e nazionale. In questa parte affronteremo come Croce Rossa Italiana, in collaborazione con associazioni ed istituzioni, ha applicato le raccomandazioni della Conferenza Internazionale.

Il contesto italiano

Nel documento descrittivo della nuova strategia 2020-2022 dell'iniziativa HClD emerge la preoccupazione sull'aumento delle aggressioni dirette al personale sanitario. Sui principali media italiani sia locali sia nazionali periodicamente emergono notizie

¹⁰¹ International Committee of the Red Cross, «HCID Eurasia Regional Meeting Report 2021 3-4 February 2021», 55.

preoccupanti relative ad aggressioni verso il personale o le strutture sanitarie. Mezzi volutamente danneggiati ¹⁰², mezzi rubati per soccorrere gli amici ¹⁰³, e in piena pandemia Covid personale aggredito da negazionisti che accusavano i sanitari di creare terrore ¹⁰⁴ oppure HUB vaccinali danneggiati o saccheggianti.¹⁰⁵

In Italia a partire dal 2018, Croce Rossa Italiana, nella persona del vicepresidente Rosario Velastro, esprimeva le medesime preoccupazioni ed annunciava la campagna di monitoraggio e sensibilizzazione “Non Sono Un Bersaglio”¹⁰⁶. Il primo atto è la creazione dell’osservatorio interno all’associazione con il compito di raccogliere le denunce di aggressione. Sono gli stessi volontari che utilizzando il portale dedicato su GAIA¹⁰⁷, possono compilare il modulo di segnalazione aggressione¹⁰⁸ inserendo dati come l’anno dell’evento, la tipologia del servizio in corso, la fascia oraria, la tipologia dell’evento violento, la tipologia di violenza subita e altre informazioni utili al fine di stilare un rapporto sul fenomeno. A

¹⁰² «Taranto, in fiamme un’ambulanza della Croce Rossa in servizio 118».

¹⁰³ «Napoli, sequestrano un’ambulanza della Croce Rossa per soccorrere un parente: fermate due persone».

¹⁰⁴ «Rivoli: ambulanza della Croce Rossa Italiana aggredita».

¹⁰⁵ «Covid: vandali nell’hub di Afragola, distrutte le fiale di vaccino».

¹⁰⁶ Croce Rossa Italiana, «“Non sono un bersaglio” raccontata dal Vicepresidente Rosario Valastro».

¹⁰⁷ GAIA è l’acronimo di Gestione Avanzata ed Integrata dell’Anagrafica, è un’applicazione web sviluppata nel 2015 dal Comitato Provinciale di Catania di Croce Rossa Italiana, il suo utilizzo è stato esteso a tutti i Comitati Locali di Croce Rossa Italiana. L’accesso è limitato ai soli volontari dell’associazione. <https://gaia.cri.it/informazioni/>

¹⁰⁸ <https://report.cri.it/form/osservatorio> Accesso mediante credenziali volontario Croce Rossa Italiana. I dati vengono trattati secondo la normativa vigente e trasmessi in forma anonima all’ufficio competente.

distanza di un anno dall'avvio dell'osservatorio, sono state raccolte mediamente sette denunce al mese. Il 70% delle segnalazioni sono relative al servizio di trasporto e soccorso in ambulanza, e nel 45% dei casi l'aggressione è stata di tipo violenza fisica. Dall'analisi dei dati emerge in modo preoccupante la tipologia dell'aggressore; nel 27% dei casi l'aggressione è avvenuta da parte di un gruppo di persone e nel 30% circa l'aggressore non era direttamente coinvolto nell'evento di soccorso ¹⁰⁹.

Impatto sulla legislazione italiana

Il Ministero della Salute, nella seconda metà del 2018, ha avviato l'iter legislativo per fronteggiare il fenomeno delle aggressioni. Il disegno di legge ha subito varie modifiche, rispetto alla stesura iniziale, durante l'iter parlamentare e è giunto in Senato per l'approvazione finale nel mese di agosto del 2020. La legge n. 113 del 14 agosto 2020, riguardante "Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni" è entrata in vigore il 24 settembre 2020¹¹⁰.

La legge prevede l'istituzione di un osservatorio nazionale di cui ne faranno parte gli ordini professionali interessati, le associazioni di pazienti, le organizzazioni di settore oltre alle istituzioni come i

¹⁰⁹ Croce Rossa Italiana, «Osservatorio sulle aggressioni ai volontari CRI: un anno di segnalazioni».

¹¹⁰ Legge 14 agosto 2020 n.113 "Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni."

<http://www.normattiva.it/eli/stato/LEGGE/2020/08/14/113/ORIGINAL>

Ministeri dell'Interno, della Difesa, della Giustizia e del Lavoro ¹¹¹. L'osservatorio dovrà monitorare gli episodi di violenza commessi ai danni degli operatori sanitari, dovrà inoltre promuovere uno studio per individuare e definire delle proposte al fine di ridurre l'incidenza dei casi di violenza. L'osservatorio avrà il compito di introdurre un percorso formativo, rivolto al personale sanitario, per la prevenzione e gestione delle situazioni di conflitto¹¹². Al Ministero della Salute viene assegnato il ruolo di promozione di iniziative di sensibilizzazione sull'importanza del rispetto delle professioni sanitarie, mediante l'istituzione di progetti di comunicazione istituzionale ¹¹³. Gli articoli 4, 5, 6 e 9 hanno effetto su alcune fattispecie specifiche presenti nel Codice Penale; questi articoli introducono delle misure di aggravamento delle pene e sanzioni già previste. La modifica¹¹⁴ dell'art. art.583-quater del Codice Penale, include le professioni sanitarie e socio-sanitarie "a causa delle funzioni o del servizio" e inasprisce la pena nel caso di lesioni personali gravi o gravissime.

Le stesse pene si applicano in caso di lesioni personali gravi o gravissime cagionate a personale esercente una professione sanitaria o socio-sanitaria nell'esercizio o a causa delle funzioni o del servizio, nonché' a chiunque svolga attività ausiliarie di cura, assistenza sanitaria o soccorso, funzionali

¹¹¹ L.113/2020 art.2 c.1

¹¹² L.113/2020 art.2 c.1 a), c), f)

¹¹³ L.113/2020 art.3

¹¹⁴ L.113/2020 art.4

*allo svolgimento di dette professioni, nell'esercizio o a causa di tali attività.*¹¹⁵

La modifica¹¹⁶ all'art.61 del Codice Penale include le violenze e le minacce al personale sanitario, non solo nell'esercizio delle funzioni ma anche "a causa di".

*[...] 11-octies) l' avere agito, nei delitti commessi con violenza o minaccia, in danno degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nonché' di chiunque svolga attività ausiliarie di cura, assistenza sanitaria o soccorso, funzionali allo svolgimento di dette professioni, a causa o nell'esercizio di tali professioni o attività.*¹¹⁷

Le modifiche¹¹⁸ agli articoli 581 e 582, relativi rispettivamente a percosse e lesione personale, escludono le aggravanti dell'art.61 11-octies dalla necessità di querela della persona aggredita.

*[...](Si procede tuttavia d'ufficio se ricorre taluna delle circostanze aggravanti previste negli articoli 61, numero 11-octies)[...]*¹¹⁹

Inoltre l'articolo 8 della nuova legge istituisce la "Giornata nazionale di educazione e prevenzione contro la violenza nei confronti degli operatori sanitari e socio-sanitari".

¹¹⁵ art.583-quater, comma 4, C.P.

¹¹⁶ L.113/2020 art.5

¹¹⁷ art. 61, 11-octies, C.P.

¹¹⁸ L.113/2020 art.6

¹¹⁹ art. 582 c.2, C.P.

È istituita la «Giornata nazionale di educazione e prevenzione contro la violenza nei confronti degli operatori sanitari e socio-sanitari», volta a sensibilizzare la cittadinanza a una cultura che condanni ogni forma di violenza.¹²⁰

Con successivo Decreto Ministeriale la giornata viene individuata nel 13 marzo in concomitanza con la “Giornata europea di sensibilizzazione contro la violenza nei confronti dei medici ed altri operatori sanitari” promossa dal Consiglio degli Ordini dei medici europei (CEOM) ¹²¹.

Ad oggi i dati sulle aggressioni al personale sanitario sono limitati, l’osservatorio nazionale, istituito con la legge 113/2020, è stato costituito solamente all’inizio del 2022 ¹²². L’osservatorio istituito da Croce Rossa Italiana è rivolto ai soli volontari dell’associazione; non può rappresentare un campione significativo dei professionisti del settore vittime di violenza. Il 12 marzo 2022, in occasione della prima edizione della Giornata nazionale, l’istituto INAIL ha pubblicato un rapporto sullo stato degli infortuni sul lavoro derivanti da aggressioni e minacce. I dati, relativi agli episodi dal 2016 al 2020, riferiscono di approssimativamente 12000 casi totali per una media annuale di 2.500 casi. Il 46% di queste segnalazioni sono state rilevate

¹²⁰ L.113/2020 art. 8 c.1

¹²¹ «Ministro Speranza firma decreto: il 12 marzo si celebra la Giornata nazionale di educazione e prevenzione contro la violenza nei confronti degli operatori sanitari e socio-sanitari».

¹²² «Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e sociosanitarie».

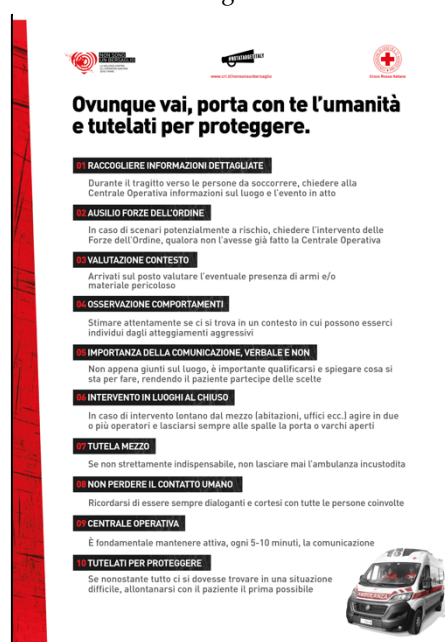
negli ospedali, case di cura, istituti, cliniche e policlinici universitari. Il dato è considerato sottostimato, in quanto l'INAIL registra i casi legati ad una denuncia d'infortunio. Sono escluse da questo conteggio le categorie non contemplate nella rilevazione dell'INAIL oppure le aggressioni di minore entità per le quali non viene effettuata alcuna denuncia di malattia.¹²³

A partire dal 2018, Croce Rossa Italiana ha avviato un processo di formazione interna rivolto ai propri volontari. È stato distribuito un decalogo con le linee guida da seguire per prevenire e saper gestire eventuali casi di violenza. A livello nazionale, è stata avviata una prima campagna d'informazione sulle principali testate giornalistiche e televisive.

La campagna si focalizza sul concetto dei danni derivanti da un'aggressione verso il personale sanitario. Aggredire un operatore sanitario è

principalmente un danno diretto alla comunità e tutti ne pagano indirettamente le conseguenze. Questa situazione di tensione non

Figura 6 Decalogo Croce Rossa Italiana Non Sono Un Bersaglio



¹²³ «Prevenzione della violenza contro gli operatori sanitari, il 12 marzo la Giornata nazionale».

appartiene solamente a paesi in situazioni di conflitto ma è presente e si verifica nelle nostre strutture sanitarie e di soccorso¹²⁴.

¹²⁴ Croce Rossa Italiana, «In crescita le aggressioni ai soccorritori: Croce Rossa lancia la campagna “Non sono un bersaglio”».

Conclusioni

Il sistema sanitario di un paese in stato d'emergenza umanitaria, indipendentemente dalle cause dell'emergenza stessa, è sottoposto ad una condizione di pressione tale che se non è ben strutturato rischia di soccombere. Gli attacchi diretti alle strutture sanitarie, l'impedire ai servizi di emergenza di raggiungere il luogo dell'incidente e le minacce verso il personale sanitario sono aggravanti che pongono ulteriori pressioni ad un sistema già delicato.

Il diritto di Ginevra, riconoscendo l'importanza di un'assistenza sanitaria adeguata, prevede la tutela delle strutture e del personale sanitario. Sono norme universalmente riconosciute, tuttavia non sempre vengono rispettate. Si rende quindi necessaria un'azione più incisiva intervenendo su più fronti interconnessi fra loro.

Il progetto HCiD ha focalizzato i temi sui quali intervenire e la diffusione della consapevolezza del fenomeno su diverse aree d'azione. La prima area è nell'ambito del personale sanitario che può essere soggetto ad una perdita in termini di copertura delle prestazioni in assenza di un'adeguata formazione sulle capacità di affrontare il lavoro in situazioni di pressione. Il secondo punto è rappresentato dall'area strutturale sanitaria dove si riconosce l'importanza di un intervento sull'infrastruttura fisica (edifici e trasporti) al fine di ridurre al minimo il disagio in caso di emergenza. Infine l'area militare, sulla quale, in caso di conflitto, si concentrano i

maggiori autori degli atti di violenza. Una prima azione è l'intervento, ove possibile, sulle procedure di sicurezza (check-point) e ricerca del nemico, con l'introduzione di nuovi strumenti e pratiche operative che garantiscano le funzioni militari ma contemporaneamente creino il minor disagio possibile al sistema sanitario. Una grossa sfida per il progetto HClD è il miglioramento della consapevolezza da parte del personale militare dei danni causati dagli atti di violenza. La perplessità sulla raggiungibilità di questo obiettivo si basa sul principio che la guerra non è per definizione né giusta né umana. Il personale militare e nello specifico i vertici sono ben consapevoli dei danni provocati da ogni singolo attacco. Nella migliore delle ipotesi sono considerati come danni collaterali "accettabili", nella peggiore delle ipotesi il danno è provocato intenzionalmente con lo scopo d'indebolire la parte avversaria. In strutture militari meno organizzate, ad esempio i gruppi armati, i colloqui tenuti dal personale del CICR, hanno aiutato a far comprendere la criticità del problema ed in alcuni casi hanno ottenuto una collaborazione per migliorare la situazione.

Il progetto HClD, oramai consolidato, si basa sulla continua raccolta di prove necessarie a misurare il fenomeno. Sulla base dei dati raccolti e dall'evidenza delle prove i portatori d'interesse possono consolidare le attuali procedure ed elaborare nuove misure maggiormente efficaci.

I documenti redatti nell'ambito del progetto rappresentano un insieme utile di raccomandazioni e linee guida. Sono gli strumenti dai quali elaborare delle strategie contestualizzate che dovranno essere poi condivise a livello globale come esempio di buone pratiche.

Se il quadro giuridico internazionale non è sufficiente, per ragioni di applicabilità della norma o per competenza territoriale, è necessario intervenire sulla legislazione locale e fornire agli organi giudiziari gli strumenti necessari per punire le aggressioni. La protezione del personale sanitario non si deve limitare al contesto del conflitto armato. Negli ultimi anni nei paesi pacifici ed industrializzati si registra un aumento degli atti di vandalismo verso le strutture sanitarie e delle aggressioni fisiche e verbali verso il personale colpevole di non prestare le cure nel modo appropriato e soddisfacente secondo il giudizio degli aggressori.

In Italia l'introduzione della legge 113/2020 è un passo importante nella lotta contro la violenza. La legge introduce l'inasprimento delle pene, l'istituzione di un osservatorio nazionale del fenomeno e l'istituzione di una giornata nazionale di sensibilizzazione. L'iter legislativo è stato lento e probabilmente si è concluso grazie all'onda emotiva generata dalla pandemia. La giornata nazionale è stata istituita nel 2022 come pure l'osservatorio nazionale i cui componenti sono stati nominati nello stesso anno. Due anni di ritardo dall'entrata in vigore della legge e quattro anni dall'inizio dell'iter legislativo.

Questa lentezza ha contribuito alla mancanza di dati complessivi. Fino ad oggi le analisi fatte si sono basate su dati parziali raccolti da organizzazioni sindacali, associazioni sanitarie o istituti come l'INAIL. Non esiste di fatto una vera e propria base dati che ci fornisca la dimensione del fenomeno italiano.

Croce Rossa Italiana nel pieno del suo ruolo di *Advocacy* sul DIU si è presa carico la promozione e divulgazione della problematica sui diversi livelli della società civile e politica.

Il processo di formazione del volontario è tuttavia rallentato dal sistema organizzativo della formazione interna. La formazione interna del personale volontario di Croce Rossa Italiana è strutturata e solo un istruttore qualificato DIU può formare il volontario sia sulla tutela del personale sanitario sia sull'iniziativa HCiD. La difficile conciliazione dei tempi per i pochi istruttori qualificati presenti e l'organizzazione degli incontri di formazione rallentano il processo.

Il fenomeno delle aggressioni al personale ed alle strutture sanitarie, sia nei conflitti armati sia in tempo di pace, non è una tipologia di evento da sottovalutare. La chiusura di un ospedale è un danno diretto facilmente quantificabile. Rappresenta una maggiore difficoltà determinare i danni indiretti causati da questa chiusura. Ugualmente diventa difficile valutare il danno arrecato alla comunità in seguito all'abbandono del posto di lavoro da parte di un medico aggredito. Sicuramente non è quantificabile il danno provocato dall'assenza di un mezzo in seguito ad un furto oppure in ritardo a

causa della mancanza di una corsia preferenziale nei controlli di sicurezza.

Una sensibilizzazione maggiore del problema probabilmente dovrebbe passare da una sorta di “indignazione” popolare, sul modello dei movimenti *Fridays For Future* o *Me Too*. Le discussioni non rimarrebbero rinchiusi nei corridoi degli ospedali. Il dibattito sulle azioni da seguire per eliminare o attenuare le violenze non dovrebbe limitarsi al solo giorno della giornata nazionale durante forum e convegni ma dovrebbe trasformarsi in un argomento sempre attivo. L’intera comunità dovrebbe essere coinvolta nell’affrontare il problema e la lotta alla violenza essere sempre prioritaria nelle agende delle organizzazioni sindacali di categoria, nel loro ruolo di tutela e rappresentanza dei lavoratori.

I media non dovrebbero parlarne solo come fatto di cronaca, ma dovrebbero articolare il fenomeno e sollecitare la discussione. Purtroppo, la rappresentazione dei casi nazionali è spesso associata come effetto collaterale di un disagio sociale, di una reazione emotiva dettata dalla percezione di un servizio sanitario carente e inadeguato oppure nel più assurdo dei casi una goliardata tra amici.

I casi riportati nei teatri di guerra sono narrati come elemento utile per condizionare l’opinione pubblica ad assumere ideologicamente una posizione nel conflitto in corso. Solo durante la mia ricerca ho appreso alcuni fatti compiuti da posizioni normalmente schierate nel fronte occidentale e poco enfatizzate dai media nazionali.

Rimane ancora oggi drammaticamente attuale l'appello finale di Dunant in *Un Souvenir de Solférino*:

Si les nouveaux et terribles moyens de destruction dont les peuples disposent actuellement, paraissent devoir, à l'avenir, abréger la durée des guerres, il semble que les batailles n'en seront, en revanche, que beaucoup plus meurtrières ; et dans ce siècle où l'imprévu joue un si grand rôle, des guerres ne peuvent-elles pas surgir, d'un côté ou d'un autre, de la manière la plus soudaine ou la plus inattendue ? – N'y a-t-il pas, dans ces considérations seules, des raisons plus que suffisantes pour ne pas se laisser prendre au dépourvu ?¹²⁵

¹²⁵ Se i nuovi e terribili mezzi di distruzione di cui i popoli dispongono oggi, paiono dover abbreviare in futuro la durata delle guerre, sembra che le battaglie saranno, in compenso, molto più devastanti; e, in questo secolo, in cui l'imprevisto gioca un così grande ruolo, le guerre non possono scoppiare, da una parte o dall'altra, in maniera più improvvisa o più inattesa? – In queste sole considerazioni, non ci sono ragioni più che sufficienti per non lasciarsi prendere alla sprovvista? Dunant, *Un Souvenir de Solférino* traduzione dei curatori.

Riferimenti Bibliografici

- 31st International Conference Red Cross and Red Crescent. «Health Care in Danger: Respecting and Protecting Health Care - Resolution 5». International Committee of the Red Cross, 1 dicembre 2011.
https://rcrcconference.org/app/uploads/2019/03/R5_HCiD_EN.pdf.
- 32nd International Conference Red Cross and Red Crescent. «Health Care in Danger: Continuing to protect the delivery of health care together - Background Report». International Committee of the Red Cross, 8 dicembre 2015.
https://rcrcconference.org/app/uploads/2015/04/32IC-HCiD-Background-Report_EN.pdf.
- — —. «Health Care in Danger: Continuing to protect the delivery of health care together - Resolution 4», 8 dicembre 2015.
https://rcrcconference.org/app/uploads/2015/04/32IC-AR-HCiD_EN.pdf.
- International Conference – Statutory Meetings. «About the conference». Consultato 13 ottobre 2022.
<https://rcrcconference.org/about/>.
- Becker, Elizabeth, e Eric Schmitt. «A nation challenged: The bombing U.S. planes bomb a Red Cross site». *The New York Times*, 27 ottobre 2001.
<https://www.nytimes.com/2001/10/27/nyregion/a-nation-challenged-the-bombing-us-planes-bomb-a-red-cross-site.html>.
- Bugnion, François. *From Solferino to the Birth of Contemporary International Humanitarian Law*, 2009.
<https://www.icrc.org/en/doc/assets/files/other/solferino-bugnion-icrc.pdf>.
- Buignion, François. *Red Cross, Red Crescent, Red Crystal*. International Committee of the Red Cross, 2007. <https://shop.icrc.org/red-cross-red-crescent-red-crystal-pdf-en.html>.
- Il Mattino. «Covid: vandali nell’hub di Afragola, distrutte le fiale di vaccino», 22 febbraio 2022.
https://www.ilmattino.it/napoli/cronaca/covid_afragola_distrutte_fiale_vaccino_nell_hub_vandali-6520889.html.

- Croce Rossa Italiana. «In crescita le aggressioni ai soccorritori: Croce Rossa lancia la campagna “Non sono un bersaglio”». Croce Rossa Italiana, 1 febbraio 2019. <https://cri.it/2019/02/01/in-crescita-le-aggressioni-ai-soccorritori-croce-rossa-lancia-la-campagna-non-sono-un-bersaglio/>.
- — —. «“Non sono un bersaglio” raccontata dal Vicepresidente Rosario Valastro». Croce Rossa Italiana, 10 dicembre 2018. <https://cri.it/2018/12/10/non-sono-un-bersaglio-raccontata-dal-vicepresidente-rosario-valastro/>.
- — —. «Osservatorio sulle aggressioni ai volontari CRI: un anno di segnalazioni». Croce Rossa Italiana - Non Sono Un Bersaglio, 12 dicembre 2019. <https://cri.it/2019/12/19/osservatorio-sulle-aggressioni-ai-volontari-cri-un-anno-di-segnalazioni/>.
- De Stefani, Paolo, e Stefano Sperotto. *Introduzione al diritto internazionale umanitario e penale*. CLEUP, 2011.
- De Zayas, Alfred. *The Wehrmacht War Crimes Bureau, 1939-1945*. University of Nebraska Press, 1989.
- Dunant, Henry. *Un Souvenir de Solferino*. A cura di Costantino Cipolla e Paolo Vanni. FrancoAngeli, 2010.
- Health Care in Danger Project. «Health Care in Danger - Making the case». International Committee of the Red Cross, 2011. <https://shop.icrc.org/health-care-in-danger-making-the-case-pdf-en.html>.
- — —. «Health Care in Danger - Violent incidents affecting the delivery of health care - January 2012 to December 2013», 2014. <https://shop.icrc.org/health-care-in-danger-violent-incidents-affecting-the-delivery-of-health-care-january-2012-to-december-2013-pdf-en.html>.
- — —. «Health Care in Danger: A Sixteen-Country Study». International Committee of the Red Cross, 2011. <https://www.icrc.org/en/doc/assets/files/reports/report-hcid-16-country-study-2011-08-10.pdf>.
- — —. «Safeguarding the Provision of Health Care: Operational Practices and Relevant International Humanitarian Law concerning Armed Groups». International Committee of the Red Cross, 2015. <https://shop.icrc.org/safeguarding-the-provision-of-health-care-operational-practices-and-relevant-international-humanitarian-law-concerning-armed-groups-pdf-en.html>.

- Health-care workers must not be attacked* | *On The Frontline*, 2011.
https://www.youtube.com/watch?v=_Gh60NQT3qo.
- Human Rights Council. «Report of the Independent International Commission of Inquiry on the Syrian Arab Republic», 2 febbraio 2017.
https://ap.ohchr.org/documents/dpage_e.aspx?si=A/HRC/34/64.
- ICRC Press. «ICRC warehouses bombed in Kabul». ICRC - News release, 16 ottobre 2001.
<https://www.icrc.org/en/doc/resources/documents/news-release/2009-and-earlier/57jrcz.htm>.
- International Committee of the Red Cross. «Gaza: ICRC demands urgent access to wounded as Israeli army fails to assist wounded Palestinians». ICRC - News release, 8 gennaio 2009.
<https://www.icrc.org/en/doc/resources/documents/news-release/2009-and-earlier/palestine-news-080109.htm>.
- — —. «HCID Eurasia Regional Meeting Report 2021 3–4 February 2021». International Committee of the Red Cross, 3 febbraio 2021. <https://healthcareindanger.org/wp-content/uploads/2021/07/210712-Final-Eurasia-Regional-HCiD-Meeting-Report.pdf>.
- — —. «ICRC institutional Health Care in Danger strategy 2020–2022 Protecting health care from violence and attacks in situations of armed conflict and other emergencies», ottobre 2020. <https://healthcareindanger.org/wp-content/uploads/2020/10/ICRC-HCiD-strategy-2020-2022.pdf>.
- — —. *Study on the use of the Emblems - Operational and commercial and other non operational issues*. International Committee of the Red Cross. Consultato 13 ottobre 2022.
<https://shop.icrc.org/study-on-the-use-of-the-emblems-operational-and-commercial-and-other-non-operational-issues-pdf-en.html>.
- BBC News. «Kabul Attack: Taliban Kill 95 with Ambulance Bomb in Afghan Capital», 27 gennaio 2018, sez. Asia.
<https://www.bbc.com/news/world-asia-42843897>.
- Ministero della Salute. «Ministro Speranza firma decreto: il 12 marzo si celebra la Giornata nazionale di educazione e prevenzione contro la violenza nei confronti degli operatori sanitari e socio-sanitari», 18 marzo 2022.

- <https://www.salute.gov.it/portale/professioniSanitarie/dettaglioNotizieProfessioniSanitarie.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=5782>.
- Il Fatto Quotidiano. «Napoli, sequestrano un'ambulanza della Croce Rossa per soccorrere un parente: fermate due persone», 17 giugno 2021. <https://www.ilfattoquotidiano.it/2021/06/17/napoli-sequestrano-unambulanza-della-croce-rossa-per-soccorrere-un-parente-identificati-e-fermati-due-uomini/6233707/>.
- Ministero della Salute. «Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e sociosanitarie», 17 febbraio 2022. <https://www.salute.gov.it/portale/professioniSanitarie/dettaglioContenutiProfessioniSanitarie.jsp?lingua=italiano&id=5837&area=professioni-sanitarie&menu=vuoto>.
- Patients, health workers, hospitals and ambulances are #NotATarget*, 2017. <https://www.youtube.com/watch?v=w2Gry2VMFsA>.
- INAIL. «Prevenzione della violenza contro gli operatori sanitari, il 12 marzo la Giornata nazionale», 10 marzo 2022. <https://www.inail.it/cs/internet/comunicazione/news-ed-eventi/news/news3-giornata-prevenzione-violenza-oss-2022.html>.
- Ramesh, Randeep. «Patients Killed in Cluster Bomb Attack on Sri Lankan Hospital». *The Guardian*, 4 febbraio 2009, sez. Weather. <https://www.theguardian.com/weather/2009/feb/04/srilanka-terrorism>.
- L'Agenda News. «Rivoli: ambulanza della Croce Rossa Italiana aggredita», 20 novembre 2020. <https://www.lagendanews.com/rivoli-una-ambulanza-della-croce-rossa-italiana-aggredita-dai-negazionisti/>.
- Rubenstein, Leonard S, LLM, e Melanie D Bittle BBA. «Responsibility for protection of medical workers and facilities in armed conflict». *The Lancet (British edition)* 375, fasc. 9711 (2010): 329–40. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61926-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61926-7).
- Sabatucci, Giovanni, e Vittorio Vidotto. *Il mondo contemporaneo. Dal 1848 ad oggi*. 2008^a, XIX rist. 2018 ed. Editori Laterza, s.d.
- Sassòli, Marco. *INTERNATIONAL HUMANITARIAN LAW - Rules, Controversies, and Solutions to Problems Arising in Warfare*. Edward Elgar Publishing, Inc, 2019.

ICRC - News release. «Sri Lanka: Vanni hospital evacuated - parties must do utmost to protect medical services and the wounded and sick», 4 febbraio 2009.

<https://www.icrc.org/en/doc/resources/documents/news-release/2009-and-earlier/sri-lanka-news-040209.htm>.

How does law protect in war? «Syria, the Battle for Aleppo».

Consultato 25 settembre 2022. <https://casebook.icrc.org/case-study/syria-battle-aleppo>.

La Gazzetta del Mezzogiorno. «Taranto, in fiamme un'ambulanza della Croce Rossa in servizio 118», 16 novembre 2019.

<https://www.lagazzettadelmezzogiorno.it/news/taranto/1187624/taranto-in-fiamme-un-ambulanza-della-croce-rossa-in-servizio-118.html>.

Terry, Fiona. «Violence against Health Care: Insights from Afghanistan, Somalia, and the Democratic Republic of the Congo». *International Review of the Red Cross* 95, fasc. 889 (marzo 2013): 23–39. <https://doi.org/10.1017/S1816383113000581>.

How does law protect in war? «United Kingdom/Germany, Sinking of the Tübingen in the Adriatic». Consultato 25 settembre 2022.

<https://casebook.icrc.org/case-study/united-kingdomgermany-sinking-tubingen-adriatic>.

Why we can't save her life | *On The Frontline*, 2018.

<https://www.youtube.com/watch?v=wm0TYebjyHQ>.